



Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar

Lancaster T, Stead LF

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, Número 1

Producido por



Si desea suscribirse a "La Biblioteca Cochrane Plus", contacte con:

Update Software Ltd, Summertown Pavilion, Middle Way, Oxford OX2 7LG, UK

Tel: +44 (0)1865 513902 Fax: +44 (0)1865 516918

E-mail: info@update.co.uk

Sitio web: <http://www.update-software.com>



Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. © John Wiley & Sons, Ltd.

Ningún apartado de esta revisión puede ser reproducido o publicado sin la autorización de Update Software Ltd.

Ni la Colaboración Cochrane, ni los autores, ni John Wiley & Sons, Ltd. son responsables de los errores generados a partir de la traducción, ni de ninguna consecuencia derivada de la aplicación de la información de esta Revisión, ni dan garantía alguna, implícita o explícitamente, respecto al contenido de esta publicación.

El copyright de las Revisiones Cochrane es de John Wiley & Sons, Ltd.

El texto original de cada Revisión (en inglés) está disponible en www.thecochranelibrary.com.

ÍNDICE DE MATERIAS

RESUMEN.....	1
RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS.....	2
ANTECEDENTES.....	2
OBJETIVOS.....	2
CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN.....	3
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	3
MÉTODOS DE LA REVISIÓN.....	3
DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	4
CALIDAD METODOLÓGICA.....	5
RESULTADOS.....	5
DISCUSIÓN.....	6
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	7
AGRADECIMIENTOS.....	7
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	7
NOTAS.....	7
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	7
REFERENCIAS.....	7
TABLAS.....	13
Characteristics of included studies.....	13
Characteristics of excluded studies.....	29
CARÁTULA.....	31
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	32
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	33
01 Efecto del asesoramiento versus control.....	33
01 Abandono del hábito de fumar (seguimiento máximo).....	33
02 Efecto de las ayudas como complementos del asesoramiento.....	34
01 Abandono del hábito de fumar (seguimiento máximo).....	34
03 Efecto del asesoramiento intensivo versus asesoramiento mínimo.....	35
01 Abandono del hábito de fumar (seguimiento máximo).....	35
04 Comparaciones directas entre los tipos de asesoramiento.....	35
01 Abandono del hábito de fumar (seguimiento máximo).....	35
05 Efecto del número de sesiones de asesoramiento.....	36
01 Abandono del hábito de fumar (seguimiento máximo).....	36
06 Efecto del asesoramiento sobre la mortalidad y la morbilidad.....	37
01 Tasas de eventos en 20 años.....	37

Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar

Lancaster T, Stead LF

Esta revisión debería citarse como:

Lancaster T, Stead LF. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Fecha de la modificación más reciente: 13 de julio de 2004

Fecha de la modificación significativa más reciente: 13 de julio de 2004

RESUMEN

Antecedentes

Los profesionales de atención sanitaria recomiendan con frecuencia a los pacientes mejorar su salud a través del abandono del hábito de fumar. Dicho consejo, puede ser breve o parte de intervenciones de mayor intensidad.

Objetivos

Los objetivos de esta revisión eran evaluar la efectividad del asesoramiento de los médicos en la promoción del abandono del hábito de fumar; comparar intervenciones mínimas suministradas por los médicos con intervenciones más intensivas; evaluar la efectividad de diversas ayudas en el asesoramiento para promover el abandono del hábito de fumar y determinar el efecto de la recomendación contra el tabaco sobre la mortalidad por una enfermedad específica y la mortalidad por todas las causas.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group) y en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL). Fecha de las búsquedas más recientes: Marzo 2004.

Criterios de selección

Ensayos aleatorios del asesoramiento de un médico para el abandono del hábito de fumar, en los cuales se evaluó la abstinencia al menos seis meses después de que se proporcionó asesoramiento por primera vez.

Recopilación y análisis de datos

Se obtuvieron datos por duplicado acerca del contexto en el cual se proporcionó asesoramiento, el tipo de asesoramiento suministrado (mínimo o intensivo), y si se utilizaron ayudas para el asesoramiento, las medidas de resultado, el método de asignación al azar y la compleción del seguimiento.

Las medidas de resultado principales eran la abstinencia del hábito de fumar después de al menos seis meses de seguimiento y la mortalidad. Se utilizó la definición más rigurosa de abstinencia para cada ensayo y, en los casos en los cuales estaban disponibles, las tasas bioquímicamente validadas. Se consideró a los sujetos que se perdieron durante el seguimiento como si hubiesen continuado con el hábito de fumar. En los casos en los cuales era posible, se realizó un metanálisis con el modelo de efectos fijos de Mantel-Haenszel.

Resultados principales

Se identificaron 39 ensayos, realizados entre 1972 y 2003, con más de 31 000 fumadores. En algunos ensayos, los sujetos presentaban riesgo de enfermedades específicas (enfermedad respiratoria, diabetes, cardiopatía isquémica), pero la mayoría provenía de poblaciones no seleccionadas. El ámbito más común para la administración del asesoramiento era la atención primaria. Otros ámbitos incluyeron salas de hospital y consultorios de atención ambulatoria e industriales.

Los datos combinados de 17 ensayos con asesoramiento breve versus ningún asesoramiento (o atención habitual) revelaron un aumento pequeño pero significativo en los odds del abandono (odds-ratio 1,74; intervalo de confianza del 95%: 1,48 a 2,05). Esto equivale a una diferencia absoluta en la tasa de abandono de aproximadamente el 2,5%. Había pruebas insuficientes, de las comparaciones indirectas, como para establecer una diferencia significativa en la efectividad del asesoramiento médico de acuerdo con la intensidad de la intervención, la cantidad de seguimiento proporcionado, y si se utilizaron diversas ayudas en el momento

de la consulta, además del asesoramiento. La comparación directa del asesoramiento mínimo versus el intensivo mostró una ventaja pequeña para el asesoramiento intensivo (odds-ratio 1,44; intervalo de confianza del 95%: 1,24 a 1,67). La comparación directa también sugirió un beneficio pequeño de las visitas de seguimiento. Sólo un estudio determinó el efecto del asesoramiento del hábito de fumar sobre la mortalidad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de mortalidad a los 20 años de seguimiento.

Conclusiones de los autores

El asesoramiento simple tiene un efecto pequeño sobre las tasas de abandono. Las maniobras adicionales parecen tener sólo un efecto pequeño, aunque las intervenciones más intensivas son ligeramente más efectivas que las intervenciones mínimas.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

El asesoramiento de los médicos ayuda a los fumadores a que dejen el hábito

Aun cuando los médicos proporcionan un asesoramiento simple y breve sobre el abandono del hábito de fumar, éste aumenta las probabilidades de que un fumador deje el hábito exitosamente y continúe sin fumar a los 12 meses posteriores. El asesoramiento más intensivo puede dar lugar a tasas de abandono del hábito algo mayores. Hay pruebas insuficientes para determinar si el uso de las ayudas o el apoyo de seguimiento después de ofrecer el asesoramiento aumentan todavía más las tasas de abandono.

ANTECEDENTES

La función de los profesionales de atención sanitaria en el abandono del hábito de fumar ha sido el tema de considerables debates (Chapman 1993). Las pruebas derivadas de algunos ensayos aleatorios hacia finales de la década del ochenta sugería que el asesoramiento de los médicos motivados a sus pacientes fumadores podría ser eficaz en la facilitación del abandono del hábito de fumar (Kottke 1988). Sin embargo, muchos médicos expresaron su inquietud acerca de la baja tasa de detección de fumadores y la pequeña proporción de fumadores que regularmente reciben asesoramiento por parte de sus médicos para abandonar el hábito (Dickinson 1989).

Desde una perspectiva de salud pública, aunque la efectividad de la facilitación del abandono del hábito de fumar por parte de los médicos es pequeña, si un gran número de médicos ofrece asesoramiento, el efecto neto sobre la reducción de las tasas de consumo de tabaco todavía podría ser sustancial (Chapman 1993). Desde entonces, ha habido numerosos intentos de estimular a los médicos para identificar sistemáticamente a todos los fumadores y proporcionar asesoramiento para el abandono del hábito de fumar (Fiore 1996; Fiore 2000; Raw 1998; Taylor 1994; West 2000).

La primer revisión sistemática sobre este tema se publicó una década atrás (Kottke 1988). Desde entonces, varios estudios adicionales han examinado la efectividad de los médicos al facilitar el abandono del hábito de fumar. Gran parte de esta investigación se ha realizado en un contexto en el cual los médicos desempeñan una importante función en la educación sanitaria y en la promoción de la salud.

OBJETIVOS

El objetivo primario de la revisión era determinar la efectividad del asesoramiento de los médicos en promover el abandono del hábito de fumar. Un objetivo secundario (agregado en 1996) era determinar la efectividad del asesoramiento de los médicos en reducir la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el tabaquismo. Las hipótesis a priori eran:

- (i) que el asesoramiento de un médico para abandonar el hábito de fumar resulta más efectivo que la ausencia de suministro del mismo.
- (ii) que la efectividad del asesoramiento de un médico es mayor si el asesoramiento es más intenso e incluye un seguimiento.
- (iii) que el asesoramiento con diversas ayudas para el abandono del hábito de fumar, como los manuales de autoayuda o los métodos que demuestran un efecto fisiopatológico del tabaquismo (espirometría, monóxido de carbono espirado), es mayor que el asesoramiento solo.
- (iv) que el asesoramiento motivacional es más efectivo que el asesoramiento simple (agregado en la actualización del año 2001)

La revisión no aborda los efectos incrementales de añadir al asesoramiento el tratamiento de reemplazo de nicotina, ya que la efectividad del reemplazo de nicotina se aborda en otra revisión Cochrane (Silagy 2004).

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Para la inclusión en el metanálisis, los estudios tenían que cumplir con dos criterios metodológicos. Primero, tenía que haber al menos dos grupos de tratamiento, y segundo, la asignación a los grupos debía ser mediante la asignación al azar formal. Se excluyeron los estudios que utilizaron controles históricos.

Tipos de participantes

Los participantes podían ser fumadores de cualquier sexo reclutados en cualquier contexto; la única excepción eran los ensayos que sólo reclutaban mujeres embarazadas. Estos se excluyeron ya que se revisaron en otro lugar (Lumley 1999).

Tipos de intervención

Los ensayos estaban incluidos si comparaban el asesoramiento médico para dejar de fumar versus ningún asesoramiento (o atención habitual), o si comparaban diferentes niveles de asesoramiento médico para abandonar el hábito de fumar. El asesoramiento se definió como instrucciones verbales por parte del médico con el mensaje de "dejar de fumar" independientemente de si se había proporcionado información acerca de los efectos perjudiciales de tal hábito. Se excluyeron los estudios en los cuales los pacientes habían sido asignados al azar a recibir asesoramiento versus asesoramiento más alguna forma de tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN), debido a que estos eran principalmente comparaciones de la efectividad del TRN en lugar del asesoramiento. Se excluyeron los estudios donde el asesoramiento para dejar de fumar estaba incluido como parte del asesoramiento multifactorial de estilos de vida (p.ej., con asesoramiento dietético y de ejercicio).

Los terapeutas eran médicos, o médicos apoyados por otros trabajadores de la atención sanitaria. Se incluyeron los ensayos que asignaban al azar a los terapeutas en lugar de los fumadores, a excepción de aquellos en los cuales los terapeutas estaban asignados al azar a recibir una intervención educativa sobre el asesoramiento para el abandono del hábito de fumar, ya que éste es el tema de otra revisión Cochrane (Lancaster 2000).

Se definieron los ensayos en los cuales se proporcionó asesoramiento (con o sin folletos) durante una única consulta de 20 minutos o menos, más una sola visita de seguimiento como intervención mínima. Se definió un ensayo como intensivo cuando la intervención incluyó un compromiso de tiempo mayor en la consulta inicial, cuando se utilizaron materiales adicionales con excepción de un folleto, o cuando se realizó más de una visita de seguimiento. Se consideraron los complementos del asesoramiento como estrategias adicionales distintas a los volantes simples (p.ej., comprobación de monóxido de carbono espirado o pruebas de función pulmonar, manuales de autoayuda).

Tipos de medidas de resultado

El resultado principal usado en la revisión era el abandono del hábito de fumar en lugar de la reducción de la sintomatología de retiros, o la reducción de la cantidad de cigarrillos fumados. Se excluyeron los ensayos que no incluían datos sobre las tasas de abandono del hábito de fumar. En cada estudio se utilizaron los criterios más estrictos disponibles para definir la abstinencia. Es decir que, cuando fue posible, se utilizaron las tasas sostenidas de abandono en lugar de las prevalencias puntuales. En los casos en los cuales se utilizó una validación bioquímica, sólo aquellos sujetos que cumplían con los criterios bioquímicos para el abandono se consideraron abstinentes; y en los casos en los cuales los participantes se perdieron durante el seguimiento, estos se consideraron como fumadores habituales. El seguimiento debía ser de al menos seis meses para estar incluido en el análisis. Un resultado secundario es el efecto del asesoramiento sobre el abandono del hábito de fumar sobre la mortalidad y la morbilidad posterior.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Los ensayos fueron identificados a partir del registro especializado del Grupo de Adicción al Tabaco (Tobacco Addiction Group). Esto ha sido desarrollado a partir de las búsquedas electrónicas en MEDLINE, EMBASE y PsycLIT y en el Registro Cochrane de Ensayos Controlados (CENTRAL) junto con las búsquedas manuales en las revistas especializadas, las actas de congresos y las listas de referencias de ensayos y revisiones previas sobre el abandono del hábito de fumar. Los siguientes términos MeSH se usaron para identificar los ensayos potencialmente relevantes en el registro: "physician-patient-relations" o "physicians" o "family-practice" o "physician's-role". También se verificaron los ensayos con las palabras "GP" o "general practice" o "physician" en el título o el resumen. Para esta actualización de la revisión se han realizado búsquedas en las bases de datos disponibles a Marzo de 2004 en Silverplatter y el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL) (*The Cochrane Library* 2004 Número 1).

