



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en pacientes hospitalizados

Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, 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.....	4
DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	4
CALIDAD METODOLÓGICA.....	5
RESULTADOS.....	6
DISCUSIÓN.....	6
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	7
AGRADECIMIENTOS.....	8
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	8
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	8
REFERENCIAS.....	8
TABLAS.....	11
Characteristics of included studies.....	11
Characteristics of excluded studies.....	20
Characteristics of ongoing studies.....	21
CARÁTULA.....	21
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	23
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	24
01 Intervención versus control, ensayos agrupados por intensidad de la intervención.....	24
01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo (más de seis meses).....	24
02 Intervención versus control, por subgrupo de diagnóstico.....	25
01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo (más de seis meses).....	25
03 Intervención versus control, ensayos de TRN.....	25
01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo (más de seis meses).....	25

Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en pacientes hospitalizados

Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF

Esta revisión debería citarse como:

Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF. Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en pacientes hospitalizados (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: 27 de agosto de 2002

Fecha de la modificación significativa más reciente: 27 de agosto de 2002

RESUMEN

Antecedentes

El ingreso al hospital brinda una oportunidad de ayudar a las personas a dejar de fumar. Los sujetos pueden estar más dispuestos a recibir ayuda en un momento donde se percibe vulnerabilidad y pueden encontrar que resulta más fácil dejar de fumar en un ambiente donde el tabaco está restringido o prohibido. La prestación de servicios para abandonar el hábito de fumar durante la hospitalización puede ayudar a más personas a intentar y mantener el deseo de abandonar el hábito de fumar.

Objetivos

Determinar la efectividad de las intervenciones para dejar de fumar en pacientes hospitalizados.

Estrategia de búsqueda

Se buscaron en el registro del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group register), en CINAHL y en la base datos Smoking and Health en marzo 2002 los estudios de intervenciones para abandonar el hábito de fumar en pacientes hospitalizados, con los siguientes términos(hospital and patient*) or hospitali* or inpatient* or admission* or admitted.

Criterios de selección

Ensayos aleatorios y cuasialeatorios de intervenciones conductuales, farmacológicas o multicomponentes para ayudar a dejar de fumar a pacientes hospitalizados, que fueran fumadores actuales o exfumadores recientes. Se excluyeron los estudios de los pacientes ingresados por trastornos psiquiátricos o abuso de sustancias, aquellos que no informaron las tasas de abstinencia y los que tuvieron un seguimiento de menos de seis meses.

Recopilación y análisis de datos

Dos autores obtuvieron los datos de forma independiente para cada trabajo, con los desacuerdos resueltos por consenso.

Resultados principales

Diecisiete ensayos cumplieron los criterios de inclusión. Se asoció la intervención intensiva (contacto con enfermos hospitalizados más seguimiento durante al menos un mes) con una tasa de abandono significativamente mayor comparada con el control (odds ratio de Peto 1,82, IC del 95%: 1,49 a 2,22, seis ensayos). Las intervenciones con menos de un mes de seguimiento no pusieron de manifiesto un beneficio significativo (odds-ratio de Peto 1,09, IC del 95%: 0,91 a 1,31, siete ensayos). No hubo pruebas para juzgar el efecto de las intervenciones muy breves (< 20 minutos) administradas sólo durante la estancia hospitalaria. Las intervenciones más prolongadas administradas sólo durante la estancia hospitalaria no estuvieron asociadas significativamente con una tasa de abandono mayor (odds-ratio de Peto 1,07, IC del 95%: 0,79 a 1,44, tres ensayos). Aunque las intervenciones aumentaron las tasas de abandono, independientemente de la utilización del tratamiento de reemplazo con nicotina (TRN), los resultados del TRN fueron compatibles con otros datos que indican que éste aumenta las tasas de abandono. No hubo evidencia sólida de que el diagnóstico clínico afectó la probabilidad de abandonar el hábito de fumar.

Conclusiones de los autores

Las intervenciones conductuales de alta intensidad que incluyen al menos un mes de contacto de seguimiento son efectivas para promover el abandono del hábito de fumar en los pacientes hospitalizados. Los hallazgos de la revisión fueron compatibles con las investigaciones en otros contextos que mostraron que el TRN aumenta las tasas de abandono.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

El apoyo para el abandono del hábito de fumar prestado durante la hospitalización ayuda a las personas a que dejen de fumar

El tabaco contribuye a muchos problemas de salud incluido cánceres y enfermedades pulmonares. El tabaco también aumenta el riesgo asociado con la hospitalización por intervención quirúrgica. Si una persona está hospitalizada, debido a una enfermedad relacionada con el hábito de fumar, es generalmente más receptiva a aceptar la ayuda para abandonarlo. La revisión de los ensayos encontró que los programas para dejar de fumar administrados durante la hospitalización que incluyen un seguimiento de un mes son los más efectivos. Se necesita investigación adicional.

ANTECEDENTES

El hábito de fumar contribuye con muchos de los problemas de salud que causan la hospitalización, en particular las vasculopatías, la enfermedad respiratoria y ciertos cánceres. Además, el hábito de fumar aumenta el riesgo asociado con las hospitalizaciones por procedimientos quirúrgicos. La hospitalización, especialmente por una enfermedad relacionada con el tabaco, puede incrementar la receptividad a los mensajes para el abandono del hábito de fumar, al aumentar la percepción de vulnerabilidad, un denominado "momento para enseñar". La enfermedad también coloca a los fumadores en el contexto de la atención sanitaria, donde tienen contacto con profesionales de la salud que pueden proporcionar mensajes de abandono del hábito de fumar o intervención. Los procedimientos como la arteriografía coronaria que aporta información del estado cardíaco del paciente pueden disminuir la negación del riesgo cardíaco ulterior por parte del paciente (Ockene 1992). Muchos hospitales restringen o prohíben a los pacientes fumar para evitar que los pacientes y el personal se conviertan en fumadores pasivos. Este ambiente sin humo de tabaco también puede brindar una oportunidad para intentar la abstinencia del tabaco, lejos de las usuales señales ambientales para fumar. Por estas razones, brindar (o al menos iniciar) tratamientos de la dependencia del tabaco en los hospitales puede ser una estrategia efectiva de salud preventiva. En efecto, a menudo se promueve la prestación de servicios de abandono del hábito de fumar como una parte integral de las estrategias para lograr un hospital sin tabaco.

Antes de invertir en tales servicios es importante probar que son efectivos. Varios estudios han evaluado los servicios para el abandono del hábito de fumar prestados o iniciados en el hospital. Las intervenciones han incluido asesoramiento conductual de diferentes formas e intensidad (incluidos contactos después del alta hospitalaria), tratamientos

farmacológicos y combinaciones de los dos. El objetivo de esta revisión es evaluar la efectividad de las intervenciones de abandono del hábito de fumar dirigidas al paciente hospitalizado. Para informar de la política, se tuvo como objetivo identificar los componentes de los programas que son efectivos. Además, se pretendía explorar si hay diferencia en el efecto según la causa de la hospitalización.

OBJETIVOS

El primer objetivo fue determinar la eficacia de cualquier tipo de programa de abandono del hábito de fumar para pacientes hospitalizados. Las hipótesis eran que:

La intervención conductual sistemática (asesoramiento breve, orientación individual, provisión de materiales de autoayuda, terapia de grupo) aumenta las tasas de abandono más que la atención habitual y esa intervención intensiva aumenta las tasas de abandono más que la intervención breve.

Las intervenciones que se realizan tanto en el hospital como después del alta hospitalaria aumentan las tasas de abandono más que aquellas intervenciones limitadas a la estancia hospitalaria, y el seguimiento más prolongado después del alta hospitalaria aumenta más las tasas de abandono en comparación con el seguimiento corto.

Cuando se agrega TRN a una intervención conductual, las tasas de abandono aumentan más que con el placebo o sin tratamiento, y la combinación de TRN y una intervención conductual aumenta las tasas de abandono más que cada intervención por separado.

Un objetivo secundario fue explorar la posibilidad de que la eficacia de las intervenciones fuera diferente en pacientes con diferentes diagnósticos. Esto se realizó mediante el análisis de subgrupos de los ensayos que reclutaron pacientes de más de

una especialidad y mediante la comparación indirecta de los ensayos que reclutaron pacientes de una sola enfermedad. Estos análisis fueron post hoc y de naturaleza exploratoria y diseñados únicamente para generar hipótesis.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Ensayos controlados aleatorios o cuasialeatorios.

Tipos de participantes

Los participantes eran pacientes que estaban o iban a ser hospitalizados y que eran fumadores actuales o lo habían dejado recientemente. Se excluyeron los ensayos de prevención secundaria o rehabilitación cardíaca que no reclutaron sobre la base de los antecedentes de tabaquismo y los ensayos de pacientes hospitalizados por trastornos psiquiátricos o abuso de sustancias (incluidos los programas de hospitalización contra la adicción al tabaco). Se incluyeron ensayos en los que se clasificó a "exconsumidores recientes" como fumadores, pero se realizó un análisis de sensibilidad con estos datos para determinar si eran diferentes a los ensayos que excluyeron a tales sujetos.

Tipos de intervención

Cualquier intervención para aumentar la motivación para dejar de fumar, ayudar a intentar dejar de fumar o ayudar a exconsumidores recientes a evitar la recaída. La intervención podría ser administrada por médicos, personal de enfermería, psicólogos, consejeros para el abandono del hábito de fumar u otro personal del hospital. La intervención podría incluir asesoramiento o tratamiento conductual más intensivo con o sin el uso de farmacoterapia o seguimiento después del alta hospitalaria. La intervención de control podría ser la atención habitual o cualquier programa menos intensivo, como el asesoramiento breve únicamente. Se incluyeron estudios de intervenciones contra el tabaquismo que formaron parte de un programa de rehabilitación más amplio, sólo si fue posible obtener los datos sobre los efectos de resultado del componente de abandono del hábito de fumar específicamente y si los detalles de la naturaleza de la intervención y el control fueron explícitamente declarados. Se incluyeron estudios que informaron sobre el uso de TRN u otra farmacoterapia.

