



## Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar

Rice VH, 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](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.....	4
CALIDAD METODOLÓGICA.....	5
RESULTADOS.....	6
DISCUSIÓN.....	8
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	10
AGRADECIMIENTOS.....	10
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	10
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	10
REFERENCIAS.....	11
TABLAS.....	15
Characteristics of included studies.....	15
Characteristics of excluded studies.....	26
Characteristics of ongoing studies.....	27
CARÁTULA.....	28
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	29
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	30
01 Todos los ensayos de intervención de enfermería versus de control, agrupados por la intensidad de la intervención.....	30
01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo.....	30
02 Todos los ensayos de intervención de enfermería versus de control, agrupados según contexto y población.....	31
01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo.....	31
03 Efecto de las estrategias adicionales: Mayor intensidad versus menor intensidad.....	32
04 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo.....	32
04 Análisis de sensibilidad por intensidad que incluye a Hajek 2002, con Lancaster, Bolman y Curry como baja intensidad.....	33
01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo.....	33
05 Análisis de sensibilidad por contexto y población que incluye Hajek 2002.....	34
01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo.....	34

## Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar

Rice VH, Stead LF

**Esta revisión debería citarse como:**

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

**Fecha de la modificación más reciente:** 18 de noviembre de 2003

**Fecha de la modificación significativa más reciente:** 18 de noviembre de 2003

## RESUMEN

## Antecedentes

Los profesionales de asistencia sanitaria, incluso las enfermeras, con frecuencia recomiendan a los pacientes dejar de fumar para mejorar la salud. Dicho consejo puede ser breve o parte de intervenciones de mayor intensidad.

## Objetivos

Determinar la efectividad de las intervenciones para el abandono del hábito de fumar realizadas por la enfermería.

## Estrategia de búsqueda

Se buscó en el registro especializado del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group) y en CINAHL en junio de 2003.

## Criterios de selección

Ensayos aleatorios de las intervenciones para el abandono del hábito de fumar realizadas por enfermeras o auxiliares sanitarios con un seguimiento de al menos seis meses.

## Recopilación y análisis de datos

Dos autores extrajeron los datos de forma independiente.

## Resultados principales

Veintinueve estudios cumplieron los criterios de inclusión. Veinte estudios que comparan una intervención de enfermería con un control o la atención habitual encontraron que la intervención aumenta significativamente los odds del abandono del hábito (odds-ratio de Peto: 1,47; IC del 95%: 1,29 a 1,68). Hubo heterogeneidad entre los resultados del estudio, pero la combinación por medio de un modelo de efectos aleatorios no alteró la estimación de un efecto estadísticamente significativo. Hubo pocas pruebas de que las intervenciones fueran más efectivas en pacientes hospitalizados con enfermedades cardiovasculares que en pacientes hospitalizados con otras enfermedades. Las intervenciones en pacientes no hospitalizados también mostraron pruebas de beneficios. Cinco estudios que compararon diferentes intervenciones realizadas por las enfermeras no lograron detectar beneficios significativos en el uso de componentes adicionales. Cinco estudios sobre el asesoramiento de enfermeras para el abandono del hábito de fumar durante un cribaje (screening) del control de salud o como parte de la prevención secundaria multifactorial de la práctica general (no incluido en el metanálisis principal) encontraron que la intervención de enfermería tenía menos efectos en estos casos.

## Conclusiones de los autores

Los resultados indican los beneficios potenciales del consejo o el asesoramiento que las enfermeras brindan a los pacientes para el abandono del hábito de fumar con pruebas razonables de que las intervenciones pueden ser efectivas. El desafío será incorporar la monitorización de la conducta ante el hábito de fumar y las intervenciones para el abandono del mismo como parte de la práctica estándar, para que todos los pacientes tengan la oportunidad de responder acerca de su consumo de tabaco y de recibir consejos o asesoramiento para dejar de fumar junto con un refuerzo y un seguimiento.

## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

El consejo y el apoyo de las enfermeras pueden ayudar a las personas a dejar de fumar, especialmente cuando se encuentran en un hospital.

La mayoría de los fumadores desean dejar el hábito y es posible ayudarlos mediante el consejo y el apoyo de los profesionales de asistencia sanitaria. Las enfermeras son el recurso humano más grande en la asistencia sanitaria y participan en prácticamente todos los niveles de la atención de la salud. La revisión de los ensayos encontró que el consejo y el apoyo del personal de enfermería podrían aumentar el éxito para que las personas dejen de fumar, especialmente en un contexto hospitalario. Los consejos y los estímulos similares brindados por las enfermeras en controles de salud o en actividades de prevención pueden ser menos efectivos, pero todavía pueden lograr cierto impacto.

## ANTECEDENTES

Las muertes y las discapacidades relacionadas con el tabaco aumentan en todo el mundo debido al consumo continuo de tabaco (principalmente cigarrillos). El consumo de tabaco ha alcanzado proporciones epidémicas en muchos países en vías de desarrollo, mientras permanece estable en las naciones industrializadas (Molarius 2001). Los dos factores siguientes pueden ayudar a reducir la prevalencia del hábito de fumar cigarrillos: (1) Entre el 79% (Emmons 1992) y el 90% (Coults 1991) de los fumadores desean dejar de fumar y (2) el 70% de los fumadores visitan a un profesional de asistencia sanitaria cada año (CDC 1993; Cherry 2003). Las enfermeras, con el mayor número de prestadores de asistencia sanitaria en todo el mundo, participan en la mayoría de estas visitas, y por consiguiente, podrían lograr un gran efecto en la reducción del consumo de tabaco (Whyte 2003).