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Extracción de los datos:

En todas las versiones de esta revisión, los datos se extrajeron de los informes publicados por dos personas de forma independiente. LS y TL obtuvieron los datos nuevos en la presente versión. Cualquier desacuerdo se resolvía mediante una consulta con una tercera persona. Para cada ensayo se registraron los siguientes datos:

- (i) país de origen.
- ii) población del estudio (que incluía si los estudios asignaron al azar sólo a los voluntarios motivados y seleccionados, o a

todos los fumadores no seleccionados de acuerdo con la motivación a abandonar el hábito);

(iii) criterios de elegibilidad.

iv) naturaleza de la intervención (que incluía la naturaleza, la frecuencia y la duración del asesoramiento, el uso de ayudas, y el entrenamiento del terapeuta).

(v) detalles del diseño del estudio (que incluyen el método de asignación, el cegamiento, la estructura del estudio);

(vi) medidas de resultado.

(vii) validación del nivel de consumo de tabaco.

En los ensayos en los cuales los detalles de la metodología eran inciertos o en los cuales los resultados no se expresaron en una forma que permitiera la obtención de los datos clave necesarios, se enviaron cartas a los investigadores individuales con el fin de que suministrasen la información requerida. En los ensayos en los cuales los pacientes se perdieron durante el seguimiento, éstos se consideraron fumadores habituales. Los informes publicados solamente en revistas de habla no inglesa se examinaron con la ayuda de un traductor.

Evaluación de la calidad

Se evaluó la calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión mediante el esquema descrito en el Manual Cochrane, que incluye la evaluación de la calidad de la asignación al azar (es decir, control de sesgo de selección al ingreso). Según se ha demostrado empíricamente, este es el único tipo de sesgo que resulta en diferencias sistemáticas en la evaluación del tamaño del efecto (Schulz 1995). Se utilizó una escala de tres puntos, con una clasificación de: A: si el esfuerzo para controlar el sesgo de selección había sido máximo (por ejemplo, por asignación al azar telefónica o el uso de sobres sellados y numerados consecutivamente); B: si había una incertidumbre acerca de si la asignación se encontraba adecuadamente oculta (p.ej. en los casos en los cuales no se especificaba el método de asignación al azar), y C: si definitivamente no había un ocultamiento adecuado de la asignación.

Análisis de los datos

Los resultados se expresaron como odds-ratio (intervención:control) de la abstinencia del hábito de fumar en un punto dado en el tiempo, o para la mortalidad o morbilidad, junto con los intervalos de confianza del 95% para las estimaciones. Los efectos del tratamiento agrupados son estimados con el método de Mantel-Haenszel. Éste reemplaza al método de Peto utilizado en las versiones anteriores de esta revisión, el cual ya no es el valor predeterminado recomendado para las revisiones Cochrane (Deeks 2004). Este cambio no altera de manera significativa ninguno de los resultados. Para investigar la heterogeneidad estadística, ahora se utiliza la estadística I^2 , dada por la fórmula $[(Q - gl)/Q] \times 100\%$, en donde Q es la estadística de ji cuadrado y gl son sus grados de libertad (Higgins 2003). Esto describe el porcentaje de variabilidad en las estimaciones del efecto, las cuales se deben a la heterogeneidad en lugar del error de muestreo (azar). Un valor

superior al 50% puede ser considerado como heterogeneidad sustancial.

Se incluyeron en los metanálisis los estudios que usaron la asignación al azar de grupos (con el médico o la clínica como unidad de asignación) mediante los datos del nivel de pacientes, pero se evaluó el efecto sobre los resultados de su exclusión. Cuando se informa, se han registrado los métodos estadísticos usados en los estudios para investigar o compensar el agrupamiento.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se identificaron e incluyeron en la revisión 39 ensayos publicados entre 1972 y 2004 que incluían más de 31 000 fumadores.

Diecisiete estudios compararon una intervención de asesoramiento mínimo con una intervención de control en la cual no se ofreció asesoramiento de forma sistemática. Ocho estudios compararon una intervención que se clasificó como intensiva con un control. Catorce estudios (incluidos algunos sin grupo control sin asesoramiento) compararon una intervención mínima con una intensiva, y un estudio comparó dos intervenciones intensivas (Gilbert 1992). Un estudio comparó una intervención basada en el modelo 4As, administrada de dos maneras diferentes (Williams 2001). Algunos estudios probaron las variaciones en las intervenciones y contribuyeron a más de una comparación. Estas se encuentran descritas y los metanálisis con los cuales contribuyen se identifican en la tabla de las "Características de los estudios incluidos".

La definición de lo que constituía el "asesoramiento" varió considerablemente. En un estudio (Slama 1995) se preguntó a los pacientes si fumaban, y se les dio un folleto si estos tenían deseos de abandonar el hábito. No se preguntó al grupo de control acerca de su estado con respecto al hábito de fumar hasta el seguimiento. En todos los otros estudios el asesoramiento incluyó un mensaje verbal para "dejar de fumar". Este asesoramiento verbal se complementó con el suministro de algún tipo de material impreso para el abandono del hábito de fumar (23 estudios), o un asesoramiento adicional por parte de un profesional de la salud de apoyo, o una derivación a una clínica para el abandono del hábito o ambos. Cuatro estudios describieron la intervención médica como asesoramiento conductual con un objetivo de dejar de fumar. Un estudio comparó la consulta motivacional (basado en información de modelos teóricos) con el asesoramiento simple (Butler 1999). En dos estudios se alentó al fumador a firmar un contrato para dejar el hábito de fumar (BTS 1990A; BTS 1990B). Un estudio proporcionó un incentivo (una tarjeta de teléfono) a los que lo dejaban con éxito (Higashi 1995). Cinco estudios incluían una intervención que demostraba la función pulmonar del participante (Li 1984; Richmond 1986; Segnan 1991), el monóxido de carbono espirado en el aire (Jamrozik 1984), o ambos (Sippel 1999). Un estudio, mediante un diseño grupal,

comparó la información y una carta sola con el asesoramiento de un pediatra a las madres de los bebés que asistían a clínicas de niños sanos con miras a la reducción de la exposición de los niños al tabaquismo pasivo (Wall 1995).

En el análisis se agregaron los grupos asignados a recibir un asesoramiento breve sólo con aquellos asignados al asesoramiento breve más un material impreso. Esto se realizó de acuerdo con el criterio de que el asesoramiento más la provisión de material impreso es un abordaje práctico en el ámbito de la atención primaria. No se observaron beneficios en los dos estudios que comparaban directamente el beneficio adicional de ofrecer material impreso (Jamrozik 1984; Russell 1979). Los estudios que proporcionaron un "manual" para el abandono del hábito de fumar se clasificaron como aquellos que ofrecían una intervención intensiva, pero sólo hay pruebas débiles acerca de que los materiales de autoayuda posean un beneficio pequeño cuando se los combina con un apoyo cara a cara (Lancaster 2002). El subgrupo de intervención intensiva también incluyó estudios que ofrecieron visitas adicionales.

Los períodos de seguimiento durante los ensayos variaron considerablemente, con una tendencia hacia los períodos de seguimiento más cortos entre los estudios anteriores. Las definiciones de abstinencia fueron variables y con frecuencia no indicadas.

CALIDAD METODOLÓGICA

Sólo ocho ensayos (21%) informaron del uso de sobres sellados (o algún método más seguro) para disminuir el sesgo de selección al ingreso, y ninguno utilizó un proceso de asignación al azar centralizado, independiente y seguro. Catorce ensayos (36%) emplearon métodos de asignación al azar vulnerables al sesgo, tales como la asignación de acuerdo con el día de asistencia o la fecha de nacimiento. En los 17 ensayos restantes (44%), no se proporcionó información suficiente acerca de los métodos de asignación al azar y de ocultamiento de la asignación empleados. Incluidos en estas cifras se encuentran seis ensayos (Haug 1994; Janz 1987; Lang 2000; Morgan 1996; Wall 1995; Wilson 1990) en los cuales la asignación al azar había sido realizada por el médico, la clínica o el consultorio, en lugar del fumador individual.

En nueve estudios (26%) se informaba de la validación de todos los abandonos autoinformados por medio del análisis bioquímico de los líquidos corporales o la medición del monóxido de carbono espirado. (Ardron 1988; BTS 1990A; BTS 1990B; Gilbert 1992; Li 1984; Marshall 1985; Segnan 1991; Slama 1990; Vetter 1990; Williams 2001). Se informó de la validación en una muestra de exfumadores en dos estudios (Russell 1979; Russell 1983). Un estudio utilizó la validación bioquímica a los 12 meses pero no a los 18 meses del seguimiento (Haug 1994), y un estudio empleó la validación o confirmación bioquímica por un pariente/amigo (Richmond 1986). Un estudio ajustó las tasas basadas en la tasa de engaño

encontrada en una submuestra donde se realizó la validación (Fagerstrom 1984). En los 24 estudios restantes (62%) no se utilizó la validación bioquímica.

RESULTADOS

Cuando los 17 ensayos de asesoramiento breve (como parte de una intervención mínima) versus ningún asesoramiento (o atención habitual) se combinaron (Comparación 1, subgrupo 1), los resultados demostraron un aumento pequeño pero estadísticamente significativo en los odds del abandono (odds-ratio (OR) 1,74; intervalo de confianza (IC) del 95%: 1,48 a 2,05). La exclusión de los ensayos mediante la asignación al azar grupal no cambió materialmente este resultado. Cuando se comparó la intervención más intensiva con un control sin asesoramiento (Comparación 1, subgrupo 2), había una tendencia hacia un efecto más grande pero había pruebas de heterogeneidad entre los ensayos. La intervención más intensiva se clasificó como una consulta más larga, visitas adicionales o un manual de autoayuda. Sólo hay pruebas débiles acerca de que los materiales de autoayuda posean un beneficio pequeño cuando se los combina con apoyo cara a cara (Lancaster 2002), de esta manera, la heterogeneidad estadística puede reflejar en parte la dificultad para categorizar la intensidad. A partir de esta comparación indirecta, hubo pruebas insuficientes como para establecer una diferencia significativa en la efectividad del asesoramiento médico según la intensidad de la intervención.

Hubo una falta similar de evidencia en cuanto a la efectividad de las ayudas empleadas, además del asesoramiento, de acuerdo con la comparación indirecta (Comparación 2). La comparación directa entre el asesoramiento intensivo y mínimo en 15 ensayos (Comparación 3) sugirió una ventaja pequeña pero significativa del asesoramiento más intensivo pero con una indicación de heterogeneidad ($I^2 = 40,8\%$). No había pruebas acerca de una heterogeneidad entre el subgrupo de 10 ensayos realizados en poblaciones de fumadores no seleccionados como poseedores de una enfermedad relacionada con el hábito de fumar, y en este grupo la repercusión de la intervención más intensiva resultó pequeña y de significación estadística marginal (OR 1,24; IC del 95%: 1,02 a 1,50), con ningún ensayo individual que mostrase beneficios significativos. La significación estadística se perdía si se eliminaba el ensayo que utilizaba la asignación al azar por grupos (Lang 2000). Entre cinco ensayos realizados en pacientes con, o en alto riesgo de, enfermedades relacionadas con el hábito de fumar, la heterogeneidad entre los resultados estaba cercana a la significación estadística ($I^2 = 54,6\%$), con la estimación del efecto agrupado, un OR de 1,82 (IC del 95%: 1,45 a 2,30).

Aunque el asesoramiento motivacional pareció incrementar las probabilidades de hacer un intento por abandonar el hábito, había pruebas insuficientes de un único ensayo como para apoyar un beneficio del asesoramiento motivacional en las tasas de abandono en comparación con el asesoramiento breve (Butler 1999, OR 2,00; IC del 95%: 0,59 a 6,72).

Los estudios que incluían visitas de seguimiento presentaron una mayor tasa de éxito comparados con ningún asesoramiento que aquellos que no lo hicieron (Comparación 5). El odds-ratio para el abandono, cuando se realizó seguimiento, era de 2,55 (IC del 95%: 2,04 a 3,19) comparado con 1,63 (17 estudios; IC del 95%: 1,39 a 1,91) cuando no se lo proporcionó. La comparación directa de seguimiento médico adicional a una intervención mínima mostró un aumento pequeño en los odds para el abandono en los análisis agrupados, aunque ninguno de los estudios presentó pruebas de un beneficio significativo (cinco estudios; OR 1,61; IC del 95%: 1,10 a 2,37). Este análisis no incluyó un estudio del efecto de las visitas de seguimiento (Gilbert 1992), porque el grupo de control en este estudio recibió más que un asesoramiento mínimo, el cual incluyó dos visitas al médico. Sin embargo, en este estudio, no hubo diferencias significativas en las tasas de abandono bioquímicamente validadas entre el grupo de dos visitas y un grupo al cual se le ofrecieron cuatro visitas de seguimiento adicionales.

Sólo un estudio (Rose 78-92) ha informado los resultados para la salud del asesoramiento contra el tabaco como una intervención aleatoria de factor único. A los 20 años de seguimiento, en el grupo de intervención comparado con el de control, los porcentajes se redujeron a 7% para la mortalidad total, 13% para la enfermedad coronaria y 11% para el cáncer de pulmón. Estas diferencias no eran estadísticamente significativas, lo que reflejó un bajo poder estadístico y efectos de dilución del cumplimiento incompleto en el grupo de intervención, más una reducción progresiva del hábito de fumar en los hombres del grupo control.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión confirman que el asesoramiento médico breve es efectivo en la promoción del abandono del hábito de fumar. El efecto agrupado de una intervención mínima equivale a una diferencia en la tasa de abandono del 2,5% entre quienes recibieron asesoramiento por parte de un médico y quienes no lo recibieron. Esto significa que, basado en las tasas de abandono entre los fumadores en este grupo de ensayos, habría un exfumador adicional como resultado de la intervención mínima de un médico por cada 40 personas que reciben dicho asesoramiento. Sin embargo, la diferencia absoluta entre la tasa de abandono en los grupos de tratamiento y control fue mucho más variable entre los ensayos que en el odds-ratio. Las tasas de abandono absolutas también dependen del período de seguimiento, la tasa inicial, el uso de la prevalencia puntual o la abstinencia sostenida, y si la abstinencia informada se encuentra bioquímicamente confirmada. Por lo tanto, el número necesario a tratar (NNT) de 40 debe ser utilizado con precaución.

