

# PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA INTERVENCIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DEL TABAQUISMO

*María Luisa Mayayo Ulibarri*

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una enfermedad crónica y la principal causa de mortalidad en los países desarrollados. En España mueren al año más de 56.000 personas relacionadas con el consumo del tabaco<sup>(1)</sup>. El coste derivado del tabaco en España supera los 1.600 millones de euros, procedentes de costes sanitarios, farmacológicos y laborales.

### **Tabaquismo, primera causa evitable de muerte**

En el año 2003, murieron en todo el planeta 5.000.000 de personas, por causas atribuibles al consumo del tabaco. Según las últimas conclusiones de la OMS en este tema, en los países desarrollados las muertes serán menos frecuentes que en los países en desarrollo.

La magnitud es tan grande que todos los profesionales de la salud estamos obligados a tratar de evitarla<sup>(2)</sup>. Debemos propiciar un estilo de vida e informar a la población, sobre todo a los jóvenes, para que no se inicien en el consumo del tabaco. Y que los organismos competentes nacionales e internacionales tomen medidas para asesorar y apoyar a los profesionales sanitarios que atienden a este tipo de pacientes.

### **Importancia del papel de la enfermería en el control del tabaquismo**

Los profesionales de enfermería tenemos un papel muy destacado en el control del tabaquismo por su estrecha y continua relación con el paciente.

El primer contacto que tienen los usuarios que acuden a un servicio o centro sanitario, tanto de atención especializada como de atención primaria, es siempre con un profesional de enfermería, desarrollándose con este profesional un nivel de confianza mayor que con cualquier otro. Este aspecto lo debemos utilizar a nuestro favor para ofrecer al paciente una buena educación sanitaria.

En el ámbito del tabaquismo, este profesional, dedicado en cuerpo y alma al paciente, tiene que dar ejemplo como no fumador de que el tabaco perjudica y mata. Además, debe cuidar expresamente su formación específica en estas áreas, para que su actuación profesional sea cada vez más eficaz.

### **EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL DIAGNÓSTICO DEL TABAQUISMO**

Todos los profesionales de enfermería debemos implicarnos en la actuación sobre el tabaco para poder realizar un buen diagnóstico y establecer un tratamiento eficaz.

En las unidades especializadas en tabaquismo, las profesionales de enfermería realizan, entre otras, las siguientes tareas.

#### **Documento de consenso**

En el momento actual, disponemos de un documento de consenso muy importante que ha sido elaborado por la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista de Madrid (SEMERGEN-Madrid), por la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SMMF y C), por la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) y por la Socie-

dad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica (NeumoMadrid), con la colaboración de los colegios profesionales de médicos, enfermería y farmacéuticos<sup>(3)</sup>.

Es fundamental este documento ya que nos facilita de una forma clara y concisa todo lo relacionado con la elaboración de un acertado diagnóstico y tratamiento para los pacientes. Se presentan en él unas pautas de actuación básicas y fundamentales para que todo paciente que acuda a un centro sanitario sea preguntado por su dependencia tabáquica, tanto actual como pasada, especificando siempre estos datos en su historia clínica. Es necesario también incluir la valoración del consumo del tabaco y etiquetas recordatorias<sup>(4)</sup>.

Si el paciente no es fumador, hay que felicitarle y animarle a que siga sin fumar. Si el paciente es un exfumador, debemos valorar que se mantenga abstinentes. Si el paciente está fumando actualmente, se le realizarán una serie de preguntas sobre su adicción tabáquica y se establecerá el diagnóstico para que abandone esta práctica<sup>(2)</sup>.

### Número paquetes/año (cantidad de tabaco consumido)

Al paciente se le preguntará sobre el número de cigarrillos que fuma. Es el parámetro que se recoge con más frecuencia en la historia clínica de un fumador. También es importante preguntarle los años que han transcurrido como fumador, ya que es un indicador fundamental para orientarnos sobre algunas características del hábito tabáquico y para valorar lo difícil que puede llegar a ser el cambiar su conducta aditiva.

El concepto de estos datos es: número paquetes año. Para determinar esta cifra, se realiza una sencilla operación. Se multiplica el número de cigarrillos consumidos al día por el número de años que lleva consumiendo esa cantidad de tabaco y su resultado se divide entre 20<sup>(5-7)</sup>.