Revisiones sistemáticas (p.ej. Silagy 2001) han confirmado la efectividad del consejo de los médicos para dejar de fumar. La Agency for Health Care Research y la Quality Clinical Practice Guideline (AHRQ 2000) muestra un fuerte apoyo a los médicos para que aconsejen a sus pacientes fumadores a dejar el hábito. Los hallazgos sobre el asesoramiento brindado por médicos no asistenciales han sido débiles, aunque las pautas recomiendan que todos los médicos intervengan. Es esencial realizar una revisión sobre la función de la enfermería en el abandono del hábito de fumar si la profesión apoya la posición de la American Nurses Association, "...la educación del paciente y las intervenciones de asistencia sanitaria preventivas para detener el consumo de tabaco deberían formar parte de la práctica de la enfermería" (ANA 1995).

El objetivo de esta revisión es examinar y resumir los ensayos clínicos aleatorios en que la enfermería brindó intervenciones para el abandono del hábito de fumar. Por lo tanto, en lugar de centrarse en un tipo particular de intervención, la revisión lo hace en la enfermera como prestador de la intervención. Aquí no se revisará el abandono del hábito de fumar dirigido a fumadoras embarazadas debido a las circunstancias y motivaciones particulares de estas mujeres. Las intervenciones para fumadoras embarazadas se analizaron en otra revisión (Lumley 1999).

## OBJETIVOS

El objetivo primario de esta revisión fue determinar la efectividad de las intervenciones que brinda la enfermería en la conducta ante el hábito de fumar de adultos. Las hipótesis de estudio *A priori* establecieron que las intervenciones para el abandono del hábito de fumar que brinda la enfermería:

- (i) son más efectivas que si no se brindan intervenciones
- (ii) son más efectivas si la intervención es de mayor intensidad
- (iii) difieren en efectividad con el estado de salud y el contexto de los receptores
- (iv) son más efectivas si incluyen seguimientos
- (v) son más efectivas si incluyen ayudas que demuestren el efecto fisiopatológico del hábito de fumar

Esta revisión no aborda los crecientes efectos del tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN) que las enfermeras proporcionan, debido a que la efectividad del TRN se examina en otra revisión Cochrane (Silagy 2002). Se incluyeron estudios en que los consejos sobre el reemplazo de nicotina formaron parte de la intervención de enfermería.

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

### Tipos de estudios

Los criterios de inclusión para los estudios fueron:

- (i) tenían que tener al menos dos grupos de tratamiento
- (ii) la asignación a los grupos de tratamiento debía haber sido hecha al "azar"

Se excluyeron los estudios que usaron controles históricos.

### Tipos de participantes

Los participantes fueron fumadores adultos, de 18 años o más y de ambos sexos, reclutados en cualquier tipo de contexto de asistencia sanitaria. Los estudios que sólo reclutaron a mujeres embarazadas fueron la única excepción. Se incluyeron ensayos en que los "que dejaron de fumar recientemente" se clasificaron como fumadores, pero se realizaron análisis de sensibilidad

para determinar si diferían de los ensayos que excluían a tales individuos.

### Tipos de intervención

La intervención de enfermería se definió como el suministro de consejos, asesoramiento o estrategias para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. La revisión incluye estudios del abandono del hábito de fumar que compararon la atención habitual con una intervención, el consejo breve con una intervención para el abandono del hábito de fumar de mayor intensidad o diferentes tipos de intervenciones. Los estudios de las intervenciones para el abandono del hábito de fumar que formaban parte del asesoramiento o la rehabilitación de estudios multifactoriales del estilo de vida, se incluyeron solamente si se podía discernir la naturaleza específica y la duración de la intervención, y obtener los datos de los resultados de los que eran fumadores al inicio. Los consejos se definieron como indicaciones verbales de la enfermera para "dejar de fumar", se proporcionara o no información acerca de los efectos perjudiciales del hábito de fumar. Se agruparon las intervenciones en baja y alta intensidad para su comparación. Baja intensidad: definida como los ensayos en que se proporcionaron consejos (con o sin folletos) durante una única consulta que duró 10 minutos o menos, con solamente una visita de seguimiento. Alta intensidad: definida como los ensayos en que el contacto inicial duró más de 10 minutos, había materiales adicionales (p.ej. manuales) o estrategias distintas a los simples folletos y en que generalmente los participantes tuvieron más de un contacto en el seguimiento. Se excluyeron los estudios en que los pacientes fueron asignados al azar a recibir consejos versus consejos más alguna forma de tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN), debido a que estos fueron principalmente comparaciones de la efectividad del TRN en lugar de las intervenciones de enfermería.

### Tipos de medidas de resultado

El resultado principal fue el abandono del hábito de fumar, en lugar de una reducción de los síntomas de retiro o una reducción del número de cigarrillos fumados. Los ensayos tenían que informar sobre el seguimiento de al menos seis meses para ser incluidos en la revisión. Se excluyeron los ensayos que no incluían datos sobre las tasas de abandono del hábito de fumar. Se utilizaron los criterios disponibles más estrictos para definir la abstinencia en cada estudio, p.ej. el abandono sostenido en lugar de la prevalencia puntual. Cuando se utilizó la validación bioquímica, solamente los participantes que cumplían con los criterios bioquímicos para el abandono del hábito se consideraron abstemios. Se consideró a los participantes perdidos durante el seguimiento como fumadores regulares (análisis del tipo intención de tratar [intention to treat analyses]).

### ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se buscaron ensayos en el registro especializado del Tobacco Addiction Review Group (búsqueda más reciente, junio de 2003). Este registro incluye ensayos localizados con una búsqueda sistemática en MEDLINE, Embase y PsycINFO y búsqueda manual en revistas especializadas, actas de congresos y listas de referencias de ensayos previos y revisiones. Para establecer su pertinencia se verificaron todos los ensayos que incluían "enfermera" o "auxiliar sanitario" en el título, el resumen o las palabras clave. También se realizaron búsquedas en el Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) en Silverplatter sobre "enfermería" y "abandono del hábito de fumar" desde 1983 a junio de 2003.

