

Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura

Luz Helena Alba, MG,⁽¹⁾ Raúl Murillo, M en SP,⁽²⁾ Juan Sebastián Castillo, M en SP, Epidem,⁽³⁾
Grupo elaborador de guías de cesación de tabaco del INC.*

Alba LH, Murillo R, Castillo JS.
Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción
al tabaco: revisión sistemática de la literatura.
Salud Publica Mex 2013; 55: 196-206.

Resumen

Objetivo. Presentar los resultados de una revisión sistemática de la literatura médica sobre eficacia y seguridad de la consejería para cesación del tabaquismo. **Material y métodos.** Se siguió la metodología ADAPTE buscando guías de práctica clínica (GPC) en Medline, EMBASE, CINAHL, LILACS y Cochrane. Mediante DELBI se seleccionaron GPC con puntaje mayor a 60 en rigor metodológico y aplicabilidad. Se evaluó la cesación a seis meses según proveedor, modelo y formato de consejería. De 925 referencias se seleccionaron cinco GPC que incluyen 44 revisiones sistemáticas y meta-análisis. **Resultados.** La consejería breve por médicos y la intensiva por profesionales capacitados (individual, grupal, telefónica proactiva) son eficaces con incremento en la abstinencia de 2.1 a 17.4%. Únicamente el consejo práctico y la entrevista motivacional tienen eficacia en consejería intensiva. El efecto clínico es pequeño y la duración del efecto incierta. **Conclusión.** Se requieren evaluaciones económicas para su implementación en programas de salud pública.

Palabras clave: tabaco; nicotina; cese del tabaquismo; consejo; guías de práctica clínica; revisión sistemática

Alba LH, Murillo R, Castillo JS.
Counseling interventions for smoking cessation:
systematic review.
Salud Publica Mex 2013; 55: 196-206.

Abstract

Objective. A systematic review on efficacy and safety of smoking cessation counseling was developed. **Materials and methods.** The ADAPTE methodology was used with a search of Clinical Practice Guidelines (CPG) in Medline, EMBASE, CINAHL, LILACS, and Cochrane. DELBI was used to select CPG with score over 60 in methodological rigor and applicability to the Colombian health system. Smoking cessation rates at 6 months were assessed according to counseling provider, model, and format. In total 5 CPG out of 925 references were selected comprising 44 systematic reviews and metaanalyses. **Results.** Physician brief counseling and trained health professionals' intensive counseling (individual, group, proactive telephone) are effective with abstinence rates between 2.1% and 17.4%. Only practical counseling and motivational interview were found effective intensive interventions. The clinical effect of smoking cessation counseling is low and long term cessation rates uncertain. **Conclusion.** Cost-effectiveness analyses are recommended for the implementation of counseling in public health programs.

Key words: tobacco; nicotine; smoking cessation; counseling; practice guideline; review

(1) Departamento de Medicina Preventiva y Social, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá. Bogotá, Colombia.

(2) Subdirección de Investigaciones, Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

(3) Grupo de investigación clínica, Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

* Integrado por Nelci Becerra, Alejandra Cañas, Plutarco García-Herreros, Nelson Páez, Catalina Mosquera, Natalia Camacho, Javier Gómez, Luis Gabriel Bernal y los autores.

Fecha de recibido: 8 de mayo de 2012 • Fecha de aceptado: 23 de octubre de 2012

Autor de correspondencia: Luz Helena Alba, profesor asistente. Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana.
Carrera 7ª # 40-62 Hospital San Ignacio, octavo piso. Bogotá DC, Colombia.
Correo electrónico: lalba@javeriana.edu.co

A pesar de los esfuerzos para contrarrestar el tabaquismo, para el año 2030 habrá dos mil millones de fumadores si no se instauran medidas para su control.¹ Las acciones más efectivas están en el plano político y se relacionan con la restricción de la oferta y el desestimulo de la demanda;² no obstante, existe evidencia de que los tratamientos de cesación pueden ayudar a reducir la carga de enfermedades asociadas con este factor de riesgo.³

La consejería, la terapia farmacológica y la combinación de estas alternativas tienen eficacia demostrada para la cesación del tabaquismo.³ Consecuentemente, la consejería, entendida como la orientación y el apoyo para dejar de fumar, se considera como una intervención de primera línea y su uso sistemático se propone en todo fumador y en cada contacto con los servicios de salud.⁴ Sin embargo, existe gran variabilidad en su definición y ausencia de estandarización en su implementación, lo que dificulta la evaluación de resultados; adicionalmente, el efecto clínico para algunas acciones de consejería es pequeño y los efectos de largo plazo no tienen valoración consistente.⁵

El Instituto Nacional de Cancerología de Colombia construyó una guía práctica clínica (GPC) basada en evidencia para la cesación de la adicción al tabaco en población adulta. En este trabajo se presentan los resultados de la revisión de la literatura sobre eficacia y seguridad de la consejería para la cesación y las recomendaciones específicas para esta intervención.

Material y métodos

Se siguió la metodología ADAPTE para adaptación de GPC.⁶ Se buscaron GPC con recomendaciones sobre

consejería para la cesación en Medline, EMBASE, CINAHL, LILACS y Cochrane, al igual que en portales de organismos elaboradores y recopiladores de GPC, sitios especializados en tabaco y literatura gris mediante referencias cruzadas y comunicación con expertos (cuadro I). Se adelantó una búsqueda adicional en Medline –metaanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos–, a partir del último año de publicación de las guías analizadas. Se incluyeron guías dirigidas a adultos fumadores, con recomendaciones sobre consejería en cualquier modalidad, publicadas en inglés, portugués, francés y español a partir de enero de 2005. Se excluyeron las dirigidas a poblaciones especiales (adolescentes, embarazadas, enfermedad mental, hospitalizados, etcétera).

Se evaluaron tasas de cesación a seis meses –validación bioquímica o autorreporte– y efectos adversos. Se revisaron títulos y resúmenes, seleccionando manuscritos a leer en versión completa. Los documentos fueron calificados por pares expertos mediante DELBI (escala 0-100),⁷ descartando las guías con puntaje inferior a 60 en rigor metodológico o aplicabilidad en el contexto colombiano. Se homologaron niveles de evidencia y grados de recomendación, definiendo como fuerte la evidencia proveniente de ensayos clínicos de calidad alta y media, revisiones sistemáticas y metanálisis (GRF), y como débil aquella procedente de ensayos clínicos de baja calidad y estudios observacionales (GRD).

