

INTRODUCCIÓN

El hábito tabáquico representa el principal problema de salud pública y causa de enfermedad y muerte prematura prevenible en nuestro país¹. El consumo de tabaco se ha asociado a más de 25 enfermedades como infarto, cáncer de pulmón, EPOC, osteoporosis, etc... Además, los no fumadores que respiran el aire contaminado con humo de tabaco también están expuestos al mismo riesgo.

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica. La nicotina es la responsable de la adicción, una sustancia que tiene similares características a las de una droga, es decir, tolerancia, dependencia física y psicológica con la aparición de síntomas de síndrome de abstinencia cuando no se consume². Existen más de 5.000 sustancias químicas detectadas en el humo del tabaco, de las cuales al menos 60 resultan muy perjudiciales para la salud y más de 40 se sabe que son cancerígenas³.

El tabaquismo es fundamentalmente un problema social y su solución exige intervenir en distintos ámbitos para proteger tanto al fumador como al no fumador.

Desde la entrada en vigor de la ley antitabaco en enero de 2006, el consumo de tabaco en España ha descendido más de un 10%, según datos del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo⁴, dicha Ley es “positiva” pero todavía hay un 30% de la población española que es fumadora⁵.

La incidencia de infarto de miocardio es 6 veces mayor en mujeres y 3 veces mayor en varones que consumen 20 cigarrillos por día comparado con sujetos que nunca fumaron⁶.

Los pacientes infartados que continúan fumando tienen una mayor mortalidad que los que dejan de fumar, y tienen mayor riesgo de re-infarto y de revascularizaciones más precoces. Es decir que nunca es tarde para dejar de fumar.

La implicación de los profesionales sanitarios en el abordaje del tabaquismo es creciente, sensibilizados de la importancia de este problema. Desde distintas profesiones y desde distintas especialidades se han desarrollado opciones de intervención con resultados significativos. Aunque muchos fumadores dejan de fumar sin ayuda o sólo con el consejo de un profesional, muchos otros necesitan más apoyo.

DEFINICIÓN

Según la OMS, un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. Ex-fumador según algunos protocolos clínicos y estudios lo definen como aquella persona que, habiendo sido fumadora, no ha consumido tabaco en los últimos 6-12 meses.

La OMS considera al consumo de tabaco un trastorno que incluye: un consumo perjudicial que causa problemas físicos o psicológicos, síndrome de dependencia y síndrome de abstinencia y también informa que cualquier cantidad consumida de tabaco puede tener efectos secundarios peligrosos⁷.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

El primer paso en el abordaje del tabaquismo es identificar a los fumadores atendidos en un hospital o en los diferentes ámbitos de salud. Una vez identificado el fumador le daremos el Consejo Mínimo para dejar de fumar.

En nuestro país hay experiencias de centros que aplican protocolos de intervención en pacientes fumadores hospitalizados mostrando evoluciones favorables hacia la abstinencia definitiva, con tasas de cesaciones al mes post alta de un 35,6% y con reducciones drásticas en el consumo del tabaco en un 22,2% de los casos. Los pacientes con patología cardiovascular, respiratoria y oncológica son los que consiguieron mejores resultados en la evolución hacia el abandono definitivo del consumo del tabaco⁸.

El Consejo Mínimo es la breve recomendación oportunista, sistemática de un miembro del personal sanitario realizada de forma personalizada en función del estado de disponibilidad del fumador⁹.

Todo tipo de personal sanitario tendría que hacer intervención para dejar de fumar. El consejo ayuda al 20% de los fumadores a avanzar en su fase, aunque no dejen de fumar (Jiménez *et al*, 1998).

Esta recomendación sistemática opera actualizando las intenciones previas de cada fumador en relación al consumo del tabaco y consiguiendo que la oportunidad de dejarlo sea relevante para cada persona.

El modelo de intervención mínima propuesta por la OMS consiste en el seguimiento de las 5 As 10.

