



## Entrenamiento sobre el abandono del hábito de fumar para profesionales sanitarios

**Lancaster T, Silagy C, Fowler G**

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](mailto: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](http://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.....   | 2  |
| ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS.....   | 3  |
| MÉTODOS DE LA REVISIÓN.....  | 3  |
| DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....   | 3  |
| CALIDAD METODOLÓGICA.....  | 4  |
| RESULTADOS.....  | 4  |
| DISCUSIÓN.....   | 4  |
| CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....   | 5  |
| AGRADECIMIENTOS.....   | 5  |
| POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....  | 5  |
| NOTAS.....   | 5  |
| FUENTES DE FINANCIACIÓN.....   | 5  |
| REFERENCIAS.....   | 6  |
| TABLAS.....  | 8  |
| Characteristics of included studies.....   | 8  |
| Characteristics of excluded studies.....   | 12 |
| CARÁTULA.....  | 12 |
| COMENTARIOS Y CRITICAS.....  | 13 |
| RESUMEN DEL METANÁLISIS.....   | 14 |
| GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....   | 15 |
| 01 Efecto del entrenamiento en el comportamiento de prestadores de atención sanitaria y en el tabaquismo de los pacientes..... | 15 |
| 01 Entrenamiento versus ningún entrenamiento.....  | 15 |
| 02 Efecto de los mensajes además del entrenamiento.....  | 17 |

# Entrenamiento sobre el abandono del hábito de fumar para profesionales sanitarios

Lancaster T, Silagy C, Fowler G

**Esta revisión debería citarse como:**

Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Entrenamiento sobre el abandono del hábito de fumar para profesionales sanitarios (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:** 31 de mayo de 2000

**Fecha de la modificación significativa más reciente:** 31 de mayo de 2000

## RESUMEN

### Antecedentes

Hay pruebas convincentes de que las intervenciones breves de los profesionales sanitarios pueden aumentar las tasas de abandono del hábito de fumar. Numerosos ensayos han examinado si el entrenamiento de aptitudes específicas en los profesionales sanitarios, origina que tengan más éxito en la ayuda a sus pacientes fumadores.

### Objetivos

El objetivo de esta revisión fue evaluar la efectividad del entrenamiento de los profesionales de la asistencia sanitaria para suministrar intervenciones para el abandono del hábito de fumar a sus pacientes, y para evaluar los efectos adicionales de enviar mensajes y recordatorios al profesional sanitario para que intervenga.

### Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group) para obtener estudios relacionados con el entrenamiento.

### Criterios de selección

Ensayos aleatorios en los que la intervención fue el entrenamiento de los profesionales de la asistencia sanitaria en el abandono del hábito de fumar. Los ensayos se consideraron si informaban resultados de las tasas de tabaquismo de los pacientes al menos seis meses después de la intervención. Se informaron resultados de proceso, pero se excluyeron los ensayos que informaron sólo los efectos sobre los resultados de proceso y no sobre el comportamiento acerca del tabaquismo de los pacientes.

### Recopilación y análisis de datos

Se extrajeron los datos por duplicado del tipo de profesional sanitario, la naturaleza y la duración del entrenamiento, las medidas de resultado, el método de asignación al azar y la compleción del seguimiento.

Las principales medidas de resultado fueron 1. Tasas de abstinencia del tabaquismo después de al menos seis meses de seguimiento, en los pacientes que fumaban al inicio del estudio. 2. Tasas de realización de tareas para promover el abandono del hábito de fumar, por parte de los profesionales de la asistencia sanitaria , que incluían el ofrecer asesoramiento, fijar fechas para dejar de fumar, dar citas para consultas de seguimiento, distribuir materiales de autoayuda y recomendar el chicle de nicotina.

### Resultados principales

Los profesionales de la asistencia sanitaria que habían recibido entrenamiento tuvieron mayor probabilidad de cumplir las tareas para el abandono del hábito de fumar que los controles no adiestrados. De ocho estudios que compararon el comportamiento del tabaquismo de los pacientes de los profesionales entrenados y el de los controles, seis encontraron que la intervención no tuvo efectos. Los efectos del entrenamiento en los resultados de proceso aumentaron si se usaron los mensajes y los recordatorios.

### Conclusiones de los autores

El entrenamiento de los profesionales sanitarios para proporcionar intervenciones de abandono del hábito de fumar tuvo un efecto cuantificable sobre el rendimiento profesional. No hubo evidencia sólida de que esto cambió el comportamiento del hábito de fumar de los fumadores.

## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

No hay suficientes pruebas de que las tasas de abandono de los fumadores mejoran por el entrenamiento de los profesionales para que pregunten a las personas si fuman y para que les ofrezcan consejos

Los programas de entrenamiento se usan para estimular a los profesionales sanitarios a que pregunten a las personas si fuman, y a continuación, ofrecerles consejos que los ayuden a dejar de fumar. La revisión de los ensayos halló que estos programas aumentan el número de personas que los profesionales sanitarios identifican como fumadores. Los programas también aumentan el número de personas a los que los profesionales sanitarios ofrecen asesoramiento y apoyo para dejar de fumar. Sin embargo, no hay pruebas sólidas de que esto provoque que más personas dejan de fumar.

### ANTECEDENTES

El asesoramiento y apoyo a los fumadores por parte de los profesionales de la asistencia sanitaria, en el contexto de atención primaria, mejora las tasas de cesación, aunque los efectos son moderados (Silagy 2000a). Aunque las tasas parezcan bajas desde la perspectiva de muchos clínicos, podrían traducirse en un beneficio apreciable de la salud pública si se proporcionan sistemáticamente, ya que aproximadamente el 80% de los adultos tiene contacto con un profesional de asistencia sanitaria, generalmente en la atención primaria, por lo menos una vez al año (Silagy 1992). Por lo tanto, es decepcionante que el número de pacientes que informan haber recibido el consejo de dejar de fumar por los profesionales sanitarios, es bajo (Silagy 1992; Wallace 1987). Se cita con frecuencia el aumento de la cantidad y calidad de las intervenciones de los profesionales sanitarios de la atención primaria, como una manera de alcanzar esta potencial ganancia de salud (Sanders 1992). Proporcionar entrenamiento sobre el abandono del hábito de fumar es un método posible para lograrlo, y para ello se cuenta con diversos cursos y métodos. Sin embargo, aunque los estudios individuales han revelado un efecto del entrenamiento sobre las actividades del médico, existen dudas acerca del grado en que esto se traduce en cambios en el comportamiento de los pacientes (Cummings (Priv) 1989; Cummings 1989; Kottke 1989).