Ejemplo:

$$\frac{20 \text{ cig al día} \times 20 \text{ años fumando}}{20} = 20 \text{ paquetes/año}$$

### Fase de abandono

Los investigadores Prochazka y DiClemente<sup>(8)</sup> establecieron cinco fases que las personas fumadoras pasan, desde que se inician en el consumo del tabaco hasta que lo dejan.

Estas fases son:

- Precontemplación
- Contemplación
- Preparación
- Acción
- Mantenimiento

Cada fumador se encuentra en una u otra fase, dependiendo de la motivación que tenga para dejar de fumar. Es fundamental que se sepa en qué fase de abandono está el paciente para realizar unas pautas terapéuticas acertadas y que el fumador tenga el tratamiento más adecuado.

### Motivación

Existe una relación directa entre la motivación y la fase de abandono en la que se encuentra el paciente. Es importante saber hasta qué punto el usuario está dispuesto a realizar un serio intento de abandono. Cuando se lo preguntemos, comprobaremos la actitud del fumador.

Para saber el grado de motivación que tiene, se utiliza uno de los tests más conocidos: el test de Richmond. Este test estructura en diferentes variables y niveles los grados posibles de motivación que tiene el paciente para intentar dejar de fumar.

### Test de Fagerström

Es el test más eficaz en la actualidad para detectar el grado de dependencia física que tiene el paciente por la nicotina<sup>(9)</sup>. Es un test con respuestas múltiples, que sólo tiene seis preguntas. Dependiendo de las respuestas del paciente, se obtiene una determinada puntuación que oscila entre 0 y 10 puntos. Si el paciente tiene entre 0 y 3 puntos, se dice que su grado de dependencia es leve. Si tiene entre 4 y 6 puntos, su grado es moderado. Y si tiene 7 o más, su grado es intenso (véase págs. 87-100). No es necesario hacer el test completo

para conocer el grado de dependencia que tiene el fumador por la nicotina. Basta con estas tres preguntas: número de cigarrillos que consume al día; tiempo que transcurre desde que se levanta hasta que se fuma el primer cigarrillo, y cual es el cigarrillo que más necesita consumir. Si las respuestas a estas preguntas son: que consume 20 o más cigarrillos al día, que en la primera media hora después de levantarse se fuma el primer cigarrillo, y que éste es el cigarrillo que más necesita, el fumador debe ser diagnosticado de moderado-intenso grado de dependencia por la nicotina<sup>(9-10)</sup>.

Este test sirve también para saber que si el grado de dependencia es alto, el paciente necesitará tratamiento farmacológico para dejar de fumar.

Dependiendo de la puntuación, se recomendará uno u otro tipo de fármaco para el abandono<sup>(11-13)</sup>.

También existe relación entre el test de Fagerström y el desarrollo de enfermedades derivadas del consumo del tabaco.

En algunas unidades especializadas en tabaquismo, se realizan otras series de pruebas más completas y se recogen datos muy importantes para un buen diagnóstico y tratamiento de los pacientes que verdaderamente quieren dejar de fumar.

### La cooximetría

Consiste en saber la cantidad de monóxido de carbono (CO) que el paciente tiene en el aire que espira. Esa cantidad está relacionada con el número de cigarrillos que fuma<sup>(14)</sup>. La realización de la cooximetría es muy importante porque nos permite saber las características del fumador. Cuantos más cigarrillos fume, mayor será su nivel de monóxido de carbono. Pero también existen casos en los que, aunque el paciente fume poco, se detectan altos niveles de CO o al revés<sup>(15,16)</sup>. Esto se debe a diferencias en el patrón de consumo de los cigarrillos, o incluso, a diferencias de edad y sexo. Si el fumador consume esos cigarrillos dando muchas pipadas o inhalando el humo profundamente, su nivel de CO será más alto,

aunque fume menos<sup>(14-16)</sup>. Por ello, los niveles de CO permiten diagnosticar con mayor precisión el grado de tabaquismo que tiene un fumador. Los sujetos en los que su nivel de CO sea alto, tienen más posibilidades de desarrollar enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco que en otros sujetos en los que sus niveles son más bajos<sup>(13-17)</sup>. En cuanto el paciente deja de fumar y se encuentra abstinentemente, en la siguiente visita la cooximetría mejora espectacularmente, y se observa cómo bajan sus niveles de monóxido de carbono. También nos permite intervenir ante la sospecha de falta de veracidad en la respuesta del paciente.