Resultados

Se identificaron 925 títulos (72 GPC). Cumplieron criterios de inclusión 15 GPC⁸⁻²² y cinco se seleccionaron

Cuadro I

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA CON INTERVENCIONES DE CONSEJERÍA PARA LA CESACIÓN DE LA ADICCIÓN AL TABACO. BOGOTÁ, COLOMBIA, ABRIL 2012

Términos relacionados con cesación de tabaco	Términos relacionados con intervenciones de consejería	Términos relacionados con guías de práctica clínica	Fuente de búsqueda (página en Internet)
1. Smoking [MESH] 2. Tobacco [MESH] 3. Smoking cessation [MESH] 4. Tobacco use cessation [MESH] 5. Tobacco use disorder [MESH] 6. Nicotine dependence [MESH]	1. Counseling [MESH] 2. Advice* or clinical intervention* 3. Advice* adj quit* 4. Abstinence behavioral 5. Motivational counseling 6. Motivational interviewing 7. Stages of change 8. Transtheoretical model 9. Aversive smoking 10. Behavior therapy [MESH] 11. Group behavioral therapy programs 12. Individual behavioral counseling 13. Self-help interventions 14. Telephone counseling	1. Guideline [Publication Type] 2. "Guidelines "[All Fields] 3. "Practice guidelines "[All Fields] 4. "Congresses"[All Fields] 5. "Consensus development conference"[All Fields] 6. "Consensus"[All Fields] 7. "Clinical conference"[All Fields] 8. Review[Publication Type]	Ovid MEDLINE: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ EMBASE: http://www.embase.com/ EBSCO Host CINAHL: www.ebscohost.com/cinahl/ LILACS: http://lilacs.bvsalud.org/es/ COCHRANE LIBRARY: http://cochrane.org

para adaptación (figura 1). La guía de la RNAO no se incluyó por estar dirigida a enfermeras.

Las guías seleccionadas reúnen 44 revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre aspectos relativos a la consejería (cuadro II). La GPC más reciente se publicó en 2008 y 10 revisiones de las utilizadas en las guías fueron analizadas en versión actualizada.

Definiciones de consejería

La consejería se ha definido como el intercambio de información y mensajes verbales, o como toda intervención comportamental para la cesación del tabaco (cuadro I:1,4,6) En el presente artículo se asume como una actividad comunicativa entre profesional de la salud y paciente que promueve el desarrollo de capacidades para dejar de fumar.

La consejería breve o corta es la intervención inicial una vez identificada la adicción; se realiza en menos de 10 minutos y en episodio único (cuadro I:1,4,6) No obstante, NICE considera como breves aquellas intervenciones hasta de 30 minutos e incluye en este concepto acciones diferentes de consejería realizables en ese tiempo (cuadro II: 25)

La consejería intensiva, esto es, de más de diez minutos en cuatro sesiones o más, en ocasiones se denomina "intervención comportamental" (cuadro I: 2,3,5) refiriéndose a la acción no farmacológica sobre conductas de riesgo.²³ Lo anterior sugiere que la consejería breve no es intervención comportamental, lo cual no coincide con su propósito, igual que puede decirse en este caso de la terapia farmacológica. El Dutch Institute for Health Care (DIHC) denomina soporte comportamental a las intervenciones breves e intensivas (cuadro III). Fiore y colaboradores (cuadro I) agrupan la consejería y otras intervenciones sicosociales. Esa guía asume las formas de brindar el consejo como subcategorías del mismo -telefónico, grupal, computarizado, etc.-, lo que difiere de guías en donde el consejo y las formas de brindarlo se tratan como intervenciones diferentes (cuadro III).

El tamizaje se evalúa como intervención breve (cuadro I: 1-4) debido a que es la base para iniciar la cesación y tiene efecto sobre el comportamiento del profesional de la salud. CEMBE (cuadro I: 5) incluye las intervenciones comportamentales dentro de las no farmacológicas, igual que la terapia aversiva y las terapias complementarias (acupuntura e hipnosis). En sentido similar, Fiore y colaboradores (cuadro I:1)

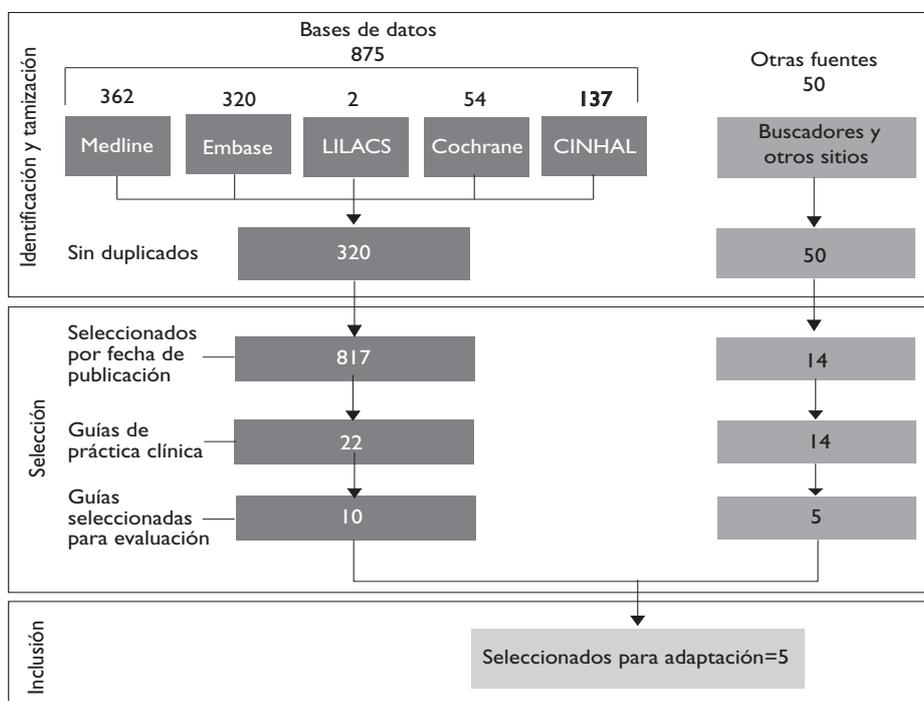


FIGURA 1. RESULTADOS DE LA BÚSQUDA Y SELECCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA CON INTERVENCIONES DE CONSEJERÍA PARA LA CESACIÓN DE LA ADICCIÓN AL TABACO. BOGOTÁ, COLOMBIA, ABRIL 2012