Estos resultados necesitan interpretarse cautelosamente en vista de varias limitaciones metodológicas de la presente revisión. Con respecto a la revisión, es posible que haya un sesgo de publicación, debido a que se utilizan solamente datos tabulados

derivados de informes publicados (Stewart 1993). A pesar de nuestros esfuerzos, es posible que no se hayan identificado algunos ensayos no publicados con resultados menos favorables. En segundo lugar, debe evitarse la fiabilidad tardía en los resultados de los metanálisis que se basan exclusivamente en los resultados de los ensayos pequeños, aun cuando el efecto combinado sea estadísticamente significativo (Egger 1995). La calidad metodológica de los ensayos también era mixta, con algunos que utilizaban métodos de asignación al tratamiento inciertos o no satisfactorios y que basaban el abandono en un único autoinforme no validado.

Según comparaciones indirectas, la efectividad del asesoramiento médico parece ser mayor en pacientes con enfermedades establecidas comparada con los fumadores en una población no seleccionada. De igual manera, las comparaciones indirectas indican que el uso de diversas ayudas no parece mejorar la efectividad del asesoramiento médico. Sin embargo, se necesita tener cuidado al interpretar dichas comparaciones indirectas ya que no tienen en cuenta los sesgos sistemáticos inherentes en las diferentes poblaciones de las cuales se extraen las muestras de estudio. Además, los marcados resultados del abandono observados como resultado del asesoramiento para el abandono del hábito de fumar en una población con enfermedades establecidas derivan de un pequeño número de ensayos.

La comparación directa de intensidades dispares del asesoramiento médico sugirió, en el mejor de los casos, un pequeño beneficio de las intervenciones más intensivas en fumadores no seleccionados. El beneficio marginal del asesoramiento intensivo en los fumadores no seleccionados para las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco se traduce en 50 fumadores que necesitarían ser tratados para producir un abandono adicional después de 6 a 12 meses, en comparación con los fumadores que reciben un asesoramiento mínimo. Mientras había algunas pruebas de un efecto mayor en poblaciones con enfermedad establecida, los resultados difirieron entre los ensayos. No había pruebas suficientes como para establecer cualquier conclusión acerca del efecto del asesoramiento motivacional en contraposición con el simple (Butler 1999), o entre diferentes estilos de asesoramiento (Williams 2001).

Si se intenta trasladar estos resultados hacia un beneficio de salud pública, la cuestión importante será la proporción de médicos que en realidad ofrecen asesoramiento. Aunque un 80% de la población general visita a un médico anualmente, los informes de la proporción que recibe alguna forma de asesoramiento para el abandono del hábito de fumar varían considerablemente. Mientras que muchas personas a las que no se les ofreció asesoramiento alguno para el abandono del hábito de fumar lo dejarán sin ayuda, cada fumador que no recibe asesoramiento representa una "oportunidad desaprovechada". En la actualidad, el asesoramiento acerca del estilo de vida dentro de la consulta médica ahora se promueve como una materia de rutina, pero el asesoramiento acerca del consumo

de tabaco aún no puede ofrecerse sistemáticamente (Denny 2003; McLeod 2000). No todos los médicos de atención primaria opinan que el asesoramiento debe ser proporcionado en cada consulta (McEwen 2001), y algunos profesionales todavía eligen conscientemente no mencionar el tema del abandono del hábito de fumar para preservar una relación médico-paciente positiva (Coleman 2000), aunque algunas investigaciones indican que puede aumentarse la satisfacción a través de la provisión de asesoramiento (Solberg 2001).

Se ha demostrado de manera fehaciente que varias estrategias mejoran la efectividad del asesoramiento proporcionado por un médico, el cual incluye la administración de tratamientos de reemplazo de nicotina o bupropion (Hughes 2004; Silagy 2004). El adición de cualquiera de estas formas de tratamiento parece duplicar, aproximadamente, los odds para el abandono y es un complemento potencialmente valioso para cualquier asesoramiento ofrecido. Tanto el asesoramiento individual como el grupal también resultan efectivos en el aumento de las tasas de abandono entre los pacientes preparados para aceptar la intervención más intensiva (Lancaster 2002b; Stead 2002). También puede resultar efectivo el asesoramiento telefónico (Stead 2002b). Las guías nacionales para la práctica clínica informan en general acerca del uso de una intervención breve en la cual la pregunta sobre el consumo de tabaco está seguida por el asesoramiento para dejar de hacerlo, y una evaluación de la voluntad del fumador para hacer un intento de abandono. Se puede ofrecer una asistencia específica y un seguimiento a los pacientes dispuestos a hacer un intento por dejar de fumar (Fiore 2000; Miller 2001; NHC 2002; West 2000).

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

Los resultados de esta revisión indican el beneficio potencial del asesoramiento simple y breve dado por los médicos a sus pacientes fumadores. La incógnita acerca de si este beneficio se hará realidad o no depende del grado en el que los médicos estén preparados para identificar sistemáticamente a sus pacientes fumadores y ofrecerles asesoramiento como una cuestión habitual.

La provisión del seguimiento, en el caso de que sea posible, tiene probabilidades de producir un beneficio adicional. Sin embargo, los beneficios marginales de las intervenciones más intensivas, incluido el uso de las ayudas es pequeño, y no puede

justificarse como intervención sistemática en fumadores no seleccionados. Pueden, sin embargo, ser beneficiosos para los fumadores individuales y motivados.

Implicaciones para la investigación

Los estudios adicionales de las intervenciones ofrecidas por los médicos durante la atención clínica habitual tienen poca probabilidad de aportar nuevos datos acerca de la función del asesoramiento. En la actualidad se requiere el desarrollo de estrategias para aumentar la frecuencia con la cual se identifica a los fumadores y se les ofrece asesoramiento y apoyo.

AGRADECIMIENTOS

Chris Silagy inició la revisión y permaneció como primer autor hasta su muerte en 2001. Sarah Ketteridge desarrolló la versión inicial de esta revisión y fue coautora de la revisión hasta 1999. Ruth Ashenden proporcionó apoyo técnico en la preparación de la versión inicial de esta revisión.

Los Drs. Chris Hyde, Iain Chalmers y Helen Handoll han proporcionado observaciones constructivas acerca de las versiones anteriores de la revisión las cuales han sido tenidas en cuenta en las actualizaciones.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno

NOTAS

Chris Silagy era el primer autor en el momento de su muerte en 2001. Se cambiaron los autores para las citas cuando la revisión se actualizó en el año 2004.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- NHS Research and Development Programme UK

Recursos internos

- University of Oxford, Department of Primary Health Care UK

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Ardron 1988 {published data only}

Ardron M, MacFarlane IA, Robinson C, van Heyningen C, Calverley PM. Anti-smoking advice for young diabetic smokers: is it a waste of breath? *Diabetic Medicine* 1988;5:667-70. 89119948.

Betson 1997 {published and unpublished data}

Betson CL, Lam TH, Chung WH, Chung SF. A randomized controlled trial on smoking cessation in government out-patient clinics in Hong Kong [Abstract]. *Proceedings of the 10th World Conference on Tobacco or Health*; 1997 Aug 24-28; Beijing, China. 1997:113.

- BTS 1990A** {published data only}
Research Committee of the British Thoracic Society. Smoking cessation in patients: two further studies by the British Thoracic Society. *Thorax* 1990;**45**:835-40. 1991075352.
- BTS 1990B** {published data only}
Research Committee of the British Thoracic Society. Smoking cessation in patients: two further studies by the British Thoracic Society. *Thorax* 1990;**45**:835-40. 1991075352.
- Burt 1974** {published data only}
Burt A, Illingworth D, Shaw T, Thornley P, White P, Turner R. Stopping smoking after myocardial infarction. *Lancet* 1974;**1**(7852):304-6. 1974100657.
- Butler 1999** {published data only}
Butler CC, Rollnick S, Cohen D, Bachmann M, Russell I, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. *British Journal of General Practice* 1999;**49**(445):611-6.
- Demers 1990** {published data only}
Demers RY, Neale AV, Adams R, Trembath C, Herman SC. The impact of physicians' brief smoking cessation counseling: a MIRNET study. *Journal of Family Practice* 1990;**31**:625-9. 91061122.
- Fagerstrom 1984** {published data only}
Fagerstrom KO. Effects of nicotine chewing gum and follow-up appointments in physician-based smoking cessation. *Preventive Medicine* 1984;**13**:517-27. 85140142.
- Gilbert 1992** {published data only}
Gilbert JR, Wilson DM, Singer J, Lindsay EA, Willms DG, Best JA et al. A family physician smoking cessation program: an evaluation of the role of follow-up visits. *American Journal of Preventive Medicine* 1992;**8**:91-95. 92287575.
- Haug 1994** {published data only}
Haug K, Fugelli P, Aaro LE, Foss OP. Is smoking intervention in general practice more successful among pregnant than non-pregnant women?. *Family Practice* 1994;**11**:111-6. 95047036.
- Higashi 1995** {published data only}
Higashi A, Ozasa K, Watanabe Y, Hayashi K, Aoike A, Kawai K et al. [Efficacy of smoking cessation instruction for general smokers at an annual physical examination]. *Nippon Kosho Eisei Zasshi* 1995;**42**:313-21. 1995375284.
- Jamrozik 1984** {published data only}
Jamrozik K, Vessey M, Fowler G, Wald N, Parker G, van Vunakis H. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. *British Medical Journal* 1984;**288**:1499-503. 84204572.
- Janz 1987** {published data only}
*Janz NK, Becker MH, Kirscht JP, Eraker SA, Billi JE, Woolliscroft JO. Evaluation of a minimal-contact smoking cessation intervention in an outpatient setting. *American Journal of Public Health* 1987;**77**:805-9. 87239065.

Kirscht JP, Janz NK, Becker MH, Eraker SA, Billi JE, Woolliscroft JO. Beliefs about control of smoking and smoking behavior: a comparison of different measures in different groups. *Addictive Behaviors* 1987;**12**:205-8.
- Lang 2000** {published data only}
Lang T, Nicaud V, Slama K, Hirsch A, Imbernon E, Goldberg M, et al. Smoking cessation at the workplace. Results of a randomised controlled intervention study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000;**54**:349-54. 20275749.
- Li 1984** {published data only}
Li VC, Kim YJ, Ewart CK, Terry PB, Cuthie JC, Wood J et al. Effects of physician counseling on the smoking behaviour of asbestos-exposed workers. *Preventive Medicine* 1984;**13**:462-76. 85140137.
- Marshall 1985** {published data only}
Marshall A, Raw M. Nicotine chewing gum in general practice: effect of follow up appointments. *British Medical Journal* 1985;**290**:1397-8. 85200674.
- McDowell 1985** {published data only}
*McDowell I, Mothersill KJ, Rosser W, Hartman R. A randomized trial of three approaches to smoking cessation. *Canadian Family Physician* 1985;**31**:351-5.

Mothersill KJ, McDowell I, Rosser WW. Subject characteristics and long term post-program smoking cessation. *Addictive Behaviors* 1988;**13**(1):29-36. 88206867.
- Morgan 1996** {published data only}
Morgan GD, Noll EL, Orleans CT, Rimer BK, Amfoh K, Bonney G. Reaching midlife and older smokers - tailored interventions for routine medical care. *Preventive Medicine* 1996;**25**:346-54.
- Nebot 1989** {published data only}
Nebot-Adell M, Soler-Vila M, Martin-Cantera C, Birules-Pons M, Oller-Colom M, Sala-Carbonell E et al. Effectiveness of the physician's advice to quit smoking: evaluation of the impact a year after the fact [Efectividad del consejo medico para dejar de fumar: evaluacion del impacto al ano de la intervencion]. *Revista Clinica Española* 1989;**184**:210-5.
- Ockene 1991** {published data only}
*Ockene JK, Kristeller J, Goldberg R, Amick TL, Pekow PS, Hosmer D et al. Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: a randomized clinical trial. *Journal of General Internal Medicine* 1991;**6**:1-8. 91154925.

Ockene JK, Kristeller J, Pbert L, Hebert JR, Luippold R, Goldberg RJ et al. The physician-delivered smoking intervention project: can short-term interventions produce long-term effects for a general outpatient population?. *Health Psychology* 1994;**13**:278-81. 94333279.
- Page 1986** {published data only}
Page AR, Walters DJ, Schlegel RP, Best JA. Smoking cessation in family practice: the effects of advice and nicotine chewing gum prescription. *Addictive Behaviors* 1986;**11**:443-6. 87123829.
- Pieterse 2001** {published data only}
Pieterse ME, Boekema ER, Seydel ER, Wiegman O. Smoking cessation via the general practitioner: effects of a minimal contact intervention programme [abstract]. *Patient Education and Counseling* 1992;**20**:107.

*Pieterse ME, Seydel ER, Devries H, Mudde AN, Kok GJ. Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine* 2001;**32**(2):182-90.
- Porter 1972** {published data only}
Porter AM, McCullough DM. Counselling against cigarette smoking. A controlled study from a general practice. *Practitioner* 1972;**209**:686-9. 1973046952.
- Richmond 1986** {published data only}
Richmond R, Webster I. Evaluation of general practitioner's use of a smoking intervention programme. *International Journal of Epidemiology* 1985;**14**:396-401.

*Richmond RL, Austin A, Webster IW. Three year evaluation of a programme by general practitioners to help patients to stop smoking. *British Medical Journal* 1986;**292**:803-6. 86160738.

Richmond RL, Webster IW. A smoking cessation programme for use in general practice. *Medical Journal of Australia* 1985;**142**:190-4. 85110631.
- Rose 78-92** {published data only}
Rose G, Colwell L. Randomised controlled trial of anti-smoking advice: final (20 year) results. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1992;**46**:75-7. 92243076.