Nos tenemos que asegurar que los niveles de CO no se han producido por otras causas distintas del tabaco, como la contaminación ambiental o la calefacción doméstica.

Esta técnica es importante, pero no imprescindible, ya que existe una baja disponibilidad de realizar cooximetría en la mayoría de las consultas de atención primaria.

Refiriéndonos a la técnica de la cooximetría, el paciente debe realizar una inspiración profunda y mantener una apnea de quince segundos. Después debe proceder a una espiración lenta, prolongada y completa. Hay que esperar unos segundos hasta que el indicador del cooxímetro se estabilice, y marque el número exacto de ppm de CO (partes por millón de monóxido de carbono) que el sujeto tiene en el aire que espira.

En cuanto a la valoración de la cooximetría, si los niveles son superiores a 10 partes por millón en el aire espirado, corresponde a sujetos fumadores. Si los niveles son de seis a diez partes por millón, corresponden a individuos fumadores esporádicos. Y si las cifras están por debajo de seis partes por millón, a personas no fumadoras.

También el cooxímetro nos permite conocer los niveles de carboxihemoglobina.

### Detección de niveles de cotinina en líquidos corporales

En las unidades especializadas en tabaquismo está muy indicada la determinación

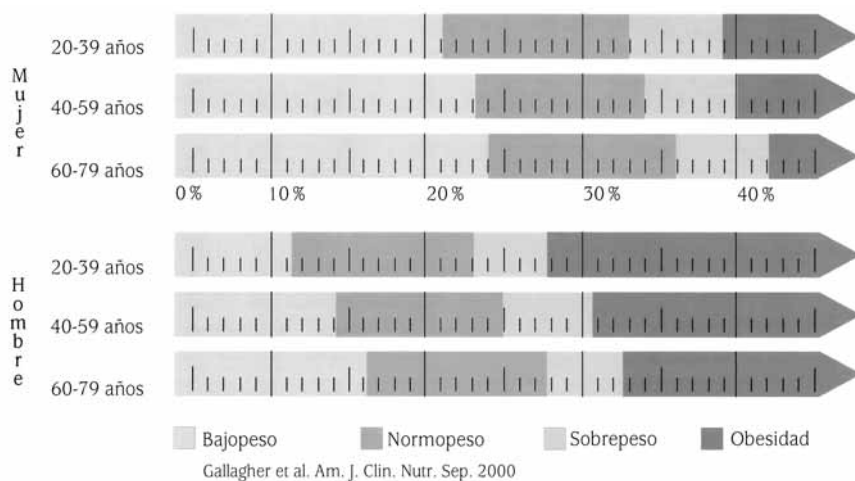


FIGURA 1. ¿Conoce su nivel de grasa corporal?

de niveles de cotinina en líquidos corporales. La cotinina es el principal metabolito de la nicotina y su determinación sirve para conocer, de forma objetiva, el grado de tabaquismo que un fumador padece. Además, su determinación en saliva, sangre y orina, puede ayudar al terapeuta en la prescripción de una adecuada dosis de nicotina en forma de terapia sustitutiva<sup>(18)</sup>.

### Determinación de nivel de grasa corporal

La determinación del índice de grasa corporal es un cálculo que interpreta el peso corporal con respecto a las diferencias individuales en kilogramos de peso y en estatura. Creemos firmemente que la utilización de un análisis de la composición corporal puede arrojar datos mucho más completos sobre la salud del paciente, durante un periodo de tiempo prolongado.

Ayudar al paciente a entender la idea de "seguimiento prolongado" puede reforzar los objetivos de una terapia apropiada de mantenimiento o pérdida de peso<sup>(19)</sup>. El índice de grasa corporal variará dependiendo de la edad, talla y sexo del paciente. Una semana antes de dejar de fumar, hay que pesar al fumador

y valorar su índice de grasa corporal, siguiendo valorando este índice en las siguientes revisiones.