Se categorizaron las intervenciones durante la estancia hospitalaria dependiendo de si incluían seguimiento después del alta hospitalaria. Dentro de estas categorías se definieron más detenidamente, tanto las intervenciones del hospital como las de seguimiento, por el nivel de intensidad. Esto originó cuatro categorías de intensidad de la intervención:

1. Un único contacto en el hospital que duró ≤ 15 min, sin apoyo de seguimiento.
2. Uno o más contactos en el hospital que duraron en total > 15 min, sin apoyo de seguimiento.

3. Cualquier contacto en el hospital más seguimiento ≤ 1 mes.
4. Cualquier contacto en el hospital más seguimiento de > 1 mes.

Tipos de medidas de resultado

La medida de resultado principal fue la abstinencia de fumar, por lo menos durante seis meses después del comienzo de la intervención. Se utilizó la medida más conservadora de dejar de fumar en el seguimiento más largo. Es decir, se prefirió utilizar una tasa de abandono sostenida, bioquímicamente validada, en lugar de la abstinencia autoinformada de prevalencia puntual y se prefirió utilizar la abstinencia a los 12 meses de seguimiento en lugar de la abstinencia a los 6 meses de seguimiento. Los participantes perdidos durante el seguimiento se consideraron como si continuaran siendo fumadores.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se buscó en el registro de ensayos del Grupo de Adicción al Tabaco en marzo 2002. Este registro especializado es actualizado regularmente mediante búsquedas electrónicas y manuales. Las búsquedas del registro contemplan el abandono del hábito de fumar, la dependencia de la nicotina, la adicción a la nicotina y el consumo de tabaco. Además, se realizaron búsquedas en el Registro Cochrane de Ensayos Controlados (Cochrane Controlled Trials Register) (Número 1, 2002), las bases de datos de los Centros para el Control de las Enfermedades de Tabaquismo (Centers for Disease Control Smoking and Health) (marzo de 2002) y CINAHL (marzo de 2002). Se le solicitó a las personas con experiencia en el área del abandono del hábito de fumar detalles de los resúmenes de conferencias y estudios en prensa. Se revisaron manualmente las bibliografías de los estudios generados por la búsqueda para localizar estudios adicionales.

Estrategia de búsqueda para el registro especializado de Adicción al Tabaco y de CCTR (utilizado en combinación con los términos específicos para tabaco usados para identificar trabajos de un registro especializado):
(hospital and patient*) or hospitali* or inpatient* or admission* or admitted

Estrategia de búsqueda en la base de datos Tabaquismo y Salud (Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Archivo CDP de Promoción de la Salud) (Chronic Disease Prevention and Health Promotion CDP File):

En los registros con índice de descriptores:
(SMOKING-CESSATION* in DE) AND ((hospital* AND patient*) OR inpatient* OR admission*)

En los registros sin índice de descriptores:
(smoking near (cessation OR quit* OR stop*)) AND ((HOSPITAL* AND patient*) OR inpatient* OR admission*)

Estrategia de búsqueda para CINAHL (Silverplatter):
#1 ((hospital with patient*) in TI OR AB

#2 (hospitali* OR inpatient* OR admission* OR admitted) in TI OR AB
 #3 (hospitali* OR inpatient*) in DE
 #4 (quit* OR smok* OR cigar* OR tobacco OR nicotine) in TI OR AB
 #5 (smok* OR tobacco OR nicotine) in DE
 (#1 OR #2 OR #3) AND (#4 OR #5)

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Identificación de los estudios y obtención de datos

Tres autores verificaron los estudios identificados por las estrategias de búsqueda para su relevancia. Un autor obtuvo los datos de forma independiente y otro los verificó. Los desacuerdos se resolvieron mediante consenso. Se registraron las razones de la exclusión de los estudios. En cada estudio se obtuvieron los siguientes datos:

- (i) autor(es) y año de publicación,
- (ii) métodos (país de origen, reclutamiento, asignación al azar y participantes),
- (iii) descripción de la(s) intervención(es) y control, incluida una designación de intensidad (1 a 4) y
- (iv) resultados (duración del seguimiento, definición de abstinencia, técnica de validación).

Cuando fue necesario, se estableció contacto con los autores principales para la aclaración de los datos.

Se registró la siguiente información acerca de cada ensayo en la tabla "Características de los estudios incluidos":

País

Razones de la hospitalización o especialidad del ingreso.

Criterios para el reclutamiento (p.ej. fumadores actuales únicamente o exconsumidores recientes) y si se los había seleccionado según su voluntad para intentar dejar de fumar.

Otros criterios pertinentes de inclusión/exclusión del ensayo.

Método de asignación al azar.

Comportamiento del hábito de fumar y características de los participantes, número de muertes.

Terapeutas.

Descripción de las intervenciones experimentales y de control y clasificación por duración del contacto en el hospital y del apoyo después del alta hospitalaria.

Medidas de resultado (definición de abstinencia utilizada en la revisión, uso de validación bioquímica).

Evaluación de la calidad

Se evaluaron los estudios sobre la base de la calidad del procedimiento de asignación al azar utilizado, dado que ésta es la fuente principal de sesgo que se ha asociado empíricamente con la sobreestimación de los efectos del tratamiento (Schulz 1995). También se evaluó si los estudios informaron sobre la validación del abandono del hábito de fumar autoinformado y cómo manejaron a los pacientes perdidos del seguimiento, ya

que éstos son fuentes de sesgo posibles en los estudios de abandono del hábito de fumar. A sugerencia de un revisor por pares, también se evaluó el grado de fumadores actuales y de exconsumidores recientes, en las poblaciones de estudio.

Análisis de los datos

Se utilizaron para la agrupación de los datos los métodos estadísticos descritos por el grupo de Peto (Yusuf 1985). Los resultados se expresan como un odds-ratio (intervención: control) de lograr la abstinencia del hábito de fumar en un momento dado, con intervalos de confianza del 95% para este estimado. Se realizaron pruebas para heterogeneidad mediante una prueba estadística de ji cuadrado de Mantel-Haenszel.

Se calcularon las tasas de abandono basadas en los pacientes asignados al azar a una intervención, con la exclusión de cualquier muerte. Se contaron como fumadores actuales aquellos que abandonaron el tratamiento o que se perdieron del seguimiento. Se registró el número de muertes en la tabla de estudios incluidos.

Se analizaron los datos según la clasificación predeterminada de cuatro niveles de intensidad. Se incluyeron los estudios que fueron juzgados por los criterios de calidad como más propensos al sesgo, se planificaron análisis de sensibilidad para evaluar si su inclusión alteró los hallazgos. También se planificaron análisis de sensibilidad para explorar, en los que fue posible, la contribución de diferentes componentes a un efecto general (p.ej. el rol de TRN en una intervención de multicomponentes) y para determinar si los efectos fueron diferentes cuando la población de estudio estaba restringida a aquellos que deseaban abandonar.

En un análisis exploratorio, se evaluaron los efectos de la intervención en pacientes con un diagnóstico de enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria y cáncer. Donde había datos insuficientes para el metanálisis se tabularon los resultados. En los casos donde un único estudio informó acerca de los pacientes de diferentes categorías, se combinaron los datos sólo cuando fue posible obtener los datos por categoría de enfermedad. Por otro parte, se incluyeron únicamente aquellos estudios que informaban los datos de los pacientes en una única categoría de enfermedad.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Diecisiete ensayos realizados en los Estados Unidos, el Reino Unido, Canadá y España entre 1990 y 2002 satisficieron los criterios de inclusión y contribuyeron con la revisión. Todos menos dos de estos estudios contribuyeron a la comparación principal de la intervención, clasificada por intensidad, versus control. Aquellos que no contribuyeron (Campbell 1991, Campbell 1996) no incluían un grupo de control de atención habitual. Siete estudios incluyeron TRN como un componente, cuatro de éstos (Campbell 1991, Campbell 1996, Simon 1997, Lewis 1998,) utilizaron TRN como intervención específica

ofrecida a todos (en contraposición con un subgrupo de participantes que recibían la intervención. Once estudios (Taylor 1990, Campbell 1991, Pederson 1991, CASIS 1992, De Busk 1994, Rigotti 1994, Campbell 1996, Miller 1997, Dornelas 2000, Ortigosa 2000, Hajek 2002) ofrecieron datos separados por enfermedad y contribuyeron a la comparación exploratoria de la intervención en diferentes categorías de enfermedad versus control. Se excluyeron once estudios que parecían pertinentes, pero que no satisfacieron todos los criterios de inclusión (ver tabla de estudios excluidos).