Cuadro II
GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE CONSEJERÍA PARA LA CESACIÓN DEL TABAQUISMO QUE CUMPLIERON CRITERIOS DE INCLUSIÓN SEGÚN METODOLOGÍA DE ADAPTACIÓN. BOGOTÁ, COLOMBIA, ABRIL 2012

Núm.	Autor	Título	País	Año	Calificación DELBI*
1	Fiore MC et al ⁶	Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline	Estados Unidos	2008	78,6/69,4
2	NICE ⁹	Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces	Inglaterra	2008	83,3/83,3
3	NICE ^{10‡}	Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings	Inglaterra	2006	88,1/80,5
4	Ministry of Health New Zealand ¹¹	Smoking cessation guidelines	Nueva Zelanda	2007	78,6/61,1
5	CEMBE ¹²	Clinical practice guideline on smoking cessation	Portugal	2008	71,4/91,7
6	Deutch Institute for Health Care CBO ¹³	Guideline treatment of tobacco dependence	Holanda	2006	64,3/63,9
7	Registered Nurses' Association of Ontario ¹⁴	Integrating smoking cessation into daily nursing practice	Canadá	2007	71,4/80,6
8	Michigan Quality Improvement Consortium ¹⁵	Tobacco control	Estados Unidos	2007	29,0/33,0
9	University of Michigan Health System ¹⁶	Smoking cessation	Estados Unidos	2006	38,1/33,3
10	Ministerio de Salud y Medio Ambiente ¹⁷	Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco	Argentina	2005	26,2/38,9
11	Duarte A et al ¹⁸	Guía de práctica clínica basada en evidencia (metaanálisis) sobre estrategias para la cesación de tabaco en Colombia	Colombia	2005	45,2/30,6
12	Health Scotland and ASH Scotland ¹⁹	Smoking cessation update 2007. Supplement to the 2004 smoking cessation guidelines for Scotland	Escocia	2007	66,7/58,3
13	CAN-ADAPTT ²⁰	Dissemination and adoption of practice-informed tobacco treatment. Dynamic guidelines for tobacco control in Canada*	Canadá	2008	14,3/5,60
14	Ministerio de Salud Pública ²¹	Guía nacional para abordaje del tabaquismo	Uruguay	2009	64,3/58,3
15	Société Scientifique de Médecine Générale ²²	Recommandations de bonne pratique. Arrêter de fumer	Bélgica	2005	71,4/58,3

* Dominio 3/Dominio 7

‡ Las recomendaciones de esta guía fueron incluidas en la guía 2 (NICE) sobre cesación en cuidado primario

NICE: National Institutes for Health and Clinical Excellence, UK

CEMBE: Centro de Estudios de Medicina Baseada na Evidencia

CAN-ADAPTT: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment a practice-based research network

clasifican hipnosis y acupuntura como intervenciones sicosociales y la terapia aversiva dentro de las comportamentales.

Algunas guías evalúan las modalidades de consejería como categorías independientes (cuadro I: 1-4); tal es el caso del modelo ABC o de los modelos de 5Aes, 5Rs, entrevista motivacional y resolución de problemas (cuadro III). Igual que el modelo, el tipo de proveedor y el formato mediante el cual se suministra la consejería pueden generar resultados diferenciales (figura 2).

Eficacia de la consejería

Preguntar sistemáticamente por el estado de fumador incrementa las intervenciones sobre pacientes fumadores (RM= 3.1; IC95% 2.2-4.2), pero no la cesación

(RM= 2.0; IC95% 0.8-4.8) (cuadro I: 1). La consejería breve incrementa la abstinencia a seis meses entre 2.1 y 5.1% (cuadro I: 3). El consejo cuya duración es inferior a tres minutos no incrementa la cesación (RM= 1.3; IC95% 1.01-1.6), mientras que el realizado entre tres y 10 minutos lo hace en 5.1% (RM= 1,6; IC95% 1.2-2.0) y la consejería intensiva en 6.1% frente al consejo breve (RR= 2.3; IC95% 2.0-2.7) (cuadro I: 1,2).

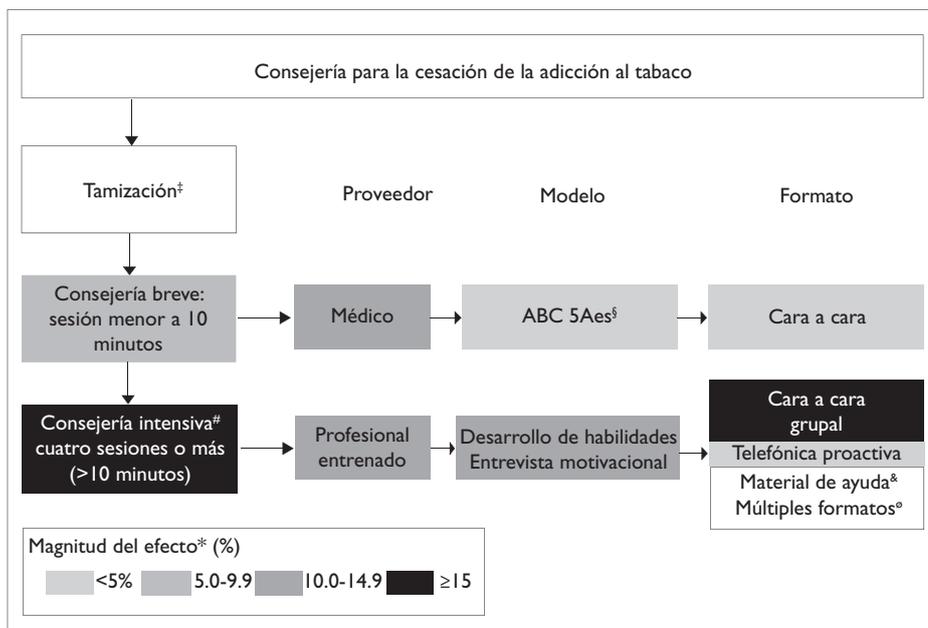
El tiempo total de contacto –número de sesiones por duración– incrementa la cesación hasta en 17.4% hacia los 300 minutos, sin beneficio adicional después de este tiempo: RM= 1.9; 3.0; 3.2; y 2.8; con IC95% 1.5-2.3; 2.3-3.8; 2.3-4.6; 2.0-3.9 para intervalos a 30, 90, 300 y más de 300 minutos. Concordantemente, el número de sesiones incrementa la cesación hasta en 12.3%: RM=1.4; 1.9; y 2,3; para tres, ocho y más de ocho sesiones (cuadro I: 1).