### MÉTODOS DE LA REVISIÓN

#### Extracción de los datos

Los autores de forma independiente obtuvieron los datos de los informes publicados. Los desacuerdos se resolvieron por medio del arbitraje de una tercera persona. Para cada ensayo, se obtuvieron los siguientes datos: (i) autor(es) y año; (ii) país de origen, contexto del estudio y diseño; (iii) número y características de los participantes, y definición de "fumador"; (iv) descripción de la intervención y designación de su intensidad (alta o baja); y (v) resultados y validación bioquímica. En los ensayos en que los detalles de la metodología no estaban claros o los resultados se expresaron en una forma que no permitía la obtención de datos clave, se estableció contacto con los investigadores originales para obtener información adicional. Los participantes perdidos durante el seguimiento se consideraron como fumadores regulares. En los totales se excluyeron solamente los participantes que murieron antes del seguimiento o los que se sabía que se habían mudado a una dirección imposible de localizar.

#### Evaluación de la calidad

Se evaluaron los estudios con respecto a las cuatro fuentes generales de sesgo descritas en el Cochrane Handbook (Clarke 2000).

- (i) sesgo de selección: diferencias sistemáticas en el establecimiento de los grupos de comparación
- (ii) sesgo de realización: diferencias sistemáticas en la atención, además de la intervención de interés
- (iii) sesgo de deserción: retiros sistemáticos del ensayo
- (iv) sesgo de detección: diferencias sistemáticas en la evaluación de resultados.

Se ha demostrado empíricamente que solamente el control del sesgo de selección al ingreso tiene como resultado diferencias sistemáticas en la evaluación del tamaño del efecto (Schulz 1995). Se utilizó una escala de tres puntos, con una calificación de A cuando el esfuerzo para controlar el sesgo de selección fue óptimo (p.ej., una tabla de asignación generada al azar establecida antes de seleccionar los sujetos potenciales); una

calificación de B si había incertidumbre sobre cómo y cuándo se habían realizado las asignaciones aleatorias; y una calificación de C si la asignación al grupo no se había ocultado definitivamente de forma adecuada.

#### Análisis de los datos

Los métodos estadísticos usados para la combinación fueron los descritos por el grupo de Peto (Yusuf 1985). Para cada ensayo se calculó el número de eventos esperados (E) en el grupo experimental y se asumió que la intervención no tenía efecto alguno. Este cálculo se basa en el número de sujetos inicialmente asignados al azar, que finalizaron o no el estudio. Se restó el número de eventos esperados (E) del número que en realidad se observó (O) en el grupo experimental. Si se agregan estas diferencias separadas (es decir O-E) y sus varianzas, se obtiene un estadístico (y su varianza) característico de las diferencias observadas entre los grupos experimentales y de control en los ensayos obtenidos. Lo anterior se utilizó para probar la hipótesis nula y también para calcular los efectos diferenciales. Se usó un modelo de efectos fijos para calcular el odds-ratio típico y sus intervalos de confianza del 95%, lo que significó que nunca se compararon directamente los participantes de un ensayo con los del otro. Debido a que se utilizó este enfoque, se evitaron las diferencias en los tratamientos, la duración de los mismos, los seguimientos y los puntos finales que podían interferir con las estimaciones de la efectividad. Este método no supone que el tamaño de cualquier reducción en las tasas de abandono del hábito de fumar entre ensayos sea similar. Los resultados se expresan como un odds-ratio (intervención: control) de lograr la abstinencia del hábito de fumar en un momento dado, junto con intervalos de confianza del 95%. Se evaluó la heterogeneidad entre los resultados del estudio mediante el estadístico  $I^2$  (Higgins 2003). Este examina el porcentaje de la variación total entre los estudios debido a la heterogeneidad en lugar de la oportunidad. Los valores de  $I^2$  sobre un 75% indican un nivel alto de heterogeneidad.

## DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Veintinueve ensayos cumplieron los criterios de inclusión. Se trataron las intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar que se realizaron entre 1987 y 2003 en diez países diferentes con adultos fumadores (principalmente cigarrillos). Un ensayo (Sanders 1989a; Sanders 1989b) tuvo dos partes con asignación al azar en cada etapa, de manera que se trata aquí como dos estudios separados, lo que hace un total de 30 estudios. Once ensayos intervinieron en pacientes hospitalizados (Taylor 1990; Rigotti 1994; DeBusk 1994; Allen 1996; Carlsson 1997; Miller 1997; Lewis 1998; Canga 2000; Feeney 2001; Bolman 2002; Hajek 2002). Un ensayo (Rice 1994) reclutó pacientes hospitalizados, pero la intervención se brindó después del alta hospitalaria. Catorce estudios reclutaron pacientes en clínicas de atención primaria o ambulatorias (Janz 1987; Sanders 1989a; Sanders 1989b; Risser 1990; Vetter 1990;

Nebot 1992; Hollis 1993; OXCHECK 1994; Family Heart 1994; Tonnesen 1996; Campbell 1998; Lancaster 1999; Steptoe 1999; Aveyard 2003). En algunos ensayos, el reclutamiento se realizó durante visitas a la clínica, mientras que en otros la invitación a incorporarse al estudio se hizo por carta. Un estudio (Terazawa 2001) reclutó empleados durante un control de salud en el lugar de trabajo, dos tomaron adultos de la comunidad motivados a dejar de fumar (Davies 1992; Alterman 2001), y otro reclutó madres que llevaban sus hijos a una clínica pediátrica (Curry 2003). Doce de los estudios se centraron en adultos con problemas de salud cardiovasculares diagnosticados (Taylor 1990; DeBusk 1994; Family Heart 1994; Rice 1994; Rigotti 1994; Allen 1996; Carlsson 1997; Miller 1997 (subgrupo con enfermedades cardiovasculares); Campbell 1998; Feeney 2001; Bolman 2002; Hajek 2002); un estudio tenía pacientes con enfermedades respiratorias (Tonnesen 1996) y otro, pacientes con diabetes (Canga 2000).