En la tabla de estudios incluidos se describe cada intervención. De los diecisiete estudios, siete incluían consejo médico (Campbell 1991, De Busk 1994, Campbell 1996, Miller 1997, Lewis 1998, Pelletier 1998, Ortigosa 2000). En seis de éstos, el consejo médico fue complementado con apoyo, de una enfermera (Busk De 1994, Lewis 1998, Miller 1997, Pelletier 1998) o de un consejero (Campbell 1991, Campbell 1996). En un estudio (Pederson 1991) se ofreció consejo médico antes de la hospitalización. En otro (Rigotti 1997) se adjuntó un apunte en la historia clínica del paciente para recordar al médico que ofreciera asesoramiento para el abandono del hábito de fumar. Los estudios restantes incluían asesoramiento brindado por una enfermera o por un consejero. Esto varió desde menos de cinco minutos a una hora; en tres estudios se brindó asesoramiento en más de una ocasión durante el período de hospitalización (Pederson 1991, CASIS 1992, Rigotti 1994). Siete incluían tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN), chicle o parche, como parte de la intervención, mientras que todos menos cuatro estudios (Campbell 1991, Campbell 1996, Dornelas 2000, Ortigosa 2000) incluyeron otros materiales, como folletos de autoayuda, cintas de audio y vídeos de relajación. Cuatro estudios utilizaron TRN como un componente específico de la intervención: (Campbell 1991, Campbell 1996, Simon 1997, Lewis 1998). Los tres estudios restantes que informaron acerca de la utilización de TRN únicamente, lo proporcionaron a un subgrupo de pacientes o no especificaron cómo lo usaron (Taylor 1990, De Busk 1994, Rigotti 1997). Todos menos tres estudios (Pederson 1991, Pelletier 1998, Hajek 2002) ofrecieron apoyo de seguimiento después del alta hospitalaria. De éstos, doce ofrecieron apoyo telefónico (Taylor 1990, CASIS 1992, Stevens 1993, De Busk 1994, Rigotti 1994, Miller 1997, Rigotti 1997, Simon 1997, Lewis 1998, Dornelas 2000, Ortigosa 2000, Stevens 2000) y dos en un consultorio de pacientes ambulatorios (Campbell 1991, Campbell 1996). La duración del seguimiento varió desde una semana hasta seis meses a partir del alta hospitalaria.

Un estudio comparó dos condiciones de intervención con un control de atención habitual (Miller 1997), con la diferencia entre las dos condiciones de intervención en la duración del seguimiento después del alta hospitalaria. Los resultados de cada grupo de este estudio estaban incluidos por separado en el análisis por intensidad de la intervención. En un estudio la intervención de abandono del hábito de fumar formó parte de una intervención de riesgos de multicomponentes para pacientes

con enfermedad cardiovascular (De Busk 1994). En este caso, la intervención de abandono del hábito de fumar fue bien definida y satisfizo los criterios de inclusión.

El seguimiento de las tasas de abstinencia fue relativamente consistente entre los estudios, con siete que informaron abstinencia sostenida, validada en el seguimiento durante 12 meses. Sólo tres estudios informaron un período de seguimiento más corto de seis meses (Lewis 1998, Pederson 1991, Rigotti 1997). Seis estudios informaron la prevalencia puntual de las tasas de abstinencia (Pederson 1991, Rigotti 1997, Simon 1997, Lewis 1998, Dornelas 2000, Ortigosa 2000). Un estudio informó las tasas sostenidas de abstinencia por abandono total y las tasas de prevalencia puntual por el diagnóstico (Miller 1997).

CALIDAD METODOLÓGICA

Cinco de los diecisiete estudios informaron un procedimiento de asignación al azar adecuado (Taylor 1990, Miller 1997, Simon 1997, Lewis 1998, Dornelas 2000). Nueve estudios no informaron el método de asignación al azar utilizado. Dos estudios asignaron el tratamiento mediante la alternación entre hospitales en el transcurso del tiempo (Stevens 1993, Stevens 2000) y un estudio empleó un diseño cuasiexperimental con un hospital de intervención y dos de control (Pelletier 1998).

En ocho estudios se realizó en el seguimiento la validación del estado de fumador, mediante el estudio del monóxido de carbono en el aire expirado (Taylor 1990, Campbell 1991, CASIS 1992, De Busk 1994, Campbell 1996, Lewis 1998, Ortigosa 2000, Hajek 2002), y mediante cotinina en plasma o saliva en seis estudios (De Busk 1994, Rigotti 1994, Miller 1997, Rigotti 1997, Simon 1997 y Hajek 2002). Un estudio utilizó las mediciones de carboxihemoglobina sérica en una muestra de pacientes (Pederson 1991), uno utilizó tiocianato sérico (Taylor 1990), dos utilizaron la "verificación por otra persona adiestrada", en los casos donde la medida de cotinina salival o plasmática no estaba disponible (Miller 1997, Lewis 1998) y un estudio (Dornelas 2000) utilizó corroboración por persona adiestrada solamente. Tres estudios (Stevens 1993, Pelletier 1998, Stevens 2000) no validaron bioquímicamente el abandono del hábito. Dos estudios utilizaron más de una forma de validación, distinta de la verificación por persona adiestrada (Taylor 1990, De Busk 1994).

La mayoría de los estudios reclutaron los participantes sobre la base de una muestra de conveniencia, con la asignación al azar basada en el grupo (intervención o control) en lugar de en la inclusión inicial. La selección al azar para la inclusión sólo se realizó en un estudio (Rigotti 1997). También rara vez se registraron las tasas de participación (es decir, la proporción de aquellos con los que se estableció contacto y que estuvieron de acuerdo en participar en el ensayo). La mayoría de los estudios registraron como fumadores actuales a los pacientes perdidos del seguimiento. En un estudio (Stevens 2000), se ofreció la

intervención de manera irregular, con un contacto real con sólo un 68% de aquellos elegibles para la intervención.

Todos los estudios incluían adultos masculinos y femeninos que fumaron cigarrillos o que eran fumadores recientes de cigarrillos. Seis estudios incluyeron exconsumidores recientes así como también fumadores actuales (CASIS 1992, Stevens 1993, De Busk 1994, Rigotti 1994, Rigotti 1997, Stevens 2000).

RESULTADOS

Intervenciones hospitalarias categorizadas por intensidad

Ningún estudio incluido informó sobre los efectos de las intervenciones breves en los pacientes hospitalizados (intensidad 1). Tres estudios (Pederson 1991, Pelletier 1998, Hajek 2002) utilizaron una intervención más intensiva en el hospital, pero sin seguimiento después del alta hospitalaria (intensidad 2). No hubo pruebas de un beneficio significativo al combinar estos estudios, pero los intervalos de confianza no excluyen la posibilidad de un beneficio (odds-ratio de Peto 1,07, IC del 95%: 0,79 a 1,44). Los análisis de seis estudios que informan sobre los efectos de algún contacto durante el período de hospitalización más un seguimiento mínimo (intensidad 3) no lograron detectar un efecto estadísticamente significativo, pero no descarta un aumento del 30% en el abandono del hábito de fumar (odds-ratio de Peto 1,09, IC del 95%: 0,91 a 1,31). Los análisis combinados de siete estudios que informan sobre los efectos de un seguimiento de mayor intensidad después de una intervención hospitalaria (intensidad 4) muestran un aumento estadísticamente significativo de las tasas de abandono (odds-ratio de Peto 1,82, IC del 95%: 1,49 a 2,22).

Análisis de sensibilidad

Un análisis de sensibilidad que excluía cuatro estudios que informaron sobre el uso de TRN en la intensidad más alta de la intervención (Taylor 1990, De Busk 1994, Simon 1997, Lewis 1998) no indicó que la eficacia de estas intervenciones se debiera al uso de TRN (odds-ratio de Peto 1,61, IC del 95%: 1,26 a 2,06). Sólo un estudio que utilizó una intervención de intensidad mínima con seguimiento (intensidad 3) informó el uso de TRN (Rigotti 1997), pero esto ocurrió en sólo cerca del 4% de los participantes, de modo que un análisis de sensibilidad no fue posible.

Dentro de los estudios que realizaron una intervención con seguimiento mínimo (intensidad 3) se realizó un análisis de sensibilidad que excluía los datos informados por dos estudios que no asignaron al azar a los pacientes (Stevens 1993, Stevens 2000). Esto cambió la estimación puntual, pero no afectó sustancialmente los intervalos de confianza (odds-ratio de Peto 1,01, IC del 95%: 0,78 a 1,31).

Dentro de los estudios que administraron la intervención de más alta intensidad (intensidad 4) se realizó un análisis de sensibilidad que excluía los datos informados de los estudios en los que los participantes fueron seleccionados sobre la base

de la voluntad de realizar un intento por abandonar el hábito de fumar (Miller 1997, Simon 1997, Lewis 1998). continuó el efecto sobre las tasas de abandono en los estudios restantes (odds-ratio de Peto 2,12, IC del 95%: 1,57 a 2,87).

Finalmente, se realizó un análisis de sensibilidad que excluía los estudios que informaron los datos de los exconsumidores recientes, así como de los fumadores actuales (CASIS 1992, Stevens 1993, De Busk 1994, Rigotti 1994, Rigotti 1997, Stevens 2000). En el caso de los estudios que realizaron una intervención de intensidad mínima con seguimiento (intensidad 3) hubo un cambio pequeño en los estimados (odds-ratio de Peto 1,04, IC del 95%: 0,76 a 1,41). En los estudios que administraban la intervención de más alta intensidad (intensidad 4) permaneció un aumento del abandono del hábito de fumar (odds-ratio de Peto 1,79, IC del 95%: 1,41 a 2,28).

Efectos de la intervención por el diagnóstico

Nueve estudios (Taylor 1990, Campbell 1991, CASIS 1992, De Busk 1994, Rigotti 1994, Miller 1997, Dornelas 2000, Ortigosa 2000, Hajek 2002) informaron sobre los efectos de las intervenciones en pacientes hospitalizados con un diagnóstico cardiovascular. El análisis combinado de estos estudios indicó que la intervención aumentó el abandono del hábito de fumar (odds-ratio de Peto 1,41, IC del 95%: 1,17 a 1,70). Cuatro estudios (Campbell 1991, Pederson 1991, Campbell 1996, Miller 1997) informaron las intervenciones en pacientes hospitalizados con un diagnóstico respiratorio. Los análisis combinados no lograron detectar un aumento en las tasas de abandono comparadas con el grupo de control (odds-ratio de Peto 0,99, IC del 95%: 0,66 a 1,48), pero los intervalos de confianza no descartan un efecto clínicamente útil. Ningún estudio informó los efectos de las intervenciones en pacientes hospitalizados con diagnóstico de cáncer.