Cuadro III

REVISIONES SISTEMÁTICAS RELATIVAS A LA CONSEJERÍA PARA LA CESACIÓN DE TABAQUISMO, INCLUIDAS EN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, SELECCIONADAS PARA EL PROCESO DE ADAPTACIÓN. BOGOTÁ, COLOMBIA, ABRIL 2012

Núm.	Autor	Título	Año	Guía (cuadro I)
1	Ashenden R <i>et al</i>	A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice	1997	6
2	Bouwens J	Beginnen en stoppen met roken bij jongeren: een review over relevante factoren van beginnen en stoppen met roken bij jongeren vanaf 16 jaar	2003	6
3	Britt E <i>et al</i>	Motivational interviewing in health settings: a review	2004	1
4	Brothwell DJ <i>et al</i>	Should the use of smoking cessation products be promoted by dental offices? An evidence-based report	2001	3
5	Carr AB <i>et al</i>	Interventions for tobacco cessation in the dental setting (Cochrane review)	Actualizada 2009	1,4
6	CDC	The guide to community preventive services: tobacco use prevention and control	Actualizada 2010	1
7	Ebbert JO <i>et al</i>	Interventions for smokeless tobacco use cessation (Cochrane review)	Actualizada 2011	3
8	Fiore MC <i>et al</i>	Smoking Cessation Clinical Practice Guideline No. 18	1996	1
9	Fiore MC <i>et al</i>	Treating Tobacco Use and Dependence	2000	1,3,4,6
10	Fiore MC <i>et al</i>	Treating Tobacco Use and Dependence	2008	1
11	Gansky SA <i>et al</i>	Oral screening and brief spit tobacco cessation counseling: a review and findings	2002	3
12	Hulscher ME <i>et al</i>	Interventions to implement prevention in primary care (Cochrane review)	2001	6
13	Kottke T <i>et al</i>	Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: a metaanalysis of 39 controlled trials	1988	4
14	Lancaster T <i>et al</i>	Physician advice for smoking cessation (Cochrane review)	Actualizada 2008	1,3,4
15	Lancaster T <i>et al</i>	Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane review)	Actualizada 2008	2,4,5
16	Lancaster T <i>et al</i>	Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane review)	Actualizada 2009	2,3,4,5,6
17	Lancaster T <i>et al</i>	Training health professionals in smoking cessation (Cochrane review)	2000	5
18	Law M <i>et al</i>	An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking	1995	4
19	Lichtenstein E <i>et al</i>	Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence	1996	6
20	May S <i>et al</i>	Do social support interventions ("buddy systems") aid smoking cessation? A review	2000	1
21	Moher M <i>et al</i>	Workplace interventions for smoking cessation	2005	3,6
22	NICE	The effectiveness of National Health Service intensive treatments for smoking cessation in England	2006	2
23	NICE	Effectiveness review for workplace smoking cessation intervention	2006	2
24	NICE	Effectiveness review for smoking cessation programme	2006	2
25	NICE	Rapid review of brief interventions and referral for smoking cessation	2005	2,3
26	Pan W <i>et al</i>	Proactive telephone counselling as an adjunct to minimal intervention for smoking cessation: a meta-analysis	2006	5
27	Park EW <i>et al</i>	Enhancing partner support to improve smoking cessation	2004	1,6
28	Prochaska JO <i>et al</i>	Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation	1993	6
29	Rice VH <i>et al</i>	Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane review)	Actualizada 2009	3,4,6
30	Riemsma RP <i>et al</i>	Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation	2003	3,5,6
31	Rubak S <i>et al</i>	Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis	2005	1
32	Severson HH	What have we learned from 20 years of research on smokeless tobacco cessation?	2003	3
33	Silagy C <i>et al</i>	Physician advice for smoking cessation (Cochrane review)	2002	4,6
34	Sinclair HK <i>et al</i>	Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation	2004	3,4
35	Stead L <i>et al</i>	Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane review)	Actualizada 2009	2,4,5,6
36	Stead LF <i>et al</i>	Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane review)	Actualizada 2009	1,2,3,4,5,6
37	Thomson O'Brien MA <i>et al</i>	Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane review)	2001	6
38	"Ussher MH <i>et al</i> " (Cochrane Review)	Exercise interventions for smoking cessation	Actualizada 2012	4,6
39	Velicer WF <i>et al</i>	Tailored communications for smoking cessation: past successes and future directions	2006	1
40	Walters ST <i>et al</i>	A review of computer and Internet-based interventions for smoking behavior	2006	1
41	Warnakulasuriya S	Effectiveness of tobacco counseling in the dental office	2002	3
42	West R <i>et al</i>	Smoking cessation guidelines for Scotland	2004	3
43	West R <i>et al</i>	Smoking cessation guidelines for health professionals: an update	2000	3
44	Willemsen MC <i>et al</i>	De effectiviteit van stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland beschikbaar zijn: een systematische review op basis van Cochrane-gegevens	2003	6

NICE: National Institutes for Health and Clinical Excellence, UK
 CDC: Centers for Disease Control and Prevention, USA



* La magnitud del efecto hace referencia al incremento en las tasas de cesación cuando se compara la intervención frente a la no intervención o intervención mínima