- Averiguar (ASK) si el paciente fuma. Interrogar sobre su condición tabáquica (cigarrillos/día y desde cuando, dependencia nicotínica, intentos previos y motivos de recaída). Sería aconsejable al menos registrar la tensión arterial y peso. Todo ello plasmado en un historial para poder consultar en posteriores visitas.
- Aconsejar (ADVICE): al fumador identificado firme y convincentemente dejar de fumar: “Como enfermera suya, le aconsejo que deje de fumar”, “lo mejor que puede hacer por su salud es dejar de fumar y nosotros lo/la podemos ayudar”. Informar sobre los beneficios de salud que proporciona el abandono del consumo del tabaco según su situación personal e individual. Informar sobre el programa de ayuda para dejar de fumar.

- Analizar o Valorar (ASESS) la motivación para dejar el consumo de tabaco (Test. de Richmond). La dependencia (Test. de Fageström), motivos para el abandono, intentos previos...
- Ayudar (ASSIST) al paciente fumador en su intento de deshabituación tabáquica. Y ofrecerle ayuda psicológica y tratamiento médico si es necesario (si >10 cig/día). Incluye el programa de ayuda a la deshabituación tabáquica de cada centro.
- Acordar (ARRANGE) un seguimiento si es posible para evaluar el proceso de deshabituación tabáquica en curso.

En el hospital la intervención en las 2 primeras As las realizará el profesional generalista y las otras 3 el profesional especialista¹¹.

Aconsejar de forma sistemática a los pacientes fumadores ayuda a avanzar a cada individuo en las fases descritas por Prochaska i Diclemente¹².

Fases de abandono descritas por Prochaska i Diclemente

- Precontemplación: no desea dejar de fumar.
- Contemplación: Quiere dejar de fumar en los próximos seis meses.
- Preparación: Se plantea dejar de fumar en un periodo máximo de un mes.
- **Acción:** fumador que ya ha iniciado el abandono y sigue abstigente hasta los seis meses.
- Mantenimiento: si mantiene sin fumar más de seis meses.

Actitud a tomar en función de la fase del proceso de abandono del tabaco de los fumadores^{13,14}.

SITUACIÓN DEL PACIENTE RESPECTO AL HÁBITO TABÁQUICO		FASE DE ABANDONO	ACTIVIDADES
No fumador			<ul style="list-style-type: none"> ■ Felicitarlo.
Fumador	No desea dejar de fumar	Precontemplación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ofrecer apoyo. ■ Consejo mínimo y entrega de información escrita sobre el tabaquismo. ■ Replantear el tema en 6-12 meses. Duración: 1 a 3 minutos.
	Quiere dejar de fumar en los próximos 6 meses siguientes	Contemplación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consejo firme. ■ Identificar barreras para el abandono: dependencia a la nicotina, miedo al fracaso, poca auto confianza para dejarlo. ■ Identificar las razones para el abandono: relacionadas con la salud, rol ejemplar, ahorro económico. ■ Entrega de información escrita sobre el tabaquismo y guía práctica para dejar de fumar.

SITUACIÓN DEL PACIENTE RESPECTO AL HÁBITO TABÁQUICO		FASE DE ABANDONO	ACTIVIDADES
Fumador			<ul style="list-style-type: none"> Oferta de apoyo personal y/o terapéutico. Replantear el tema en cada visita. <p>Duración: 5 a 10 minutos.</p>
	Se plantea dejar de fumar en un periodo máximo de un mes	Preparación	<ul style="list-style-type: none"> Felicitar al paciente. Apoyo psicológico. Pedirle que vaya fijando fecha para dejar de fumar. Derivar al paciente a la Unidad de Intervención Especializada siguiendo los criterios de derivación (del su CAP de referencia o del propio hospital). Elección de apoyo farmacológico si procede.
ExFumador	Por recaída (vuelve a fumar)		<ul style="list-style-type: none"> Felicitarlo por el esfuerzo realizado. No culpabilizarle por su fracaso. Analizar las posibles causas del fracaso. Proponerle un nuevo plan de tratamiento y seguimiento. Si no desea intentarlo de nuevo, ofrecerle nuestra colaboración para cuándo se sienta preparado de nuevo.
	Abstinencia de menos de seis meses.	Acción	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo psicológico. Prevención de recaídas. Valorar si necesita ayuda especializada y apoyo farmacológico.
	Abstinencia de más de seis meses.	Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> Felicitarlo. Ofrecerle seguimiento. Apoyo psicológico y prevención de recaídas.
	Abstinencia de más de cinco años.	Finalización	<ul style="list-style-type: none"> Felicitarlo. Apoyo psicológico y prevención de recaídas.