También hay que dar al sujeto unos consejos y pautas de actuación para que engorde lo menos posible cuando deje de fumar (Fig. 1).

### Algoritmo diagnóstico del tabaquismo por parte del personal de enfermería

La enfermería debe obtener unos mínimos datos diagnósticos en cada fumador, realizando un protocolo que nos proporcione mayor información en el menor tiempo posible.

Los datos a los que nos referimos son los siguientes:

1. *Número de cigarrillos consumidos al día:*

- Menos de 10
- Entre 10 y 20
- Entre 21 y 30
- Más de 30

2. *Número de años que el individuo lleva fumando:*

- Menos de 5 años
- Entre 5 y 10
- Entre 11 y 20
- Más de 20

3. *Intentos previos de abandono del tabaco:*

- Si existiesen, indagar sobre las causas

de las recaídas

4. *Tiempo que transcurre desde que el fumador se levanta hasta que consume el primer cigarrillo del día:*

- Menos de 30 minutos
- Más de 30 minutos

5. *Determinación de cuál es el cigarrillo que más necesita:*

- El primero del día
- Cualquier otro

6. *Establecimiento de si quiere hacer un serio intento de abandono del tabaco:*

- No..., fase de contemplación
- Sí: en este caso debe pasarse a la pregunta 8

7. *Determinación de si está dispuesto a realizar un serio intento de abandono en menos de treinta días:*

- Sí..., fase de preparación
- No: en este caso debe pasarse a la pregunta 8

8. *Determinación de si está dispuesto a realizar un serio intento en los próximos seis meses:*

- Sí ..., fase de contemplación
- No..., fase de precontemplación

9. *Realizar una cooximetría.*

Después de la realización del protocolo, se le diagnostica al fumador de la siguiente manera:

1. Grado de tabaquismo (basado en el número de cigarrillos fumados al día, en los años que lleva fumando y en los niveles de CO de su aire espirado).

2. Fase de abandono en la que se encuentra el fumador.

3. El grado que tiene el paciente de adicción física por la nicotina.

La realización de este protocolo nos llevará menos de cinco minutos si el profesional de enfermería está mínimamente entrenado.

Con este protocolo se obtienen gran cantidad de datos y se realiza en un corto periodo de tiempo<sup>(20)</sup>.

## EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

### El tratamiento depende del diagnóstico y debe adecuarse a las características del fumador

Sobre el tratamiento para dejar de fumar, la normativa nos habla de cuatro tipos de pacientes:

- No fumadores, que nunca fumaron.
- No fumadores, que lo dejaron recientemente.
- Fumadores que no quieren dejar de serlo.
- Fumadores que quieren dejar de serlo y realizan un intento serio de abandono.

El profesional de enfermería tiene que ofrecer a los pacientes que quieren dejar de fumar dos tipos de intervenciones: una conductual, para eliminar la dependencia psíquica, y otra farmacológica, para aliviar la dependencia física por la nicotina. Deben identificar, también, a los fumadores y asesorarles para que dejen de fumar. Todo fumador que acuda a cualquier consulta de un profesional sanitario tendría que recibir un consejo serio, sencillo, corto y personalizado, para que abandone el consumo del tabaco. Esta intervención mínima, cuando es realizada por un profesional de enfermería, produce una respuesta positiva en el índice de abstinencia. El 2,5% de los pacientes que recibieron esta intervención mínima o consejo, dejaron de fumar respecto a los que no lo recibieron<sup>(20,21)</sup>.

Esta intervención se ha mostrado eficaz, tanto en atención primaria como en atención especializada, en la práctica clínica habitual<sup>(20-25)</sup>.

Todos los pacientes que quieren dejar de fumar deben recibir apoyo y reforzamiento conductual tanto de forma individualizada como grupal.

### Papel de la enfermería en el tratamiento de los fumadores en fase de precontemplación

En esta fase se encuentran el 30 o el 35% de los pacientes fumadores. Se llama así por-

que el fumador no se plantea el dejar de fumar en los próximos seis meses.