Para abordar este tema, se procuraron identificar y examinar sistemáticamente las pruebas provenientes de los ensayos controlados aleatorios que han estudiado los efectos de adiestrar y apoyar a los profesionales de la asistencia sanitaria para proporcionar asesoramiento sobre el abandono del hábito de fumar.

### OBJETIVOS

Las hipótesis a priori fueron

- i) que el entrenamiento de los profesionales de la asistencia sanitaria es más efectivo que ningún entrenamiento para aumentar el número de fumadores a los que se les ofrece asesoramiento para dejar de fumar y que posteriormente logran la abstinencia.
- ii) el efecto del entrenamiento puede ser mejorado por el suministro de mensajes y recordatorios a los profesionales de la asistencia sanitaria para que ofrezcan asesoramiento sobre el abandono del hábito de fumar a sus pacientes, o para que recomiendan el tratamiento de reemplazo con nicotina como un complemento de su asesoramiento a los fumadores.

### CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

#### Tipos de estudios

Sólo se consideraron los ensayos controlados aleatorios.

#### Tipos de participantes

Se consideraron los ensayos en los que la unidad de asignación al azar era un profesional de asistencia sanitaria o un consultorio, y que informó los efectos sobre los pacientes que eran fumadores.

#### Tipos de intervención

Se consideraron las intervenciones en las que los profesionales de la asistencia sanitaria se entrenaron en los métodos para promover el abandono del hábito de fumar entre sus pacientes. Para estar incluidos en la revisión, los estudios tenían que haber

asignado a los profesionales de la asistencia sanitaria a dos grupos al menos (incluido uno que recibió alguna forma de entrenamiento), por un proceso de asignación al azar formal. Se excluyeron los estudios que usaron controles históricos. Se incluyeron estudios que compararon un grupo entrenado con un grupo control no entrenado, y los estudios que examinaron la efectividad de agregar mensajes y recordatorios al entrenamiento.

### Tipos de medidas de resultado

Se consideraron dos tipos de medida de resultado. El primer tipo fue el de las variables de proceso, que incluían el número de los fumadores a los que se les dieron consejos, a los que se les pidió que fijaran una fecha para dejar de fumar (fecha de abandono), los que fueron citados para una visita de seguimiento, los que recibieron materiales de autoayuda, a los que se les ofreció chicle de nicotina, o se les prescribió una fecha para dejar de fumar. El segundo fue el de las tasas de abstinencia del hábito de fumar a los seis meses o más, tras el inicio de la intervención. Se utilizaron los criterios más estrictos disponibles para definir la abstinencia. En los estudios donde se disponía de la validación bioquímica del abandono del hábito, solamente se consideró abstinentes a los participantes que cumplían con los criterios de abstinencia bioquímicamente confirmada. Los pacientes que se perdieron durante el seguimiento se consideraron como fumadores.

Para estar incluidos en la revisión, los estudios debían evaluar los cambios a largo plazo del comportamiento del hábito de fumar de los pacientes. Se excluyeron los estudios que sólo evaluaron el efecto del entrenamiento sobre el proceso de consulta.

## ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se identificaron los ensayos aleatorios para el abandono del hábito de fumar mediante la estrategia de búsqueda del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group) y se examinaron estos ensayos para identificar aquellos donde la principal intervención incluyó la educación de los profesionales sanitarios en los métodos para el abandono del hábito de fumar.

## MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Dos revisores extrajeron, de forma independiente, los datos de los informes publicados. Los desacuerdos se resolvieron por la opinión de una tercera persona. No se intentó cegar a estas personas en relación con los resultados de los estudios primarios ni con la intervención que recibieron los pacientes.

Los ensayos incluidos en la revisión emplearon la asignación al azar de grupos. Los resultados se refieren a los pacientes individuales, aunque la asignación a la intervención es por el proveedor o el consultorio, y si esto no se tiene en cuenta puede

dar lugar a errores sobre la unidad de análisis. El uso de métodos estadísticos que suponen, por ejemplo, que las oportunidades de todos los pacientes de abandonar el hábito eran independientes, ignoran la posible semejanza entre los resultados de los pacientes atendidos por el mismo proveedor. Esto puede subestimar el error estándar y producir intervalos de confianza engañosamente estrechos, lo que da lugar a la posibilidad de error tipo uno (Altman & Bland 1997). Los ensayos pueden usar diversos métodos estadísticos para investigar o compensar el uso de grupos; se registró si los estudios usaron estos métodos y si ello alteró la significación de algún efecto. Debido a que no hay consenso sobre como combinar los datos de los grupos, se decidió realizar un enfoque narrativo para sintetizar los datos, en lugar del metanálisis formal adoptado en la versión inicial de esta revisión.

### Evaluación de la calidad metodológica:

Se evaluó la calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión, de acuerdo a la medida en que se ocultó el método de asignación a la intervención o al control. Debido a la importancia potencial de los efectos de grupo, también se valoraron los ensayos de acuerdo a si se verificó la presencia de los efectos del agrupamiento o se realizaron ajustes de los mismos.

## DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Diez estudios cumplieron con los criterios para la inclusión en la revisión, con asignación al azar de los médicos o de los equipos de profesionales de los consultorios. No hubo restricción de la edad o el sexo de los fumadores que posteriormente consultaron a estos profesionales.

Ocho de los ensayos (Cummings 1989; Cummings (Priv) 1989; Kottke 1989; Lennox 1998; Sinclair 1998; Strecher 1991; Wilson 1988; Wang 1994) examinaron el efecto del entrenamiento en comparación con grupos control no adiestrados. En dos ensayos (Cohen (Doc) 1989; Cohen (Abollar) 1989), todos los profesionales de la asistencia sanitaria recibieron entrenamiento y la asignación al azar examinó el efecto de usar mensajes y chicle de nicotina, por separado y combinado, como complemento del entrenamiento.

Ocho de los diez ensayos entrenaron médicos, de los cuales, uno se limitó al personal médico auxiliar (Strecher 1991). Uno también incluyó al personal clave, no médico, del consultorio, en el entrenamiento (Lennox 1998). Un ensayo adiestró odontólogos (Cohen (Dent) 1989), y uno a los farmacéuticos de la comunidad (Sinclair 1998). Todos los ensayos se realizaron en el contexto de la atención primaria, y estaban dirigidos a realizar una intervención oportunista. Sin embargo, debido a que los ensayos se realizaron en más de un país, la atención primaria abarcó una diversidad de contextos que incluían el consultorio de la comunidad y farmacias, consultorios situados en el hospital y organizaciones para el mantenimiento de la salud. La tasa de participación entre los

invitados fue desde menos del 10% en el contexto de la práctica privada, a un 90% cuando los participantes eran miembros de un programa de entrenamiento de la residencia.