Valoración del grado de dependencia a la nicotina: Test de Fagerström (Anexo 1).

Es el instrumento más útil para medir el grado de dependencia física que los fumadores tienen por la nicotina. Cuando no disponemos de tiempo se puede utilizar el test de Fagerström reducido propuesto por Heatherton y col. que consta tan solo de dos preguntas (Anexo 2).

Tratamiento farmacológico^{14,15,16}

- Tratamientos sustitutivos de nicotina:
 - Parches de nicotina de 16 y 24 horas de liberación.
 - Chicle de nicotina de 2 y 4 mgr.
 - Comprimidos de nicotina para chupar de 1 mgr.

- Otros fármacos eficaces que necesitan receta médica:
 - Bupropion “Zyntabac®”.
 - Varenicline “Champix®”.
 - Nortriptilina/ Serlatina.
 - Buspirona.

Descripción del tratamiento sustitutivo de nicotina:

- Se utilizarán, preferiblemente, parches que liberen nicotina durante 24 horas, con 21 mgrs, 14 mgrs y 7 mgrs.
- Existen otras formas de administración: parches de 16 horas, chicles, inhaladores nasales y spray nasal.
- Los chicles y comprimidos de nicotina se pueden utilizar en ciertos casos juntamente con el parche en los momentos de deseo imperioso de fumar (craving).
- Mientras el parche permanece fijo, la nicotina se absorbe a través de la piel a una velocidad estable, distribuyéndose por la circulación sistémica y permaneciendo de este modo con unos niveles plasmáticos constantes similares a los obtenidos al fumar.
- Se libera una cantidad estable de sustancia activa por unidad de tiempo y área de superficie (aproximadamente 0,7 mgrs/cm² en 24 horas).
- Diversos trabajos llegan a la conclusión que la utilización de la TSN en pacientes cardiovasculares es siempre más segura que el consumo de cigarrillos.

“Se produce tolerancia casi completa a la mayoría de los efectos cardiovasculares de la nicotina. La nicotina que se administra mediante las actuales medicaciones con nicotina empieza con concentraciones menores, ausencia de bolos arteriales, no influye en los factores de riesgo cardiovasculares establecidos de la misma forma que lo hace el tabaco” (Fagerström. *Cardiovascular Risk Factors*, 1996).

La forma de administración, los efectos secundarios y las contraindicaciones de la terapia con nicotina son¹⁷:

	CHICLE	PARCHE	COMPRIMIDOS PARA CHUPAR
Forma de administración	<ul style="list-style-type: none"> ■ Masticación > Lib. nicotina > Absorción > Nicotinismo. ■ Se tiene que masticar suavemente con pausas Frecuentes. Al principio puede resultar desagradable, requiere un periodo de adaptación. ■ Gusto de menta, fruta y nicotina sola. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ El parche se tiene que colocar en una zona de la piel sin pelo cada día a la hora de levantarse o de ir a dormir y retirándolo al día siguiente (24 horas) o a la hora de ir a dormir (16 horas). ■ Se tiene que colocar en una zona sin pelos y no repetir la misma zona hasta el 5º día para evitar reacciones cutáneas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Chupar hasta que el gusto se vuelva fuerte. Parar. Repetir hasta la disolución completa. (30 minutos). ■ Gusto de menta. Socialmente muy Aceptable.
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> ■ Molestias dentales, úlceras a la lengua y mucosa oral. Dolor de Cuello y mandíbula. Hipo. Ardor epigástrico. Náuseas. Mal gusto de boca. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Picor, eritema, exantema, cefalea, mialgia, mareos, dispepsia. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Los mismos que el chicle, excepto los problemas dentales.
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> ■ Problemas dentales. Trastornos de la articulación temporomandibular. Ulcus gastroduodenal activo. Inflamación oro faríngea. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enfermedades dermatológicas generalizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las mismas que el chicle, excepto las relacionadas con problemas dentales.
Contraindicaciones comunes	<ul style="list-style-type: none"> ■ IAM reciente, arritmias cardíacas severas, angina inestable, embarazo, lactancia, ulcus gastroduodenal activo, enfermedades mentales graves, otras drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las mismas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las mismas.
Interrupción del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ■ En el caso que Pasados 15 días después de haber iniciado el tratamiento no se haya modificado el consumo tabáquico, conviene recomendar la interrupción del tratamiento sustituto. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las mismas 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las mismas