‡ Tiene efecto sobre las tasas de intervención pero no sobre las tasas de cesación

La magnitud expresada se refiere al máximo incremento observado con tiempo de 300 minutos

§ Ningún modelo ha mostrado superioridad frente a otro

* Incluye los programas computarizados en Internet. El efecto se observa únicamente en combinación con otras intervenciones y es variable; las condiciones específicas se describen en el texto central

° El efecto varía dependiendo de las combinaciones; las variaciones se describen en el texto central

FIGURA 2. RESUMEN ESQUEMÁTICO DE LAS INTERVENCIONES DE CONSEJERÍA CON EVIDENCIA DEMOSTRADA PARA LA CESACIÓN DE LA ADICCIÓN AL TABACO. BOGOTÁ, COLOMBIA, ABRIL 2012

Proveedor de la consejería

La intervención del médico aumenta la abstinencia en 9.7% de los fumadores frente a la no intervención (RM= 2.2; IC95% 1,5-3.2), y en 4.1% frente a profesionales no médicos (cuadro I: 1). Igualmente, el consejo médico breve incrementa la cesación en 1% a 3% frente al cuidado habitual (RM= 1.66; IC95% 1.42-1.94) (cuadro II: 14).

La consejería corta por enfermeras no muestra diferencias con el control (RM=1.27; IC95% 1.0-1.6) (cuadro II: 29). Una revisión que encuentra aumento en la cesación tras la intervención breve por enfermeras, incluye estudios en clínicas de fumadores, lo que impide valorar el efecto de la intervención en el cuidado habitual (cuadro I: 3).

La consejería por parte de odontólogos no tiene efecto en fumadores de cigarrillo, aunque sí en otros usuarios de tabaco (cuadro II: 5,7). Por otra parte, no

se encontró evidencia que apoye intervenciones breves por parte de farmaceutas o de servicios de emergencia. Un ensayo clínico publicado en 2010 muestra un incremento de la cesación con consejo de farmaceutas, pero el control no es aleatorizado.²⁴

Respecto a la consejería intensiva, tanto las intervenciones de médicos como de otros profesionales incrementan la abstinencia frente al material de autoayuda o la no intervención (tasas 19.9; 15.8; 10.9 y 10.2), sin diferencias significativas entre tipos de profesional (RM= 2.2; y 1.7; con IC95% 1.5-3.2 y 1.3-2.1) (cuadro I: 1). En el mismo sentido, las intervenciones intensivas por parte de enfermeras incrementan la abstinencia de forma significativa (RM= 1.3; IC95% 1.2-1.4) (cuadro II: 29).

Fiore y colaboradores notifican un incremento no significativo en la abstinencia cuando intervienen dos o más profesionales, resultado posiblemente asociado con el número de contactos y concordante con la ausencia

Cuadro IV
DEFINICIONES DE CONSEJERÍA PARA LA CESACIÓN DEL TABAQUISMO UTILIZADAS EN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
SELECCIONADAS PARA EL PROCESO DE ADAPTACIÓN. BOGOTÁ, COLOMBIA, ABRIL 2012

Ministerio de Salud Nueva Zelanda (4 en cuadro I)

ABC* Tamización Consejo [#] corto Apoyo para la cesación Teléfono Cara a cara	NICE (3 en cuadro I) Comportamental ^r Autoayuda Telefónico Basada en estados de cambio Multicomponente Otras ayudas ²²	Fiore MC <i>et al</i> (1 en cuadro I) Intervenciones clínicas Pacientes que desean dejar de fumar: 5A [‡] Pacientes que no desean dejar: entrevista motivacional, 5R [§] Pacientes que dejaron recientemente: resolver problemas
Deutch Institute for Health Care (6 en cuadro I) Soporte comportamental Intervenciones de soporte breve y de único contacto Consejería ^{&} telefónica Intervenciones intensivas Material de autoayuda	NICE (2 en cuadro I) Intervenciones breves Consejería ^{&} individual Comportamental en grupo Autoayuda Consejería ^{&} telefónica y línea de ayuda Medios masivos	Consejería ^{&} y evidencia psicosocial Tamización Evaluación especializada Consejo [#] para dejar de fumar Telefónico Grupal Individual Autoayuda computarizado Múltiples formatos Terapia comportamental Hipnosis Acupuntura
CEMBE (5 en cuadro I) Intervenciones comportamentales Autoayuda Terapia de grupo Consejería ^{&} telefónica Consejería ^{&} individual Basada en estado de cambio Prevención de recaída		

* En inglés: Ask smoking status, Brief advice to stop smoking, Cessation support

‡ En inglés: Ask tobacco use, Advise to stop, Assess willingness, Assist quit attempt, Arrange followup

§ En inglés: Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition

En inglés: Advice

& En inglés: Counselling

^r Referido al consejo brindado por médicos, enfermeras, farmacéutas, odontólogos, sitios de trabajo y salas de emergencia

²² Implica el uso de recursos como la espirometría para mayor adherencia del fumador

de diferencias cuando intervienen dos, tres o más tipos de profesionales (RM= 1.8; 2.5; y 2.4; con IC95% 1.5-2.7; 1.9-3.4 y 2.1-2.9) (cuadro I: 1).

Modelos de consejería corta

La guía neozelandesa propone realizar consejería con el esquema ABC (cuadro III); la evidencia en la que se fundamenta esta recomendación es la misma para la eficacia del mensaje corto independientemente del esquema que se vaya a utilizar (cuadro I: 4). Fiore y colaboradores no recomiendan, explícitamente, ningún tipo de intervención corta, aunque sí proponen el modelo de las 5A, diseñado para realizarse en alrededor de tres minutos (cuadro I: 1).

El Deutch Institute for Health Care (DIHC) no encuentra diferencia entre consejo único y soporte breve, el cual incluye elementos de consejería intensiva (RM=1.27;

y 1.96; IC95% 1.1-1.5 y 1.2-1.8). En este sentido, la supervisión de un profesional (RM=1.3; IC95% 1.1-1.6), la discusión y resolución de obstáculos (RM=1.5; IC95% 1.3-1.8) y el consejo para ganar apoyo social (RM=1.5; IC95% 1.1-2.1) muestran eficacia (cuadro I: 6).