Casi todo el entrenamiento se impartió en base a grupos, en un contexto tutelar o de talleres. En dos estudios (Cohen (Dent) 1989; Cohen (Doc) 1989), alguno de los médicos o de los dentistas tenía un programa tutelar personal. La duración del entrenamiento varió desde una sesión única de una hora a un día entero. Diversos métodos de entrenamiento se incorporaron en estas sesiones, incluidos conferencias, vídeos, juegos de roles y discusiones. Recalcaron las estrategias de contacto mínimo. En la mayoría de los ensayos, se enfatizó la importancia de fijar fechas para dejar de fumar, y de ofrecer consultas de seguimiento. Sin embargo, en sólo uno, se recomendó establecer un calendario específico de seguimiento (hasta seis citas) (Wilson 1988). La instrucción sobre el uso de chicle de nicotina formó parte del entrenamiento en cuatro ensayos, y dos ensayos examinaron su efecto además del entrenamiento (Cohen (Dent) 1989; Cohen (Doc) 1989). Tres ensayos (Lennox 1998, Sinclair 1998, Wang 1994) basaron su entrenamiento en el modelo de los estadios del cambio (Prochaska 1983).

Todos los ensayos informaron la abstinencia como el principal resultado en los pacientes. En cuatro ensayos, se evaluó después de seis meses de seguimiento; en los restantes, fue a los doce meses o más.

Nueve de los ensayos informaron variables de proceso, uno informó sólo el abandono del hábito de fumar como un resultado (Wang 1994).

## CALIDAD METODOLÓGICA

La información sobre el método de asignación al azar fue variable. Todos los ensayos usaron la asignación al azar de grupos, y todos menos uno de los ensayos usaron la unidad correcta de análisis o exploraron la posibilidad de que la agrupación de los resultados de los pacientes pudiera afectar los resultados. Ninguno informó que las diferencias del método de análisis afectara sus resultados.

## RESULTADOS

### Efecto del entrenamiento en las tasas de abstinencia:

En seis de los ocho estudios con un grupo control no entrenado, no se detectó efecto del entrenamiento sobre las tasas de abandono. El estudio único más amplio de (Wilson 1988), encontró un efecto significativo del entrenamiento en la abstinencia sostenida al año [tasa media de los consultorios en un análisis a nivel de grupos ajustado por las diferencias al inicio: 8,8% para el grupo entrenado versus un 6,1% y un 4,4% en los dos brazos de comparación,  $P < 0,001$ ]. Un estudio pequeño (Wang 1994) halló que los médicos entrenados en los estadios del modelo de cambio lograron tasas mayores que un

grupo con el sistema habitual de atención, pero que no fue significativamente diferente de un grupo que recibió un simple mensaje para que se discutiera el tabaquismo.

Efecto de los complementos del entrenamiento sobre la abstinencia:

En tres ensayos, se usaron mensajes y recordatorios a los profesionales para que aplicaran las técnicas sobre el abandono del hábito de fumar, junto con el programa de entrenamiento (Cohen (Dent) 1989; Cohen (Doc) 1989; Strecher 1991). En cada uno, los mensajes aumentaron la frecuencia de las intervenciones de los profesionales sanitarios, pero en sólo uno de los tres (Cohen (Doc) 1989), hubo una mejoría significativa de las tasas de abstinencia. En un ensayo, la provisión del chicle de nicotina además del entrenamiento aumentó las tasas de abandono, comparado con el entrenamiento solo(Cohen (Dent) 1989).

Efectos del entrenamiento sobre las variables de proceso:

El entrenamiento aumentó las actividades de los profesionales de la asistencia sanitaria, relacionadas con el abandono del hábito de fumar, en casi todos los estudios. La probabilidad de que los profesionales entrenados aconsejaran a los pacientes sobre el tabaquismo fue cerca de 1,5 a 2,5 veces mayor, así como de que iniciaran otras intervenciones, como fijar una fecha para dejar de fumar, sugerir una cita de seguimiento y ofrecer materiales de autoayuda o el chicle de nicotina.

## DISCUSIÓN

Los programas diseñados para entrenar a los profesionales sanitarios para proporcionar intervenciones para el abandono del hábito de fumar son efectivos para aumentar las actividades de atención, que incluyen el número de pacientes que reciben orientación, fijan una fecha para dejar de fumar y reciben citas de seguimiento, materiales de autoayuda y chicle de nicotina.

Se carece de pruebas sólidas de que el entrenamiento origina mayores tasas de abandono. Los resultados alentadores presentados en el estudio más amplio (Wilson 1988) no se repitieron en los otros estudios. Esto puede reflejar el efecto del azar, o una diferencia real de la intervención. El entrenamiento, en el estudio de Wilson, recalcó mucho más la importancia del seguimiento que cualquiera de los otros programas estudiados. Los médicos se entrenaron para retar al paciente en la primera cita, a concurrir a otra cita para fijar la fecha de dejar de fumar y a ofrecer seguimiento con hasta cuatro visitas de apoyo. Además, a los médicos se les pagó por cada una de estas visitas de seguimiento, según el esquema estándar de reembolso del sistema de asistencia sanitaria canadiense. Aunque en la mayoría de los ensayos se recomendó alguna forma de seguimiento como parte del entrenamiento, en ninguno de los otros se organizó un calendario específico y en pocos, tales visitas se programaron. Esto puede estar relacionado con el hecho de que en general, no se espera el reembolso de tales visitas por parte de otros contribuyentes en los Estados Unidos,

donde tuvieron lugar los restantes estudios. Una implicación posible de estos resultados es que el entrenamiento solo tiene poca probabilidad de representar una inversión útil de recursos, a menos que esté vinculado a cambios organizativos que faciliten la intervención. Esto es compatible con una revisión anterior de cincuenta ensayos controlados aleatorios, que cubre una gama amplia de temas y de tipos de intervención, que halló que las estrategias educacionales para facilitar la práctica, reforzadas con un seguimiento y con recordatorios, eran los determinantes principales del éxito de la educación médica continua (Davis 1992).

Los resultados de esta revisión indican que los complementos, como los recordatorios manuales o computarizados, para proporcionar asesoramiento a los fumadores pueden ayudar y deben formar parte de tales estrategias. Está claro, a partir de otro trabajo, que el simple asesoramiento y el tratamiento de reemplazo con nicotina pueden mejorar las perspectivas de dejar el hábito en algunos pacientes (Silagy 2000a; Silagy 2000b), y deben formar parte de una estrategia de atención primaria para el abandono del hábito de fumar, independientemente de que se ofrezca un entrenamiento más formal a los prestadores de atención sanitaria.

## CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

### Implicaciones para la práctica

El número de personas que dejarán de fumar después de ver a un profesional de la asistencia sanitaria de atención primaria entrenado en las técnicas de abandono del hábito de fumar es, en el mejor de los casos, pequeño. Si tal entrenamiento se ofrece, debe ser conciso, e insistir en las medidas de eficacia comprobada, como brindar consejos para dejar de fumar y considerar el tratamiento de reemplazo con nicotina.

Los factores organizativos son importantes para asegurar que los mensajes de abandono del hábito de fumar se entreguen confiablemente. El entrenamiento puede ser caro, y la simple provisión de los programas a los profesionales sanitarios, sin abordar las limitaciones impuestas por las condiciones en las que ejercen, tiene poca probabilidad de ser un uso inteligente de los recursos para la asistencia sanitaria.

Los recordatorios son una medida sencilla y las pruebas limitadas aportadas por esta revisión indican que aumentan el asesoramiento sobre tabaquismo brindado por los profesionales sanitarios.

### Implicaciones para la investigación

En la primera edición de esta revisión, todos los estudios examinados estaban relacionados con el entrenamiento de los médicos y se sugirió que se realizaran estudios futuros sobre el entrenamiento de otros profesionales sanitarios. Los estudios posteriormente agregados a esta revisión han examinado los efectos de entrenar a otros profesionales sanitarios, incluidos los farmacéuticos y las enfermeras, que trabajan en los equipos de los consultorios. Hay pocas probabilidades de que haya cambios significativos en el conocimiento, a partir de nuevos estudios sobre el entrenamiento basados en los métodos existentes para el abandono del hábito de fumar. El desarrollo de enfoques nuevos para el abandono del hábito de fumar puede tener implicaciones para realizar estudios sobre entrenamiento en el futuro.

## AGRADECIMIENTOS

El enfoque del análisis de datos de esta revisión cambió de manera significativa en respuesta a las observaciones recibidas de Jeremy Grimshaw, y la discusión en un taller sobre el análisis de los datos de los resultados de grupos organizado por el Grupo Cochrane de Métodos Estadísticos (Cochrane Statistical Methods Working Group).

## POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno

## NOTAS

## FUENTES DE FINANCIACIÓN

### Recursos externos

- NHS Anglia and Oxford Region Research and Development Programme, England UK
- NHS Research and Development National Cancer Programme, England UK

### Recursos internos

- Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group UK

## REFERENCIAS

### Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

#### Cohen (Dent) 1989 {published data only}

\*Cohen SJ, Stooky GK, Katz BP, Drook CA, Christen AG. Helping smokers quit: a randomized controlled trial with private practice dentists. *J Am Dent Assoc* 1989;118:41-5.

Cohen SJ, Stooky GK, Katz BP, Drook CA, Smith DM. Encouraging primary care physicians to help smokers quit. A randomised, controlled trial. *Ann Intern Med* 1989;110:648-52.

#### Cohen (Doc) 1989 {published data only}

\*Cohen SJ, Christen AG, Katz BP, Drook CA, Davis BJ, Smith DM et al. Counseling medical and dental patients about cigarette smoking: the impact of nicotine gum and chart reminders. *Am J Public Health* 1987;77:313-316.

Cohen SJ, Stooky GK, Katz BP, Drook CA, Smith DM. Encouraging primary care physicians to help smokers quit. A randomised, controlled trial. *Ann Intern Med* 1989;110:648-52.

#### Cummings (Priv) 1989 {published data only}

Cummings SR, Richard RJ, Duncan CL, Hansen B, Vander Martin R, Gerber B et al. Training physicians about smoking cessation: a controlled trial in private practice. *J Gen Intern Med* 1989;4:482-9.

#### Cummings 1989 {published data only}

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. *Ann Intern Med* 1989;110:640 -7.

#### Kottke 1989 {published data only}

Kottke TE, Brekke ML, Solberg LI, Hughes JR. A randomised controlled trial to increase smoking intervention by physicians. Doctors helping smokers, round 1. *JAMA* 1989;261:2101-6.

#### Lennox 1998 {published data only}

Lennox AS, Bain N, Taylor RJ, McKie L, Donnan PT, Groves J. Stages of Change training for opportunistic smoking intervention by the primary health care team. Part I: randomised controlled trial of the effect of training on patient smoking outcomes and health professional behaviour as recalled by patients. *Health Educ J* 1998;57:140-149.

#### Sinclair 1998 {published data only}

Sinclair HK, Bond CM, Lennox AS, Silcock J, Winfield AJ, Donnan PT. Training pharmacists and pharmacy assistants in the stage-of-change model of smoking cessation: a randomised controlled trial in Scotland. *Tob Control* 1998;7:253-261.

#### Strecher 1991 {published data only}

Campbell EE, Lyles MF, Strecher VJ, Gonzalez JJ. Teaching smoking cessation counseling skills to resident physicians. *Clin Res* 1989;37:805A.

\*Strecher VJ, O'Malley MS, Villagra VG. Can residents be trained to counsel patients about quitting smoking? Results from a randomized trial. *J Gen Intern Med* 1991;6:9-17.

#### Wang 1994 {published data only}

Wang WD. Feasibility and effectiveness of a stages-of-change model in cigarette smoking cessation counseling. *J Formos Med Assoc* 1994;93:752-757.

#### Wilson 1988 {published data only}

Lindsay EA, Wilson DM, Best JA, Willms DG, Singer J, Gilbert JR, Taylor DW. A randomized trial of physician training for smoking cessation. *Am J Health Promot* 1989;3:11-8.

\*Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, Best JA, Lindsay EA, Willms DG, Singer J. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA* 1988;260:1570-4.

### Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

#### Cockburn 1992

Cockburn J, Ruth D, Silagy C, Dobbin M, Reid Y, Scoll M, et al. Randomised trial of three approaches for marketing smoking cessation programmes to Australian general practitioners. *BMJ* 1992;304:691-4.

#### Goldberg 1994

Goldberg DN, Hoffman AM, Farinha MF, Marder DC, Tinson-Mitchem L, Burton D, Smith EG. Physician delivery of smoking-cessation advice based on the stages-of-change model. *Am J Prev Med* 1994;10:267-74.

#### Morgan 1996

Morgan GD, Noll EL, Orleans CT, Rimer BK, Amfoh K, Bonney G. Reaching midlife and older smokers - tailored interventions for routine medical care. *Prev Med* 1996;25:346-354.

#### Ockene 1991

Ockene JK, Adams A, Pbert L, Luippold R, Hebert JR, Quirk M, Kalan K. The Physician-Delivered Smoking Intervention Project: factors that determine how much the physician intervenes with smokers. *J Gen Intern Med* 1994;9:379-84.

