

Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo

C.A. Jiménez-Ruiz^c, S. Solano Reina^b, M. Barrueco Ferrero^e, J.I. De Granada Orive^f, J.J. Lorza Blasco^g, S. Alonso Viteri^c, S. Flórez Martín^d, V. Sobradillo Peña^a, y el Grupo de Trabajo del Área de Tabaquismo de la SEPAR

^aPresidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

^bPresidente del Área de Tabaquismo. SEPAR.

^cUnidad de Tabaquismo. Servicio de Neumología. Hospital de la Princesa. Madrid.

^dUnidad de Neumología. Hospital Severo Ochoa. Leganés.

^eServicio de Neumología. Hospital Clínico de Salamanca.

^fServicio de Neumología. Hospital Gómez Ulla. Madrid.

^gUnidad de Neumología. Fundación Hospital de Calahorra.

Introducción

En el momento actual, el tabaquismo se considera como la principal causa de morbimortalidad en los países desarrollados. De acuerdo con el último informe de la OMS¹, esta drogodependencia habrá causado 4 millones de muertos en el mundo durante el año 2000 y causará 10 millones de muertos en 2020, por lo que inevitablemente las autoridades sanitarias deberán en breve contemplar el tabaquismo como una prioridad de salud pública, lo que obligará a establecer y a asignar recursos para prevenirlo y tratarlo.

Por otro lado, los más recientes informes científicos consideran que el tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que se inicia antes de los 18 años de edad en más del 80% de los casos y que es capaz de causar la muerte prematura en más de la mitad de aquellos que la padecen²⁻⁵. Esta condición de enfermedad crónica adictiva es el principal motivo de desarrollo de intervenciones clínicas sobre los sujetos fumadores, para ayudarles a abandonar definitivamente el consumo del tabaco. Diversas asociaciones científicas han dictado normativas específicas de intervención sobre los fumadores, con el objetivo de optimizar la eficacia y el coste de las actuaciones terapéuticas de los profesionales sanitarios sobre el tabaquismo. Entre estas normativas destacan las de la Asociación Americana de la Salud y las de la British Medical Association²⁻⁵. La Sociedad

Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) elaboró una normativa publicada en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA⁶ en 1999, que ha servido de referencia para los profesionales españoles.

La creciente preocupación de los profesionales sanitarios respecto al tabaquismo y su capacidad para intervenir sobre el mismo, a pesar de la escasez de recursos, así como su capacidad para transmitir a la sociedad, a través de los medios de comunicación social, el problema de salud pública que aquél representa, han servido de estímulo para que las autoridades politicosanitarias de los distintos países hayan comenzado a desarrollar planes integrales de prevención y tratamiento de esta drogodependencia. En España varios sistemas autonómicos de salud han comenzado a elaborar planes de control del tabaquismo. Casi todos llevan implícita la creación, dentro del sistema sanitario público, de un programa de asistencia integral a los sujetos fumadores. Dicho programa contempla la creación de unidades de tabaquismo que, por lo general, no reúnen todas las características que deberían cumplir para ser consideradas auténticas unidades especializadas de tabaquismo (UET). Sin embargo, en España aún no se han realizado análisis rigurosos acerca de las necesidades reales de este tipo de unidades, así como tampoco sobre las características que deben cumplir.

El objetivo principal de esta normativa es contribuir a definir las líneas mínimas esenciales de organización y asistencia de las UET, tratando de identificar las características de la población que deberían atender y, en razón de ellas, el número de unidades que requeriría nuestro sistema público sanitario y la dotación de material y personal de las mismas. Este trabajo es el resultado de un debate integrador de todos sus autores, que han tratado de compendiar su experiencia práctica, al tiempo que han querido hacerla compatible con nuestro actual sistema sanitario, con el fin de ofrecer unas recomendaciones de organización y función de las UET que

Grupo de Trabajo: F. Carrión Valero (Valencia), A. Ramos Pinedo (Ciudad Real), J.P. Romero Palacios (Granada), I. Hernández del Rey (Barcelona), L. Ramos (Palencia), B. Steen (Madrid), I. Sampablo (Barcelona).