Efectos del tratamiento de reemplazo de nicotina

El análisis de tres estudios (Campbell 1991, Campbell 1996, Lewis 1998) que comparaban el uso de TRN con placebo de TRN no logró detectar un efecto estadísticamente significativo. Sin embargo, los intervalos de confianza fueron amplios y no descartan la posibilidad de un aumento del 50% del abandono del hábito de fumar debido al uso de TRN como parte de una intervención para el abandono del hábito de fumar en pacientes hospitalizados (odds-ratio de Peto 1,12, IC del 95%: 0,65 a 1,93).

Solamente en uno de los análisis se detectó heterogeneidad significativa (intervención en pacientes con diagnóstico cardiovascular). El ajuste con un modelo de efectos aleatorios para estudiar esta heterogeneidad no alteró los resultados sustancialmente (odds-ratio 1,49, IC del 95%: 1,05 a 2,18).

DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión indican que las intervenciones de abandono del hábito de fumar administradas durante un

período de hospitalización, con apoyo de seguimiento después del alta hospitalaria aumentan la frecuencia del abandono del hábito de fumar. No hay evidencia para apoyar las intervenciones breves administradas únicamente durante la hospitalización. Hubo sólo tres estudios en esta categoría y el más grande, que no mostró pruebas de beneficio, brindó una intervención de 20 a 30 minutos, por parte de una enfermera de rehabilitación cardíaca, para fumadores que deseaban abandonar el hábito de fumar (Hajek 2002). Aunque se ha enseñado a las enfermeras a que administren intervenciones efectivas de abandono del hábito de fumar (Rice 2002), estas intervenciones no son en general administradas por ellas, también responsables de otros aspectos de la atención clínica. Las intervenciones breves de los servicios dedicados a la orientación pueden ser más efectivos (West 2002). Hay pruebas de otras poblaciones de que el asesoramiento breve brindado por los médicos constituye una intervención efectiva para promover el abandono del hábito de fumar, pero estos ensayos en gran parte han tenido lugar en contextos de atención primaria y no han sido dirigidos a los fumadores que ya están motivados para abandonar el hábito de fumar (Silagy 2002a). Hay también pruebas de otras fuentes de que el comportamiento de fumadores a principios del intento de abandono del hábito de fumar durante la hospitalización es un predictor sólido de la remisión a largo plazo (Sciamanna 2000) y pruebas indirectas de que el incremento de la intensidad de la intervención, en particular al aumentar la cantidad de seguimientos después del alta hospitalaria, se asocia con tasas mayores de abandono. Esto indica que el seguimiento después del alta hospitalaria puede ser una parte importante de las intervenciones administradas inicialmente durante el período de hospitalización. Lamentablemente, uno de los estudios más amplios llevados a cabo en pacientes hospitalizados (BTS 1983) fue excluido porque no informó por separado los datos de los grupos de pacientes hospitalizados y de pacientes ambulatorios.

No es posible determinar cuánto contribuye TRN al efecto de las intervenciones hospitalarias, dado que todos los estudios que usaron esto también fueron categorizados como de alta intensidad sobre la base del grado de seguimiento después del alta hospitalaria. La exclusión de aquellos estudios que informan el uso de TRN no redujo la eficacia aparente de estas intervenciones y los análisis de los estudios que compararon el uso de TRN con TRN de placebo administrado en una intervención de alta intensidad no logró detectar un efecto estadísticamente significativo (Campbell 1991, Campbell 1996, Lewis 1998). Sin embargo, los intervalos de confianza fueron compatibles con un efecto de TRN similar al encontrado en otros contextos (Silagy 2002b), y en consecuencia, estos datos apoyan su utilidad en los pacientes apropiados durante y después de la hospitalización. De igual manera, mientras que ningún estudio consideró el uso de antidepresivos en pacientes hospitalizados, aumentan las pruebas de otras poblaciones de que los antidepresivos colaboran a mantener el intento de abandono del hábito de fumar (Hughes 2002) y pueden

considerarse en tales pacientes cuando no hay contraindicación clínica.

En el caso de las intervenciones de intensidades más altas (intensidad 4), ni la exclusión de los estudios que incluían a exconsumidores recientes, así como a fumadores actuales ni aquellos que incluían pacientes seleccionados por la motivación afectaron significativamente las tasas de abandono logradas. El tratamiento de la dependencia de nicotina debe parearse con las necesidades del sujeto, pero estos datos apoyan la idea de que se debe ofrecer alguna forma de ayuda a todos los pacientes fumadores, independientemente de la motivación para dejar el hábito de fumar.

Los análisis por el diagnóstico indican que en los pacientes con un diagnóstico de enfermedad cardiovascular que recibieron una intervención hay un aumento en la tasa de abandono. Dado que estos no eran pacientes seleccionados según la motivación para dejar el hábito de fumar, este hallazgo presta algún apoyo a la hipótesis de que los pacientes con una enfermedad relacionada con el tabaco son receptivos a la intervención. La efectividad de las intervenciones en los pacientes con un diagnóstico respiratorio es menos clara, lo que genera la hipótesis de que a los pacientes con ciertos diagnósticos les puede resultar más difícil abandonar el hábito de fumar. Sin embargo, los intervalos de confianza fueron amplios y se superponen con los estimados en pacientes con enfermedades cardiovasculares. En consecuencia, no hay pruebas sólidas de diferencias del efecto según el diagnóstico de los pacientes. Aunque los diferentes diagnósticos pueden proporcionar mayor o menos motivación para intentar abandonar el hábito de fumar, es probable que el grado de dependencia del tabaco sea un indicador más fuerte de la capacidad para abandonar el hábito de fumar que el diagnóstico clínico.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

Los resultados apoyan el uso de las intervenciones de abandono del hábito de fumar administradas durante el período de hospitalización, y también incluyen el seguimiento durante al menos un mes después del alta hospitalaria. Aunque tales intervenciones fueron efectivas, haya sido utilizado TRN o no, los resultados son compatibles con los datos que muestran la efectividad de TRN en otras poblaciones. No hubo pruebas claras de que los pacientes con diferentes diagnósticos clínicos responden de diferentes maneras.

Implicaciones para la investigación

Hay algunas importantes áreas en las que hay poca o ninguna investigación disponible que reúna los requisitos para la inclusión en esta revisión. En particular, no hay estudios que informen sobre la eficacia de las intervenciones que administran asesoramiento breve durante el período de hospitalización sin seguimiento posterior, aunque hay ahora tres estudios que informan sobre la eficacia del asesoramiento intensivo

administrado durante el período de hospitalización sin seguimiento posterior.

Tampoco fue posible examinar el impacto de las intervenciones administradas a los pacientes con diagnóstico de cáncer. Aunque varios estudios informaron datos sobre intervenciones administradas a pacientes con un diagnóstico cardiovascular y a pacientes con un diagnóstico respiratorio, la ausencia de pruebas en lo que se refiere a los pacientes con un diagnóstico de cáncer indica otra área que requiere investigación.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quisieran agradecer a Sarah Welch y a Sarah Roberts del Grupo de Investigación en Práctica General de ICRF por su ayuda para la obtención de datos, y a Corinne

Husten, John Britton e Ian Campbell por los comentarios útiles durante la revisión por pares.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Uno de los autores (Rigotti) era el coautor de dos estudios incluidos en la revisión.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- NHS Research and Development Programme UK

Recursos internos

- Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group UK

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Campbell 1991 {published data only}

*Campbell IA, Prescott RJ, Tjeder-Burton SM. Smoking cessation in hospital patients given repeated advice plus nicotine or placebo chewing gum. *Respiratory Medicine* 1991;**85**:155-157. 1991360932.

Campbell 1996 {published data only}

*Campbell IA, Prescott RJ, Tjeder-Burton SM. Transdermal nicotine plus support in patients attending hospital with smoking related diseases - a placebo controlled study. *Respiratory Medicine* 1996;**90**(1):47-51. 1997010265.

CASIS 1992 {published data only}

*Ockene JK, Kristeller J, Goldberg R, Ockene IS, Merriam P, Barrett S et al. Smoking cessation and severity of disease: The coronary artery smoking intervention study. *Health Psychology* 1992;**11**:119-26. 1992258345.

Rosal MC, Ockene JK, Ma YS, Hebert JR, Ockene IS, Merriam P et al. Coronary Artery Smoking Intervention Study (CASIS): 5-year Follow-up. *Health Psychology* 1998;**17**(5):476-478. 1998446902.

De Busk 1994 {published data only}

*DeBusk RF, Houston-Miller N, Superko HR, Dennis CA, Thomas RJ, Lew HT et al. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine* 1994;**120**(9):721-729.

Dornelas 2000 {published data only}

*Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, Waters D, Thompson PD. A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction. *Preventive Medicine* 2000;**30**:261-268.

Hajek 2002 {published data only}

*Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: Randomised controlled trial. *BMJ* 2002;**324**:87-9.

Lewis 1998 {published data only}

*Lewis SF, Piasecki TM, Fiore MC, Anderson JE, Baker TB. Transdermal nicotine replacement for hospitalized patients: A randomized clinical trial. *Preventive Medicine* 1998;**27**(2):296-303. 1998240165.

Miller 1997 {published data only}

*Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, Sobel DS, Taylor CB. Smoking cessation in hospitalized patients - Results of a randomized trial. *Archives of Internal Medicine* 1997;**157**:409-415. 1997198917.