Las recomendaciones en la dosificación general de la terapia sustitutiva con nicotina son^{17,18,19}

Nº cigarrillos/ día	Fageström	Opciones terapéuticas			
		Chicle	Parche 24h	Parche 16h	Comprimidos
10-19	< 4	2 mg 8-10 (8-10 semanas)	21 mg (4 semanas) + 14 mg (4 semanas)	15 mg (4-6 semanas) + 10 mg (2-4 semanas)	1 mg 12-9 comprimidos/día (4 semanas) + 8-5 comprimidos/día (4 semanas) + 4-1 comprimidos/día (4 semanas)
20-30	4-6	4 mg 1/90 min. (12 semanas)	21 mg (4 semanas) + 14 mg (4 semanas) + 7 mg (4 semanas)	15 mg + 10 mg (4 semanas) + 10 mg (4 semanas)	Duplicar la pauta anterior
+30	> 6	4 mg 1/60 min. (12 semanas)	21 mg (6 semanas) + 14 mg (4 semanas) + 7 mg (2 semanas)	15 mg + 10 mg (6 semanas) + 15 mg (4 semanas) + 10 mg (4 semanas)	Duplicar la pauta anterior
		Terapia combinada	(parche + chicle)		Terapia combinada

Otra opción sería el spray nasal, poco tolerado por la mayoría de los fumadores y no está comercializado en España.

PAUTAS DE TRATAMIENTO¹⁴

Fageström ≤ 4

- Tratamiento conductual + visitas de apoyo y seguimiento.

1ª opción:

- Chicle de nicotina.
- Comprimidos de nicotina.

2ª opción:

- Buspirona.

Fageström 5-6

■ Tratamiento conductual + visitas de apoyo y seguimiento.

1ª opción:

- Parches de nicotina.
- Bupropión.

2ª opción:

- Chicle de nicotina.
- Comprimidos de nicotina.

Fageström > 6

■ Tratamiento conductual + visitas de apoyo y seguimiento.

- Iniciar con parches de nicotina o Bupropion durante 2 semanas.
- Revalorar a los 15 días.

Clínica:

- Sdme. abstinencia: Revalorar dosis de parches de nicotina.
- Craving intensos: Tratamiento combinado.
- Sdme. depresivo: Parches de nicotina + Serlatina.
- Sdme. ansioso: Parches de nicotina+ Buspirona.

Si hay buena evolución continuar durante 8 semanas.

SEGUIMIENTO

1ª visita	Día D	1 ^{er} control	2º control	3 ^{er} control	4º control	5º control	
Elegir fecha	Individualizar tratamiento	15 d	30 d	60 d	90 d	180 d	
Preparación							ALTA 12 meses

El seguimiento es la base fundamental de todo plan de intervención, aporta: tranquilidad, ánimo y seguridad.

Medición de niveles de Monóxido de Carbono (CO) en el aire espirado²⁰

La cooximetría es una prueba que consiste en objetivar el CO (monóxido de carbono) en el aire espirado por un individuo. Esta cantidad está en relación con su hábito como fumador. Para ello se utiliza el cooxímetro que es un monitor de alta precisión para medir la concentración de CO en ppm (partículas por millón).

La relación entre ppm de CO en el aire espirado y los niveles de COHB (carboxihemoglobina) en sangre ilustran en el paciente la pérdida de su capacidad de oxigenación. El CO o monóxido de carbono tiene una afinidad por la hemoglobina de unas 240 veces superior a la del oxígeno. Lo desplaza con facilidad formando carboxihemoglobina. La consecuencia final es una hipoxemia, con falta de oxígeno a nivel celular.

El monóxido de carbono es el responsable de la aceleración de los mecanismos de la aterosclerosis y al final conduce a las enfermedades cardiovasculares del fumador. Otros efectos que produce son el dolor de cabeza y trastornos del sueño.