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. *J Gen Intern Med* 1991;6:1-8.

#### Richmond 1998

Richmond R, Mendelsohn C, Kehoe L. Family physicians' utilization of a brief smoking cessation program following reinforcement contact after training: A randomized trial. *Prev Med* 1998;27:77-83.

#### Roche 1996

Roche AM, Eccleston P, Sanson Fisher RW. Teaching smoking cessation skills to senior medical students - a block-randomized controlled trial of 4 different approaches. *Prev Med* 1996;25:251-8.

#### Royce 1995

Royce JM, Ashford A, Resnicow K, Freeman HP, Caesar AA, Orlandi MA. Physician and nurse assisted smoking cessation in Harlem. *J Nat Med Assoc* 1995;87:291-300.

#### Secker Walker 1992

Secker Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS et al. Training obstetric and family practice residents to give smoking cessation advice during prenatal care. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:1356-63.

#### Ward 1996

Ward J, Sanson Fisher RW. Does a 3-day workshop for family medicine trainees improve preventive care - a randomized control trial. *Prev Med* 1996;25:741-7.

### Referencias adicionales

#### Altman & Bland 1997

Altman DG, Bland JM. Statistics notes. Units of analysis. *BMJ* 1997;314:1874.

#### Davis 1992

Davis DA, Thomson MA, Oxman A, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *JAMA* 1992;268:1111-7.

#### Kottke 1989

Kottke TE, Brekke ML, Solberg LI, Hughes JR. A randomised controlled trial to increase smoking intervention by physicians. Doctors helping smokers, round 1. *JAMA* 1989;261:2101-6.

#### Prochaska 1983

Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.

**Sanders 1992**

Sanders D. *Smoking cessation intervention: is patient education effective?*. London: Department of Public Health and Policy, 1992.

**Silagy 1992**

Silagy C, Muir J, Coulter A, Thorogood M, Yudkin P, Roe L. Lifestyle advice in general practice: rates recalled by patients. *BMJ* 1992;305:871-4.

**Silagy 2000a**

Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2, 2000. Oxford: Update Software. CD000146.

**Silagy 2000b**

Silagy C. Physician advice for smoking cessation. In: *The Cochrane Library*, 2, 2000. Oxford: Update Software. CD000165.

**Wallace 1987**

Wallace PG, Brennan PJ, Haines AP. Are general practitioners doing enough to promote healthy lifestyles? Findings of the Medical Research Council's general practice framework study on lifestyle and health. *BMJ* 1987;294:940-2.

**Referencias de otras versiones de esta revisión**

**Silagy 1994**

Silagy C, Lancaster T, Gray S, Fowler G. Effectiveness of training health professionals to provide smoking cessation interventions: systematic review of randomised controlled trials. *Quality in Health Care* 1994;3:193-198.

\* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

**TABLAS****Characteristics of included studies**

| <b>Study</b>           | <b>Cohen (Dent) 1989</b>  |
|------------------------|---|
| Methods                | Setting: American private dental practices<br>Training : One hour group or personal tutorial<br>Randomization: Each dentist and panel of patients randomly allocated (method not stated) to one of the four interventions.  |
| Participants           | Therapists: 44 dentists<br>Patients: 1027 patients from American private dental practices   |
| Interventions          | 1. Training (advice, quit date, follow up check)<br>2. Training and prompt (chart reminder)<br>3. Training and nicotine gum<br>4. Training, prompt, and nicotine gum.   |
| Outcomes               | 1. Point prevalence of cessation at 12 months.<br>Patients who did not have an appointment in the period regarded as smokers. Rates also reported giving returnees as denominator<br>Validation: Expired carbon monoxide.<br>2. Number advised to quit<br>3. Number asked about setting a quit date |
| Notes                  | Process outcomes reported in Cohen 1987<br>Only results for groups 1 & 2 used in review   |
| Allocation concealment | B   |
| <b>Study</b>           | <b>Cohen (Doc) 1989</b>   |
| Methods                | Setting: General medicine (primary care) clinic of a city-county teaching hospital in the USA.<br>Training: One hour group or personal tutorial<br>Randomization: each physician and their panel of patients randomly allocated (method not stated) to one of the intervention groups.              |
| Participants           | Therapists: 112 primary care physicians (including 97 physicians in training)<br>Patients: 1420 patients receiving primary care, not selected by motivation to quit   |
| Interventions          | 1. Training (advice, quit date, follow up check)<br>2. Training and prompt (chart reminder) to doctor<br>3. Training and provision of nicotine gum to patient<br>4. Training, prompt and nicotine gum   |
| Outcomes               | 1. Point prevalence of abstinence at 12 months. Patients who did not have an appointment in the period regarded as smokers. Rates also reported giving returnees as denominator<br>Validation: expired carbon monoxide.<br>2. Number advised to quit<br>3. Number asked about setting a quit date   |
| Notes                  | Process outcomes reported in Cohen 1987<br>Only results for groups 1 & 2 used in review   |
| Allocation concealment | B   |

**Characteristics of included studies**

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Study</b>           | <b>Cummings (Priv) 1989</b>  |
| Methods                | Setting: Private primary care internal medicine and family practice (primary care) in San Francisco, USA.<br>Training: 3 one hour group tutorials<br>Randomization: Random allocation (method not stated) of physicians to intervention or normal care groups.   |
| Participants           | Therapists: 114 primary care physicians in private practice<br>Patients: 916 smoking patients not selected by motivation to quit   |
| Interventions          | 1. Training (personalised advice, quit date, one follow up visit, self help materials and nicotine gum)<br>2. Normal care (no training)  |
| Outcomes               | 1. Point prevalence abstinence at 12 months. Validation: expired carbon monoxide and serum cotinine.<br>2. Number of smokers counselled.<br>3. Asked to set a quit date.<br>4. Asked to make a follow up appointment.<br>5. Number receiving self help materials.<br>6. Number receiving nicotine gum.<br>7. Number prescribed a quit date             |
| Notes                  |  |
| Allocation concealment | A  |
| <b>Study</b>           | <b>Cummings 1989</b>   |
| Methods                | Setting: Four HMO's in northern California<br>Training: 3 one hour group tutorials<br>Randomization: Random allocation (by computer) of physicians to intervention or control groups   |
| Participants           | Therapists: 81 internists<br>Patients: 2056 patients from 4 American primary care medical practices (health maintenance organisations), not selected by motivation to quit   |
| Interventions          | 1. Training (personalised advice, quit date, one follow up visit, self help materials and nicotine gum)<br>2. Normal care (no training)  |
| Outcomes               | 1. Point prevalence abstinence at 12 months. Validation: expired carbon monoxide and serum cotinine.<br>2. Number of smokers counselled.<br>3. Asked to set a quit date.<br>4. Asked to make a follow up appointment.<br>5. Number receiving self help materials.<br>6. Number receiving nicotine gum.<br>7. Number of smokers prescribed a quit date. |
| Notes                  |  |
| Allocation concealment | A  |