Tres de los estudios examinaron una intervención para el abandono del hábito de fumar como un componente de las intervenciones múltiples de reducción de factores de riesgo en adultos con enfermedad cardiovascular (DeBusk 1994; Allen 1996; Carlsson 1997). Se definió claramente el componente de abandono del hábito de fumar, de alta intensidad e independientemente medible, en los tres estudios.

Veinte estudios con un total de más de 10 000 personas contribuyeron a la comparación principal de la intervención de enfermería versus el control. Catorce se clasificaron como de alta intensidad según la intervención planificada, aunque es posible que en algunos estudios la implementación haya sido incompleta. En seis, la intervención se clasificó como de baja intensidad (Janz 1987; Vetter 1990; Davies 1992; Nebot 1992; Tonnesen 1996; Aveyard 2003). Todos se realizaron en contextos ambulatorios, de atención primaria o en la comunidad. Un estudio adicional (Hajek 2002) puede considerarse como una comparación entre una intervención de baja intensidad y una atención habitual. Las mismas enfermeras que realizaron la intervención brindaron un consejo breve y sistemático y entregaron materiales de autoayuda a los pacientes del grupo de control de atención habitual. A diferencia de los otros ensayos del subgrupo de baja intensidad, este se realizó entre enfermos hospitalizados con enfermedad cardiovascular. Debido a que el grupo de control recibió una forma de intervención de enfermería, se clasificó principalmente el ensayo como una comparación de dos intensidades de la intervención de enfermería. Pero debido a que otros estudios tuvieron grupos de atención habitual que podían haber recibido consejos de otros profesionales de asistencia sanitaria, también se informó el efecto de su inclusión en el análisis principal de la intervención de enfermería versus el control.

Hajek 2002 y otros cuatro estudios compararon dos intervenciones que incluyeron una enfermera. Tres de éstos probaron componentes adicionales como parte de una sesión; demostración de los niveles de monóxido de carbono (CO) para aumentar la motivación a dejar de fumar (Sanders 1989b);

retroalimentación de CO y espirometría (Risser 1990); Retroalimentación de CO, materiales adicionales y un ofrecimiento para encontrar un compañero de apoyo (Hajek 2002). Dos incluyeron sesiones adicionales de asesoramiento con una enfermera (Alterman 2001; Feeney 2001). Otro estudio comparó dos intervenciones con un control de atención habitual (Miller 1997). Los casos de menor intensidad incluyeron una sesión de asesoramiento y una llamada telefónica después del alta hospitalaria. En los casos de mayor intensidad, los participantes recibieron tres llamadas telefónicas adicionales y a aquellos que recayeron se les ofreció otros encuentros "cara a cara", y el tratamiento de reemplazo de nicotina cuando fue necesario. Se clasificaron ambas intervenciones como de mayor intensidad en el metanálisis principal, pero se compararon los casos de mayor y menor intensidad en otro análisis del efecto del seguimiento adicional. Cuatro estudios (Family Heart 1994; OXCHECK 1994; Campbell 1998; Steptoe 1999) no se incluyeron en ningún metanálisis y sus resultados no se presentaron gráficamente porque sus diseños no permitieron que se obtuvieran datos apropiados de los resultados. Aquí también se incluye la primera parte de un estudio de intervención en dos etapas (Sanders 1989a); la segunda parte (Sanders 1989b) se incluyó en uno de los metanálisis. Estos cinco estudios se tratan por separado en los resultados.

Se determinó si las enfermeras que realizaban la intervención lo hacían junto con las obligaciones clínicas no relacionadas con el hábito de fumar, trabajaban en funciones de promoción de la salud, o si se las contrató específicamente como enfermeras para el proyecto. De los estudios de intervención de alta intensidad, cinco utilizaron enfermeras para quienes la intervención era un componente principal de su función de enfermería (Hollis 1993; DeBusk 1994; Allen 1996; Carlsson 1997; Terazawa 2001). En seis estudios, una enfermera específicamente contratada para el proyecto realizó la intervención (Taylor 1990; Rice 1994; Rigotti 1994; Miller 1997; Lewis 1998; Canga 2000). La misma enfermera proporcionó todas las intervenciones en tres de éstos (Rigotti 1994; Lewis 1998; Canga 2000). Solamente en tres estudios se pretendió que las enfermeras realizaran intervenciones de mayor intensidad, lo que no era su tarea principal (Lancaster 1999; Bolman 2002; Curry 2003). En el último de estos estudios, tanto enfermeras pediátricas como educadores de la salud brindaron la intervención. Todas las intervenciones de baja intensidad fueron realizadas por enfermeras de atención primaria o de clínicas ambulatorias.

Se puede encontrar una descripción breve de los componentes principales de cada intervención en la tabla "Características de los estudios incluidos".

Los períodos de seguimiento del reforzamiento y de las mediciones de resultados variaron entre los estudios, con una tendencia al refuerzo limitado y a períodos de seguimiento más cortos en los estudios anteriores. En todos los ensayos se estableció algún contacto con los participantes en los tres primeros meses del seguimiento para reafirmar la intervención

u obtener datos de prevalencia puntual. En cinco de los estudios, la obtención de datos de los resultados finales se realizó en menos de un año (Janz 1987; Vetter 1990; Davies 1992; Lewis 1998; Canga 2000). En el resto, el seguimiento duró un año o más. El resultado utilizado para el metanálisis fue el seguimiento más largo (seis meses o más). En un análisis de subgrupos no hubo pruebas de que las diferencias en la duración del seguimiento pudieran explicar alguna heterogeneidad en los resultados del estudio.