En esta etapa, el profesional de enfermería debería dar un consejo sencillo y breve de no más de tres minutos de duración. Explicarle claramente al fumador que dejar de fumar es la medida sanitaria más importante y eficaz que se puede tomar para tener una buena calidad de vida. Se le alertará de los niveles de CO en el aire espirado, que son mucho más altos que en los no fumadores. Se le entregará documentación de apoyo psicológico. Estos consejos están dentro de la intervención mínima (grado de evidencia A)<sup>(26-29)</sup>.

### **Papel de la enfermería en fase de contemplación**

Entre el 50 y el 60% de los fumadores se encuentran en esta fase. Estos pacientes sí se plantean dejar de fumar en los próximos seis meses.

Aquí es importante indicar al paciente una intervención mínima. Los profesionales de enfermería deben realizar un consejo de abandono señalando de forma contundente y seria la necesidad de dar este paso; deben aportarles documentación escrita y ofrecerles, también, apoyo psicológico y seguimiento. Deben informales sobre otros factores de riesgo que se presentan y que multiplican sus posibilidades de mortalidad prematura y de padecer una mala calidad de vida. Se ofrecerá al paciente para ayudarlo a realizar un serio intento de abandono, y deberá citarle a las cuatro o seis semanas para saber si hay algún cambio en su actitud y comportamiento en el dejar de fumar, (grado de evidencia A)<sup>(26-29)</sup>.

### **Papel de la enfermería en fase de preparación**

En esta fase el fumador debe recibir tratamiento para dejar de fumar. Tanto el profesional médico como el de enfermería darán cobertura a estos pacientes en las consultas de atención primaria, con tratamientos adecuados e individualizados para cada fumador<sup>(30)</sup>.

Hay que tener en cuenta que pueden existir características particulares del paciente, para los que la intervención mínima sea insuficiente, ya que padecen distintos tipos de enfermedades. Lo mejor sería en estos casos que el paciente fuera derivado a unidades especializadas de tabaquismo.

Las circunstancias por las que se recomienda que dichos pacientes sean derivados a estas unidades especializadas son las siguientes:

- Fumadores con enfermedades crónicas
- Fumadoras embarazadas
- Fumadores con enfermedades cardíacas
- Fumadores con enfermedades psiquiátricas
- Fumadores que intentaron seriamente dejar de fumar en el pasado, que fueron correctamente tratados por un profesional sanitario y que, a pesar de ello, fracasaron.

Con dichas características, los tratamientos serán recetados por el profesional médico.

Todos los fumadores que no tengan estas características pueden ser tratados en la consulta del médico de familia o en la consulta de enfermería.

### **Apoyo psicológico**

Nuestra labor profesional es también muy importante en el ámbito psicológico para que el paciente deje de fumar. Por eso existe un protocolo de ayuda psicológica para los fumadores en fase de preparación (Tabla 1).

En la visita basal, se realiza la historia clínica e historia de tabaquismo. En dicha visita y ya desde el primer momento, el personal de enfermería debe ayudar al paciente a elegir un día para dejar de fumar definitivamente. Ese día lo llamamos "día D". Debemos recomendarle que ese día esté tranquilo y que tenga pocas actividades de índole social, para que pueda dedicarse a sí mismo.

Es importante que le aconsejemos que comente con su familia, entorno laboral y amigos, su decisión de dejar el tabaco y la fecha escogida. El paciente debería ir apuntando en los tres días anteriores el número de cigarri-

**TABLA 1. Consejos prácticos para ayudar a dejar de fumar**

*Fijar una fecha* en las próximas dos semanas.

*Informar* y pedir apoyo a la familia y compañeros de trabajo

*Adelantarse* a las dificultades que pueden surgir, previniendo estrategias de afrontamiento, sobre todo, en las primeras semanas

*Retirar* del entorno todos los productos relacionados con el tabaco. Es importante que aun antes de dejar de fumar, no se fume en lugares donde la persona pasa mucho tiempo

*Dar consejos prácticos* entrenamiento de habilidades de resolución de problemas: recomendar abstinencia total, utilizar la experiencia de intentos anteriores, prever cómo afrontar los estímulos claramente relacionados con el tabaco, evitar el alcohol, evitar que las personas más próximas de su entorno fumen en su presencia

*Ofrecer apoyo claro* por parte del profesional sanitario y disponibilidad para ayudarlo

*Utilizar guías* y otros materiales de autoayuda

llos que se fuma, si se lo fuma solo o acompañado, y las situaciones o circunstancias que le incitan a fumar. También las sensaciones que tiene antes y después de fumar ese cigarrillo<sup>(31)</sup>.