Taylor CB, Miller NH, Herman S, Smith PM, Sobel D, Fisher L, DeBusk RF. A nurse-managed smoking cessation program for hospitalized smokers. *American Journal of Public Health* 1996;**86**:1557-1560.

Ortigosa 2000 {published data only}

*Ortigosa AM, Gomez FJO, Ramalle-Gomara E, Reta IS, Esteban MVF, Diaz MQ. Efficacy of an intervention in smoking cessation in patients with myocardial infarction [Eficacia de una intervencion para dejar de fumar en pacientes con infarto de miocardio]. *Medicina Clinica (Barc)* 2000;**114**:209-210.

Pederson 1991 {published data only}

*Pederson LL, Wanklin JM, Lefcoe NM. The effects of counseling on smoking cessation among patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *The International Journal of the Addictions* 1991;**26**(1):107-119. 1991293892.

Pelletier 1998 {published data only}

*Pelletier JG, Moisan JT. Smoking cessation among hospitalized patient: A quasi-experimental study in Quebec. *Canadian Journal of Public Health* 1998;**89**:264-9.

Rigotti 1994 {published data only}

*Rigotti NA, McKool KM, Shiffman S. Predictors of smoking cessation after coronary artery bypass graft surgery. Results of a randomized trial with 5-year follow-up. *Annals of Internal Medicine* 1994;**120**(4):287-293. 94121392.

Rigotti 1997 {published data only}

*Rigotti NA, Arnsten JH, McKool KM, Wood Reid KM, Pasternak RC, Singer DE. Efficacy of a smoking cessation program for hospital patients. *Archives of Internal Medicine* 1997;**157**(22):2653-2660. 1998189721.

Simon 1997 {published data only}

*Simon JA, Solkowitz SN, Carmody TP, Browner WS. Smoking cessation after surgery - A randomized trial. *Archives of Internal Medicine* 1997;**157**:1371-1376. 1997344630.

Stevens 1993 {published data only}

*Stevens VJ, Glasgow RE, Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM. A smoking-cessation intervention for hospital patients. *Medical Care* 1993;**31**(1):65-72. 93108828.

Stevens 2000 {published data only}

Allaway L, Stevens VJ. Respiratory care practitioners can provide effective smoking-cessation counseling to hospitalized smokers. *Respiratory Care* 1996;**41**(11):1026-1029.

*Stevens VJ, Glasgow RE, Hollis JF, Mount K. Implementation and effectiveness of a brief smoking-cessation intervention for hospital patients. *Medical Care* 2000;**38**(5):451-459.

Taylor 1990 {published data only}

*Taylor CB, Houston-Miller NH, Killen JD, DeBusk RF. Smoking cessation after acute myocardial infarction: Effects of a nurse-managed intervention. *Annals of Internal Medicine* 1990;**113**:118-123. 90297441.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Agewall 2001

Agewall S, Fagerberg B, Berglund G, Schmidt C, Wendelhag I, Wikstrand J. Multiple risk intervention trial in high risk hypertensive men: comparison of ultrasound intima-media thickness and clinical outcome during 6 years of follow-up. *Journal of Internal Medicine* 2001;**249**(4):305-314.

Allen 1998

*Allen B, Pederson LL, Leonard EH. Effectiveness of physicians-in-training counseling for smoking cessation in African Americans. *Journal of the National Medical Association* 1998;**90**:597-604. 1999020565.

BTS 1983

*British Thoracic Society. Comparison of four methods of smoking withdrawal in patients with smoking related diseases. *British Medical Journal* 1983;**286**:595-597.

British Thoracic Society. Smoking withdrawal in hospital patients: factors associated with outcome. *Thorax* 1984;**39**:651-656.

Burt 1974

*Burt A, Illingworth D, Shaw T, Thornley P, White P, Turner R. Stopping smoking after myocardial infarction. *Lancet* 1974;**1**(7582):304-306.

Colby 1998

*Colby SM, Monti PM, Barnett NP, Rohsenow DJ, Weissman K, Spirito A et al. Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;**66**(3):574-578. 98306868.

Cole 2001

Cole TK. Smoking cessation in the hospitalized patient using the transtheoretical model of behavior change. *Heart & Lung* 2001;**30**(2):148-158.

Dale 1995

*Dale LC, Hurt RD, Offord KP, Lawson GM, Croghan IT, Schroeder DR. High-dose nicotine patch therapy - percentage of replacement and smoking cessation. *JAMA* 1995;**274**(17):1353-1358. 1996102382.

Emmons 2000

Emmons KM, Goldstein MG, Roberts M, Cargill B, Sherman CB, Millman R et al. The use of nicotine replacement therapy during hospitalization. *Annals of Behavioral Medicine* 2000;**22**(4):325-329.

Feeney 2001

Feeney GF, McPherson A, Connor JP, McAlister A, Young MR, Garrahy P. Randomized controlled trial of two cigarette quit programmes in coronary care patients after acute myocardial infarction. *Internal Medicine Journal* 2001;**31**(8):470-475.

Galvin 2001

Galvin K, Webb C, Hillier V. Assessing the impact of a nurse-led health education intervention for people with peripheral vascular disease who smoke: the use of physiological markers, nicotine dependence and withdrawal. *International Journal of Nursing Studies* 2001;**38**(1):91-105.

Gritz 1993

Gritz ER, Carr CR, Rapkin D, Abemayor E, Chang LJ, Wong WK et al. Predictors of long-term smoking cessation in head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 1993;**2**(3):261-270. 93306182.

Gritz ER, Ward PH, Beumer J, Carr CR, Rapkin DA. In: Association of Community Cancer Centers, editor(s). *Advances in Cancer Control: Screening and Prevention*. New York: Wiley-Liss, 1990:83-93.

Johnson 1999

*Johnson JL, Budz B, Mackay M, Miller C. Evaluation of a nurse-delivered smoking cessation intervention for hospitalized patients with cardiac disease. *Heart & Lung* 1999;**28**(1):55-64.

Jones 2001

Jones C, Griffiths RD, Skirrow P, Humphris G. Smoking cessation through comprehensive critical care. *Intensive Care Medicine* 2001;**27**(9):1547-1549.

Kalman 2001

Kalman D, Hayes K, Colby SM, Eaton CA, Rohsenow DJ, Monti PM. Concurrent versus delayed smoking cessation treatment for persons in early alcohol recovery - A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2001;**20**(3):233-238.

Lisspers 1999

Lisspers J, Sundin O, HofmanBang C, Nordlander R, Nygren A, Ryden L et al. Behavioral effects of a comprehensive, multifactorial program for lifestyle change after percutaneous transluminal coronary angioplasty: a prospective, randomized, controlled study. *J Psychosom Res* 1999;**46**:143-154.

McHugh 2001

McHugh F, Lindsay GM, Hanlon P, Hutton I, Brown MR, Morrison C, Wheatley DJ. Nurse led shared care for patients on the waiting list for coronary artery bypass surgery: a randomised controlled trial. *Heart* 2001;**86**:317-323.

Meenan 1998

*Meenan RT, Stevens VJ, Hornbrook MC, La Chance PA, Glasgow RE, Hollis JF et al. Cost-effectiveness of a hospital-based smoking cessation intervention. *Medical Care* 1998;**36**(5):670-678. 1998255497.

Moller 2002

Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002;**359**(9301):114-117.

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):348-353.

Rissel 2000

Rissel C, Salmon A, Hughes AM. Evaluation of a (pilot) stage-tailored brief smoking cessation intervention among hospital patients presenting to a hospital pre-admission clinic. *Aust Health Rev* 2000;**23**(3):83-93.

Schmitz 1999

*Schmitz JM, Spiga R, Rhoades HM, Fuentes F, Grabowski J. Smoking cessation in women with cardiac risk: a comparative study of two theoretically based therapies. *Nicotine and Tobacco Research* 1999;**1**:87-94.

Smith 2002

Smith PM, Reilly KR, Houston-Miller N, DeBusk RF, Taylor CB. Application of a nurse-managed inpatient smoking cessation program. *Nicotine and Tobacco Research* 2002;**4**(2):211-222.

Strecher 1985

*Strecher VJ, Becker MH, Kirscht JP, Eraker SA, Graham-Tomasi RP. Evaluation of a minimal-contact smoking cessation program in a health care setting. *Patient Education and Counselling* 1985;7:395-407.

Wewers 1994

*Wewers ME, Bowen JM, Stanislaw AE, Desimone VB. A nurse-delivered smoking cessation intervention among hospitalized postoperative patients--influence of a smoking-related diagnosis: a pilot study. *Heart & Lung* 1994;23:151-156. 94266626.

Referencias de los estudios en marcha

Froelicher 2000

Study contact information not provided. Contact reviewer for more information. Women's Initiative for Nonsmoking (WINS). *Ongoing study* Starting date of trial not provided. Contact reviewer for more information.

Froelicher ES, Christopherson DJ. Women's Initiative for Nonsmoking (WINS) I: Design and methods. *Heart & Lung* 2000;29(6):429-437.

Froelicher ES, Christopherson DJ, Miller NH, Martin K. Women's initiative for nonsmoking (WINS) IV: description of 277 women smokers hospitalized with cardiovascular disease. *Heart Lung* 2002;31:3-14.

Martin K, Froelicher ES, Miller NH. Women's Initiative for Nonsmoking (WINS) II: The intervention. *Heart & Lung* 2000;29(6):438-445.

Lando 2000

Dr HA Lando (lando@epi.umn.edu). Promoting smoking cessation in hospital patients.. *Ongoing study* January 1997.

*Hennrikus D, Lando HA, McCarty MC, Vessey JT. The effectiveness of a systems approach to smoking cessation in hospital inpatients. *Society for Research on Nicotine and Tobacco 7th Annual Meeting March 23-23 Seattle Washington*. 2001:47.