## CALIDAD METODOLÓGICA

De los veinticinco estudios usados en el metanálisis, diez (40%) se calificaron con A por utilizar una asignación al azar y un proceso de ocultamiento de la asignación que podían evitar el sesgo de selección. La mayoría empleó alguna forma de sistema de asignación generado por computadora. Se clasificaron cinco estudios (20%) como potencialmente inadecuados (calificación C). En uno de estos estudios se utilizaron los dos últimos dígitos del registro de pacientes para la asignación (Hollis 1993) y en un segundo estudio, los participantes extrajeron un balón pintado de una bolsa. Tres estudios hicieron la asignación por el prestador en lugar de por el participante individual: (a) por sesiones clínicas (Janz 1987); (b) por equipos de intervención (Nebot 1992); y (c) por el hospital (Bolman 2002). En el último estudio, cuatro de 11 hospitales seleccionaron su condición, aunque siete se asignaron al azar. Hubo también diferencias del valor inicial entre fumadores y aunque los datos brutos sugirieron un beneficio de la intervención, un análisis de regresión logística no detectó un efecto significativo. Para incluir este estudio en el metanálisis se ajustó el número de exfumadores del grupo de intervención para igualar el odds-ratio derivado de la regresión logística. La completa exclusión del estudio no cambió el efecto combinado. En los restantes diez estudios (40%) no se especificó exactamente cómo se realizó la asignación al azar y el ocultamiento de la asignación (calificación B). Un análisis de sensibilidad que incluyó solamente los resultados de los estudios con calificación A no alteró las conclusiones principales. De los cinco estudios restantes no utilizados en el metanálisis, uno fue adecuado (Campbell 1998), tres fueron inciertos (Family Heart 1994; OXCHECK 1994; Steptoe 1999), y uno no fue adecuado (Sanders 1989a).

Todos los estudios incluyeron adultos fumadores de 18 años o más. Allen 1996 y Curry 2003 estudiaron mujeres solamente y Terazawa 2001, hombres solamente. La definición de fumadores varió y en algunos casos incluyó a los que habían dejado de fumar recientemente.

Las definiciones de abstinencia variaron desde la prevalencia puntual única hasta la abstinencia sostenida (prevalencia puntual múltiple con un autoinforme sin errores o recidivas). En un estudio (Miller 1997) se utilizó la abstinencia validada al año en lugar de la abstinencia autoinformada continua, debido a que se informó solamente el resultado previo para los subgrupos

de diagnóstico de enfermedades. Se informó la validación de la conducta ante el hábito de fumar mediante el análisis bioquímico de los líquidos corporales (p.ej. cotinina o tiocianato) en 13 (52%) de los veinticinco estudios elegibles para el metanálisis. Se utilizó el monóxido de carbono (CO) caducado en la validación de otros seis (24%) ensayos. Un estudio probó los niveles de CO solamente en los fumadores que tuvieron un seguimiento personal (Curry 2003). Cuatro estudios (16%) no usaron ninguna validación bioquímica y se basaron en el abandono del hábito de fumar autoinformado durante un único seguimiento (Janz 1987; Allen 1996; Carlsson 1997; Bolman 2002).

Casi todos los ensayos usaron muestras de conveniencia en lugar de seleccionadas al azar. Solamente uno de los estudios (Vetter 1990) no dejó que los participantes conocieran inicialmente que iban a formar parte de un estudio sobre el abandono del hábito de fumar. En la mayoría de los estudios no se especificó la base para el tamaño de la muestra *a priori*, ni se realizó un análisis de poder estadístico retrospectivo. La mayoría de los estudios no informó las tasas del "rechazo a participar". Aunque muy pocos estudios no informaron las tasas de abandono del estudio, la mayoría intentó tener en cuenta a todos los participantes en su muestra y trató a los "que no se informaron" como fumadores regulares. Las tasas de abandono del estudio, antes y después del consentimiento informado, variaron considerablemente entre los estudios. En un estudio, el 79% de los participantes con atención habitual no tuvo seguimiento (Feeney 2001).

## RESULTADOS

**Efectos de la intervención versus control/atención habitual.** Los fumadores que recibieron consejos de un profesional de enfermería tuvieron una mayor probabilidad de dejar de fumar en comparación con los fumadores sin una intervención de enfermería. Sin embargo, se encontraron pruebas de heterogeneidad estadística entre los resultados de los 20 estudios que contribuyeron a esta comparación ( $I^2 = 66,6\%$ ). La heterogeneidad fue particularmente evidente en el subgrupo de catorce ensayos de alta intensidad. Hubo un ensayo con un efecto negativo significativo del tratamiento (Rice 1994) y tres con efectos positivos grandes y significativos (Taylor 1990; Canga 2000; Terazawa 2001). La combinación de todos los ensayos dio como resultado un odds-ratio (OR) de 1,47 con intervalos de confianza del 95% (IC): 1,29 a 1,67 en el seguimiento más largo (Comparación 1). Debido a la heterogeneidad se analizaron nuevamente los datos mediante un modelo de efectos aleatorios. Esto aumentó levemente el odds-ratio y amplió los intervalos de confianza (OR 1,59; IC del 95%: 1,19 a 2,13). La exclusión de cuatro ensayos alejados disminuyó discretamente la estimación (1,41; IC del 95%: 1,22 a 1,62) y eliminó la heterogeneidad no atribuible al azar ( $I^2 = 0\%$ ). La exclusión de un estudio (Bolman 2002) en el que no se pudo introducir directamente la cantidad de exfumadores, no alteró los resultados.