Correspondencia: Dr. C.A. Jiménez-Ruiz.
Unidad de Tabaquismo. Hospital de la Princesa.
Diego de León, 62. 28006 Madrid.

Recibido: 23-4-01; aceptado para su publicación: 26-6-01.

(Arch Bronconeumol 2001; 37: 382-387)

sean útiles y eficaces para servir de guía, tanto a cualquier administración sanitaria que desee poner en marcha este tipo de actividad como a los profesionales responsables de llevarlas a cabo.

Población diana

Todos los profesionales sanitarios deben intervenir sobre el tabaquismo de manera adecuada según la situación del paciente y en función de los recursos de que se disponga en el ámbito asistencial en el que se realice la intervención. En cualquier lugar del sistema asistencial se puede y debe intervenir sobre el tabaquismo, aunque esto no quiere decir que todas las intervenciones deban ser iguales. La intervención, independientemente del lugar del sistema donde se realice, debe ajustarse a la fase de abandono del consumo del tabaco en la que se encuentre el paciente^{2,3,5,6}, y con ello se aumenta su eficiencia^{2,3,5}, aspecto que es de primordial importancia para la administración sanitaria cuando se trata de asignar recursos a un área asistencial. Por ello, al tratar de establecer las características de una UET, el primer aspecto que se debe valorar es la población que accederá a ella y, por tanto, los criterios de derivación a la misma. Éstos se expresan a continuación:

1. Cualquier fumador que vaya a ser remitido a una UET debe estar en fase de preparación o acción, es decir, encontrarse altamente motivado para hacer un serio intento de abandono⁷. Aumentar la motivación de un fumador para que deje de serlo no es una tarea de una unidad especializada. Este aspecto (hacer transitar al paciente por el proceso de maduración de abandono del tabaquismo) debe corresponder a otros estamentos del sistema sanitario.

2. Fumadores que, después de haber realizado dos o tres intentos serios de abandono del consumo de tabaco, correctamente tratados por un profesional sanitario, no han logrado dejar de fumar. Debe recordarse que entre el 35 y el 60% de los fumadores españoles quieren dejar de fumar y que, de todos ellos, sólo el 25-35% recibe la ayuda adecuada de un profesional sanitario⁸.

3. Fumadores con enfermedades psiquiátricas que, estando controladas, deseen realizar un serio intento de abandono del tabaco.

4. Fumadores con una cardiopatía isquémica descompensada o de menos de 3 meses de evolución.

5. Fumadores con una hipertensión arterial descompensada.

6. Fumadores con arritmias cardíacas graves no controladas.

7. Fumadores con una enfermedad vascular no controlada.

8. Fumadores que han padecido otras drogodependencias que, en el momento de ser remitidos a la UET, lleven más de 2 años sin recaer.

9. Fumadoras embarazadas que deseen dejar de fumar y no puedan conseguirlo sin ayuda especializada.

A partir de estas indicaciones de derivación y de la prevalencia actual del tabaquismo en la población gene-

ral española se pueden realizar cálculos sobre el número de fumadores españoles subsidiarios de ser tratados en una UET.

De acuerdo con los últimos datos derivados de la Encuesta Nacional de Salud⁹ el 36% de la población española mayor de 16 años es consumidora habitual de tabaco, y no se observó diferencias de prevalencia entre las distintas comunidades autónomas. Así, se puede extrapolar que en un área de salud poblada por un millón de habitantes mayores de 16 años, aproximadamente existen 360.000 fumadores. De ellos, el 5% estaría en fase de preparación, es decir, alrededor de 18.000 sujetos y, según los resultados de una reciente publicación⁸, sólo el 30% de este tipo de fumadores tiene alta dependencia. Ésta sería la población subsidiaria de ser atendida en una UET, es decir, que de los 18.000 fumadores sólo 5.400 deberían recibir tratamiento especializado. El resto debe ser atendido por otros ámbitos asistenciales del sistema sanitario, bien sea la atención primaria o la propia atención especializada, pero no una UET.