Referencias adicionales

Hughes 2002

Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2002. Oxford: Update Software. CD000031.

Ockene 1992

Ockene JK, Kristeller J, Goldberg R, Ockene IS, Merriam P, Barrett S et al. Smoking cessation and severity of disease: The coronary artery smoking intervention study. *Health Psychology* 1992;11:119-126.

Rice 2002

Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2002. Oxford: Update Software. CD001188.

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;273:408-412.

Sciamanna 2000

Sciamanna CN, Stillman FA, Hoch JS, Butler JH, Gass KG, Ford DE. Opportunities for improving inpatient smoking cessation programs: A community hospital experience. *Preventive Medicine* 2000;30:496-503.

Silagy 2002a

Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2002. Oxford: Update Software. CD000165.

Silagy 2002b

Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2002. Oxford: Update Software. CD000146.

Yusuf 1985

Yusuf S, Peto R, Lewis J, Collins R, Sleight P. Beta blockade during and after myocardial infarction: An overview of the randomized trials. *Progress in Cardiovascular Diseases* 1985;27(5):335-371.

Referencias de otras versiones de esta revisión

Rigotti 2001

Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. In: *The Cochrane Library*, 2, 2001. Oxford: Update Software. CD001837.

* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

TABLAS

Characteristics of included studies

Study	CASIS 1992
Methods	Country: USA Recruitment: Inpatients with coronary artery stenosis confirmed by catheterisation. Selected: Invited to participate. Randomization: Method not stated.
Participants	Participants: 267 current smokers or recent quitters (50%, defined as at least 5 cig/day at any time in previous 2 mo.). 25 cig/day, age 53 average. 78 had acute MI, 21 recent MI, 152 other symptoms. Therapists: Masters level health educators.
Interventions	1. Intervention: Counselling (2x, total 40 min., type not stated) Other (self-help materials, relaxation tapes) Follow-up (4x @ 1, 3 wk and 3 mo. if quit or 2,4 mo. if did not quit by telephone) 2. Comparison: Advice only Intensity: 4 NRT: No
Outcomes	Abstinence: Sustained abstinence at 6 & 12 months. Validation: Expired air CO. Died: None reported.
Notes	Patients admitted with MI more likely to be quitters at 6 months (74%). Evidence of interaction between intervention and illness.
Allocation concealment	B
Study	Campbell 1991
Methods	Country: UK Recruitment: Inpatients with smoking-related diseases. Selected: Invited to participate. Randomization: Method not stated.
Participants	Participants: 212 current smokers. Number smoked and age not stated. Most had heart or lung disease. Therapists: Physician and non-specialist counsellor.
Interventions	1. Intervention: Physician advice Counselling (1x, total not stated, type not stated) NRT (gum, dose 2-4 mg, for 3 mo.) Follow-up (5x @ 2, 3, 5 wk, 3, 6 mo. in clinic by counsellor) 2. Comparison: Other (as above, placebo NRT gum) Intensity: 4 NRT: Yes
Outcomes	Abstinence: Sustained abstinence at 6 & 12 months. Validation: Expired air CO. Died: None reported.

Characteristics of included studies

Notes	Heart disease, lung disease and other given separately in analysis by diagnosis.
Allocation concealment	B
Study	Campbell 1996
Methods	Country: UK Recruitment: Inpatients with respiratory or cardiovascular disease. Selected: Prepared to make quit attempt. Randomization: Method not stated.
Participants	Participants: 62 current smokers. Number smoked and age not stated. Approx. 75% had respiratory disease. Therapists: Physician and non-specialist counsellor.
Interventions	1. Intervention: Physician advice Counselling (1x, total 30-60 min., type information) NRT (patch, dose 17.5-35 mg, for 12 wk) Follow-up (4x @ 2, 4, 8, 12 wk in clinic by counsellor) 2. Comparison: Other (as above, placebo NRT patch) Intensity: 4 NRT: Yes
Outcomes	Abstinence: Sustained abstinence at 3, 6 & 12 months. Validation: Expired air CO. Died: None reported.
Notes	Only data on inpatients extracted from study. Included in respiratory disease subcategory.
Allocation concealment	B
Study	De Busk 1994
Methods	Country: USA Recruitment: Inpatients with acute MI. Selected: Invited to participate. Randomization: Method not stated.
Participants	Participants: 252 current smokers or recent quitters (proportion not stated, defined as any tobacco use in previous 6 mo.). Number smoked not stated, age 57 average. First year after MI. Therapists: Physician and nurse.
Interventions	1. Intervention: Physician advice Counselling (1x, total not stated, type not stated) NRT ("reserved for highly-addicted patients") Other (self-help materials, relaxation tapes) Follow-up (8x @ 48 hr, 1 wk, and every mo. for 6 mo. by telephone) 2. Comparison: Advice only Intensity: 4 NRT: Yes?

Characteristics of included studies

Outcomes	Abstinence: Sustained abstinence at 6 & 12 months. Validation: Expired air CO and plasma cotinine. Died: None reported.
Notes	
Allocation concealment	B
Study	Dornelas 2000
Methods	Country: USA Recruitment: Inpatients with acute MI. Selected: Invited to participate. Randomization: Number drawn from envelope.
Participants	Participants: 100 current smokers. 29 cig/day, age 54 average. Therapists: Psychologist.
Interventions	1. Intervention: Counselling (1x, total 20 min, type behavioural) Follow-up (7x @ <1, 4, 8, 12, 16, 20, 26 wk by telephone) 2. Comparison: Advice only Intensity: 4 NRT: No
Outcomes	Abstinence: Abstinence at 12 months (point prevalence). Validation: Significant other Died: 5 at 12 mo.
Notes	Validation by significant other only in 70% of cases.
Allocation concealment	A
Study	Hajek 2002
Methods	Country: UK Recruitment: Inpatients with acute MI. Selected: Invited to participate. Randomization: Not stated.
Participants	Participants: 540 current smokers. 23 cig/day, age 56 average. Therapists: cardiac rehab nurse.
Interventions	1. Intervention: Nurse advice Counselling (1x, total 20-30 min) Other (self-help materials) 2. Comparison: Brief advice and booklet Intensity: 2 NRT: No
Outcomes	Abstinence: Abstinence at 12 months (point prevalence), with visit to self-reported non-smoker. Validation: Expired air CO and salivary cotinine. Died: 35 at 12 mo.

Characteristics of included studies

Notes	New study 2003/1 update
Allocation concealment	A
Study	Lewis 1998
Methods	Country: USA Recruitment: Inpatients excluding certain cardiac conditions. Selected: Prepared to make quit attempt. Randomization: Computer-generated code.
Participants	Participants: 185 current smokers. 24 cig/day, age 43 average. 12 ICD-9 categories. Therapists: Physician and nurse.
Interventions	1. Intervention: Physician advice Counselling (1x, total 2-3 min., type information) NRT (patch, dose 22 mg, for 3 wk + 11 mg, for 3 wk) Other (self-help materials) Follow-up (4x @ 1,3,6 wk, 6 mo. by telephone) 2. Intervention: Physician advice Counselling (1x, total 2-3 min., type information) NRT (patch, placebo) Other (self-help materials) Follow-up (4x @ 1,3,6 wk, 6 mo. by telephone) 3. Comparison: Advice only Intensity: 4 NRT: Yes
Outcomes	Abstinence: Abstinence at 6 months (point prevalence). Validation: Expired air CO. Died: None reported.
Notes	1 vs 2 for effect of NRT. Not used in behavioural intervention analysis. Highest quit rates found in patients with respiratory disease.
Allocation concealment	A
Study	Miller 1997
Methods	Country: USA Recruitment: Inpatients excluding obstetric and psychiatric patients. Selected: Prepared to make quit attempt, those wishing to do so alone excluded. Randomization: Sealed envelope.
Participants	Participants: 1942 current smokers. 20 cig/day, age 51 average. 32% with cardiovascular, 12% pulmonary diagnosis. Therapists: Physician and nurse counsellor.

Characteristics of included studies

Interventions	1. Intervention: Physician advice Counselling (1x, total 30 min., type behavioural) Other (self-help materials, relaxation tapes, video) Follow-up (4x @ 48hr, 1, 3 wk, 3 mo. by telephone) 2. Intervention: Physician advice Counselling (1x, total 30 min., type behavioural) Other (self-help materials, relaxation tapes, video) Follow-up (1x @ 48 hr by telephone) 3. Comparison: Advice only Intensity: 3, 4 NRT: No
Outcomes	Abstinence: Sustained abstinence at 3, 6 & 12 months. Validation: Plasma cotinine or family member corroboration. Died: 82 at 12 mo.
Notes	1 vs 3 in intensive comparison, 2 vs 3 in minimal comparison 12 months abstinence 1+2 vs 3 separately for cardiovascular, pulmonary and other diagnosis.
Allocation concealment	A
Study	Ortigosa 2000
Methods	Country: Spain Recruitment: Inpatients with acute MI. Selected: Invited to participate. Randomization: Method not stated.
Participants	Participants: 90 current smokers. 25 cig/day, age 57 average Therapists: Physician.
Interventions	1. Intervention: Physician advice Follow-up (3x @ 2,3,4 wk by telephone) 2. Comparison: Usual care Intensity: 3 NRT: No
Outcomes	Abstinence: Abstinence at 12 months (point prevalence). Validation: Expired air CO. Died: 3 at 12 mo.
Notes	Intervention not delivered by specialist counsellor.
Allocation concealment	B
Study	Pederson 1991
Methods	Country: USA Recruitment: Inpatients with COPD. Selected: Invited to participate. Randomization: Method not stated.