El modelo de estadios de cambio tiene evidencia limitada. Los National Institutes for Health and Clinical Excellence (NICE) revisaron 23 estudios no metaanalizados por su heterogeneidad: siete favorecen el uso del modelo, dos notifican resultados contradictorios y seis no encontraron diferencias frente al cuidado habitual (cuadro II: 24).

Modelos de consejería intensiva

El apoyo social –intra y extra tratamiento– y la consejería práctica han mostrado efecto significativo sobre la cesación: 14.4 y 16.2%, respectivamente. RM= 1.3; y 1.5;

con IC95% 1.1-1.6 y 1.1-2.1 (cuadro II: 1). Sin embargo, en datos actualizados no se encuentra efecto del apoyo social en la abstinencia a 12 meses (RM= 1.0; IC95% 0.9-1.2) (cuadro II: 27).

Tres metaanálisis evalúan la entrevista motivacional para la cesación del tabaquismo. Hettema y colaboradores incluyen estudios no aleatorizados; de éstos, 74% utilizaron la entrevista motivacional combinada con otras intervenciones y únicamente cuatro se realizaron en fumadores adultos sin condición especial.²⁵ Heckman y colaboradores no encontraron efecto de la entrevista motivacional en adultos fumadores sin condición especial (RM= 1.4; IC95% 1.0-2.0). De nueva cuenta, 74% de los estudios combinan estrategias (entrevista motivacional con farmacoterapia, desarrollo de habilidades y material de autoayuda).²⁶ Lai y colaboradores evaluaron 14 ensayos en adultos de servicios rutinarios, corroborando características de la entrevista motivacional, uso de intervenciones breves como control y utilización de farmacoterapia en ambos brazos del estudio en caso de estar incluida; las tasas de cesación fueron 12.8 y 9.1% en intervención y control, respectivamente (RM= 1.3; IC95% 1.1-1.4).²⁷

Las pruebas biomédicas (espirometría, monóxido de carbono, cotinina), como apoyo a la consejería, no muestran efecto sobre cesación.²⁸ De la misma forma, no se encontró evidencia del efecto del ejercicio como adyuvante de la consejería (cuadro I: 1,4-6).

Un ensayo clínico evaluó una intervención multicomponente, incluyendo consejo por parte de una enfermera o de un asistente médico, material de autoayuda, parches placebo y llamadas de seguimiento. Tras seis meses, la cesación se incrementó en 7% (RM= 3.4; IC95% 1.8-6.3); no obstante, los resultados validados con cotinina en saliva para 50% de la muestra no fueron significativos (RM=1.4; IC95% 0.8-2.5) (cuadro I: 3).

Formatos para realizar la consejería

La evidencia descrita previamente se basa en encuentros personales. La consejería individual –cara a cara–, cuya duración supera los 10 minutos, tiene mayor eficacia que la intervención mínima (RR= 1.4; IC95% 1.2-1.6) sin diferencias por grados de intensidad después de 10 minutos (cuadro I: 2).

La consejería grupal muestra mayor efecto que la no intervención y que el material de autoayuda, y no tiene diferencias con la consejería individual. Igualmente, no hay diferencias por tipos de consejería grupal, en particular entre consejería para el desarrollo de habilidades y manejo de estados de ánimo. Algunos datos sugieren que la consejería grupal podría ser más efectiva que la realizada individualmente (cuadro II: 25).

El consejo telefónico reactivo (una única llamada de urgencia), no muestra beneficios significativos (cuadro II: 36). Por el contrario, el consejo telefónico proactivo (con seguimiento) es más efectivo que el material de autoayuda o el apoyo mínimo (RM=1.3; IC95% 1.2-1.5), y la adición de consejería telefónica a la consejería cara a cara tiene mayor eficacia que esta última sola (3.3% y 1.1% - RM=1.4 IC95% 1.1-1.7). Existe relación dosis-respuesta entre número de llamadas y tasas de cesación, en donde una o dos llamadas no tienen efecto (RM=1.1; IC95% 0.9-1.3) pero de tres a seis llamadas sí lo tienen (RM=1.3; IC95% 1.2-1.3); sin embargo, siete o más llamadas no incrementan el efecto (cuadro II: 36).

El material de autoayuda (consejería no presencial y sin ayuda profesional) sólo tiene eficacia comparado con ninguna intervención (RM=1.4; IC95% 1.3-1.7) y cuando se combina con consejería (RM=2.5; IC95% 1.1-5.4) (cuadro II: 16). El material personalizado no tiene ventajas frente al estándar cuando se ajusta por número de contactos en pacientes que no reciben consejería. Adicionalmente, agregar más material impreso o complementar con video no mejora la cesación.

Una evaluación de 20 ensayos que utilizan intervenciones computarizadas (Internet) encuentra beneficio menor con intervenciones personalizadas e interactivas (RM=1.3; IC95% 1.2-1.3); sin embargo, los resultados de los estudios no son consistentes.²⁹

Fiore y colaboradores compararon el uso de 1,2, o 3-4 formatos, y encontraron que la abstinencia se incrementa progresivamente con el mayor número de formatos (RM=1.5; 1.9; y 2.5, respectivamente); no obstante, no ajustan por el número de contactos y no es clara la combinación de formatos, exceptuando la mención de que no se incluyeron líneas de ayuda telefónica reactiva (cuadro I: 1).