Recursos materiales

La dotación inicial de una UET debe tratar de acercarse al ideal necesario para desarrollar su función con criterios de excelencia, pero no debe olvidarse que, como toda unidad que se inicia, no es preciso disponer de todos los medios para comenzar a funcionar. No obstante, sí debe tenerse presente la voluntad de que se disponga de todos ellos cuando la demanda asistencial así lo requiera.

La UET debe ocupar una extensión de 60 a 70 m². Este espacio se dividirá en cuatro estancias, cada una de ellas dispuesta para ejercer una determinada función: sala de espera, secretaría, sala de consulta y sala de exploración.

La *sala de espera* debe tener 10-12 m² y estar amueblada con asientos y alguna mesa en la que los pacientes puedan encontrar todo tipo de información escrita relativa al tabaquismo. Es conveniente que las paredes de esta sala dispongan de pósters o cualquier otro tipo de material divulgativo. Se procurará que el material informativo exponga mensajes positivos y, desde luego, carezca de mensajes sanitarios catastrofistas. Es conveniente contar con un aparato de vídeo y un monitor de televisión en el que poder proyectar todo tipo de material audiovisual sobre el tabaquismo.

La *secretaría* debe ser una estancia de 10-12 m² en la que se alojará la persona encargada de realizar las labores administrativas de la UET. Debe contar con el mobiliario y el material ofimático necesarios para realizar correctamente las funciones administrativas. La disponibilidad de un ordenador conectado a otros existentes en la unidad es útil y permite importantes ahorros de tiempo. La zona de secretaría puede utilizarse para situar el archivo de las historias clínicas, aunque hay que tener en cuenta la tendencia actual de los centros a la unificación de los distintos archivos de historias en uno solo.

La *sala de consulta* debe ser la estancia en la que tienen lugar las visitas que el profesional sanitario realiza al fumador. Ocupará 20 m². Debe disponer del mobiliario

rio más adecuado, así como de un ordenador en el que poder almacenar todos los datos de los pacientes y, de esta forma, además de mantener un archivo escrito (conforme exige la actual legislación), se dispondrá de un archivo informatizado. Es importante destacar la necesidad de que la UET tenga muy bien resueltos sus mecanismos de comunicación, tanto externa como interna. Los internos servirán para que los distintos profesionales que trabajan en la misma mantengan una fluida comunicación entre sí y con otros departamentos o servicios del centro sanitario donde se ubique la unidad. La comunicación externa debe servir para mantener un sistema de acceso fácil por parte de los potenciales usuarios de la unidad y de los pacientes atendidos en la misma.

La *sala de exploración*, unida a la sala de consulta, debe ser la más grande de la UET. En ella debe poder realizarse todo tipo de exploraciones e, incluso, podrá ser de utilidad para llevar a cabo las sesiones grupales y/o reuniones con los diferentes usuarios de la UET. Debe estar dotada del siguiente material de información y exploración médica: vídeo, monitor de televisión, proyector y retroproyector (son instrumentos muy útiles para la divulgación de material audiovisual en las sesiones grupales), báscula, tallímetro, tensiómetro y fonendoscopio. El cooxímetro es imprescindible en las unidades. Con un neumotacógrafo será posible conocer los parámetros de función respiratoria de los pacientes y su variación a lo largo del tratamiento. Un electrocardiograma también podría ser de utilidad. Es conveniente un aparato de centrifugación y un congelador, que permitirían realizar extracciones sanguíneas para estudios de cotinina, nicotina e incluso de tiocianato.

Recursos humanos

El tratamiento del tabaquismo es multidisciplinario y son numerosos los profesionales que pueden aportar sus conocimientos para ayudar a los pacientes en el proceso de abandono del tabaco. Pero los pacientes que acuden a una UET, siguiendo rigurosamente los criterios de derivación expuestos en el apartado "Población diana", son subsidiarios de atención por personal sanitario específicamente cualificados para esta tarea.