Characteristics of included studies

Participants	Participants: 74 current smokers. 25 cig/day, age 53 average. 43% chronic bronchitis, 57% emphysema. Therapists: Non-specialist trained in counselling.
Interventions	1. Intervention: Physician advice (prior to admission) Counselling (3-9x, total 45-160 min., type information) Other (self-help materials) 2. Comparison: Advice only Intensity: 2 NRT: No
Outcomes	Abstinence: Abstinence at 6 months (point prevalence). Validation: Serum COHb (in sample). Died: 8 at 6 mo.
Notes	8 deaths excluded, 8 lost to follow-up included.
Allocation concealment	B
Study	Pelletier 1998
Methods	Country: Canada Recruitment: Inpatients with acute MI. Selected: Invited to participate. Randomization: Quasi-experimental
Participants	Participants: 504 current smokers. cig/day not stated, age not stated. Therapists: Nurse.
Interventions	1. Intervention: Physician advice Other (self-help materials) 2. Comparison: Usual care Intensity: 2 NRT: No.
Outcomes	Abstinence: Abstinence at 12 months (self-reported point prevalence). Validation: None. Died: Not stated.
Notes	New study 2003/1 update 1 experimental hospital and 2 control hospitals.
Allocation concealment	A
Study	Rigotti 1994
Methods	Country: USA Recruitment: Inpatients scheduled for CABS. Selected: Invited to participate. Randomization: Method not stated.

Characteristics of included studies

Participants	Participants: 87 current smokers or recent quitters (38%, defined as at least 1 pack / cig in previous 6 mo.). 33 cig/day, age 58 average. 82% of all CABG surgery. Therapists: Nurse.
Interventions	1. Intervention: Counselling (3x, total 60 min., type behavioural) Other (self-help materials, video) Follow-up (1x @ 1 wk by telephone) 2. Comparison: Advice only Intensity: 3 NRT: No
Outcomes	Abstinence: Sustained abstinence at 4, 8 & 12 months. Validation: Salivary cotinine. Died: 7 at 12 mo.
Notes	Abstinence rates include smokers who had quit prior to surgery.
Allocation concealment	B
Study	Rigotti 1997
Methods	Country: USA Recruitment: Inpatients in medical or surgical services. Selected: Invited to participate. Randomization: Method not stated.
Participants	Participants: 615 current smokers or recent quitters (proportion not stated, defined as at least 1 cig in previous 1 mo.). 24 cig/day, age 48 average. 23% had cardiac or pulmonary diagnosis. Therapists: Research assistant and nurse.
Interventions	1. Intervention: Physician advice (prompt on chart) Counselling (1x, total 15 min., type behavioural) Other (self-help materials) NRT ("some" c.4%) Follow-up (1-3x @ 1-3 wk by telephone) 2. Comparison: Usual care Intensity: 3 NRT: Yes?
Outcomes	Abstinence: Abstinence at 6 months (point prevalence). Validation: Salivary cotinine. Died: 35 at 12 mo.
Notes	Randomization by eligibility, then listwise recruitment. 50% of patients could recall being given physician advice.
Allocation concealment	B

Characteristics of included studies

Study	Simon 1997
Methods	Country: USA Recruitment: Inpatients undergoing noncardiac surgery. Selected: Prepared to make quit attempt. Randomization: Sealed envelope.
Participants	Participants: 299 current smokers. 20 cig/day, age 54 average. Most cardiovascular or respiratory disease. Therapists: Public health educator.
Interventions	1. Intervention: Counselling (1x, total 30-60 min., type behavioural) Other (self-help materials, video) NRT (gum, dose not stated, for 3 mo.) Follow-up (5x @ 1-3 wk 2, 3 mo. by telephone) 2. Comparison: Advice only Intensity: 4 NRT: Yes
Outcomes	Abstinence: Abstinence at 12 months (point prevalence). Validation: Serum or salivary cotinine or corroboration by significant other. Died: 25 at 12 mo.
Notes	Approx 65% intervention and 17% control used NRT. Not associated with quitting in either group.
Allocation concealment	A
Study	Stevens 1993
Methods	Country: USA Recruitment: Inpatients with stay >36 hours excluding postpartum and psychiatric patients. Selected: Invited to participate. Randomization: Not random (alternated between hospitals on monthly basis).
Participants	Participants: 1119 current smokers or recent quitters (5%, defined as smoking regularly at any time in previous 3 mo.). 20 cig/day, age 44 average. 17% cardiovascular or respiratory diagnosis. Therapists: Masters level cessation counsellors.
Interventions	1. Intervention: Counselling (1x, total 20 min., type behavioural) Other (self-help materials, video) Follow-up (1-2x @ 1-3 wk by telephone) 2. Comparison: Usual care Intensity: 3 NRT: No
Outcomes	Abstinence: Sustained abstinence at 3 & 12 months. Validation: None (low success in obtaining cotinine returns). Died: None reported.

Characteristics of included studies

Notes	No significant baseline differences between patient characteristics in intervention and control.
Allocation concealment	C
Study	Stevens 2000
Methods	Country: USA Recruitment: Inpatients with stay >36 hours excluding postpartum and psychiatric patients. Selected: Invited to participate. Randomization: Not random (alternated between hospitals on monthly basis).
Participants	Participants: 1173 current smokers or recent quitters (proportion not stated, defined as smoking regularly at any time in previous 3 mo.). 19 cig/day, age 47 average. Therapists: Respiratory therapist.
Interventions	1. Intervention: Counselling (1x, total 20 min., type behavioural) Other (self-help materials, video) Follow-up (1x @ 1 wk by telephone) 2. Comparison: Usual care Intensity: 3 NRT: No
Outcomes	Abstinence: Sustained abstinence at 12 mo. (sustained for 6 mo.) Validation: None. Died: None reported.
Notes	Only 68% of intervention group actually offered intervention.
Allocation concealment	C
Study	Taylor 1990
Methods	Country: USA Recruitment: Inpatients with acute MI. Selected: Invited to participate. Randomization: Sealed envelope.
Participants	Participants: 173 current smokers. 25 cig/day, 58 years average. 10% previous MI. Therapists: Nurse.
Interventions	1. Intervention: Counselling (1x, total not stated, type behavioural) Other (self-help materials, relaxation tapes) NRT (gum "available", dose not stated, for not stated) Follow-up (6-7x @ 1-3 wk, every mo. for 4 mo. by telephone) 2. Comparison Usual care. Intensity: 4 NRT: Yes?

Characteristics of included studies

Outcomes	Abstinence: Sustained abstinence at 3 & 12 months. Validation: Serum thiocyanate, expired air CO. Died: 7 at 12 mo.
Notes	Higher loss to follow up in control group increases apparent effect of intervention when using ITT approach. NRT gum prescribed to 5 patients.
Allocation concealment	A

Characteristics of excluded studies

Study	Reason for exclusion
Agewall 2001	Multifactorial intervention. No smoking cessation outcomes reported.
Allen 1998	Not inpatients (delivered at outpatient clinic).
BTS 1983	Inpatient and outpatient data not reported separately.
Burt 1974	Not randomised.
Colby 1998	Short follow-up (3 months). Only investigated adolescent smokers.
Cole 2001	Review, not study
Dale 1995	Not inpatients (some participants admitted to inpatients unit for smoking intervention).
Emmons 2000	Baseline and pharmacy data from a trial. Main outcomes not yet reported.
Feeney 2001	Intervention delivered after hospital discharge.
Galvin 2001	Not inpatients (delivered at outpatient clinic)
Gritz 1993	Not inpatients (only recruitment carried out in hospital setting).
Johnson 1999	Not randomised.
Jones 2001	Intervention delivered after discharge from ICS
Kalman 2001	Participants hospitalised for alcohol dependence treatment
Lisspers 1999	Intervention delivered after discharge following PCTA
McHugh 2001	Multicomponent intervention delivered prior to hospitalisation for CABG
Meenan 1998	Not randomised.
Moller 2002	Intervention delivered prior to hospital admission.
Richman 2000	Patients not admitted to hospital, follow-up 3 months.
Rissel 2000	Intervention delivered to outpatients. Not randomised
Schmitz 1999	No control / usual care group.
Smith 2002	Not a trial. Evaluates real world effect of intervention used in De Taylor 1990, Busk 1994 and Miller 1997 studies.
Strecher 1985	Not randomised.
Wewers 1994	Short follow-up (5 weeks).