- *Rose G, Hamilton PJS. A randomised controlled trial of the effect on middle-aged men of advice to stop smoking. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1978;**32**:275-81. 79130939.
- Russell 1979** {published data only}
Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *British Medical Journal* 1979;**2**:231-5. 80001100.
- Russell 1983** {published data only}
Russell MAH, Merriman R, Stapleton J, Taylor W. Effect of nicotine chewing gum as an adjunct to general practitioner's advice against smoking. *British Medical Journal* 1983;**287**:1782-5. 84054295.
- Schnoll 2003** {published data only}
Schnoll RA, Zhang B, Rue M, Krook JE, Spears WT, Marcus AC et al. Brief physician-initiated quit-smoking strategies for clinical oncology settings: a trial coordinated by the Eastern Cooperative Oncology Group. *Journal of Clinical Oncology* 2003;**21**(2):355-65.
- Segnan 1991** {published data only}
*Segnan N, Ponti A., Battista RN, Senore C, Rosso S, Shapiro SH et al. A randomized trial of smoking cessation interventions in general practice in Italy. *Cancer Causes Control* 1991;**2**:239-46. 1991338418.
- Senore C, Battista RN, Ponti A, Segnan N, Shapiro SH, Rosso S et al. Comparing participants and nonparticipants in a smoking cessation trial: Selection factors associated with general practitioner recruitment activity. *Journal of Clinical Epidemiology* 1999;**52**:83-9.
- Senore C, Battista RN, Shapiro SH, Segnan N, Ponti A, Rosso S et al. Predictors of smoking cessation following physicians' counseling. *Preventive Medicine* 1998;**27**(3):412-21.
- Sippel 1999** {published data only}
Sippel JM, Osborne ML, Bjornson W, Goldberg B, Buist AS. Smoking cessation in primary care clinics. *Journal of General Internal Medicine* 1999;**14**:670-6. 20040465.
- Slama 1990** {published data only}
Slama K, Redman S, Perkins J, Reid AL, Sanson-Fisher RW. The effectiveness of two smoking cessation programmes for use in general practice: a randomised clinical trial. *British Medical Journal* 1990;**300**:1707-9. 90359952.
- Slama 1995** {published data only}
Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised controlled trial in France. *Tobacco Control* 1995;**4**:162-9.
- Stewart 1982** {published data only}
Stewart PJ, Rosser WW. The impact of routine advice on smoking cessation from family physicians. *Canadian Medical Association Journal* 1982;**126**:1051-4. 82183997.
- Thompson 1988** {published data only}
Thompson RS, Michnich ME, Friedlander L, Gilson B, Grothaus LC, Storer B. Effectiveness of smoking cessation interventions integrated into primary care practice. *Medical Care* 1988;**26**:62-76. 88093015.
- Vetter 1990** {published data only}
Vetter NJ, Ford D. Smoking prevention among people aged 60 and over: a randomized controlled trial. *Age and Ageing* 1990;**19**:164-8. 90302668.
- Wall 1995** {published data only}
*Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Wall M, Akers L. Reducing maternal smoking and relapse: Long-term evaluation of a pediatric intervention. *Preventive Medicine* 1997;**26**:120-30. 97164184.
- Wall MA, Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Zoref L. Pediatric office-based smoking intervention - impact on maternal smoking and relapse. *Pediatrics* 1995;**96**:622-8. 1996000149.
- Williams 2001** {published data only}
Williams GC, Deci EL. Activating patients for smoking cessation through physician autonomy support. *Medical Care* 2001;**39**:813-23.
- Williams GC, Gagne M, Ryan RM, Deci EL. Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology* 2002;**21**(1):40-50.
- Wilson 1982** {published data only}
Kozlowski LT, Page A. A second look at the effects of supportive follow-up on smoking cessation. *Canadian Medical Association Journal* 1987;**137**:605-7.
- *Wilson D, Wood G, Johnston N, Sicurella J. Randomized clinical trial of supportive follow-up for cigarette smokers in a family practice. *Canadian Medical Association Journal* 1982;**126**:127-9. 82136522.
- Wilson 1990** {published data only}
Wilson DH, Wakefield MA, Steven ID, Rohrsheim RA, Esterman AJ, Graham NM. "Sick of Smoking": evaluation of a targeted minimal smoking cessation intervention in general practice. *Medical Journal of Australia* 1990;**152**:518-21. 90251202.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

- Ahluwalia 1999**
Ahluwalia LS, Gibson CA, Kenney RE, Wallace DD, Resnicow K. Smoking status as a vital sign. *Journal of General Internal Medicine* 1999;**14**:402-8.
- Alexandre 1998**
Alexandre i Marti E, Casanova Matutano MA, Mitjans Lafont J, Sanchez Monfort J, Sanmartin Almenar A. [Clinical trial of 2 tobacco use cessation interventions in primary care]. *Atencion Primaria* 1998;**22**(7):424-8.
- Bakkevig 2000**
Bakkevig O, Steine S, von Hafenbradl K, Laerum E. Smoking cessation - A comparative, randomised study between management in general practice and the behavioural programme SmokEnders. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2000;**18**(4):247-51.
- BTS 1983**
Research Committee of the British Thoracic Society. Comparison of four methods of smoking withdrawal in patients with smoking related diseases. Report by a subcommittee of the Research Committee of the British Thoracic Society. *British Medical Journal* 1983;**286**:595-7. 83128388.
- Cohen 1989**
Cohen SJ, Stooky GK, Katz BP, Drook CA, Smith DM. Encouraging primary care physicians to help smokers quit. A randomised, controlled trial. *Annals of Internal Medicine* 1989;**110**:648-52. 89191860.
- Cohen 1989 b**
Cohen SJ, Stooky GK, Katz BP, Drook CA, Christen AG. Helping smokers quit: a randomized controlled trial with private practice dentists. *Journal of the American Dental Association* 1989;**118**:41-5. 89109828.
- Conger 1987**
Conger B, Nelson EC, Dietrich AJ, Blanchard C, McHugo GJ, Simmons JJ et al. Effectiveness of physician antismoking advice. *American Journal of Preventive Medicine* 1987;**3**:223-6. 88251764.
- Cummings 1989**
Cummings SR, Richard RJ, Duncan CL, Hansen B, Vander Martin R, Gerbert B et al. Training physicians about smoking cessation: a controlled trial in private practice. *Journal of General Internal Medicine* 1989;**4**:482-9. 90063881.
- Cummings 1989 b**
Cummings SR, Coates TJ, Richard RJ, Hansen B, Zahnd EG, Vander Martin R et al. Training physicians in counseling about smoking cessation. A randomized trial of the "Quit for Life" program. *Annals of Internal Medicine* 1989;**110**:640-7. 89191859.

Folsom 1987

Folsom AR, Grimm RH. Stop smoking advice by physicians: a feasible approach?. *American Journal of Public Health* 1987;**77**:849-50. 87239076.

Grandes 2000

*Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *British Journal of General Practice* 2000;**50**(459):803-7.

Grandes G, Cortada JM, Arrazola A, Laka JP. Predictors of long-term outcome of a smoking cessation programme in primary care. *British Journal of General Practice* 2003;**53**(487):101-7.

Hollis 1993

Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, Stevens VJ, Biglan A. Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Annals of Internal Medicine* 1993;**118**:521-5. 93182891.

Hurt 1994

Hurt RD, Dale LC, Fredrickson PA, Caldwell CC, Lee GA, Offord KP et al. Nicotine patch therapy for smoking cessation combined with physician advice and nurse follow-up: One-year outcome and percentage of nicotine replacement. *JAMA* 1994;**271**:595-600. 94133389.

Juarranz Sanz 1998

Juarranz Sanz M, Soriano Llorca T, Reyes Martin G, Sanchez Schez MI. Efficacy of the treatment with substitute of nicotine in the smoking cessation from the Primary Health Care. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria* 1998;**8**(6):376-83.

Kadowaki 2000

Kadowaki T, Watanabe M, Okayama A, Hishida K, Ueshima H. Effectiveness of smoking-cessation intervention in all of the smokers at a worksite in Japan. *Industrial Health* 2000;**38**(4):396-403.

Knight 1989

Knight RA, Hay DA. The relevance of the health belief model to Australian smokers. *Social Science & Medicine* 1989;**28**(12):1311-14.

Kottke 1989

Kottke TE, Brekke ML, Solberg LI, Hughes JR. A randomized trial to increase smoking intervention by physicians. Doctors Helping Smokers, Round I. *JAMA* 1989;**261**:2101-6. 1989178992.

Kozlowski 1987

Kozlowski LT, Page A. A second look at the effects of supportive follow-up on smoking cessation. *Canadian Medical Association Journal* 1987;**137**:605-7. 88001793.

Kreuter 2000

Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Archives of Family Medicine* 2000;**9**:426-33.

Loeb 1983

Loeb BK, Waage G, Bailey J. Smoking intervention in Pregnancy. In: Forbes WF, Frecker RC, Nostbakken D, editor(s). *Proceedings on the 5th World Conference on Smoking and Health*. Ottawa: Canadian Council on Smoking and Health, 1983:389-95.

Macarthur 1987

MacArthur C, Newton JR, Knox EG. Effect of anti-smoking health education on infant size at birth: a randomized controlled trial. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1987;**94**:295-300. 87214085.

Manfredi 1999

Manfredi C, Crittenden KS, Cho YI, Gao S. Long-term effects (up to 18 months) of a smoking cessation program among women smokers in public health clinics. *Preventive Medicine* 2004;**38**:10-19.

*Manfredi C, Crittenden KS, Warnecke R, Engler J, Cho YI, Shaligram C. Evaluation of a motivational smoking cessation intervention for women in public health clinics. *Preventive Medicine* 1999;**28**:51-60.

Mayer 1990

Mayer JP, Hawkins B, Todd R. A randomized evaluation of smoking cessation interventions for pregnant women at a WIC clinic. *American Journal of Public Health* 1990;**80**(1):76-8. 90087166.

McEwen 2002

McEwen A, Preston A, West R. Effect of a GP desktop resource on smoking cessation activities of general practitioners. *Addiction* 2002;**97**(5):595-7.

Messimer 1989

Messimer SR, Hickner JM, Henry RC. A comparison of two antismoking interventions among pregnant women in eleven private primary care practices. *Journal of Family Practice* 1989;**28**:283-8. 89176976.

Richman 2000

Richman PB, Dinowitz S, Nashed AH, Eskin B, Sylvan E, Allegra C et al. The emergency department as a potential site for smoking cessation intervention: A randomized, controlled trial. *Academic Emergency Medicine* 2000;**7**(4):348-53.

Risser 1990

Risser NL, Belcher DW. Adding spirometry, carbon monoxide, and pulmonary symptom results to smoking cessation counseling: a randomized trial. *Journal of General Internal Medicine* 1990;**5**:16-22. 90133025.

Rodriguez 2003

Guallar-Castillon P, Lafuente-Urdinguio P, Garteizurrekoa-Dublang P, Sainz-Martinez O, Diez-Azcarate JI, Foj-Aleman M et al. Probability of success in tobacco quitting during the course of two simple medical interventions [Probabilidad de éxito en el abandono del tabaco en el curso de dos intervenciones sencillas para dejar de fumar]. *Revista Espanola de Salud Publica* 2003;**77**(1):117-24.

Rodriguez-Artalejo F, Lafuente-Urdinguio P, Guallar-Castillon P, Garteizurrekoa-Dublang P, Sainz-Martinez O, Diez-Azcarate JI et al. One-year effectiveness of an individualized smoking cessation intervention at the workplace: a randomized controlled trial. *Occupational Environmental Medicine* 2003;**60**(5):358-63.

Russell 1987

Russell MA, Stapleton JA, Hajek P, Jackson PH, Belcher M. District programme to reduce smoking: can sustained intervention by general practitioners affect prevalence?. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1988;**42**:111-5. 89124785.

*Russell MAH, Stapleton JA, Jackson PH, Hajek P, Belcher M. District programme to reduce smoking: effect of clinic supported brief intervention by general practitioners. *British Medical Journal* 1987;**295**:1240-4. 88079053.

Sanchez Beiza 1992

Sanchez Beiza L, Martin Carrillo Dominguez P, Gil Serrano P, Gomez Gil E, Pascual de la Torre M, Valero Martinez A. Preliminary study of smoking cessation at 6 months following medical counseling, pamphlet, and follow-up [Estudio preliminar del abandono del tabaco a los 6 meses tras consejo medico, folleto y seguimiento]. *Atencion Primaria* 1992;**10**:738-41. 93042550.

Secker-Walker 1998

Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, Skelly JM, Mead PB. Smoking relapse prevention during pregnancy. A trial of coordinated advice from physicians and individual counseling. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;**15**:25-31.

Strecher 1991

Strecher VJ, O'Malley MS, Villagra VG. Can residents be trained to counsel patients about quitting smoking? Results from a randomized trial. *Journal of General Internal Medicine* 1991;**6**:9-17. 91154937.

Wilson 1988

Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR. A randomised trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA* 1988;**260**:1570-4. 1988317170.

Windsor 1985

Windsor RA, Cutter G, Morris J, Reese Y, Manzella B, Bartlett EE et al. The effectiveness of smoking cessation methods for smokers in public health maternity clinics: a randomized trial. *American Journal of Public Health* 1985;75:1389-92. 86048295.

Young 2002

Young JM, D'Este C, Ward JE. Improving family physicians use of evidence-based smoking cessation strategies: a cluster randomization trial. *Preventive Medicine* 2002;35(6):572-83.

Referencias de los estudios en espera de evaluación

Allen 1998

Allen B, Pederson LL, Leonard EH. Effectiveness of physicians-in-training counseling for smoking cessation in African Americans. *J Nat Med Assoc* 1998;90:597-604. 1999020565.

Referencias de los estudios en marcha

Meyer 2003

Study contact information not provided. Contact reviewer for more information. *Ongoing study* Starting date of trial not provided. Contact reviewer for more information.

Meyer C, Ulbricht S, Schumann A, Hannover W, Hapke U, Rumpf HJ et al. Interventions fostering the motivation to quit for smokers in general practice. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 2003;5(2):134-6.

Twardella 2003

Study contact information not provided. Contact reviewer for more information. *Ongoing study* Starting date of trial not provided. Contact reviewer for more information.

Twardella D, Brenner H. New strategies for the promotion of smoking cessation in general practice: a cluster-randomised trial. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 2003;5(2):142-4.