**Characteristics of included studies**

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Study</b>           | <b>Kottke 1989</b>   |
| Methods                | Setting: Private family practice (primary care) in Minnesota, USA<br>Training: 6 hour group tutorial and patient education materials, or patient education materials alone<br>Randomization: physicians randomly allocated (method not stated) to one of three groups, with partners in same practice allocated to same group. |
| Participants           | Therapists: 66 family practitioners<br>Patients: 1653 primary care smoking patients not selected by motivation to quit   |
| Interventions          | 1. Normal care<br>2. Physicians given self-help manuals to distribute<br>3. Self-help manuals plus 6 hour group workshop   |
| Outcomes               | 1. Point prevalence of smoking cessation at 12 months. Validation: serum cotinine.<br>2. Number of smokers counselled.<br>3. Asked to set a quit date.<br>4. Asked to make a follow up appointment.<br>5. Number receiving self help materials.  |
| Notes                  | For this review group 3 were considered the training group and compared to groups 1 and 2 combined   |
| Allocation concealment | B  |
| <b>Study</b>           | <b>Lennox 1998</b>   |
| Methods                | Setting: primary care medical practices in Aberdeen, UK<br>Training: one day workshop for primary health care team based on stages of change model<br>Randomization: random allocation by practice after pair-matching on selected practice characteristics  |
| Participants           | Therapist: 16 general practices with training for doctors, nurses and health visitors<br>Patients: Smoking patients of the practices identified from questionnaires to random sample   |
| Interventions          | 1. Usual care control group<br>2. One day training workshop based on stages of change model  |
| Outcomes               | Continuous abstinence at 14 months<br>Validation: none<br>Recall of discussion of smoking with health professional by patient  |
| Notes                  | Regression techniques to explore clustering effects for variables significant in individual level analysis   |
| Allocation concealment | D  |
| <b>Study</b>           | <b>Sinclair 1998</b>   |
| Methods                | Setting: rural community pharmacies in Grampian, UK.<br>Training: 2 hour workshop based on stages of change model<br>Randomization: Sequential allocation of pharmacies to training or no training   |
| Participants           | Therapists: 62 community pharmacies (training to both pharmacists and assistants)<br>Patients: patients asking for stop smoking advice at participating pharmacies   |
| Interventions          | 1. Normal care<br>2. Training in stages of change approach to smoking cessation  |

**Characteristics of included studies**

|                        |   |
|------------------------|---|
| Outcomes               | Self-reported continuous abstinence at nine months.<br>Validation: none   |
| Notes                  | Evaluated effects of clustering by calculating intra-cluster correlation coefficients for each outcome. Concluded no evidence of significant cluster effect   |
| Allocation concealment | D   |
| <b>Study</b>           | <b>Strecher 1991</b>  |
| Methods                | Setting: American primary care residency programmes (physicians in training)<br>Training: One hour group tutorial<br>Randomization: Physicians randomly allocated to intervention group by day of clinic attendance   |
| Participants           | Therapists: 250 residents in internal medicine, family practice and paediatrics<br>Patients: 937 patients from American primary care medical practice.  |
| Interventions          | 1. Normal care<br>2. Training (minimal contact counselling)<br>3. Prompt (chart-reminder and advice sheet)<br>4. Both training and prompt.  |
| Outcomes               | 1. Point prevalence abstinence at 6 months. Validation: Expired CO<br>2. Smokers counselled.<br>3. Asked to set a quit date.<br>4. Asked to make a follow up appointment.<br>5. Number receiving self help materials.<br>6. Number receiving nicotine gum.<br>7. Number prescribed a quit date. |
| Notes                  |   |
| Allocation concealment | B   |
| <b>Study</b>           | <b>Wang 1994</b>  |
| Methods                | Setting: Residents and physicians in Family Medicine, Taiwan<br>Training: 2 lessons<br>Randomization: stratified by number of years in practice (method not stated).  |
| Participants           | Therapists: 27 physicians<br>Patients: 93 patients  |
| Interventions          | 1. Training in stages of change model and practice guidelines<br>2. Poster reminder to give advice<br>3. Usual care   |
| Outcomes               | Point prevalence of abstinence at 12 months<br>Validation: none<br>No process outcomes  |
| Notes                  | 1 compared to 2&3. No discussion of clustering; few patients seen by each physician.  |
| Allocation concealment | B   |
| <b>Study</b>           | <b>Wilson 1988</b>  |
| Methods                | Setting: Canadian private family practice<br>Training: Four hour group tutorial<br>Randomization: physicians randomly allocated to one of three groups (method not stated)  |

**Characteristics of included studies**

|                        |  |
|------------------------|--|
| Participants           | Therapists: 83 family physicians who had volunteered to participate in the study<br>Patients: 1933 smoking at least one cigarette/day, aged 16-65, and not selected by motivation to quit.   |
| Interventions          | 1. Normal care<br>2. Nicotine gum and advice.<br>3. Nicotine gum plus training (use of gum, 1 to 6 follow up visits and quit dates).   |
| Outcomes               | 1. Point prevalence of abstinence at 12 months.<br>Validation: salivary cotinine<br>2. Smokers counselled.<br>3. Asked to set a quit date.<br>4. Asked to make a follow up appointment.<br>5. Number receiving self help materials.<br>6. Number receiving nicotine gum. |
| Notes                  |  |
| Allocation concealment | B  |

**Characteristics of excluded studies**

| Study              | Reason for exclusion  |
|--------------------|---|
| Cockburn 1992      | Study compared academic detailing, courier delivery and direct mailing of a new smoking cessation programme for use in primary care. Did not include any measure of the extent to which physicians changed their counselling, or the number of smokers who stopped smoking in the 3 groups. |
| Goldberg 1994      | Training not randomised   |
| Morgan 1996        | Both groups of physicians received training. Delayed intervention group asked to give usual care. Relevant to Cochrane reviews 'Physician advice for smoking cessation'.  |
| Ockene 1991        | Physicians not randomly allocated to training. Patients were randomly allocated to different types of physician counselling with or without nicotine gum.   |
| Richmond 1998      | All physicians trained to provide Smokescreen intervention. Intervention consisted of telephone calls to ask about use of programme. Patient smoking outcomes not given separately for intervention groups  |
| Roche 1996         | Comparison of different methods of training, with no patient quit rate outcomes.  |
| Royce 1995         | No control group  |
| Secker Walker 1992 | The study involved training residents in obstetrics and family practice to give advice about stopping smoking during pre-natal care. However, training was not the variable that was randomised.  |
| Ward 1996          | No data on quit rates   |