La UET deberá contar con los siguientes recursos humanos:

1. Un profesional sanitario con titulación universitaria superior. Es recomendable que este papel sea asumido por un médico. En el momento actual, el tabaquismo se considera como una enfermedad y no como una desviación de la conducta, y los diversos tratamientos farmacológicos disponibles hacen que el enfoque diagnóstico y terapéutico del tabaquismo sea, cada vez en mayor medida, mucho más médico que de otro tipo²⁻⁶.

2. Un profesional sanitario con titulación de diplomatura universitaria. Es imprescindible contar con un profesional de estas características, preferiblemente capacitado en educación sanitaria, que se responsabilice de numerosas funciones y acciones de la UET relacionadas con el campo de la educación. El profesional diplomado

en enfermería es el más indicado para llevar a cabo este trabajo.

3. Un profesional administrativo capaz de cumplir las labores de gestión en sus vertientes de administración y secretaría que la UET pudiera originar.

Los profesionales sanitarios (médico y de enfermería) deben desarrollar labores asistenciales, así como de investigación y de docencia. La distribución del tiempo de trabajo debe variar conforme las necesidades de la propia unidad, pero no debe olvidarse que una parte importante de su trabajo debe consistir en extender la conciencia sanitaria de prevención y tratamiento del tabaquismo en todos los ámbitos asistenciales del área sanitaria. Una aproximación a la distribución del tiempo puede ser la siguiente: el titulado superior debería dedicar el 60% de su tiempo a la asistencia, el 20% a investigación y el 20% restante a la docencia; el diplomado puede distribuir el 60% de su tiempo a la asistencia, el 10% a la investigación y el resto a la docencia.

En relación con estos aspectos hay que señalar que, en el momento actual, en el que los recursos sanitarios son limitados y es exigible a los mismos una eficiencia que garantice la inversión pública realizada, en una unidad de estas características puede ser necesario prolongar el horario de atención a los pacientes en jornadas de mañana y tarde e, incluso, disponer de un sistema permanente de atención al paciente (p. ej., vía internet), por lo que la dotación de personal de la misma debería adaptarse a este tipo de horario de funcionamiento.

Es importante establecer la formación con la que tienen que contar los profesionales sanitarios que atienden una UET, debido fundamentalmente a la deficiente información que reciben los profesionales sanitarios, tanto licenciados en medicina como diplomados en enfermería, por lo que es exigible una capacitación específica para asumir la dirección y el trabajo de estas UET. En el momento actual, y al margen de la formación en numerosas ocasiones autodidacta de los profesionales sanitarios que vienen realizando prevención y tratamiento del tabaquismo, la formación en tabaquismo que los distintos profesionales sanitarios de España pueden adquirir está centrada en las siguientes oportunidades¹³⁻¹⁴:

- Cursos de formación en educación para la salud que realiza un buen número de administraciones autónomas, en los que el estudio del tabaquismo se contempla no de manera individualizada, sino englobado en el análisis conjunto de otras drogodependencias.

- Cursos de instituciones docentes especializadas en drogodependencias en los que también el estudio del tabaquismo adolece de la extensión y profundidad necesarias.

- Cursos de instituciones privadas o semiprivadas especializadas en drogodependencias en los que el tabaquismo es tratado de forma insuficiente.

- Planes de formación ofrecidos por sociedades científicas como la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y otras sociedades científicas.

– Curso de especialista interuniversitario en tabaquismo. Se trata de la oferta más ambiciosa en formación en tabaquismo que existe en el momento actual en nuestro país. Es un curso de 370 h lectivas, de las que casi el 40% son prácticas y el resto teóricas. Al final del curso el alumno obtiene un título universitario de especialista en tabaquismo, que es reconocido por cuatro universidades españolas: la Complutense de Madrid, la de Santiago de Compostela, la de Cantabria y la Miguel Hernández de Elche.