Referencias adicionales

Chapman 1993

Chapman S. The role of doctors in promoting smoking cessation. *BMJ* 1993;307:518-9. 94004184.

Cochran 1954

Cochran WG. The combination of estimates from different experiments. *Biometrics* 1954;10:101-29.

Coleman 2000

Coleman T, Murphy E, Cheater F. Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *British Journal of General Practice* 2000;50(452):207-10.

Deeks 2004

Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG, editors. Analysing and presenting results. In: Alderson P, Green S, Higgins J, editor(s). *Cochrane Reviewers' Handbook 4.2.2 [updated December 2003]; Section 8*. www.cochrane.org/resources/handbook/hbook.htm (accessed 27th July 2004).

Denny 2003

Denny CH, Serdula MK, Holtzman D, Nelson DE. Physician advice about smoking and drinking: are U.S. adults being informed?. *American Journal of Preventive Medicine* 2003;24(1):71-4.

Dickinson 1989

Dickinson JA, Wiggers J, Leeder SR, Sanson Fisher RW. General practitioners' detection of patients' smoking status. *Medical Journal of Australia* 1989;150(8):420-2,425-6. 89238169.

Egger 1995

Egger M, Davey Smith G. Misleading meta-analysis. *BMJ* 1995;310:752-4.

Fiore 1996

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. *Smoking Cessation. Clinical Practice Guideline No 18. AHCPR Publication No. 96-0692*. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research, April 1996.

Fiore 2000

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. *Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline. AHRQ Publication No 00-0032*. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, 2000.

Higgins 2003

Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analysis. *BMJ* 2003;327:557-60.

Hughes 2004

Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2004. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. CD000031.

Kottke 1988

Kottke TE, Battista RN, DeFries GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988;259:2883-9. 88215101.

Lancaster 2000

Lancaster T, Silagy C, Fowler G, Spiers I. Training health professionals in smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2004. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. CD000214.

Lancaster 2002

Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2004. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Lancaster 2002b

Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2004. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Lumley 1999

Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2004. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. CD001055.

McEwen 2001

McEwen A, Akotia N, West R. General Practitioners' views on the English national smoking cessation guidelines. *Addiction* 2001;96(7):997-1000.

McLeod 2000

McLeod D, Somasundaram R, Howden-Chapman P, Dowell AC. Promotion of smoking cessation by New Zealand general practitioners: a description of current practice. *New Zealand Medical Journal* 2000;113(1122):480-5.

Miller 2001

Miller M, Wood L. *Smoking cessation interventions: Review of evidence and implications for best practice in health care settings*. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Health and Ageing, 2001.

NHC 2002

National Health Committee. *Guidelines for Smoking Cessation*. Wellington, New Zealand: National Advisory Committee on Health and Disability, May 2002.

Raw 1998

Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals - A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998;53(Suppl 5 Part 1):S1-S19.

Schulz 1995

Schulz KF, Chalmers I, Hayes RJ, Altman DG. Empirical evidence of bias. Dimensions of methodological quality associated with estimates of treatment effects in controlled trials. *JAMA* 1995;273:408-12.

Silagy 2004

Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2004. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. CD000146.

Solberg 2001

Solberg LI, Boyle RG, Davidson G, Magnan SJ, Carlson CL. Patient satisfaction and discussion of smoking cessation during clinical visits. *Mayo Clinic Proceedings* 2001;**76**(2):138-43.

Stead 2002

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2004. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. CD001007.

Stead 2002b

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2004. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. CD001007.

Stewart 1993

Stewart LA, Parmar MK. Meta-analysis of the literature or of individual patient data: is there a difference?. *Lancet* 1993;**341**:418-22.

Taylor 1994

Taylor MC, Dingel JL. Prevention of Tobacco-Caused Disease. *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*. Ottawa: Health Canada, 1994 Jan:500-11.

West 2000

West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;**55**(12):987-99.

Referencias de otras versiones de esta revisión

Silagy 1996

Silagy C, Ketteridge S. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 1996. Oxford: Update Software. CD000165.

Silagy 1997

Silagy C, Ketteridge S. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 1997. Oxford: Update Software. CD000165.

Silagy 1999

Silagy C, Ketteridge S. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 1999. Oxford: Update Software. CD000165.

Silagy 2001

Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2, 2001. Oxford: Update Software. CD000165.

* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

TABLAS

Characteristics of included studies

Study	Ardron 1988
Methods	Setting: Adult diabetic outpatient clinic in Liverpool, UK. Recruitment: volunteers who responded yes to the question "Do you want to give up smoking?" (selected by motivation) Randomization: method not stated
Participants	60 clinically stable diabetic patients <40 years, smoking >5 cpd, motivated to stop Therapists: medical registrar supported by health visitor
Interventions	1. Routine advice (5 minute talk) 2. Intensive advice (longer talk, leaflet, and visit from health visitor at home within 2 weeks involving family, giving further advice and written materials). Intervention level: intensive (2) vs minimal (1) Aids used: Yes Follow-up visits: one
Outcomes	Point prevalence at 6 months Validation: expired CO and urinary cotinine
Notes	Contributes data to intensive vs minimal comparison
Allocation concealment	B
Study	BTS 1990A
Methods	Setting: hospital or chest clinic in UK Recruitment: Volunteers (selected by motivation) Randomization: by sequential, sealed envelopes
Participants	New patients with smoking-related disease but not pregnant, terminally or psychiatrically ill 1462 patients, smoking at least 1cpd, mean 17cpd Therapists: physicians
Interventions	1. Advice 2. Advice + signed agreement to stop, health visitor support, letters from physician Intervention level: intensive vs minimal Aids used: Yes Follow-up visits: from health visitor, not doctor
Outcomes	Smoking cessation at 6 and 12 months Validation: expired CO
Notes	Contributes data to intensive vs minimal comparison only. (Two studies are reported in the same paper)
Allocation concealment	A
Study	BTS 1990B
Methods	Setting: hospital or chest clinic in UK Recruitment: Volunteers (selected by motivation) Randomization: by sequential, sealed envelopes
Participants	New patients with smoking-related disease but not pregnant, terminally or psychiatrically ill 1392 patients, smoke at least 1cpd, mean 17cpd Therapists: physicians

Characteristics of included studies

Interventions	1. Advice 2. Advice plus signed agreement 3. Advice plus letters of support 4. Advice plus letters plus signed agreement Intervention level: intensive vs minimal Aids used: Yes Follow-up visits: none
Outcomes	Smoking cessation at 6 and 12 months Validation: expired CO
Notes	The use of supportive letters was classified as intensive so 3&4 compared to 1&2 in the intensive vs minimal comparison. (Two studies are reported in the same paper)
Allocation concealment	A
Study	Betson 1997
Methods	Setting: government outpatient clinic, Hong Kong Recruitment: smokers <65 (unselected) Randomization: Sequentially numbered envelopes containing computer generated random intervention allocation
Participants	865 smokers (92% male) 49% smoking >10cpd
Interventions	1. No intervention 2. Written materials (Chinese translation of American Cancer Society booklet) 3. Physician advice (1min, based on 4As) 4. Physician advice and booklet Aids used: No Follow-up visits: No
Outcomes	Abstinence at 1 year (sustained from 3 months) Validation: poor response to request for urine specimen so data based on self report
Notes	Groups 3 & 4 compared to 1 & 2 for minimal advice vs control. Full paper provided by Professor Lam.
Allocation concealment	A
Study	Burt 1974
Methods	Setting : Hospital cardiac unit and cardiac outpatient clinic in Scotland Recruitment: Consecutive survivors of acute myocardial infarction identified as smokers (unselected) Randomization: by day of admission
Participants	210 survivors of acute myocardial infarction Ages not stated, pipe and cigarette smokers Number of cigarettes smoked not stated Therapists: Hospital consultants, reinforced by junior medical and nursing staff
Interventions	1. Repeated emphatic advice to quit as an inpatient with follow up in a special clinic 2. Normal inpatient care followed by discharge to care of the family doctor Intervention level: intensive vs minimal Aids used: no Follow-up visits: yes, number not stated

Characteristics of included studies

Outcomes	Reported PP cessation at 12 months Validation: none
Notes	
Allocation concealment	C
Study	Butler 1999
Methods	Setting: General Practices (Registrars), UK; Recruitment: All smokers attending for consultation (except those with terminal illness) Randomization: block randomization using sealed envelopes.
Participants	536 smokers (70% female) at various stages of change
Interventions	1. Standardized brief advice 2. Structured motivational counselling (based on stage of readiness to change)
Outcomes	PP at six months (self-reported abstinence in the previous month). Validation: none
Notes	Contributes data to intensive vs minimal comparison only.
Allocation concealment	A
Study	Demers 1990
Methods	Setting: family practices in southeast Michigan USA Recruitment: patients attending the practices in a defined intake period identified as smokers by questionnaire (unselected) Randomization: by medical record numbers
Participants	519 adult smokers Mean cpd 22 Therapists : Family practitioners
Interventions	1. 3-5 minute smoking cessation counselling and written materials plus routine care 2. Routine care Intervention level: minimal Aids used: none Follow-up visits: none
Outcomes	PP at 12 months Validation: none
Notes	
Allocation concealment	C
Study	Fagerstrom 1984
Methods	Setting: Swedish general practices and industrial clinics Recruitment: Smokers who were considered motivated to stop, accepted advice and agreed to follow up (volunteers) Randomization: by birthdate
Participants	145 adult smokers (49 in relevant arms), mean cpd: 19 Therapists: 10 Swedish GP's, 3 Swedish industrial physicians

Characteristics of included studies

Interventions	1. Short follow up (advice plus 1 appointment) 2. Long follow up (advice plus 2 appointments, phone call + letter) 3. Short follow up plus nicotine gum (not used in review) 4. Long follow up plus nicotine gum (not used in review) Intervention level: Intensive vs minimal Aids used: Yes Follow-up: 1 vs 2 visits
Outcomes	Sustained abstinence at 1, 6 and 12 months Validation: Results adjusted for 15% deception rate detected by expired CO measured in a random subset of claimed non-smokers
Notes	Contributes data to intensive vs minimal comparison. Adjusted rates used in analysis.
Allocation concealment	C
Study	Gilbert 1992
Methods	Setting: 41 family practices in Ontario, Canada Recruitment: Patients volunteering for a smoking cessation programme in physician's office (selected) Randomization: Sequential, sealed envelopes. Patients randomized when they returned for a first follow-up visit
Participants	647 smokers, mean cpd 22. Therapists: Family practitioners who had attended 4-hour training session
Interventions	1. Brief advice, self-help booklet and one follow-up visit including use of nicotine gum 2. As group 1, plus 3 further follow-up visits.
Outcomes	Sustained abstinence at 3 and 12 months. Those lost to follow up assumed to be smokers. Validation: salivary cotinine
Notes	Not included in any meta-analysis table since the control group received more than a minimal intervention.
Allocation concealment	A
Study	Haug 1994
Methods	Setting: 187 general practices in Norway Recruitment: opportunistically by the general practitioners (unselected) Randomization: by doctor, method not stated
Participants	Reports separate trials in pregnant and non-pregnant women: 274 non-pregnant women age 18-34: Smoking > 4 cpd, mean 13 Therapists: GPs
Interventions	1. Advice + leaflet + invitation to attend 4 follow-up visits 2. Normal care controls Intervention level: minimal Aids used: none Follow-up visits: Offered
Outcomes	Abstinence at 18 months Validation: none (serum thiocyanate at 12 months only)
Notes	Cluster randomized, but 187 GPs so cluster size small.
Allocation concealment	B

Characteristics of included studies

Study	Higashi 1995
Methods	Country: Japan Recruitment: Primary Care Randomization method: not stated
Participants	957 adult smokers
Interventions	1. Brief advice plus leaflet 2. No intervention Intervention level: minimal Follow up - encouragement card at 1 month and telephone card at 6 months
Outcomes	Point prevalence of abstinence at 12 months self-reported Validation: none
Notes	Information derived from English abstract. Full publication in Japanese and not translated.
Allocation concealment	B
Study	Jamrozik 1984
Methods	Setting: general practices in Oxfordshire, UK Recruitment: Identified smokers attending the practices during recruitment period (unselected) Randomization: according to day of attendance
Participants	2110 adult smokers No. of cigarettes smoked not stated Therapists: General practitioners who had in earlier studies indicated an interest in participating in smoking research
Interventions	1. Normal care control group 2. Brief advice to quit plus smoking cessation pamphlet 3. Advice plus pamphlet plus a demonstration of the patient's own level of exhaled CO 4. Advice plus pamphlet plus provision of a card offering follow up from health visitor Intervention level: Minimal (groups 1 and 2), Intensive (groups 3 and 4) Aids used: Yes (groups 3 and 4) Follow-up visits: Offered in group 4
Outcomes	PP at 12 months Validation: a sample of self-reported quitters selected for urinary cotinine validation (up to 40% deception rate). Results not adjusted, and no evidence that deception rates differed in treatment and control groups
Notes	2 compared to 1 for effects of advice 4 compared to 1 for effects of offer of followup 3 & 4 compared to 2 intensive vs minimal intervention
Allocation concealment	C
Study	Janz 1987
Methods	Setting: Outpatient medical clinic at midwestern US teaching hospital Recruitment: Consecutive attenders identified as smoking over 5 cpd and giving consent to participation (unselected) Randomization: cluster randomization by clinic unit (number of clusters not clear)