Characteristics of ongoing studies

Study	Froelicher 2000
Trial name or title	Women's Initiative for Nonsmoking (WINS)
Participants	278 women with cardiovascular disease
Interventions	1. Intervention: Nurse managed care focusing on relapse prevention in hospital cessation
Outcomes	Abstinence at 6, 12, 24 mo.
Starting date	
Contact information	
Notes	
Study	Lando 2000
Trial name or title	Promoting smoking cessation in hospital patients.
Participants	Participants: 2354 current smokers or recent quitters (proportion not stated, defined as at least 1 cig at any time in previous 3 mo. and consider themselves a regular smoker for 1 mo. in year prior to admission). Therapists: Physician, nurse and smoking-cessation counsellor.
Interventions	1. Intervention: Physician advice Other (self-help materials) 2. Intervention: Physician advice Counselling (1x, total 20-30 min., type not stated) Follow-up (3-6x, interval not state, by telephone) 3. Comparison: Usual care
Outcomes	Abstinence: 7-day point prevalence at 12 mo. Validation: Salivary cotinine
Starting date	January 1997
Contact information	Dr HA Lando (lando@epi.umn.edu)
Notes	

CARÁTULA

Titulo	Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en pacientes hospitalizados
Autor(es)	Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF
Contribución de los autores	Concepción de la idea: Stead, Rigotti, Murphy. Extracción de datos: Munafo, Murphy, Stead. Redacción: Munafo, Murphy, Stead, Rigotti.
Número de protocolo publicado inicialmente	1999/4

Número de revisión publicada inicialmente	2001/2
Fecha de la modificación más reciente"	27 agosto 2002
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	27 agosto 2002
Cambios más recientes	Actualizado para número 1, 2003. Se incluyeron dos nuevos ensayos, ambos de una intervención moderadamente intensiva realizada durante la estancia hospitalaria.
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	27 agosto 2002
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	27 agosto 2002
Dirección de contacto	Prof Nancy Rigotti Director of Tobacco Research & Treatment General Internal Medicine Unit Massachusetts General Hospital S50-9 Boston 02114 MA USA Teléfono: +1 617 724-3548 E-mail: nrigotti@partners.org
Número de la Cochrane Library	CD001837-ES
Grupo editorial	Cochrane Tobacco Addiction Group
Código del grupo editorial	HM-TOBACCO

RESUMEN DEL METANÁLISIS**01 Intervención versus control, ensayos agrupados por intensidad de la intervención**

Resultado	Nº de estudios	No.de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo (más de seis meses)			Odds-Ratio de Peto IC del 95%	Subtotales únicamente

02 Intervención versus control, por subgrupo de diagnóstico

Resultado	Nº de estudios	No.de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo (más de seis meses)			Odds-ratio (Aleatorio) IC del 95%:	Subtotales únicamente

03 Intervención versus control, ensayos de TRN

Resultado	Nº de estudios	No.de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo (más de seis meses)	3	398	Odds-Ratio de Peto IC del 95%	1.12 [0.65, 1.93]

GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

Fig. 01 Intervención versus control, ensayos agrupados por intensidad de la intervención

01.01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo (más de seis meses)

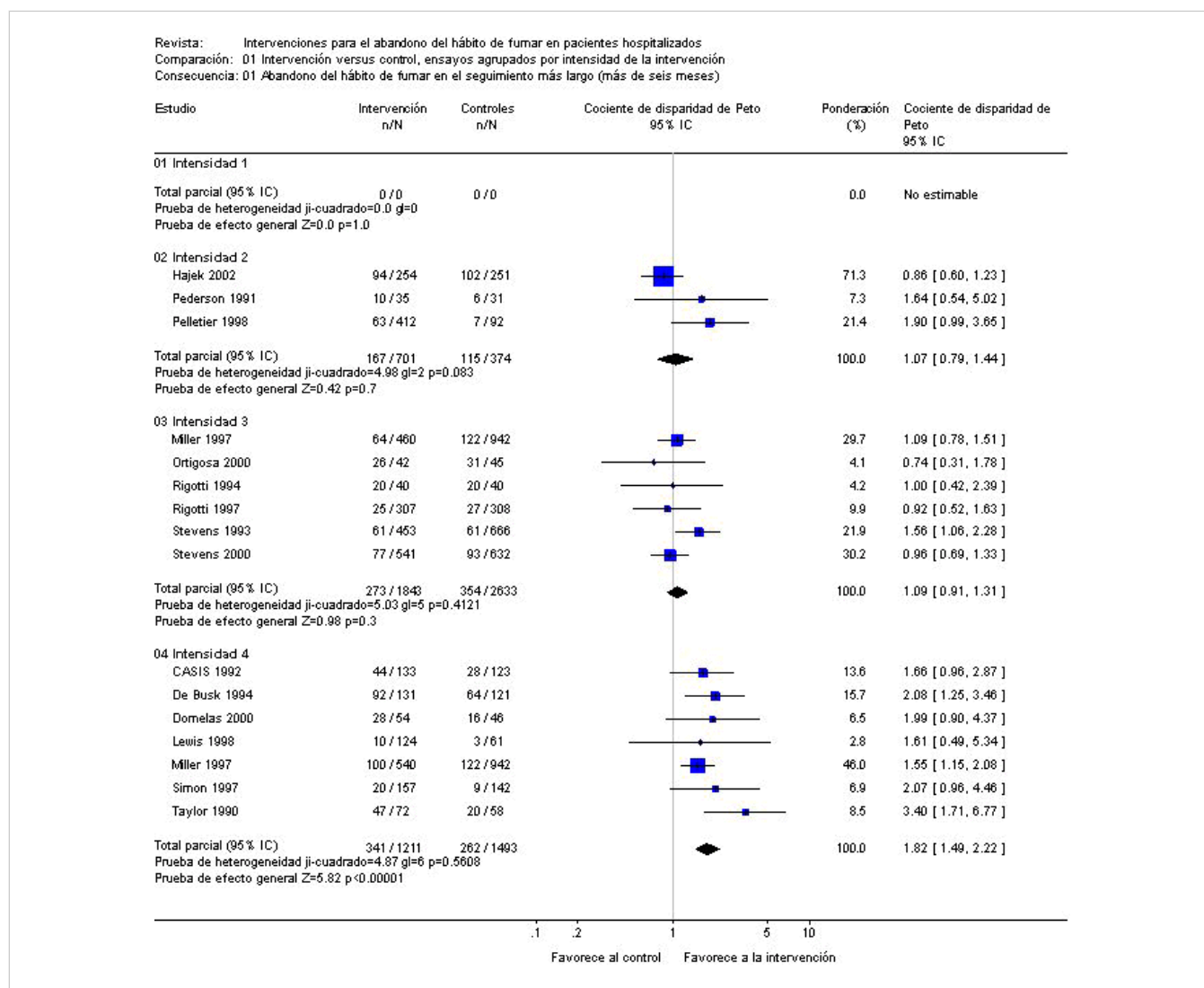


Fig. 02 Intervención versus control, por subgrupo de diagnóstico

02.01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo (más de seis meses)

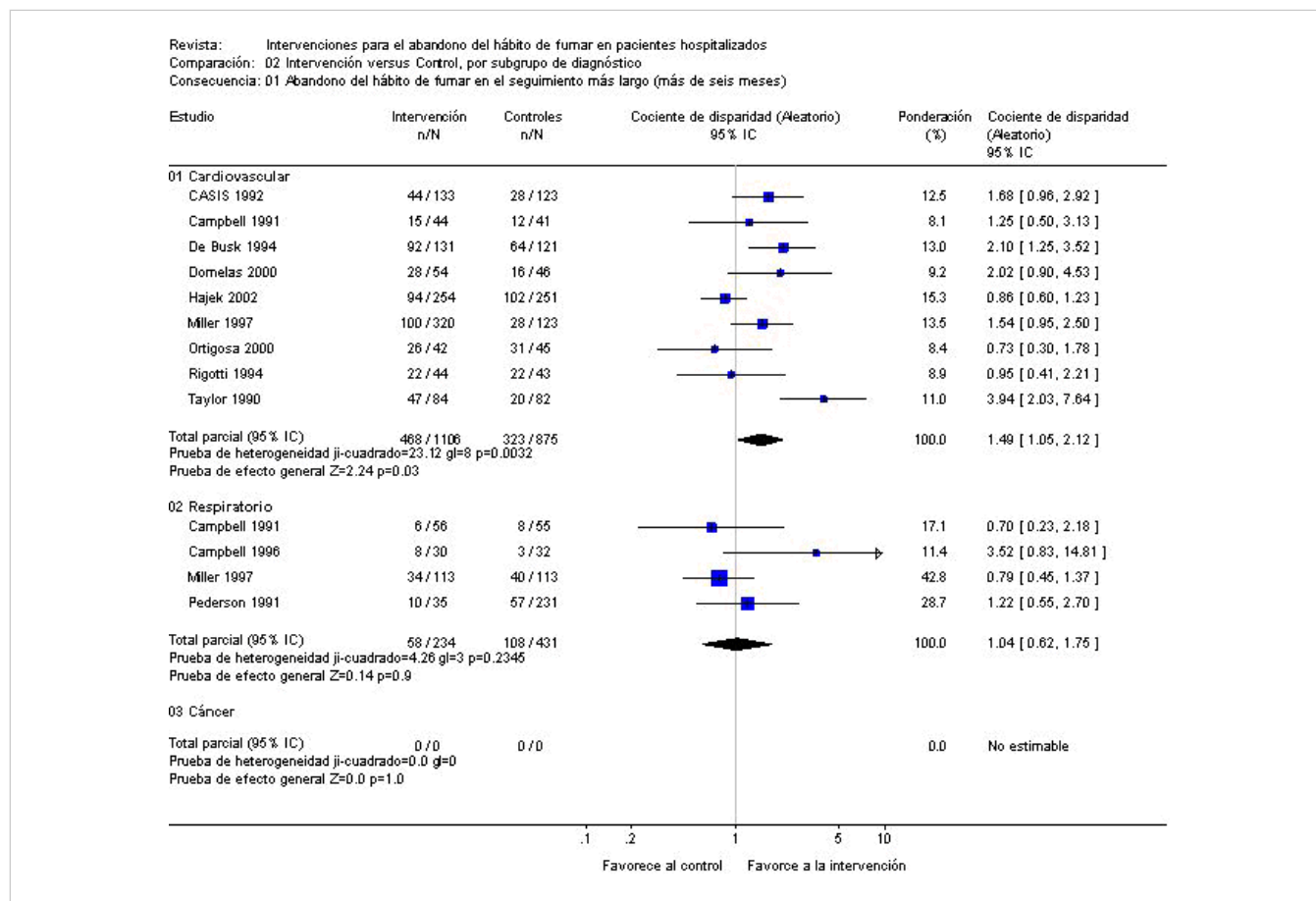


Fig. 03 Intervención versus control, ensayos de TRN

03.01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo (más de seis meses)