En los EE.UU. y el Reino Unido la oferta de formación en tabaquismo es mucho más amplia y se encuentra también mucho más consolidada, con una tradición acorde con la mayor presencia de la lucha contra el tabaquismo en los planes de la administración sanitaria de estos países. Son de destacar los cursos que ofrece la Unidad de Tabaquismo de la Clínica Mayo y los que diseña el profesor Peter Hajek del Hospital San Bartolomé de la Universidad de Londres.

Funciones

Las distintas funciones que la UET debe cumplir son las siguientes:

Función asistencial

Engloba la prestación de asistencia sanitaria para ayudar a dejar de fumar. Debe hacerla la UET a aquellos fumadores que le hayan sido remitidos cumpliendo los criterios de derivación establecidos. Para poder desarrollar correctamente esta función es necesario que la UET gestione los recursos de los que dispone de la forma más eficiente.

Los profesionales sanitarios que atienden la UET deben realizar una amplia y correcta historia clínica a todos los fumadores que acuden a la misma. Los principales objetivos del estudio clínico son diagnosticar al fumador desde el punto de vista de su motivación para dejar de fumar y tipo y grado de dependencias que padece^{15,16}.

Los análisis complementarios que deben realizarse a un fumador incluyen el estudio hematológico y bioquímico sanguíneo, y los valores de cotinina, nicotina y tiocianato, que permiten determinar el impacto nicotínico de un fumador. La cooximetría es absolutamente necesaria. Es recomendable que se realice siempre y que se extreme el cuidado para que el paciente la ejecute de forma correcta¹⁷. La espirometría y el estudio electrocardiográfico están indicados en la visita basal y se pueden repetir a los 6 o 12 meses del abandono o si el profesional sanitario lo considera oportuno con anterioridad. La realización de todas estas exploraciones permite diagnosticar al fumador de manera global, obteniéndose un diagnóstico de fase de abandono, de grado de dependencia psíquica, social, gestual y física.

Una vez establecido el diagnóstico de tabaquismo debe indicarse el tratamiento más adecuado a las características del paciente. El tratamiento siempre debe integrar ayuda psicológica y tratamiento farmacológico. La ayuda psicológica puede aplicarse de manera individual

o mediante terapia grupal. No existen razones objetivas para recomendar una u otra^{2,3,5,6}, ya que son igualmente eficaces. La realización de alguna de ellas debe estar en relación con las características de la UET y con las necesidades del propio paciente.

El tratamiento farmacológico debe utilizarse siempre. Existen multitud de guías y de recomendaciones ofrecidas por sociedades científicas que pueden ser consultadas para el correcto uso de esta terapia^{2,3,5,6}. El empleo de la terapia sustitutiva a altas dosis, así como el uso de terapias combinadas, está muy recomendado en las UET. Las terapias de reducción de daños son igualmente eficaces en este ámbito¹⁸⁻²². El establecimiento de un seguimiento intenso durante las primeras semanas de tratamiento y más dilatado en las fases más avanzadas es otra de las partes más importantes del tratamiento. Durante el seguimiento debe proporcionarse al fumador apoyo psicológico, social y personal, por escrito o telefónico, que le permita adaptarse lo antes posible y de la mejor manera a su nueva etapa como no fumador. La utilización del tratamiento farmacológico debe controlarse de forma correcta y ha de decidirse sobre su incremento o reducción así como sobre la posible combinación de varios tipos de terapia farmacológica.

Como norma general debe considerarse que el seguimiento ha de prolongarse hasta un año después del abandono definitivo del consumo del tabaco y que siempre la abstinencia deberá comprobarse con procedimientos biológicos. La cooximetría es suficiente en la mayoría de los casos. No obstante, en ocasiones, puede ser necesaria la determinación de cotinina y/o nicotina en fluidos biológicos¹⁹⁻²².

Función docente

Es imprescindible que las unidades especializadas ejerzan este tipo de función en los diferentes ámbitos del sistema sanitario español, en colaboración con las distintas instituciones.