Se alentó a algunos participantes del estudio de Taylor y cols. (Taylor 1990) a realizar el tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN). La exclusión de estas personas no alteró el efecto significativo de la intervención en este estudio. En el estudio de Miller y cols. (Miller 1997), más personas en los grupos de intervención que en los de control utilizaron el TRN (44% en intervenciones de mayor intensidad y 39% en intervenciones de menor intensidad versus 29% en el control). Las personas a las que se les prescribió el TRN tuvieron tasas de abandono del hábito inferiores que las que no recibieron una prescripción, pero las diferencias relativas en las tasas de abandono entre los grupos de atención habitual y los de intervención fueron similares para los subgrupos que realizaron o no el TRN. Sin embargo, debido a las tasas diferentes en la adopción del TRN, es probable que el mayor uso del TRN haya contribuido al efecto de la intervención de enfermería. La adopción del TRN también se alentó como parte de la intervención en el ensayo de Canga y cols. (Canga 2000), en el que un 17% del grupo de intervención aceptó una prescripción.

### Efecto de la intensidad de la intervención.

No se detectaron pruebas en las comparaciones indirectas de que las intervenciones con una clasificación de mayor intensidad fueran más efectivas para lograr el abandono exitoso del hábito. Aunque la estimación puntual del efecto combinado de los ensayos de menor intensidad fue mayor, los intervalos de confianza fueron amplios y se superpusieron con los de las intervenciones de alta intensidad. El odds-ratio combinado de los 14 ensayos de intervenciones de mayor intensidad fue 1,43 (IC del 95%: 1,24 a 1,64) en comparación con un odds-ratio de 1,76 (IC del 95%: 1,23 a 1,53) para los seis ensayos de baja intensidad (Comparación 1). Hubo heterogeneidad entre el subgrupo de alta intensidad debido a los ensayos alejados ya descritos. Se evaluó la sensibilidad de estos resultados por medio de la inclusión de participantes adicionales en el grupo de control de Aveyard 2003 (ver las notas en la tabla "Estudio incluido" para obtener más detalles). Esto redujo el tamaño del efecto en el subgrupo de baja intensidad. La distinción entre los subgrupos de baja y alta intensidad se basó en la intervención planeada. Lancaster 1999, Bolman 2002 y Curry 2003 señalaron niveles bajos en la implementación, de manera que se probó el efecto de clasificarlos nuevamente como de baja intensidad. Esto redujo la estimación puntual del efecto en el subgrupo de baja intensidad y la aumentó en el de alta intensidad. También se probó el efecto de incluir un estudio en el que la menor intensidad de dos intervenciones de enfermería se clasificó como atención habitual (Hajek 2002). Este análisis de sensibilidad eliminó el efecto significativo de la intervención de menor intensidad versus la comparación de control. Si se incluyen este estudio y los tres con implementación baja en el subgrupo de baja intensidad, la estimación combinada del efecto será pequeña y no significativa (OR: 1,19; IC del 95%: 0,98 a 1,44 [Comparación 4]).

**Efectos de las diferencias del estado de salud y del contexto de los sujetos .**

En los ensayos de los hospitales se reclutaron pacientes con problemas de salud. En los ensayos de atención primaria, en general, no se seleccionaron pacientes con un problema de salud particular. Por consiguiente, se combinaron el contexto y el diagnóstico de enfermedades en un análisis de subgrupos. Tres ensayos para el abandono del hábito de fumar, que incluyeron una intervención, de una enfermera como parte de la rehabilitación cardiaca, dieron un efecto combinado que duplicó los odds de dejar de fumar (OR 2,14; IC del 95%: 1,39 a 3,31). Hubo heterogeneidad ( $I^2 = 66,5\%$ ) entre los ensayos en los fumadores hospitalizados con enfermedades cardiovasculares, debido al fuerte efecto de la intervención en uno de los cuatro ensayos (Taylor 1990). El OR combinado estimado fue 1,44 (IC del 95%: 1,16 a 1,78). El ensayo más grande de los cuatro encontró un efecto que apenas alcanza la significación estadística (Miller 1997). Un análisis de sensibilidad del efecto de inclusiónHajek 2002 en esta categoría aumentó la heterogeneidad ( $I^2 = 76,4\%$ ) y la combinación mediante un modelo de efectos aleatorios no pudo luego detectar un beneficio significativo (Comparación 5). Entre los fumadores hospitalizados no cardíacos, el odds-ratio del abandono del hábito fue 1,20; pero los intervalos de confianza no excluyeron efecto alguno (dos ensayos, IC del 95%: 0,92 a 1,56). No se encontraron pruebas de que tuviera efecto la intervención en un ensayo (Rice 1994) en adultos no hospitalizados con enfermedad cardiovasculares (OR: 0,19; IC del 95%: 0,08 a 0,46). El análisis de subgrupos de ese estudio, sin embargo, sugirió que los fumadores que habían experimentado una revascularización cardiovascular tenían una mayor probabilidad de dejar de fumar y estos pacientes estuvieron sobrerepresentados en el grupo de control de los que recibieron consejos para dejar de fumar pero ninguna intervención estructurada.

Las intervenciones para eliminar el hábito de fumar en 11 ensayos realizados en otros adultos no hospitalizados mostraron un aumento estimado del 90% en los odds del éxito (OR: 1,90; IC del 95%: 1,48 a 2,43). Un análisis de sensibilidad que probaba el efecto de excluir los tres ensayos (Janz 1987; Vetter 1990; Curry 2003) en los que se utilizó una combinación de una intervención de enfermería y consejos de un médico, no alteró el efecto (OR: 2,02; IC del 95%: 1,48 a 2,75).