Characteristics of included studies

Participants	250 adult smokers, mean cpd 24 Therapists : Intervention physicians and nurses given brief tutorial. Control physicians not informed of study.
Interventions	1. Normal care 2. Brief advice from physician and brief consultation from nurse 3. As 2 plus self help manual Intervention level: Minimal Aids used: Group 3 Follow-up visits: None
Outcomes	PP at six months Validation : none
Notes	2 & 3 compared to 1 for minimal advice vs no advice 3 compared to 1 for use of advice plus aids 2 compared to 1 for advice without aids
Allocation concealment	C
Study	Lang 2000
Methods	Setting: Workplace Recruitment: smokers at annual check up Randomization: cluster randomization by occupational physician
Participants	1095 smokers (excludes losses to follow up due to company reorganization) 17% F, av cigs/day 14, >64% smoked >10 cig/day
Interventions	1. Minimal advice; 5-10 min from occupational physician. 2. Intensive intervention; contract with quit date, phone call 7 days post quit date, follow-up visit
Outcomes	Sustained abstinence ($\geq 6m$) at 12 months, assessed at annual check up. Validation: CO for a subsample. Unclear whether results reclassified
Notes	Contributes data to intensive vs minimal comparison. New 2001/2 update. Two physicians randomized to deliver minimal intervention declined to participate, 28 physicians participated. Reported statistical analysis with physician as unit. Difference in 12 months PP quit signif, not significant using sustained measure.
Allocation concealment	B
Study	Li 1984
Methods	Setting: Worksite (naval shipyard) in the USA Recruitment: Smokers identified at worksite screening (unselected) Randomization: method not stated
Participants	871 Asbestos-exposed smokers Mean cpd: 24-26. Therapists: Occupational physicians
Interventions	1. Minimal warning, results of pulmonary function tests, leaflet 2. As group 1 plus behavioural counselling Intervention level: Minimal (1), Intensive (2) Aids used: Yes Follow-up visits: None

Characteristics of included studies

Outcomes	Sustained abstinence at 11 months Validation: expired CO
Notes	Contributes data to intensive vs minimal comparison
Allocation concealment	B
Study	Marshall 1985
Methods	Setting: Six general practices on the Isle of Wight , UK Recruitment: Patients responding to a postcard from the GP (selected) Randomization: method not stated but married couples allocated to same group
Participants	200 adult smokers, Mean cpd 22. 21% had a smoking-related disease Therapists: 11 general practitioners with no specific training
Interventions	1. Advice plus nicotine gum 2. As 1 plus offer of 4 follow-up visits over 3 months Intervention level: Minimal (1) vs Intensive (2) Aids used: Yes Follow up: 4 in group 2
Outcomes	Sustained abstinence at 6 and 12 months Validation : by expired CO
Notes	Contributes data to intensive vs minimal comparison.
Allocation concealment	B
Study	McDowell 1985
Methods	Setting: Family practices in Canada Recruitment: Volunteers for smoking cessation programme (selected) Randomization: method not stated
Participants	366 adult cigarettes smokers in 9 group family practices (153 relevant to review) mean cpd 25 Therapists: 56 family physicians
Interventions	1. Brief physician advice 2. Health education in groups for 8 weeks (not used in review) 3. Cognitive behaviour modification in 8 group sessions (not used in review) 4. Control: self-monitoring of smoking. Intervention level: Minimal Aids used: None Follow-up visits: None
Outcomes	PP cessation at 12 months Validation: none performed, although subjects threatened with salivary thiocyanate measurement.
Notes	In this review only 1 (intervention) and 4 (control) are considered.
Allocation concealment	B
Study	Morgan 1996
Methods	Setting: outpatient medical practices, USA Recruitment: Practices volunteered. Randomization: cluster randomized by practice, no blinding at stage of recruitment of participants

Characteristics of included studies

Participants	659 smokers aged 50-74, unselected for motivation. Therapists: Physicians with 45-60 minutes training
Interventions	1. Physician advice, stage-based, tailored self-help guide. Follow-up letter from physician and call from project staff. Smokers in contemplation given prescription and free 1 week supply of gum. 2. Usual care (delayed intervention) Intervention level: intensive Aids used: Yes Follow-up visit: Yes (phone call)
Outcomes	Abstinence at 6 months (assume PP) Validation: none
Notes	Some practices excluded post randomization, possibility of selection bias. Results sensitive to use of a model allowing for correlation, but corrected OR not provided.
Allocation concealment	C
Study	Nebot 1989
Methods	Setting: Primary care practices in Spain Recruitment: smokers identified prior to seeing doctor Randomization: quasi-random by week (6 week recruitment)
Participants	424 adult smokers, unselected for motivation. 24% smoked >20 cpd Therapists: 25 doctors in 6 primary care centres
Interventions	1. Brief physician advice, 3-5 min, and self-help leaflet 2. Usual care Intervention level: minimal Aids used: No Follow-up visit: no
Outcomes	Abstinence at 12 months (definition unclear) Validation: incomplete
Notes	
Allocation concealment	C
Study	Ockene 1991
Methods	Setting: American primary care residency program (physicians in training) Recruitment: unselected Randomization: Each physician delivered one of the three interventions according to instructions in a packet for each patient.
Participants	1286 smoking patients not selected for motivation to quit Therapist: 196 primary care physicians in training.

Characteristics of included studies

Interventions	1. Advice only 2. Patient-centred counselling, written materials, asked to schedule follow-up visit, follow-up letter 3. Patient-centred counselling and offer of prescription for nicotine gum (not used in review). Each group was further randomized to minimal (no calls) or intensive follow up by telephone (3 calls over 6 months) from a health educator (HE). Intervention level: Minimal (1 without follow-up counselling) vs Intensive (all other conditions) Aids used: Yes Follow up: with physician (2)
Outcomes	PP abstinence at 6 months (self-reported) Validation: none
Notes	All physicians received training in minimal vs intensive interventions and delivered them according to random allocation of patient. Group 1 without HE follow up is considered minimal intervention and is compared to all the other arms as intensive intervention. 2 compared to 1 (both without HE follow up) for effect of physician follow up. 12 month outcomes have been reported but do not give rates by HE follow up condition; no main effects or interactions were found.
Allocation concealment	A
Study	Page 1986
Methods	Setting: Five family practices in Canada Recruitment: all patients attending the practices identified as smokers during study period (unselected) Randomization: by day of attendance
Participants	289 adult smokers Number of cigarettes smoked not stated Therapists: family practitioners in full time practice
Interventions	1. No advice 2. Advice to quit 3. As 2 plus offer of nicotine chewing gum prescription (not used in review) Intervention level: minimal Aids used: No Follow up: none
Outcomes	PP at 6 months Validation: none
Notes	
Allocation concealment	C
Study	Pieterse 2001
Methods	Setting: 22 GPs in 18 Dutch family practices Recruitment: proactive recruitment in waiting room Randomization: structured allocation list, no description of blinding
Participants	530 adult smokers (excludes 7 controls who received intervention) cpd not stated, ~15% smoked ≥ 25 cpd Practitioners: 22 GPs and 19 assistants, 2 hours training

Characteristics of included studies

Interventions	1. Advice/counselling tailored to stage of change, self-help manual, follow-up visit if quit date set. Approx 10 mins 2. Usual care Intervention level: intensive Aids used: Yes Follow up: offered
Outcomes	Cessation at 6 & 12m Validation: none
Notes	A logistic regression correcting for baseline differences gave a higher estimate the effect on the odds of quitting (3.04 95% CI 1.7 to 5.6). The uncorrected OR is used in the meta-analysis
Allocation concealment	B
Study	Porter 1972
Methods	Setting: a single London suburban general practice Recruitment: opportunistic through direct question by the physician (unselected) Randomization: patients randomized by reference to a book derived from random number tables at the physician's desk
Participants	191 adult smokers, smoked 4 or more cpd Therapist: a general practitioner working in a group practice of three
Interventions	1. No advice 2. 5 minutes of advice delivered 'with conviction and vigour' plus antismoking leaflet. Intervention level: minimal Aids used: none Follow up: none
Outcomes	Self-reported PP of cessation at six months Validation: by family report/neighbour report
Notes	
Allocation concealment	C
Study	Richmond 1986
Methods	Setting: single general practice in Australia Recruitment: smokers who attended the practice- no further methodology stated Randomization: by day of attendance
Participants	200 adult smokers Mean number of cigarettes: 24 cpd Therapists: 3 male GPs
Interventions	1. Six visits to the GP over 6 months, including advice, demonstration of spirometry and serum cotinine and written materials 2. Control group completed questionnaire and gave blood sample at single visit. Intervention level: intensive Aids used: yes Follow up visits: 6
Outcomes	Sustained abstinence at 6 months and 3 years Validation: by serum carboxyhaemoglobin concentrations or by salivary cotinine measurement or confirmation by relatives and/or friends.

Characteristics of included studies

Notes	
Allocation concealment	C
Study	Rose 78-92
Methods	Setting: Whitehall research study of male civil servants Recruitment: drawn from men who had undergone a cardiorespiratory screening examination in the Whitehall study, identified as smokers at entry to study, excluding those with major disease or receiving therapy for cardiovascular disease Randomization: method not stated
Participants	1445 male civil servants in London smoking more than 5 cigarettes per day with high risk of cardiorespiratory disease Therapists: doctors who were members of the research team
Interventions	1. A control group whose GP's were sent a record of their screening examination 2. An intervention group who received advice to stop, written materials and a follow up visit Intervention level: intensive
Outcomes	Point prevalence of cessation at one and three years (Rose 1978), 20 year follow-up data on mortality (Rose 1992) Validation: none
Notes	Rose 1992 reports 20 year follow-up data on mortality from the intervention trial described in Rose 1978.
Allocation concealment	B
Study	Russell 1979
Methods	Setting: 5 group general practices in London Recruitment: all identified cigarette smokers attending during the 4 week entry period (unselected) Randomization: allocated to intervention group on basis of day of attendance
Participants	2138 adult smokers Number of cigarettes smoked not stated Therapists: 37 GPs
Interventions	1. No intervention 2. Questionnaire only 3. Advice to stop smoking 4. Advice to stop smoking plus leaflet plus a warning that the patient would be followed up Intervention level: minimal Aids used: None Follow-up visits: none, except group 4 (offer of one visit)
Outcomes	Sustained abstinence at 1 and 12 months Validation: small sample of those reporting cessation validated by salivary cotinine analysis (n = 23)
Notes	Authors' discussion based on data after those lost to follow up excluded not at randomization
Allocation concealment	C

Characteristics of included studies

Study	Russell 1983
Methods	Setting: 6 group general practices in England Recruitment: Consecutive attenders admitting to being cigarette smokers and consenting to participate (unselected) Randomization: according to week of attendance
Participants	2106 adult smokers. Mean cpd 17.5 Therapists: GPs- level of training not stated
Interventions	1. No intervention 2. Advised to stop smoking plus provided with a 'give up smoking' booklet 3. As group 2, plus offer of nicotine chewing gum prescription (not used in review) Intervention level: minimal Aids used: No Follow-up visits: none
Outcomes	Sustained abstinence at 4 and 12 months Validation: 66% of those claiming to have quit validated with CO breath testing
Notes	
Allocation concealment	C
Study	Schnoll 2003
Methods	Setting: 17 oncology centres in USA Recruitment: cancer patients recruited by participating physicians (recruitment over 9 years) Randomization: permuted blocks with dynamic balancing within sites, no description of blinding
Participants	432 smokers with cancer (406 surviving at 12m) 66% F, av cpd 20
Interventions	1. Advice and self-help manual, prescription of NRT if appropriate. Possible follow up 2. Usual care Intervention level: intensive Aids used: Yes
Outcomes	PP abstinence at 12m Validation: none
Notes	34% of intervention and 19% of usual care group prescribed NRT.
Allocation concealment	B
Study	Segnan 1991
Methods	Setting: 44 general practices in Italy Recruitment: Consecutive patients attending on study days (unselected) Randomization: Sequential, sealed envelopes
Participants	923 smoking general practice attenders aged 20-60. Therapists: GPs who had undergone a 3 hour training session

Characteristics of included studies

Interventions	1. Advice and leaflet 2. Repeated counselling (follow up at 1,3,6,9 months) 3. Repeated counselling plus nicotine gum (not used in review) 4. Repeated counselling plus spirometry (conducted by specialist centre) Intervention level : Minimal (1) Intensive (2&4) Aids used: 4 Follow-up visits: yes
Outcomes	Sustained abstinence at 12 months Validation: Urinary cotinine
Notes	2 & 4 compared to 1 for effects of intensive vs minimal advice 2 compared to 1 for effect of follow-up
Allocation concealment	A
Study	Sippel 1999
Methods	Setting: Primary care clinics, USA Recruitment: All smokers attending for consultation - identified by the triage nurse Randomization: alternate allocation (by odd or even numbered questionnaires)
Participants	205 smokers; 67% female; Av cpd 20
Interventions	1. Brief Advice (according to national guidelines) 2. Brief advice plus spirometry and CO monitoring
Outcomes	PP abstinence at 6 months (by telephone) Validation: none
Notes	2 compared to 1 for effect of aids as adjunct to advice.
Allocation concealment	C
Study	Slama 1990
Methods	Setting: General practices in Newcastle, Australia Recruitment: Practice attenders identified as smokers by questionnaire (unselected) Randomization: method not stated
Participants	311 general practice attenders age 18-64 years Mean cpd : not stated Therapists: GPs who had received a 1-hour training session
Interventions	1. Advice plus leaflets (minimal intervention) 2. GP-delivered, brief, behavioural change programme (intensive intervention) 3. Control. Intervention level : Minimal vs Intensive Aids used: None Follow up: none
Outcomes	Sustained abstinence at 1, 6 and 12 months Validation: salivary cotinine
Notes	1 compared to 3 for advice vs no advice 2 compared to 3 for intensive intervention vs no advice 2 compared to 1 for intensive vs minimal intervention
Allocation concealment	B

Characteristics of included studies

Study	Slama 1995
Methods	Setting: 373 general practices in France. Recruitment: Consecutive attenders aged >15 years (unselected) Randomization: Consecutive colour-coded randomized sheets (therapist not blinded)
Participants	3128 adult smokers (a random sample of those randomized) followed up at 12 months. Therapists: GPs, minimal training
Interventions	1. Asking about smoking status and giving leaflet to smokers who wanted to stop 2. Controls who were not asked about smoking status until follow up Intervention level: minimal Aids used: none Follow up: none
Outcomes	Self-reported sustained abstinence at 1 and 12 months. Validation: none
Notes	
Allocation concealment	C
Study	Stewart 1982
Methods	Setting: Family practice in Ottawa, Canada Recruitment: Consecutive attenders identified as smokers by questionnaire (unselected) Randomization: by sealed envelopes drawn by nurse
Participants	691 cigarettes smokers age >11 years Number of cigarettes smoked not stated Therapists: physicians - level of training not stated
Interventions	1. advice to quit on 1 occasion 2. advice to quit on every visit for a 1 year period 3. advice plus pamphlet 4. control. Groups 1 and 2 were subsequently merged as group 2 did not prove to be a practical intervention in this practice Intervention level: minimal Aids used: none Followup: none
Outcomes	Reported sustained abstinence at 5 and 12 months Validation: none
Notes	1 and 2 and 3 compared to 4 for advice vs no advice
Allocation concealment	B
Study	Thompson 1988
Methods	Setting: Health Maintenance Organization, USA Recruitment: consecutive attenders (unselected) Randomization: by random folder allocation
Participants	Subjects: 1039 adult smokers mean cpd not stated, 68% smoked >15 cpd Therapists: 37 family physicians