La combinación de terapia de reemplazo nicotínico con consejería individual, grupal, telefónica o material de autoayuda no muestra efecto aditivo para estas últimas (RM=1.3; 1.0; 1.2; 1.1; IC95% 1.0-1.6; 0.7-1.6; 1.0-1.3; 0.9-1.3, respectivamente) (cuadro II: 15,16,35,36). La consejería telefónica proactiva tiene efecto aditivo en combinación con consejería corta, más no con intensiva ni con tratamiento farmacológico de cualquier índole (cuadro II: 36); y los materiales de autoayuda tienen efecto aditivo con la consejería intensiva sólo cuando son personalizados (cuadro II: 16). Un ensayo clínico comparó el uso de Internet no interactivo e interactivo y la combinación de este último con consejería telefónica; se encontró cesación a seis meses de 9.4, 11 y 19.8% respectivamente ($p<0,001$), con descenso de la abstinencia a 18 meses pero conservando las diferencias entre grupos.³⁰

Efectos adversos

La literatura médica revisada no aborda directamente efectos adversos de la consejería. A pesar de ello, se describen posibles efectos en la relación médico-paciente y en el estado de ánimo del fumador cuando no hay deseo de cesación. Proveer mensajes reiterados en pacientes no motivados podría desestimular la búsqueda de ayuda futura; la evidencia al respecto proviene de un número limitado de estudios cualitativos. Por otra parte, puede resultar inapropiado aconsejar dejar de fumar a pacientes con condiciones como enfermedades mentales o cuyo motivo de consulta no permita esta intervención (intenso dolor, fiebre, vómito) (cuadro I: 3).

No todos los pacientes están dispuestos a recibir consejería intensiva, ya sea por falta de motivación o por temor a fallar, lo que puede producir ansiedad y estrés por el hecho de continuar fumando (cuadro I: 3,6).

Discusión

El consejo para cesación del tabaquismo es ampliamente referido en la literatura médica e incorporado en GPC sobre el tema. No obstante, existe gran heterogeneidad en su definición y abordaje, situación que dificulta el análisis de evidencia y la comprensión de su utilidad. La revisión adelantada intenta organizar elementos conceptuales sobre la consejería como intervención comportamental (cuadro III), diferenciando la consejería misma de factores que influyen en su eficacia como el proveedor, modelo y formatos utilizados (figura 2).

La evidencia revisada muestra que esta intervención es eficaz, por lo que las guías recomiendan aconsejar a todos los fumadores suspender el consumo de tabaco (cuadro I: 1-6). Esta recomendación se sostiene parcialmente en evidencia (consejo médico), pero también en la seguridad y facilidad de implementación (consejo breve por parte de profesionales no médicos), aspectos que merecen una observación detenida.

Existe gran variabilidad en los resultados relacionada con la dificultad para estandarizar la intervención, con elementos subjetivos de la relación paciente-servicios de salud y con la medición del tabaquismo. Aun una intervención puntual como la consejería corta tiene múltiples enfoques, abordajes que no difieren en resultados (figura 2). Por el contrario, la consejería intensiva muestra resultados diferenciales entre enfoques (cuadro I: 1,3,4-6), los cuales parten de una gama amplia de marcos conceptuales que se relacionan con la complejidad del comportamiento humano y dificultan la homogenización de la intervención. Las guías evaluadas coinciden en la mayor evidencia de la consejería práctica y el desarrollo de habilidades; sin embargo, la mayoría

de estudios no utilizan un único tipo de consejería y no ajustan por intensidad de la intervención (cuadro I: 1).

La intensidad es el factor asociado con la consejería con evidencia más consistente; ésta se traduce en mayor eficacia para intervenciones intensivas en diferentes tipos de análisis (consejo médico, individual, grupal y telefónico) (cuadro I: 1), y en una clara relación dosis-respuesta (cuadro I: 1). Tal efecto se observa hasta 300 minutos de intervención, pero el máximo seguimiento notificado en las revisiones analizadas es de alrededor de un año (mínimo seis meses) con pocas evaluaciones más allá de 18 meses; así entonces, no fue posible evaluar de manera apropiada el efecto de largo plazo exclusivamente de la consejería.

La capacitación de proveedores no tiene efecto como factor independiente (cuadro II: 17); sin embargo, un programa de consejería requiere capacitar y estandarizar a los proveedores en las técnicas que se van a emplear,³¹ así como en las estrategias para la adherencia de los pacientes. En este último sentido, a pesar de que un menor número de sesiones resultaría más conveniente, la eficacia aumenta con la cantidad de sesiones. No existen informes sobre el nivel de adherencia en las revisiones analizadas, pero los análisis por intención de tratamiento suponen que ésta no tuvo mayor efecto en los resultados de intervenciones con eficacia demostrada. Tales requerimientos para un programa de cesación, sumados a un efecto clínico pequeño, sugieren la necesidad de evaluar la relación costo-efectividad para este tipo de intervención.

La magnitud del efecto (figura 2) varía desde incrementos de 2.1% en intervenciones breves, hasta 17.4% en intensivas. A pesar de la eficacia, tal efecto es pequeño y podría esperarse una reducción del mismo en la rutina de los servicios de salud. Los NICE evaluaron la efectividad de intervenciones intensivas en servicios de cesación del Reino Unido, encontrando que entre 13 y 23% de los pacientes permanecen abstinentes luego de un año; sin embargo, estos servicios combinan consejería y farmacoterapia (cuadro II: 22).

Varios factores se relacionan con el éxito de la cesación, incluyendo las características de grupos especiales, mismos que no son objeto de la presente revisión. Sobre los formatos, las intervenciones grupales podrían ser más costo-efectivas que las individuales (cuadro I: 4). No obstante, los NICE advierten que un porcentaje importante de fumadores prefiere la intervención individual, debido en parte a la privacidad y a la mayor flexibilidad respecto a las preferencias personales (cuadro II: 25). Por otra parte, va en aumento la cifra de estudios sobre intervenciones basadas en tecnología computacional e Internet; esta opción ofrece ventajas como el fácil acceso, la adaptación a las necesidades y las características del

paciente y la posibilidad de ofrecer multitud de formatos (algoritmos, mensajes de correo, material educativo, etcétera). Sin embargo, controlar la variabilidad de la información es un reto que requiere mayor investigación (cuadro I: 1,4).

La subjetividad de la relación paciente-servicios se refleja en el hecho de que únicamente el consejo médico muestra eficacia en la consejería corta. Igualmente, en consejería intensiva, a pesar de la eficacia para diversos tipos de profesional, las intervenciones por parte de médicos tienden a lograr mayores tasas de abstinencia (cuadro II: 15,31). No obstante, algunos datos muestran que 30.8% de fumadores consideran que el médico debe abordar el tema exclusivamente a solicitud del paciente y 18.8% considera que no debe hacerlo; de la misma forma, 27.2% expresa no estar dispuesto a asistir a una consulta de consejería médica.³²

Además de la inquietud sobre la aplicabilidad extendida de los resultados –pocas revisiones analizan subgrupos de fumadores pesados y livianos y ninguna lo hace para la consejería sola–, estos datos resaltan la necesidad de valorar mejor los posibles efectos adversos de la consejería, particularmente aquellos sobre la relación médico-paciente y la ansiedad de los fumadores.