1. Docencia en el pregrado. La formación que sobre tabaquismo reciben los alumnos en las facultades de medicina es deficiente^{23,24}. Muy pocos alumnos consiguen un adecuado nivel de conocimientos, aptitudes y habilidades para saber enfrentarse a los problemas que el tabaquismo les puede presentar en su ejercicio profesional. Las UET que estuvieran ubicadas en el seno de un hospital universitario deberían cumplir con esta función docente. Hay que tener en cuenta que 4 h de docencia, dos de ellas teóricas y dos prácticas, son suficientes para proporcionar al alumno una formación específica correcta. La inclusión de esta enseñanza dentro del ámbito de la patología médica proporcionaría una visión más adecuada y amplia de esta enfermedad al alumnado.

Del mismo modo, las unidades deben colaborar con otros departamentos para conseguir que éstos incluyan el tabaquismo entre sus enseñanzas, de forma que cuando el alumno acceda a la formación específica anteriormente descrita pudiera integrar todos los conocimientos recibidos al respecto en el resto de las asignaturas.

2. *Docencia en el posgrado.* En el momento actual es necesario conseguir que el mayor número posible de profesionales sanitarios se integre en la prevención y el tratamiento del tabaquismo. La forma más adecuada para alcanzarlo es proporcionar conocimientos a todos ellos. Utilizar los recursos docentes de las sociedades científicas, los colegios profesionales o las instituciones sanitarias es la mejor manera de optimizar los esfuerzos de las UET.

Es conveniente que cada UET disponga de un curso de aproximadamente 20 h lectivas (15 teóricas y 5 prácticas) que pueda ofertar a las instituciones que lo soliciten y que sirva para formar correctamente a los profesionales sanitarios. Si estos cursos cuentan con la acreditación docente del Ministerio de Sanidad y Consumo o del de Educación y Ciencia¹⁵ el interés por parte de los profesionales aumentará, por lo que será más fácil conseguir su participación en los mismos.

3. *Docencia en el área sanitaria.* Es muy importante que exista una perfecta comunicación entre la UET y el área sanitaria en la que está incluida. La UET debe consensuar protocolos de actuación en tabaquismo con la asistencia primaria de su área. Es clave que en este contexto no sólo se incluya a los médicos de atención primaria sino también a los profesionales de enfermería o de farmacia. De esta manera se conseguirá que todos los profesionales sanitarios de un área prevengan y traten el tabaquismo bajo criterios homogéneos, lo que permitirá optimizar los recursos y multiplicar los resultados, mejorando la eficiencia de los recursos del área. Las UET deben desarrollar un papel de liderazgo para el consenso, homogeneización y puesta en marcha de protocolos de actuación sobre el tabaquismo.

Función de investigación

Es imprescindible que las UET lleven a cabo una función de investigación que abarque diferentes aspectos del tabaquismo. Conviene que el cumplimiento de la función investigadora se realice de forma global junto al resto de las funciones. Así, es muy deseable que una de las primeras acciones de investigación de una UET esté relacionada con la investigación de los hábitos tabáquicos y actitudes con respecto al tabaquismo de los profesionales sanitarios del área sanitaria sobre la que influye la UET.

En España, donde la legislación vigente sobre regulación de consumo de tabaco en ambientes sanitarios es de las más avanzadas del mundo, pero donde su cumplimiento deja mucho que desear, es de vital importancia que los profesionales sanitarios se conciencien de la inmensa responsabilidad que tienen para cumplir y hacer cumplir dicha legislación²⁵⁻²⁹. Por ello es recomendable que las UET lleven a cabo con carácter prioritario un programa de sensibilización y control del tabaquismo entre los profesionales sanitarios. Los principales objetivos de dicho programa deben ser el disminuir la prevalencia del tabaquismo en los profesionales sanitarios e incrementar la sensibilización que en tabaquismo tengan dichos profesionales.