En el “día D” se le informará al paciente que tiene que cambiar sus hábitos y costumbres respecto a la alimentación y llevar un registro de su peso, ya que aumentará indefectiblemente durante su deshabituación tabáquica. Realizará ejercicios físicos y evitará situaciones de riesgo.

El apoyo psicológico debería ir siempre acompañado de material bibliográfico, donde el paciente encuentre todo tipo de consejos y motivos para reforzar su decisión. Es conveniente entregarle una guía práctica y un folleto informativo para dejar de fumar.

Los motivos más importantes para dejar de fumar son motivos de salud, motivos sensoriales, motivos estéticos y calidad de vida. Sería importante que él registrase en una lista sus motivos personales más determinantes y subjetivos.

El fumador realizará una serie de visitas de seguimiento desde que abandona el tabaco hasta cumplir los tres meses sin fumar. En estas visitas, el profesional de enfermería felicitará y animará de mil maneras al paciente para que continúe su comportamiento de abstinencia, le dará consejos y le enseñará procedimientos para saber enfrentarse a los momentos más difíciles de ganas de fumar (*craving*). Le aconsejará que, si tiene una recaída, no la interprete como un fracaso definitivo, sino como una experiencia de aprendizaje.

### Tratamiento farmacológico

La terapia farmacológica ayuda mucho al paciente a dejar de fumar. Por eso es muy importante que sea personalizada y adecuada a cada fumador para así aumentar sus posibilidades de éxito.

Actualmente hay dos tipos de terapias:

#### **Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)**

– *Comprimidos para chupar con 1 mg de nicotina*. Hay que chupar despacio el comprimido hasta notar el sabor y, cuando se note el sabor, hay que dejarlo sin chupar entre la mejilla y la encía hasta que desaparezca el sabor, repitiendo este mecanismo hasta que desaparezcan las ganas de fumar. Si hay efectos secundarios, es necesario comentarlos con el profesional de enfermería.

– *Chicles de 2 y 4 mg*. El paciente tiene que masticar despacio hasta que note el sabor. Hay que decirle al paciente que, cuando note el sabor, ya no mastique más, y deje el chicle entre la mejilla y la encía, lo mismo que los comprimidos. Cuando desaparezca el sabor, hay que volver a masticar, repitiendo este mecanismo hasta que al fumador se le quiten las ganas de fumar. Si existieran efectos secundarios,

darios hay que comentarlos con el profesional de enfermería.

– *Parches de 16 horas y 24 horas, con distintas dosis de nicotina.* Se debe explicar la colocación correcta de los parches, sus precauciones y contraindicaciones.

– *El spray nasal.* Se debe explicar al paciente su modo de empleo; comentarle que realice una instilación en cada fosa nasal, enseñándole que no se necesita inspirar al tiempo que se instila. Comentar, igualmente, al sujeto los efectos secundarios<sup>(32)</sup>.

### Bupropión

Es un tratamiento que debe iniciarse antes de la fecha en la que el paciente comience a dejar de fumar, aproximadamente, una semana antes. Se trata de comprimidos, de 150 mg, que el paciente toma durante los seis primeros días, preferentemente por la mañana, aunque el paciente siga fumando durante dichos días. La semana siguiente tomará un comprimido de 150 mg dos veces al día, uno a primera hora de la mañana, y otro ocho horas después. Este tratamiento durará aproximadamente unas siete semanas.

Es necesario administrar con mucha precaución y comentar sus efectos adversos.

### CONCLUSIONES

A lo largo de todo este artículo hemos explicado y demostrado que el papel del profesional de la enfermería en el diagnóstico y tratamiento del tabaquismo no es un papel secundario ni meramente representativo. Es fundamental y tiene tareas y campos específicos de acción, siempre en coordinación con el profesional médico.