**CARÁTULA**

|           |  |
|-----------|--|
| Titulo    | <b>Entrenamiento sobre el abandono del hábito de fumar para profesionales sanitarios</b> |
| Autor(es) | <b>Lancaster T, Silagy C, Fowler G</b>   |

|   |   |
|---|---|
| Contribución de los autores   | <b>El autor no facilitó la información</b>  |
| Número de protocolo publicado inicialmente                          | <b>La información no está disponible</b>  |
| Número de revisión publicada inicialmente                           | 1996/2  |
| Fecha de la modificación más reciente"                              | 31 mayo 2000  |
| "Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente                | 31 mayo 2000  |
| Cambios más recientes   | <b>El autor no facilitó la información</b>  |
| Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados                 | <b>El autor no facilitó la información</b>  |
| Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos | <b>El autor no facilitó la información</b>  |
| Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos        | 10 mayo 2000  |
| Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores     | 10 mayo 2000  |
| Dirección de contacto   | Dr Tim Lancaster<br>Department of Primary Health Care<br>Oxford University<br>Old Road Campus<br>Headington<br>Oxford<br>OX3 7LF<br>UK<br>Teléfono: +44 1865 226977<br>E-mail: tim.lancaster@dphpc.ox.ac.uk<br>Facsimile: +44 1865 227036 |
| Número de la Cochrane Library                                       | CD000214-ES   |
| Grupo editorial   | Cochrane Tobacco Addiction Group  |
| Código del grupo editorial  | HM-TOBACCO  |

**COMENTARIOS Y CRITICAS****Unit of analysis and study inclusion criteria****Resumen:**

It is not clear from the analysis whether there were unit of analysis errors in the original trials and whether cluster level or patient level outcomes have been used for the analysis. If the pooled analysis is based upon studies with a unit of analysis error, it may overestimate the effectiveness of the intervention. As a minimum, the authors should discuss this issue and its implications for interpreting the results of the review in the discussion section.

Several of the included trials do not appear to meet the stated inclusion criteria.

Eg 1 Types of participants specifies studies 'in which the unit of randomisation was a healthcare practitioner or practice', but one study uses patient randomisation.

Eg 2 Types of outcome measures states that 'studies had to report the outcomes of the intervention both on the performance of the health professionals and on smoking behaviour of patients', but not all trials appeared to report performance measures.

**Contestación del autor:**

We agree that using patient level data in a meta-analysis when providers were randomised could lead to an overestimation of the results of treatment. We have included a discussion of cluster randomisation, and have reported the way in which studies have analysed their data in relation to clustering. In the absence of a consensus on the best way to pool cluster randomised trials we have removed the meta-analysis, and provided a narrative synthesis of the results instead.

We have excluded one study which randomised patients to trained physicians who provided different types of counselling (Ockene 1991). We have clarified that only smoking cessation is a required outcome for study inclusion.

**Colaboradores:**

Tim Lancaster

## RESUMEN DEL METÁNALISIS

### 01 Efecto del entrenamiento en el comportamiento de prestadores de atención sanitaria y en el tabaquismo de los pacientes

| Resultado  | Nº de estudios | Nº de participantes | Método estadístico | Tamaño del efecto  |
|--|----------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| 01 Entrenamiento versus ningún entrenamiento       |                |                     | Otros datos        | Datos no numéricos |
| 02 Efecto de los mensajes además del entrenamiento |                |                     | Otros datos        | Datos no numéricos |

## GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

**Fig. 01 Efecto del entrenamiento en el comportamiento de prestadores de atención sanitaria y en el tabaquismo de los pacientes****01.01 Entrenamiento versus ningún entrenamiento****Entrenamiento versus ningún entrenamiento**

| <b>Estudio</b>       | <b>Abandono del hábito de fumar</b>   | <b>Asesoramiento</b>   | <b>Fecha para dejar de fumar, seguimiento</b>   | <b>Prescripción de TRN</b>  | <b>Métodos de análisis</b>   |
|----------------------|---|--|---|---|--|
| Cummings (Priv) 1989 | No hubo efecto sobre la abstinencia validada al año; El 6,7% de los pacientes del grupo de los entrenados dejó de fumar versus 8,2% del grupo control.                  | La probabilidad de que los médicos entrenados abordaran el tabaquismo fue significativamente mayor (64% versus 44%) y de que repartieran libros de autoayuda.  | La probabilidad de que los médicos entrenados recomendaran a los pacientes fijar una fecha para dejar de fumar, anotar dicha fecha y organizar una cita de seguimiento fue significativamente mayor               | No hubo diferencias significativas en la prescripción del chicle de nicotina; la probabilidad de los pacientes fumadores del grupo de control con los que se trató sobre el tabaquismo, de recibir una prescripción del chicle fue mayor (19%) que en el grupo entrenado (13%). | El ajuste de las varianzas de la muestra o el uso del médico como unidad del análisis no alteró los niveles de significación o las conclusiones  |
| Cummings 1989        | No hubo efecto significativo sobre la abstinencia validada al año; Dejó de fumar un 8,0% de los pacientes del grupo de los entrenados versus un 7,1% del grupo control. | La probabilidad de que los médicos entrenados abordaran el tabaquismo fue significativamente mayor (64% versus 44%) y de que repartieran libros de autoayuda.  | La probabilidad de que los médicos entrenados recomendaran a los pacientes fijar una fecha para dejar de fumar, anotar dicha fecha y organizar una cita de seguimiento, fue significativamente mayor              | No hubo diferencia significativa en la prescripción del chicle de nicotina. Se prescribió el chicle a cerca del 10% de los pacientes con los que se trató sobre el tabaquismo   | La estimación de la regresión logística, con los modelos de efectos aleatorios, de los grupos por médico y por sitio de trabajo no tuvo efecto apreciable sobre las comparaciones.                           |
| Kottke 1989          | No hubo efectos significativos sobre la cesación al año; cerca del 5% de los pacientes de todos los grupos tuvo una abstinencia validada                                | Los pacientes de los médicos entrenados tuvieron mayor probabilidad de que se les aconsejara dejar el hábito que los de los grupos de los no entrenados, pero no hubo diferencia en la distribución de materiales. Los grupos de profesionales entrenados y los que recibieron materiales tuvieron mayor probabilidad de ofrecer materiales. | Los del grupo entrenado tuvieron mayor probabilidad de fijar una fecha para dejar de fumar que cualquiera de los grupos no entrenados y no fue significativamente mayor para organizar una visita de seguimiento. | No realizada  | La unidad de análisis fue el médico. La tasa de abandono de cada grupo de médicos fue el promedio de la tasa de abandono de los médicos individuales en el grupo. Se usó el análisis de la varianza (ANOVA). |
| Lennox 1998          | No hubo diferencias significativas en la abstinencia sostenida a los 14 meses entre la intervención (3,6%) y el control (4,7%)  | No hubo diferencia significativa en la discusión sobre el tabaquismo con médicos, enfermeras o personal sanitario. Sin embargo, las tasas en ambos grupos estuvieron por encima del 70%.   | No se evaluó  | No se evaluó  | Individual, con control de los resultados significativos por la regresión ajustada por consultorio   |