Para conseguir estos objetivos es conveniente establecer una metodología destinada a crear, en primer lu-

gar, un comité de prevención del tabaquismo, con participación de los representantes sindicales, del comité de salud laboral y con representantes de los distintos estamentos. El comité estará presidido por la máxima autoridad del área sanitaria y el responsable de la UE será su secretario. Este comité deberá aprobar todas las acciones que el programa deba incluir para cumplir con los objetivos del mismo³⁰⁻³⁴. Entre estas acciones, se recomiendan como prioritarias las siguientes:

- Aplicar la legislación vigente sobre consumo de tabaco en los ambientes sanitarios de manera consensuada y amplia.

- Producir material divulgativo sobre la prevención del tabaquismo para ser repartido entre los usuarios.

- Producir material docente sobre tabaquismo, para ser distribuido entre los profesionales sanitarios.

- Establecer un programa de charlas y cursos sobre tabaquismo para los profesionales sanitarios del área. Se programará que dichos cursos estén dotados de la acreditación docente más relevante, tal y como se recoge en el apartado dedicado a la docencia; especial atención debe dedicarse a la formación de residentes, a ser posible mediante acuerdos de formación establecidos con sus tutores y con la comisión de formación del centro hospitalario.

- Ofertar ayuda para dejar de fumar a todos aquellos profesionales del área que lo deseen, e incluir dentro de la misma su responsabilización como profesionales en la prevención y tratamiento del tabaquismo.

- Realizar una encuesta antes de iniciar el programa de sensibilización y otra 4 años después de su puesta en marcha con el objeto de poder valorar su eficacia.

Otros aspectos relativos a la investigación en las UET son el desarrollo de protocolos directamente encaminados a valorar la eficacia de las distintas intervenciones sobre tabaquismo. El diseño de éstos puede realizarse por los propios miembros de la unidad o, lo que sería más conveniente, incluidos dentro de un estudio multicéntrico, lo que permitiría aumentar la información que se pudiese obtener de éstos, así como la modificación de las pautas asistenciales de la unidad o de otras unidades a partir de la puesta en común de los resultados.

Resumen y conclusiones

El tabaquismo es la primera causa evitable de muerte en el mundo. En algunos países aumenta el número de personas que quieren dejar de fumar y que necesitan tratamiento especializado para conseguirlo. España es uno de estos países. Las UET serán muy pronto una necesidad del Sistema Nacional de Salud. Es necesario que se establezcan unas normas sobre los recursos tanto materiales como humanos con los que deben contar estas UET para poder cumplir con todas las funciones que tengan encomendadas. El Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica ha querido con esta guía indicar unas recomendaciones sobre los recursos y funcionamiento de las UET. Aproximadamente, un área de salud constituida por un millón

de habitantes de 16 o más años de edad tiene un total de 5.000 fumadores subsidiarios de tratamiento en una UET al cabo de un año.