#### Efectos del apoyo telefónico adicional

El apoyo telefónico repetido (Miller 1997) aumentó la tasa de abandono del hábito, aunque el límite inferior del intervalo de confianza fue solamente uno, (OR: 1,40; IC del 95%: 1,00 a 1,96).

#### Efectos de la retroalimentación fisiológica

Dos ensayos (Sanders 1989b; Risser 1990) que evaluaron el efecto de retroalimentación fisiológica como complemento a una intervención de enfermería no pudieron detectar un efecto durante el seguimiento más largo. El odds-ratio combinado fue 0,79 (IC del 95%: 0,44 a 1,44).

#### Efectos de otros componentes

Un ensayo sobre fumadores hospitalizados con EC (Hajek 2002) no pudo detectar beneficios significativos del apoyo adicional de una enfermera que entregaba materiales escritos adicionales, un cuestionario escrito, un ofrecimiento de un compañero de apoyo y la medición del monóxido de carbono, en comparación con los controles que recibieron un consejo breve y un folleto de autoayuda (OR: 0,86; IC del 95%: 0,60 a 1,23)

#### Efectos de las sesiones adicionales

Un ensayo sobre el apoyo adicional de una unidad de enfermería para la evaluación de alcohol y drogas, en pacientes internados en una unidad de cuidados coronarios (Feeney 2001) mostró un beneficio muy significativo en la intervención. La tasa de abandono del hábito entre los controles, sin embargo, fue muy baja (1/97) y hubo una gran cantidad de abandonos del estudio, en particular en el grupo de control. Esto pudo haber subestimado la tasa de abandono del hábito del grupo de control. Otro ensayo, (Alterman 2001), que ofrecía cuatro sesiones en lugar de una, con una enfermera como complemento al parche de nicotina, no mostró beneficio alguno, mientras que el grupo de control tuvo una tasa de abandono del hábito significativamente mayor (OR: 0,36; IC del 95%: 0,15 a 0,85). No se ofrecieron explicaciones sobre las tasas de abandono del hábito más bajas de lo esperado en el grupo de intervención.

#### Resultados de los estudios no incluidos en el metanálisis

Se identificaron cinco estudios (Sanders 1989a; Family Heart 1994; OXCHECK 1994; Campbell 1998; Steptoe 1999) en que las enfermeras intervinieron con pacientes de atención primaria. Todos excepto Sanders 1989a abordaron factores de riesgo cardiovascular múltiples y todos excepto Campbell 1998 tuvieron como objetivo a pacientes sanos. El último reclutó pacientes con cardiopatía coronaria. Aunque cumplieron con los principales criterios de inclusión, en cuatro de los ensayos el diseño no permitió obtener datos para el metanálisis en un formato comparable con otros estudios. En el otro (Sanders 1989a) se realizó un seguimiento solamente de una muestra aleatoria del grupo de control. Por lo tanto, se trataron estos ensayos por separado.

Sanders 1989a, en el que se les pidió a los fumadores que visitaban a su médico de familia que concertaran una cita para un cribaje (screening) de la salud cardiovascular, informó que solamente el 25,9% de los pacientes pidieron y cumplieron con esa cita. El porcentaje que había dejado de fumar en un mes y en un año y que informó haber fumado por última vez antes del seguimiento de un mes fue mayor en los asistentes (4,7%) y en los no asistentes (3,3%) que en los controles de atención habituales (0,9%). Esto indica que la invitación a pedir una cita para un cribaje (screening) de salud podría haber sido una intervención contra el hábito de fumar en sí misma, y que el efecto adicional de la intervención estructurada de enfermería fue pequeño.

No hay datos comparables para OXCHECK 1994, que utilizó controles de salud similares, porque los hogares habían sido asignados al azar para ofrecerles el control de salud en años

diferentes. Los autores compararon las proporciones de fumadores en el grupo de intervención que afirmó haber dejado de fumar en el año anterior con los pacientes que asistieron al seguimiento de un año y con los controles que asistieron a su primer control de salud. No se encontraron diferencias en las proporciones que informaron haber dejado de fumar en el año anterior.

El estudio Family Heart 1994 ofreció un cribaje (screening) cardiovascular realizado por una enfermera en hombres entre los 40 y 59 años de edad y para sus parejas, en el que el abandono del hábito de fumar era uno de los cambios recomendados en el estilo de vida. Se invitó a los fumadores de cigarrillos a asistir hasta tres visitas adicionales. La prevalencia del hábito de fumar fue inferior entre los que regresaron para el seguimiento de un año que entre el grupo de control sometido a un cribaje al año. Esta diferencia se redujo cuando se asumió que los que no regresaron todavía fumaban y cuando se utilizó la determinación de CO para validar el abandono del hábito. En tal caso, hubo sólo una reducción aproximada de cerca de un punto de porcentaje, con pruebas débiles de una reducción verdadera.

Campbell 1998 invitó a pacientes con un diagnóstico de cardiopatía coronaria a las clínicas a cargo de enfermeras que promocionan los aspectos médicos y del estilo de vida en la prevención secundaria. No hubo efectos significativos sobre el abandono del hábito de fumar. En el primer año, la disminución de la prevalencia del hábito de fumar fue mayor en el grupo de control que en el grupo de intervención. El seguimiento de cuatro años no alteró el efecto de una falta de beneficio.