Cuando uno deja de fumar o inhalar el humo de los demás, en menos de 24 horas desaparece el monóxido de carbono de los pulmones.

La cooximetría es un método sencillo, barato e incruento y aumenta la motivación del fumador.

Técnica: El sujeto debe realizar una inspiración profunda y mantener una apnea de 15 segundos, después procederá a una espiración lenta, prolongada y completa. Esperaremos unos segundos hasta que el indicador del cooxímetro se establezca y marqué el número exacto de ppm de CO que el sujeto tiene en el aire que espira²¹.

Valoración: Niveles de 10 ó más ppm de CO en el aire espirado corresponden a sujetos fumadores. Niveles de 6 a 10 ppm a fumadores esporádicos, y cifras por debajo de 6ppm a no fumadores^{21,22} o fumadores pasivos. Lo más frecuente que observamos en una persona que no fuma es un valor de 2 o 3 ppm. Algunas personas con enfermedades pulmonares (EPOC, ...) o que conviven en ambientes contaminados (taller de coches, discotecas, bares...) que no fuman pueden dar hasta 6 ppm.

El Test de Richmond es un test que sirve para evaluar la motivación de la persona que quiere dejar de fumar. Consiste en responder una serie de preguntas y adjudicar unos puntos según la respuesta. Se suman los puntos obtenidos y según esta suma se obtiene un grado de motivación (*Anexo 2*). Es de gran ayuda durante el proceso de abandono contar con una lista personalizada de motivos, a los cuales recurrir ante momentos de debilidad.

Es importante conocer si existe o no síndrome de abstinencia y valorar su intensidad. La abstinencia es un conjunto de signos y síntomas, habitualmente desagradables que aparecen cuando se produce carencia de la nicotina. Existen escalas numéricas que ayudan a valorar la intensidad de este síndrome de abstinencia, que es una de las principales causas de recaída durante la deshabituación (*Anexo 4*).

ANEXOS

ANEXO I

**Test de valoración de la dependencia física a la nicotina:
Test de Fagerström**

1.- ¿Cuánto tardas en fumarte el primer cigarro después de levantarte?

5 minutos	3	
6-30 minutos	2	
31-60 minutos	1	<input type="text"/>
Mes de 60 minutos	0	

2.- ¿Te cuesta no fumar en sitios donde está prohibido fumar?
(cine, autobús, etc.).

Si	1	<input type="text"/>
No	0	

3.- ¿Qué cigarrillo te costaría más renunciar?

El primero de la mañana	1	<input type="text"/>
Otros	0	

4.- ¿Cuántos cigarros fumas al día?

31 o más	3	
21-30	2	
11-20	1	<input type="text"/>
10 o menos	0	

5.- ¿Fumas más durante la mañana que durante el resto del día?

Si	1	<input type="text"/>
No	2	

6.- ¿Si estás tan enfermo que te pasas el día en la cama, fumas?

Si	1	<input type="text"/>
No	0	

PUNTUACIÓN TOTAL DEL TEST

< 4	Baja dependencia
4-6	Dependencia mediana
> 6	Alta dependencia

ANEXO II

**Test de valoración de la dependencia física a la nicotina:
Índice de dependencia del tabaco de Heatherton y col-laboradores**

1.- ¿Cuántos cigarrillos se fuma al día?

31 o más	3
21-30	2
11-20	1
10 o menos	0

2.- ¿Cuánto tiempo pasa desde que se despierta hasta que se fuma su primer cigarrillo?

5 minutos	3
6-30 minutos	2
31-60 minutos	1
Más de 60 minutos	0

PUNTUACIÓN TOTAL DEL TEST

0-2	Baja dependencia
3-4	Dependencia mediana
5-6	Alta dependencia

ANEXO III

Test de Richmond
Test de Richmond para valorar la motivación para dejar de fumar.

1. ¿Querría usted dejar de fumar si pudiera hacerlo con facilidad?

No	0 puntos
Si	1 punto

2. ¿Siente usted verdaderos deseos de dejar de fumar?

Ninguno	0 puntos
Alguno	1 punto
Mediano	2 puntos
Muchos	3 puntos

3. ¿Piensa usted que puede dejar de fumar en las próximas dos semanas?