Por eso, es muy importante su formación sobre la prevención y el tratamiento del tabaquismo en todos los procesos de la deshabituación tabáquica.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Banegas Banegas JR, Diez Gañan L, Rodríguez Artalejo F, González Enriquez J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo

en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 692-4.

2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice guideline. Rockville, MD:US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
3. Jiménez Ruiz CA, Camaralles Guillén F, de Granda Orive JI, Díaz-Maroto Muñoz JL. Protocolo de intervención en fumadores. 2002. p. 1-36.
4. Jiménez Ruiz CA, Solano S, González JM, Ruiz M, Flórez S, Ramos A, et al. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999; 335: 499-506.
5. Doll R, Crofton J. Tobacco and health. *Br Med Bull* 1966; 52: 12-23.
6. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: cancer. A report of the Surgeon General. Washington DC. US Department of Health and Human Services 1982. DHHS. Publ PHS 82-50179.
7. Burrows B, Knudson RJ, Camilli AE, Stiezer M, Nett LA, Lando H, et al. Quantitative relationship between cigarette smoking and ventilatory function. *Am Rev Respir Dis* 1988; 137: 286-92.
8. Prochazka J, DiClemente C. Stages and process of self-change of smoking: towards an integrative model of change. *J Clin Psychol* 1983; 3: 390-5.
9. Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the FTND. *J Behav Med* 1989; 159-82.
10. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Baker T, Whisler W, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-27.
11. Tonnesen P. Nicotine replacement and other drugs in smoking cessation. En: The tobacco epidemic. Bolliger CT, Fagerström KO, eds. *Prog Respir Res.* Basel: Karger 1997; 28: 178-89.
12. Tonnesen P. Smoking cessation programs. En: *Lung Cancer.* Hansen HH ed. Amsterdam: Kluwer. 1994. p. 75-89.
13. Jiménez Ruiz CA, Masa F, Miravites M, Gabriel R, Viejo JL, Villasante C, et al. Smoking characteristics: differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest* 2001; 119: 1365-70.



14. Jarvis J, Rusell MAH. Expired air CO: a simple breath of tobacco smoke intake. *Br Med J* 1980; 281: 284-485.
15. Clark KD, Wardrobe-Wong N, Eliot JJ, Preece T, Lindends T, Larstrom B. Cigarette smoke inhalation and lung damage in smokers volunteers. *Eur Respir J* 1998; 12: 395-9.
16. Zacny JP, Stitzer ML, Browh FJ, Brown FH, Prawn HN, Lawn HJ, et al. Human cigarette smoking: effect of puff and inhalation parameters on smoke exposure. *J Pharmacol Exp Ther* 1986; 240: 554-64.
17. Wald NJ, Howard S, Smith PG, Kjeldsen K. Association between atherosclerotic disease and carboxyhaemoglobin levels in tobacco smoke. *Br Med J* 1973; 3: 761-5.
18. Dale L, Hurt R, Offord K, Lawson G, Grohan I, Schroeder D. High dose nicotine patch therapy: percentage of replacement and smoking cessation. *JAMA* 1995; 274: 1353-8.
19. Segal KR, Gutin B, Presta E, Lang J, Van Itallie TB. Estimation of human body composition by electrical impedance methods: A comparative study. *J Appl Physiol* 1985; 58: 1565-71.
20. Rice VW, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Library*. N2, 2001. Oxford: Update Software.
21. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Library*. N 2. Oxford: Update Software. 2000.
22. Silagy C. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Library*. N 2. Oxford Update Software. 2001.
23. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane library*. N 3. Oxford: Update software. 2001.
24. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Library*. N 2. Oxford: Update software. 2000.
25. Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 324: 87-9.
26. Silagy C. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Library*. N 2. Oxford: Update software. 2001.
27. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Library*, N 2. Oxford: Update software. 2001.
28. Rice VH, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane library*, N 2. Oxford: Update software. 2001.
29. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Library*, N 2. Oxford: Update software, 2002.
30. Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, Barrueco Ferrero M, De Granda Orive JL, Lorza Blasco JJ, Alonso Viteri S, et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 382-7.
31. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence. Washington. June 2000.
32. Jiménez Ruiz CA. Terapia sustitutiva con nicotina: aspectos prácticos. *Rev Clin Esp* 1998; 198: 181-5.