Characteristics of included studies

Interventions	1. Brief advice (internal control group) 2. Usual care (external control group) 3. Intervention group ;The intervention group received, in a factorial design, one or two of the following interventions: A. Structured physician advice (3-5 minute talk) B. National Cancer Institute self-help materials C. Referral to group therapy. Intervention level: minimal and intensive groups Aids used: in some groups Follow up: in some groups
Outcomes	12 month sustained abstinence Validation : none
Notes	Analyzed in a stratified fashion to take into account the fact the intervention being carried out by a number of different therapists. The internal control group received brief advice as defined by this review, so the study is excluded from all intervention vs control comparisons. In the comparison of intensive vs minimal advice, groups receiving Structured Advice and Referral to group therapy are compared to those receiving Structured Advice only.
Allocation concealment	A
Study	Vetter 1990
Methods	Setting: One group general practice in the UK Recruitment: questionnaire sent by post to all patients registered with the practice over age 60 and those responding and identifying themselves as cigarette smokers included (unselected) Randomization: method not stated
Participants	471 smokers aged >60. No of cigs smoked not stated. Therapists: GPs, backed up by practice nurse. No therapist training stated.
Interventions	1. Simple advice at a single visit with the GP, backed up by offer of advice on quitting strategies from practice nurse 2. Non-intervention control group. Intensity of intervention: minimal Aids used: none Follow up: none
Outcomes	PP at six months Validation : Expired CO
Notes	
Allocation concealment	B
Study	Wall 1995
Methods	Setting: 49 private paediatric practices Recruitment: mothers attending for well baby visits Randomization: by practice (cluster randomization), method not stated
Participants	1478 smoking mothers (intervention also given to recent quitters, data not used here) Therapists: paediatricians. 25 intervention practices, 23 control.

Characteristics of included studies

Interventions	1. Information pack including a letter from paediatrician on risks of passive smoking, provided by birth hospital 2. As 1, and extended support (counselling plus follow up at 2, 4, and 5 month visits) and materials (incl video tape, written materials, signs, magnets, bib) Intervention level: intensive Aids used: yes
Outcomes	PP abstinence at 12 months Validation: none
Notes	Study design allowed for clustering in calculating sample size. Intraclass correlation proved to be low. Longer term follow-up data with different denominators reported in Severson 1997 paper used from 2001/2 update. Logistic regression analysis controlling for baseline variance slightly reduced estimated effect (OR 1.78, 95% CI 0.84 to 3.74) but does not affect overall result so raw numbers used in meta-analysis
Allocation concealment	B
Study	Williams 2001
Methods	Setting: 27 community physicians, USA Recruitment: smokers willing to schedule a visit to discuss smoking Randomization: method not described, enrolled and randomized before seeing physician
Participants	316 smokers unselected for motivation Mean cpd (6 month completers): 22 Therapists: community physicians, trained on 4A's model and 2 delivery styles
Interventions	1. Advice using 4A's model, using autonomy supportive style. NRT recommended for quit date setters. 2. Advice using 4A's model, using controlling style. NRT prescribed for quit date setters without contra-indications Average session length 11 minutes. In both conditions, patients setting a quit date were asked to schedule a follow-up visit.
Outcomes	Prolonged abstinence at 6, 12 & 30 m Validation: CO at 6 & 30 m, 4 disconfirmations reclassified.
Notes	Compares two types of advice, not included in main comparison. Drop-out rate not differential, all classified as smokers,
Allocation concealment	B
Study	Wilson 1982
Methods	Setting: 2 university-based family practices in Ontario, Canada Recruitment: Consecutive attenders identified as smokers by questionnaire (unselected) Randomization: method not stated
Participants	211 adult smokers Mean cpd: not stated Therapists: family physicians not further categorized
Interventions	1. Brief advice (5 minute counselling) 2. Brief advice plus follow-up appointments at 1, 3 and 6 months. Intervention level: intensive vs minimal Aids used: none Follow-up visits: 3
Outcomes	PP at 6 months Validation: none

Characteristics of included studies

Notes	Contributes data to intensive vs minimal comparison. Effect of intervention greater in this than other follow-up studies which have used biochemical validation. PP only given in study but Kozlowski 1987 notes that follow up was 6 months post initial visit not 6 months post intervention completion.
Allocation concealment	B
Study	Wilson 1990
Methods	Setting: 31 general practices in Adelaide, Australia Recruitment: consecutive attenders identified as smokers by questionnaire (unselected) Randomization: cluster randomization by practice, method not stated.
Participants	1238 adult smokers Number of cpd not stated Therapists: GPs in the intervention group received a 2 hour instruction seminar.
Interventions	1. Personalized advice plus leaflets and visual aids at single visit 2. Normal care control group (advice given if clinically indicated). Intervention level: minimal Aids used: none Follow up: none
Outcomes	Sustained abstinence at 6 and 12 months. Validation : none
Notes	Doctors in the intervention group unaware of the results of the smoking survey ie had to ascertain themselves if the patient was a smoker.
Allocation concealment	B

Notas:

cpd: cigarettes per day. PP: point prevalence. GP: general practitioner NRT: nicotine replacement therapy. OR: Odds Ratio. CI: confidence interval

Characteristics of excluded studies

Study	Reason for exclusion
Ahluwalia 1999	Intervention tested was the use of a prompt to increase advice.
Alexandre 1998	Intervention provider unclear.
BTS 1983	All patients received advice from a physician with adjuncts of a booklet and/or nicotine gum; included in NRT and Self-help reviews.
Bakkevig 2000	General practice treatment was the control, compared with a behavioural programme.
Cohen 1989	This study principally assesses the effect of training doctors to provide smoking cessation interventions and contributes data to a separate Cochrane review (Lancaster et al 1998).
Cohen 1989 b	This study principally assesses the effect of training doctors to provide smoking cessation interventions and contributes data to a separate Cochrane review (Lancaster et al 1998).
Conger 1987	Follow up less than six months
Cummings 1989	This study principally assesses the effect of training doctors to provide smoking cessation interventions and contributes data to a separate Cochrane review (Lancaster et al 1998).
Cummings 1989 b	This study principally assesses the effect of training doctors to provide smoking cessation interventions and contributes data to a separate Cochrane review (Lancaster et al 1998).
Folsom 1987	Follow up less than six months

Characteristics of excluded studies

Grandes 2000	Not randomized
Hollis 1993	Intervention delivered by a nurse. All intervention groups received brief advice from a physician.
Hurt 1994	Evaluates the effect of physician advice and nicotine patch compared to advice alone. Contributes to NRT review.
Juarranz Sanz 1998	Physician advice confounded with systematic use of nicotine gum.
Kadowaki 2000	Intervention from an occupational physician included extended counselling.
Knight 1989	Follow up less than 6 months.
Kottke 1989	This study principally assesses the effect of training doctors to provide smoking cessation interventions and contributes data to a separate Cochrane review (Lancaster et al 1998).
Kozlowski 1987	Not a primary study; reanalyzes data from Wilson 1982.
Kreuter 2000	Physician advice was not the intervention tested.
Loeb 1983	Study population was pregnant women.
Macarthur 1987	Study population was pregnant women.
Manfredi 1999	Multicomponent intervention; advice could be delivered by physician or nurse. Also included a motivational telephone counselling call, and practice-based systems for identification of smokers.
Mayer 1990	Study population was pregnant women, and advice was delivered by a health educator, not a physician.
McEwen 2002	Intervention was intended to increase advice giving, not to test the impact of advice. Outcome was GP's behaviour.
Messimer 1989	Study population was pregnant women.
Richman 2000	Only 3 months follow up.
Risser 1990	Provides interesting data on the effect of feedback from carbon monoxide and spirometry, but excluded here because advice was delivered by nurse-practitioners.
Rodriguez 2003	Intervention included NRT in addition to structured advice
Russell 1987	Randomized by practice and some practices unwilling to undertake the more intensive intervention.
Sanchez Beiza 1992	Both treatment arms received a minimal intervention level of physician advice.
Secker-Walker 1998	Advice given to pregnant women, included in Cochrane review 'Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy'.
Strecher 1991	This study principally assesses the effect of training doctors to provide smoking cessation interventions and contributes data to a separate Cochrane review (Lancaster 1996)
Wilson 1988	This study principally assesses the effect of training doctors to provide smoking cessation interventions and contributes data to a separate Cochrane review (Lancaster 1996)
Windsor 1985	Advice delivered by a health educator, not a physician
Young 2002	Intervention tested strategies to increase and support advice giving, not the effect of advice.

Notas:

NRT: nicotine replacement therapy

CARÁTULA

Titulo	Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar
Autor(es)	Lancaster T, Stead LF
Contribución de los autores	Chris Silagy inició la revisión y permaneció como autor de contacto hasta que la revisión se actualizó en el año 2004, después de su muerte en 2001. Sarah Ketteridge desarrolló la primera versión de la revisión que incluyó la obtención de los datos y la redacción del borrador. Ruth Ashenden proporcionó apoyo técnico en la preparación de la versión inicial de la revisión. Lindsay Stead identificó los ensayos, extrajo los datos y redactó los borradores de las actualizaciones desde 1998. Tim Lancaster verificó la extracción de los datos y las actualizaciones completas desde 2002.
Número de protocolo publicado inicialmente	La información no está disponible
Número de revisión publicada inicialmente	1996/2
Fecha de la modificación más reciente"	13 julio 2004
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	13 julio 2004
Cambios más recientes	Revisión actualizada para el número 4, 2004. Se agregaron cinco estudios adicionales, y se cambiaron los métodos estadísticos para el metanálisis, de Peto a Mantel-Haenszel. No se hicieron cambios importantes en las conclusiones de la revisión.
Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos	13 julio 2004
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	El autor no facilitó la información

Dirección de contacto	Mrs Lindsay Stead Review Group Co-ordinator Department of Primary Health Care Oxford University Old Road Campus Headington Oxford OX3 7LF UK Teléfono: +44 1865 226977 E-mail: lindsay.stead@dphpc.ox.ac.uk Facsimile: +44 1865 227036
Número de la Cochrane Library	CD000165-ES
Grupo editorial	Cochrane Tobacco Addiction Group
Código del grupo editorial	HM-TOBACCO

RESUMEN DEL METANÁLISIS

01 Efecto del asesoramiento versus control

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito de fumar (seguimiento máximo)			Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	Subtotales únicamente

02 Efecto de las ayudas como complementos del asesoramiento

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito de fumar (seguimiento máximo)			Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	Subtotales únicamente

03 Efecto del asesoramiento intensivo versus asesoramiento mínimo

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito de fumar (seguimiento máximo)	15	9775	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	1.44 [1.24, 1.67]

04 Comparaciones directas entre los tipos de asesoramiento

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito de fumar (seguimiento máximo)	2	852	Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	0.87 [0.42, 1.81]

05 Efecto del número de sesiones de asesoramiento				
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito de fumar (seguimiento máximo)			Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	Subtotales únicamente

06 Efecto del asesoramiento sobre la mortalidad y la morbilidad				
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Tasas de eventos en 20 años			Odds-ratio (efectos fijos) IC del 95%	Totales no seleccionados

GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

Fig. 01 Efecto del asesoramiento versus control

01.01 Abandono del hábito de fumar (seguimiento máximo)

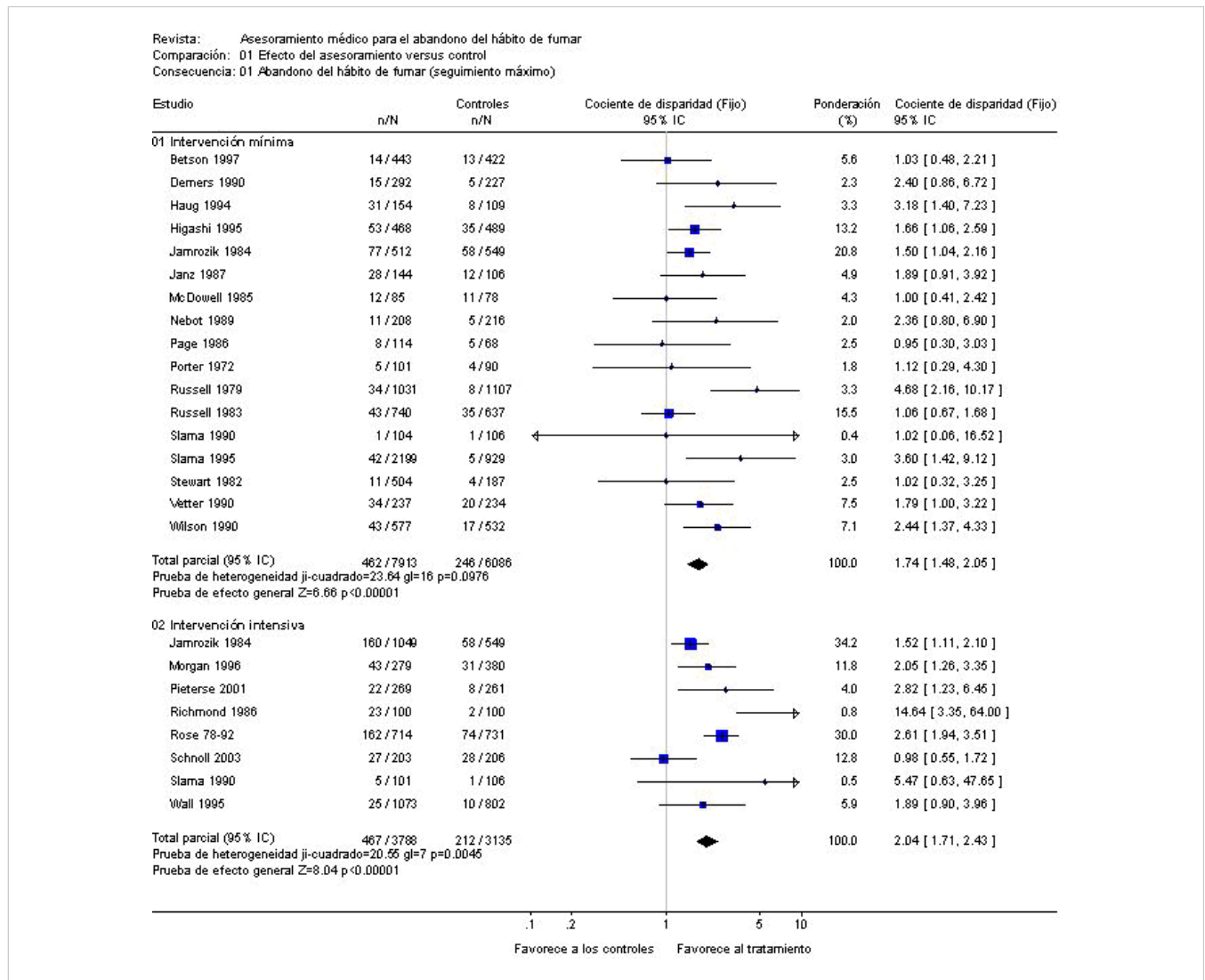


Fig. 02 Efecto de las ayudas como complementos del asesoramiento

02.01 Abandono del hábito de fumar (seguimiento máximo)

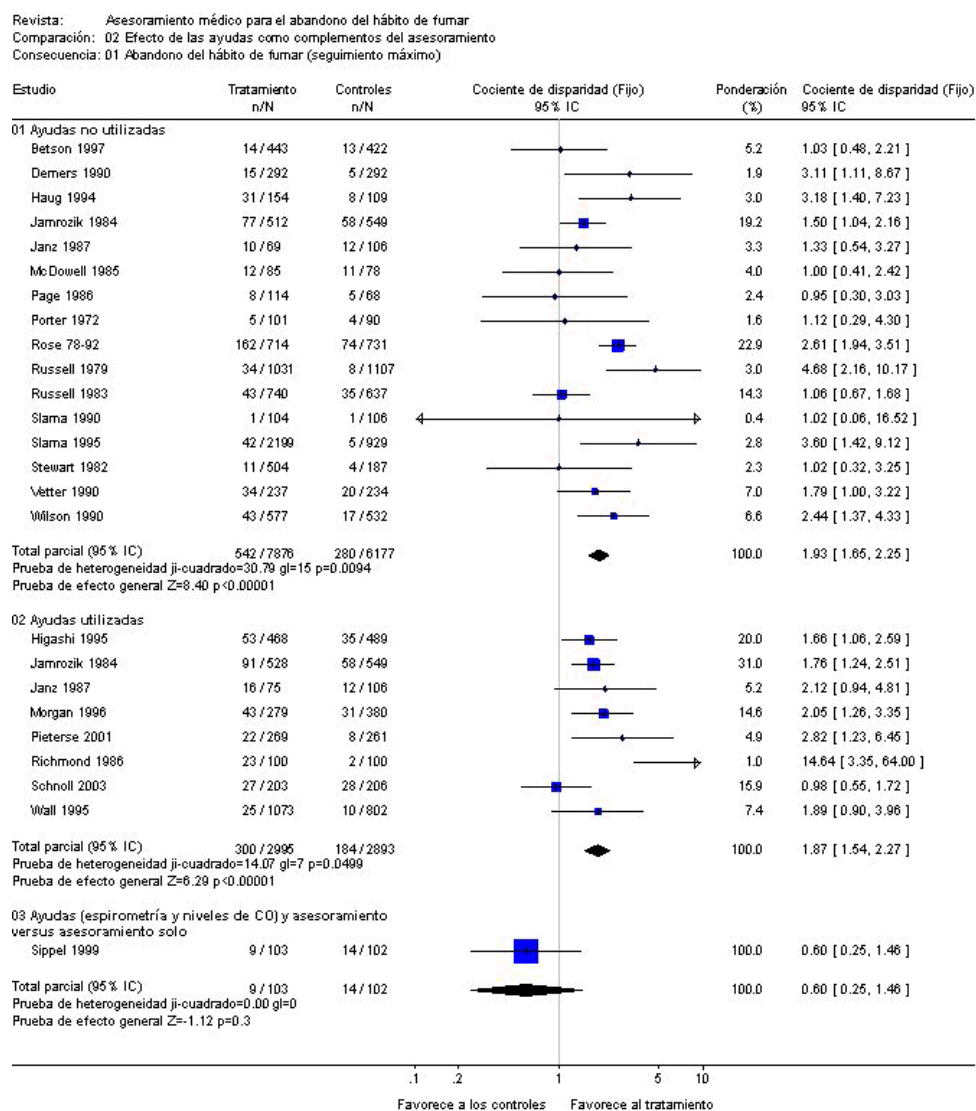


Fig. 03 Efecto del asesoramiento intensivo versus asesoramiento mínimo

03.01 Abandono del hábito de fumar (seguimiento máximo)

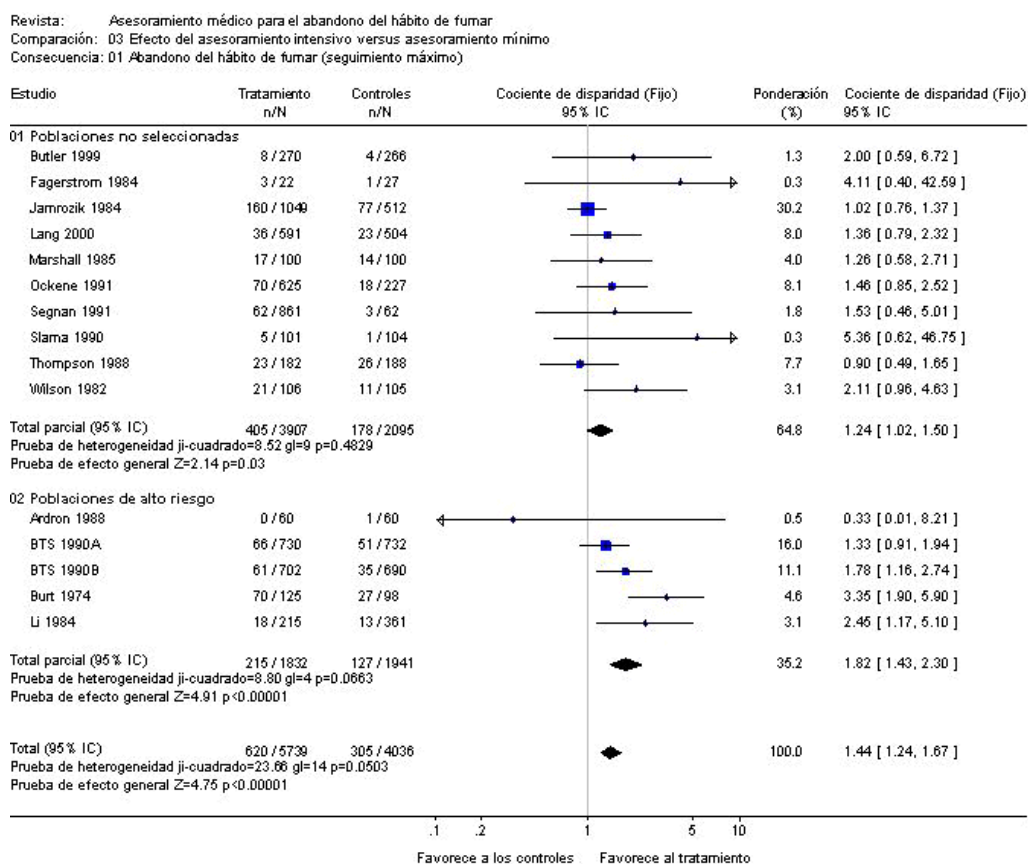


Fig. 04 Comparaciones directas entre los tipos de asesoramiento

04.01 Abandono del hábito de fumar (seguimiento máximo)

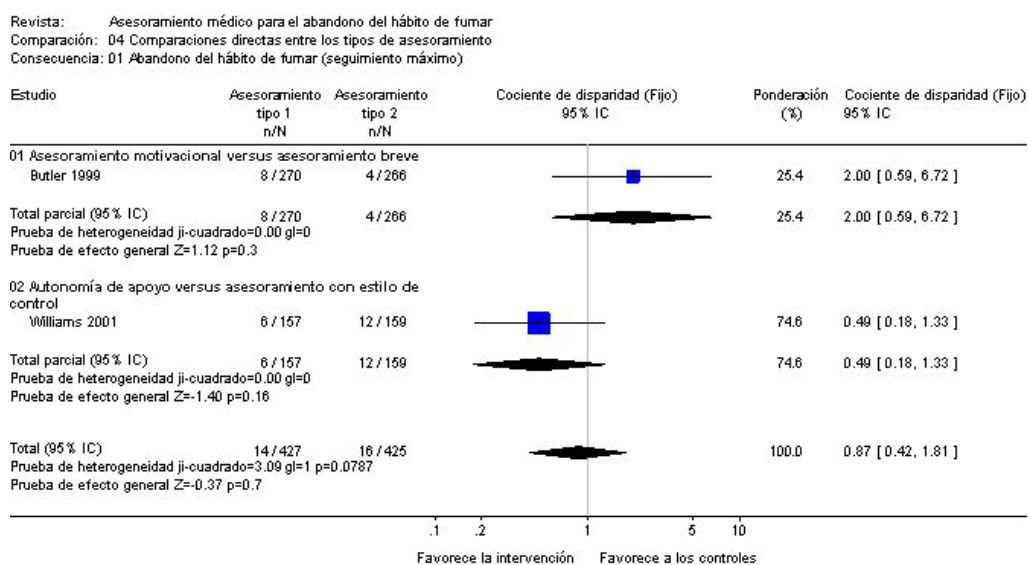


Fig. 05 Efecto del número de sesiones de asesoramiento

05.01 Abandono del hábito de fumar (seguimiento máximo)

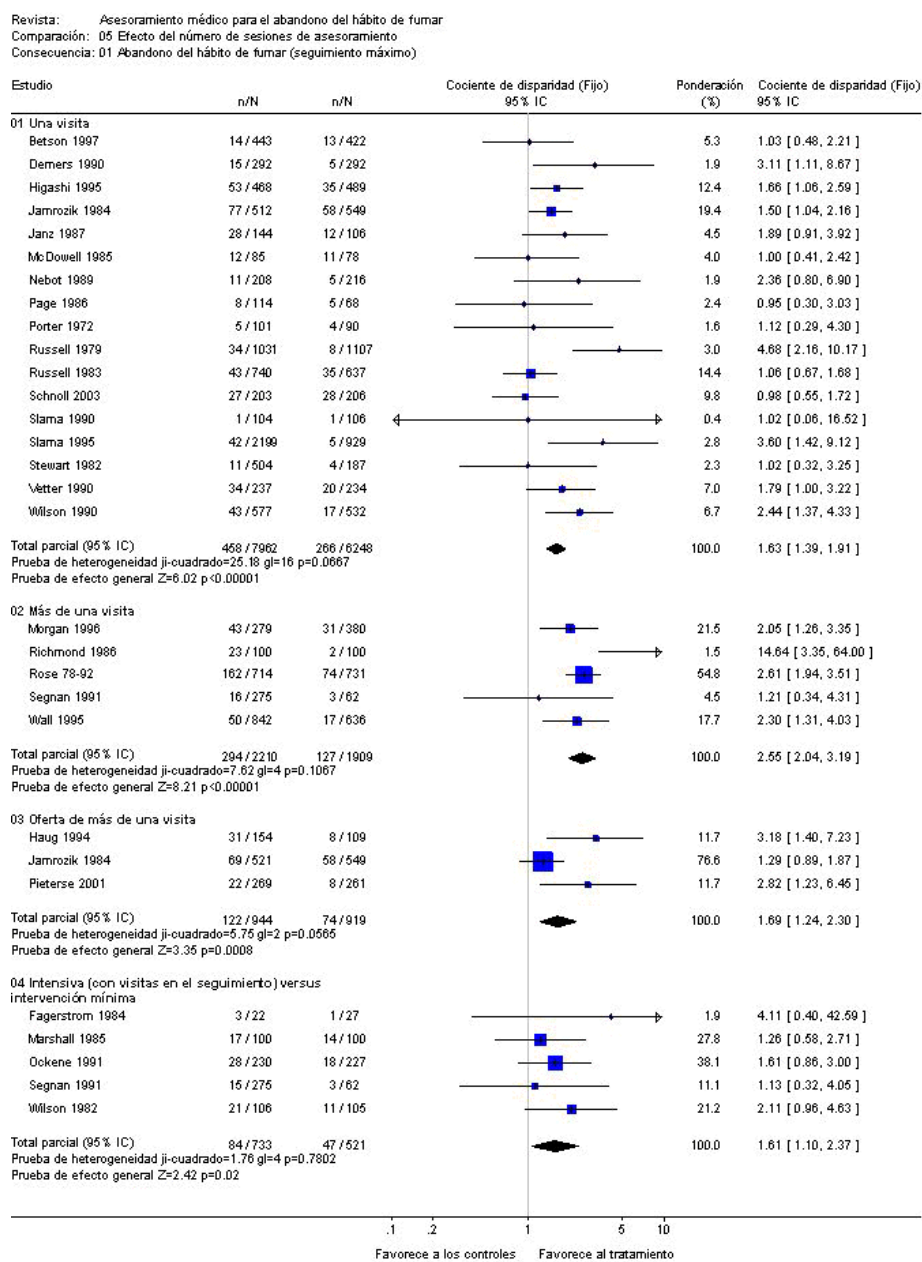


Fig. 06 Efecto del asesoramiento sobre la mortalidad y la morbilidad**06.01 Tasas de eventos en 20 años**