La UET debe contar con unos recursos materiales mínimos que le permitan atender la demanda que se genere. Entre ellos se cuentan un espacio de 60 a 70 m² dotado con el mobiliario y material necesario para el desarrollo de sus funciones. Los recursos humanos de la UET están constituidos como mínimo por un médico especialista en tabaquismo, un diplomado en enfermería con conocimientos sobre educación para la salud y tabaquismo y un administrativo. La UET debe cumplir con objetivos asistenciales, docentes y de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. World non-tobacco day. Regional Office for Europe, mayo de 2000.
2. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Clinical Practice Guideline: treating tobacco use and dependence. Washington DC, junio de 2000.
3. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines and their cost/effectiveness. *Thorax* 1998; 53 (Supl 5): S1-S38.
4. US Public Health Service Report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA* 2000; 283: 3244-3254.
5. US Department of Health and Human Services. Smoking cessation clinical practice guideline N.º 18. US 1996. AHCPR publication, 96-0692.
6. Jiménez Ruiz CA, Solano S, González Vega JM, Ruiz M, Flórez S, Ramos A et al. Normativa sobre tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999; 335: 499-506.
7. Prochazka J, DiClemente CC. Stages and process of self change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-395.
8. Boyle P, Gandini S, Robertson C, Zatonski W, Fagerstrom K, Slama K et al Characteristics of smokers' attitudes towards stopping. *Eur J Public Health* 2000; 10: 5-14.
9. Dirección General de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
10. Solano S, Jiménez Ruiz CA. Las unidades especializadas de tabaquismo y sus áreas de influencia. *Prev Tab* 2001; 3: 55-57.
11. Mackay J, Crofton J. Tobacco and the developing world. *Br Med Bull* 1996; 56: 206-251.
12. Royal College of Physicians. Smoking and health. Londres: Pitman, 1962.
13. Ayesta J, Jiménez Ruiz CA. La formación de especialistas en tabaquismo. *Prev Tab* 2000; 2: 203-204.
14. Jiménez Ruiz CA, Robledo T, Saiz Y, Rubio J, Espiga Y. Abordaje de la docencia clínica del tabaquismo en las áreas sanitarias de Madrid. *Prev Tab* 2001; 2: 173-179.
15. Fagerström KO. Measuring degree of addiction to tobacco smoking with reference to individualization for treatment for smoking cessation. *Addict Behav* 1978; 34: 235-341.
16. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the surgeon general. N 88-8406, 1988.
17. Jarvis M, Russell MAH, Salojee Y. Expired air carbon monoxide. A simple breath test for tobacco smoke intake. *Br Med J* 1980; 281: 484-485.
18. Jiménez-Ruiz CA, Kunze M, Fagerström KO. Nicotine replacement a new approach to reducing tobacco related harm. *Eur Respir J* 1998; 11: 473-479.
19. Bolliger CT. Practical experience in smoking reduction and cessation. *Addiction* 2000; 95: 19-24.
20. Dale R, Hurt R, Offord K, Lawson G, Croghan Y, Schroeder D. High doses of nicotine patch therapy. Percentage of replacement and smoking cessation. *JAMA* 1994; 274: 1353-1358.
21. Fagerström KO. Combined use of nicotine replacement products. *Health Values* 1994; 18: 15-20.
22. Paolletti P, Fornai E, Magiori F, Puntoni R, Viegi G, Carrozi L et al. Importance of baseline cotinine plasma values in smoking cessation: results from a double-blind study with nicotine patch. *Eur Respir J* 1996; 9: 643-651.
23. Richmond R, Crofton J, editores. Educational about smoking. Londres: IUATLD, 1996.
24. Serrat Moré D. Prevención del tabaquismo en las facultades de medicina. *Prev Tab* 2000; 2: 141-142.
25. Real Decreto 709/82. 1982 Presidencia del Gobierno.
26. Real Decreto 192/88. 1988. Ministerio de Sanidad y Consumo.
27. Orden Ministerial. Ministerio de Educación y Ciencia. 7/11/89.
28. Serra Pujadas C, Bonfill Cosp X, López Clemente V. Consumo y venta de tabaco en lugares públicos: evaluación del cumplimiento de la normativa vigente. *Gac Sanit* 1997; 11: 55-65.
29. Cordovilla R, Barrueco M, González Ruiz JM, Hernández MA, De Castro J, Gómez F. Cumplimiento en instituciones oficiales de la legislación antitabaco. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 320-324.
30. Jiménez Ruiz CA. ¿Cómo hacer las campañas de sensibilización tabaquica en las instituciones sanitarias? *Rev Clin Esp* 1996; 196: 392-394.
31. Andrews JL. Impact of a comprehensive hospital-wide smoking policy. *Am Rev Respir Dis* 1979; 19 (Supl 1): S90.
32. Hurt RD. Towards smoke free medical facilities. *Chest* 1990; 97: 1027-1028.
33. Jiménez Ruiz CA. Tabaco y hospitales. *Med Prev* 1998; 4: 30-32.
34. Andrews JL. Reducing smoking in the hospital. An effective model programme. *Chest* 1983; 84: 206-209.