La verificación bioquímica de la abstinencia es motivo de discusión. Fiore y colaboradores no encontraron diferencias cuando se hacen metanálisis con y sin validación bioquímica, con excepción de las mujeres embarazadas (cuadro II: 9). En una revisión reciente de ensayos con valoración bioquímica, no se encontró efecto en consejería breve;²³ no obstante, los estudios comprenden intervenciones por parte de profesionales no médicos, así como poblaciones especiales (hospitalizados, en rehabilitación, etcétera).

Finalmente, la revisión se realizó a partir de la búsqueda de GPC, debido a la abundante literatura sobre el tema. Dicho criterio genera eficiencia pero limita la valoración de estudios primarios; sin embargo, las guías incluidas tienen adecuado rigor metodológico en las estrategias de búsqueda y en la calificación de fuentes, lo cual se refleja en el elevado número de revisiones que comprenden, mismas que, a su vez, fueron analizadas para la presente publicación.

Resumen de recomendaciones

Todos los profesionales de la salud deben preguntar por el estado de fumador y orientar los pacientes a servicios de cesación (GRF).

Todos los médicos deben aconsejar dejar de fumar y remitir para intervenciones intensivas a quienes quieran dejarlo (GRF).

Todos los profesionales de la salud, adecuadamente capacitados, deben ofrecer consejería intensiva basada en resolución de problemas y generación de habilidades, o entrevista motivacional (GRD).

La consejería intensiva se puede ofrecer individual, grupal o telefónicamente de manera proactiva (GRF). El material de autoayuda se puede usar si no hay otra posibilidad de contacto con el paciente. Si se usa en combinación con consejería individual o grupal, se recomienda personalizarlo (GRF).

Ofrecer múltiples formatos en consejería intensiva requiere gran esfuerzo e inversión de recursos, por lo que esta alternativa debe basarse en las condiciones específicas del paciente y en la evidencia para cada combinación (GRD).

Agradecimientos

Agradecemos a los doctores Felipe Zamora, Mónica Ballesteros y Daniel Anzola el apoyo recibido en el componente metodológico.

Fuente de financiación: La revisión fue financiada con recursos de la nación a través del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Shafey O, Eriksen M, Shafey O, Ross H, Mackay J. The tobacco atlas. 3a. ed. Atlanta: Bookhouse Group Inc., 2009.
2. The World Bank. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington: The World Bank, 1999.
3. Lemmens V, Oenema A, Knut IK, Bruj J. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. *Eur J Cancer Preven* 2008;17:535-544.
4. Fiore MC, Baker TB. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med* 2011;365:1222-1231.
5. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;2:CD000165.
6. The ADAPTE Collaboration (2009). The ADAPTE process: resource toolkit for guideline adaptation. Version 2.0. [Consultado 2012 enero 16]. Disponible en: <http://www.g-i-n.net>.
7. Association of the Scientific Medical Societies in Germany & Agency for Quality in Medicine. German Instrument for Methodological Guideline Appraisal (DELBI). Version 2005/2006 + Domain 8 (2008). [Consultado 2012 enero 20]. Disponible en: <http://www.english.delbi.de>.
8. Fiore MC, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Estados Unidos 2008
9. NICE Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces. Inglaterra 2008
10. NICE Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. Inglaterra 2006
11. Ministry of Health New Zealand. Smoking cessation guidelines. Nueva Zelanda 2007

12. CEMBE. Clinical practice guideline on smoking cessation. Portugal 2008
13. Deutch Institute for Health Care CBO. Guideline treatment of tobacco dependence. Holanda 2006
14. Registered Nurses' Association of Ontario. Integrating smoking cessation into daily nursing practice. Canadá 2007
15. Michigan Quality Improvement Consortium. Tobacco control. Estados Unidos 2007
16. University of Michigan Health System. Smoking cessation. Estados Unidos 2006
17. Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Smoking cessation. Estados Unidos 2006
18. Duarte A, et al. Guía de práctica clínica basada en evidencia (metaanálisis) sobre estrategias para la cesación de tabaco en Colombia. Colombia 2005
19. Health Scotland and ASH Scotland. Smoking cessation update 2007. Supplement to the 2004 smoking cessation guidelines for Scotland Escocia 2007
20. CAN-ADAPTT. Dissemination and adoption of practice-informed tobacco treatment. Dynamic guidelines for tobacco control in Canada*. Canadá 2008
21. Ministerio de Salud Pública. Guía nacional para abordaje del tabaquismo. Uruguay 2009
22. Société Scientifique de Médecine Générale. Recommandations de bonne pratique. Arrêter de fumer. Bélgica 2005
23. Mottillo S, Filion KB, Bélisle P, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J et al. Behavioral interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J* 2009;30:718-730.
24. Bock BC, Hudmon KS, Christian J, Graham AL, Bock FR. A tailored intervention to support pharmacy-based counseling for smoking cessation. *Nicotine Tob Res* 2010;12:217-225.
25. Hetteema JE, Hendricks PS. Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010;78:868-884.
26. Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tob Control* 2010;19:410-416.
27. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1:CD006936.
28. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Rège-Walther M, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;2:CD004705.
29. Civljak M, Sheikh A, Stead LF, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;9:CD007078.
30. Graham AL, Cobb NK, Papandonatos GD, Moreno JL, Kang H, Tinkelman DG, et al. A randomized trial of Internet and telephone treatment for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2011;171:46-53.
31. Health Development Agency. Standard for training in smoking cessation treatments. London: Health Development Agency, 2003.
32. Ulbricht S, Klein G, Haug S, Gross B, Rumpf HJ, John U, et al. Smokers' expectations toward the engagement of their general practitioner in discussing lifestyle behaviors. *J Health Commun* 2011;16:135-147.