| <b>Entrenamiento versus ningún entrenamiento</b> |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
| Sinclair<br>1998                                 | No hubo diferencias significativas en las tasas de abstinencia de nueve meses continuos. Tasa del grupo de intervención 12%, en el grupo control 7,4%.   | La probabilidad de informar que se discutió sobre el tabaquismo fue significativamente mayor en los pacientes que consultaron a los farmacéuticos entrenados (85% versus 62,3%)  | No se evaluó  | no se evaluó   | Nivel individual, pero el control de las correlaciones intragrupo indicó un efecto mínimo del agrupamiento   |
| Strecher<br>1991                                 | No hubo diferencias significativas entre las tasas de abstinencia validadas al sexto mes, que variaron de un 1,7% a un 5,7%  | La probabilidad de recomendar a los fumadores que dejen el hábito fue significativamente mayor en los médicos entrenados (73% versus 58%). Un mensaje sólo logró tasas similares de asesoramiento. La probabilidad de que distribuyeran materiales de autoayuda fue igual entre todos los médicos. | No hubo diferencia en el asesoramiento para fijar una fecha para dejar de fumar, pero el grupo entrenado tuvo una probabilidad significativamente mayor de realizar la prescripción por escrito. No hubo diferencias significativas en la organización de un calendario de seguimiento. | No hubo diferencia en la proporción de médicos que prescribió el chicle de nicotina.   | Resultados presentados como diferencias entre el promedio de los médicos (con las desviaciones estándar), con pruebas de significación basadas en el análisis de la varianza   |
| Wang 1994  | La abstinencia autonotificada a los seis meses fue significativamente mayor en el grupo de los entrenados (28,6%) que en el grupo de la atención habitual (4,3%), pero no que en el grupo con los mensajes solamente (8,3%)  | No se evaluó   | No se evaluó  | No se evaluó   | No hubo discusión sobre el agrupamiento, pero el número de pacientes/médico era pequeño.   |
| Wilson<br>1988                                   | Las diferencias entre el brazo con entrenamiento y los otros dos brazos fueron significativas para la abstinencia sostenida al año y para la prevalencia puntual a los dos años, pero no para la prevalencia puntual al año. Los resultados fueron similares si los promedios de la tasa de cesación se ajustaron con relación al valor inicial. La tasa de abstinencia sostenida a los 12 meses fue 8,8% en el grupo de los entrenados versus un 6,1% y un 4,4% en los dos brazos de comparación. | Fue más probable que se hablara de tabaquismo con los pacientes en los grupos de los entrenados (85%) y con chicle (70%), que en los de la atención habitual (31%).  | La probabilidad de que se recomendara fijar una fecha para dejar de fumar (54%) y de que se organizara el seguimiento (12%) fue mayor en los grupos de los profesionales entrenados que en los de chicle sólo (12%/22%) o en los de la atención habitual (2%/4%).                       | La probabilidad de sugerir el uso del chicle fue mayor en el grupo de los entrenados (63%) y en el grupo de chicle (59%) que en el de la atención habitual (9%). | Tasa de abandono por consultorio como unidad de análisis, y análisis de covarianza para corregir las diferencias al inicio. Resultados de proceso basados en las entrevistas a la salida en una muestra del 15% de los pacientes, tres o cuatro pacientes por consultorio. |

**01.02 Efecto de los mensajes además del entrenamiento**

**Efecto de los mensajes además del entrenamiento**

| <b>Estudio</b>    | <b>Abandono del hábito de fumar</b>  | <b>Asesoramiento</b>  | <b>Fecha para dejar de fumar, seguimiento</b>  | <b>Prescripción de TRN</b>   | <b>Métodos de análisis</b>   |
|-------------------|--|---|--|--|--|
| Cohen (Dent) 1989 | No hubo efecto significativo del suministro de mensajes para que brinden consejos. La tasa de abandono a los 12 meses de los pacientes con asesoramiento fue 3,2% con mensajes, y 3,1% sin ellos. (8,6% versus 7,7% cuando se usó el número de pacientes atendidos en el consultorio como denominador) | Hubo mayor probabilidad de que los dentistas que recibieron mensajes aconsejaran dejar de fumar (29% versus 18%)  | Hubo mayor probabilidad de que los dentistas que recibieron mensajes recomendaran fijar una fecha para dejar de fumar (14% versus 3%)  | (no evaluado, un brazo del ensayo ofreció chicle)                        | Modelo lineal generalizado y factor de escala para tener en cuenta la varianza extra   |
| Cohen (Doc) 1989  | Las tasas de abandono a los 12 meses fueron significativamente mayores en el grupo que recibió mensajes (7,9% versus 1,5%)   | Hubo mayor probabilidad de que los médicos que recibieron mensajes aconsejaran dejar de fumar (66% versus 27%)  | Hubo mayor probabilidad de que los médicos que recibieron mensajes recomendaran fijar una fecha para dejar de fumar (14% versus 3%)  | (no evaluado, un brazo del ensayo ofreció chicle)                        | Modelo lineal generalizado y factor de escala para tener en cuenta la varianza extra   |
| Strecher 1991     | Las tasas de cesación no fueron significativamente diferentes entre los grupos con mensajes y sin ellos  | Los mensajes no afectaron el asesoramiento para dejar de fumar (74% versus 73%) y un mensaje sin entrenamiento también aumentó las tasas de asesoramiento (71%) | No hubo diferencias significativas, del aumento originado por los mensajes del número de los que fijaron una fecha para dejar de fumar y de los que hicieron la prescripción por escrito | Los mensajes aumentaron la prescripción de chicle de un 17% a un 20%, NS | Los resultados fueron presentados como diferencias entre los promedios de los médicos, con pruebas de significación basadas en el análisis de la varianza. |