No	0 puntos
Quizá	1 punto
Probablemente	2 puntos
Con seguridad	3 puntos

4. ¿Piensa usted que puede conseguirlo en los próximos seis meses?

No	0 puntos
Quizá	1 punto
Probablemente	2 puntos
Con seguridad	3 puntos

RESULTADO:

De 0 a 5 puntos	Motivación débil
De 6 a 8 puntos	Motivación media
9 o más puntos	Motivación fuerte

ANEXO IV

Valoración del síndrome de abstinencia

¿En que medida experimenta usted alguno de estos síntomas?

	NO 0	LEVE 1	MODERADO 2	SEVERO 3
Deseo de Fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dif. Concentración				
Cansancio				
Cefalea				
Restriñimiento				
Hambre excesiva				
Depresión				
Somnolencia				

BIBLIOGRAFÍA

1. dejar-de-fumar.org.es (consultado 3/XI/2008). Disponible en: <http://dejar-de-fumar.org.es/>
2. Us Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction, a report of the Surgeon General. Washington DC: US Government Printing Office; 1988.
3. ¿Qué fumamos? En: Sánchez Agudo L, ed. Menos Humos : Decídase a vencer por fin al tabaco. Barcelona: Planeta ; 2003
4. CONSUMER EROSKI; 2007.(Consultado el 30/X/2008) Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/salud/2007/08/02/165692.php>
5. SINC.Servicio de Información y Noticias Científicas. 2008 (consultado el 3/1/2009). Disponible en: <http://www.plataformasinc.es/index.php/esl/Noticias/Mas-del-70-de-las-personas-fumadoras-que-acuden-a-los-centros-de-salud-son-adictas>
6. Enfermedades producidas por el tabaco; 2008 (consultado 24/X/2008). Disponible en: <http://webdelprofesor.ula.ve/medicina/cleyzer/enfermedades.htm>

7. CIE-10: Capitulo V. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud (Ginebra). Meditor ed. 1996
8. Roig P, Sabater E, Borràs, T.; Salmons R.; Sesmió M, Albeldo V. .Protocolo de intervención en pacientes fumadores hospitalizados. Prevención de tabaquismo. 2001;3 (3) 124-130.
9. Medifam; 2001 (Consultado el 25/X/2008) disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682001000400003&script=sci_arttext
10. WHO. Evidence based core recomendations for health care systems in Europe. Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence. February 2001.
11. Grup d'infermeres de la Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum. Protocol d'intervenció infermera en consell mínim per la cessació tabàquica a l'àmbit hospitalari. www.xchsf.com. Maig 2007.
12. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward and integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1984; 51.
13. Giner J, Trrejon M, Pinet C. Intervenció mínima tabaquismo. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Junio 2004.
14. M. Barrueco Ferrero, M.A Hernández Mezquita, M. Torrecilla García. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 3a ed. 2006.
15. Jimenez Ruiz, C.A. Terapia sustitutiva con nicotina. Aspectos prácticos. Revista Clínica española. Vol. 198.3. Març, 1998.
16. Martín Cantera, C.; Terrer Moret, S. Bupropión: un tratamiento no nicotínico para dejar de fumar. Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 2001, 8:5, 343-350.
17. Comitè d'experts del Grup Sagessa; Guia de maneig del tabaquisme 2001.
18. Evaluation of a new fruit flavoured Nicorette gum. Consumer assessment of nicotine gums at 2 and 4 mg. RSSL Pharma para McNeil Consumer Healthcare.
19. Hábitos y actitudes hacia la dependencia del tabaco. McNeil Consumer Healthcare-Millward Brown. Mayo 2006.
20. SEDET. Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo; (consultado 28/X/2008). Disponible en: <http://www.sedet.es/sedet/html/doc/docencia.htm#1.6>
21. Jarvis J, Russell MAH. Expired air CO: a simple breath of tobacco smoke intake. BMJ 1980; 281:484-485.
22. Zacny JP, Stitzer ML, Browh FJ et al. Human cigarette smoking: effect od puff and inhalation parameters on smoke exposure. J Pharmacol Exp Ther 1986; 240:554-564.