Steptoe 1999 reclutó pacientes con un mayor riesgo de cardiopatía coronaria para una intervención multicomponente. La tasa de abandono del hábito entre los fumadores que recibieron un seguimiento de un año no fue significativamente mayor en el grupo de intervención (9,4%, IC del 95%: -9,6 a 28,3) y hubo una pérdida mayor durante el seguimiento de fumadores en el grupo de intervención.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este metanálisis apoyan un modesto efecto positivo de la intervención para el abandono del hábito de fumar brindado por enfermería. Una intervención estructurada para el abandono del hábito de fumar realizada por una enfermera fue más efectiva que la atención habitual para la abstinencia del hábito de fumar a los seis meses o que el posttratamiento más largo. La dirección del efecto fue coherente con las intensidades diferentes de intervención, los contextos diferentes y los fumadores con o sin enfermedades relacionadas con el tabaco. En el estudio (Rice 1994) que mostró una tasa mayor de abandono del hábito, estadísticamente significativa, en un grupo de control, se había aconsejado a los participantes que dejaran de fumar y el grupo de control incluyó una proporción significativamente mayor de personas que habían tenido una

revascularización arterial coronaria con injertos. Un análisis multivariado de los datos de seguimiento de un año en este estudio reveló que era significativamente más probable que un exfumador tuviera menos de 48 años, fuera hombre, que hubiera recibido indicaciones individuales versus grupales o ninguna indicación para el abandono del hábito y que hubiera percibido un alto grado de amenaza en relación con su estado de salud.

En general, se necesita interpretar estos hallazgos de metanálisis cuidadosamente, dadas las limitaciones metodológicas de la revisión y de los ensayos clínicos. Con respecto a la revisión, es posible que haya un sesgo de selección de publicaciones debido a que se utilizan solamente datos tabulados derivados de trabajos publicados (Stewart 1993). Los datos de los estudios no publicados u omitidos podrían haber mostrado resultados más o menos favorables. En segundo lugar, los resultados de un metanálisis (basado en los hallazgos de diversos ensayos pequeños) deben observarse con cautela, aún cuando el efecto combinado sea estadísticamente significativo (LeLorier 1997). En este análisis, un estudio (Miller 1997) contribuyó al 37% del peso del análisis global, mientras que el próximo mayor, agregó un 17% al peso. Los hallazgos de la heterogeneidad estadística entre los odds de abandono del hábito en estudios diferentes limitan cualquier presuposición de que las intervenciones sean igualmente efectivas en cualquier contexto clínico y con cualquier tipo de paciente.

La diferencia entre estudios que puede haber contribuido a las diferencias de resultados fue el consumo inicial de cigarrillos. Hay una relación inversa entre el número de cigarrillos fumados por día y el éxito para dejar de fumar; mientras más adictos sean los individuos, más difícil les será dejar de fumar. Los estudios que reclutaron una proporción mayor de fumadores leves o que incluyeron a los que dejaron de fumar recientemente podrían haber obtenido mejores resultados. De manera interesante, los estudios del metanálisis que informaron las tasas más altas de consumo de cigarrillos tuvieron el efecto más débil para la intervención (Davies 1992; Rice 1994). Aunque tres ensayos incluyeron a personas que dejaron de fumar recientemente en su reclutamiento, no hubo pruebas de que estos ensayos tuvieran resultados diferentes.

Cuando se preparó por primera vez esta revisión, se encontraron efectos similares de las intervenciones para el abandono del hábito de fumar de alta y baja intensidad, brindadas por enfermeras, según se encontró en una revisión de consejos médicos (Silagy 2001). Probablemente, la intervención será de mayor intensidad en la medida en que se le agreguen más componentes; sin embargo, fue difícil evaluar la contribución de factores como el tiempo total de contacto, el número de contactos y el contenido de la intervención. Es posible que la distinción entre alta y baja intensidad basada en la duración del contacto inicial y el número de seguimientos planeados no haya diferenciado con exactitud entre los elementos clave que podrían haber contribuido a una eficacia mayor. Se encontró que la naturaleza de las intervenciones para el abandono del hábito de fumar difería desde dar consejos solamente hasta las

intervenciones de mayor intensidad con componentes múltiples y que la descripción del concepto de "dar consejos solamente" variaba. En la mayoría de los ensayos, los consejos se dieron con énfasis en "dejar de fumar" debido a un problema de salud existente. Para hacer que la mayoría de las intervenciones tuvieran mayor intensidad, se complementaron los consejos verbales con diversos asesoramientos, entre ellos, beneficios y barreras del abandono del hábito (p.ej. Taylor 1990) y estrategias de superación efectivas (p.ej. Allen 1996). También se agregaron manuales y materiales de autoayuda impresos y seguimientos repetidos a las diversas intervenciones (Hollis 1993; Miller 1997). La intervención propuesta no se brindó de forma consistente a todos los participantes en algunos estudios. En la actualización de la revisión de 2003 se observa que las pruebas del beneficio de una intervención de baja intensidad pueden ser más débiles que las de una intervención de mayor intensidad y que son sensibles a la inclusión de un estudio adicional (Hajek 2002) y a la clasificación de intensidad de tres estudios. El personal dedicado al proyecto o las enfermeras con una función de promoción de salud realizaron casi todas las intervenciones de mayor intensidad. La mayoría de los estudios en que enfermeras con otras funciones intentaron realizar una intervención de mayor intensidad informaron que hubo problemas para la realización de la misma de forma consistente. Ningún estudio mostró un beneficio estadísticamente significativo de la intervención. No se encontraron estudios sobre el consejo breve oportunista directamente análogo con las intervenciones de baja intensidad utilizados en ensayos sobre consejos médicos (Silagy 2001), debido a que el propósito principal para comenzar a establecer contacto con pacientes en los ensayos de esta revisión fue abordar la conducta con respecto al hábito de fumar.

En dos estudios de la categoría de baja intensidad (Janz 1987; Vetter 1990), los consejos de un médico fueron también parte de la intervención y esto casi con certeza contribuyó al efecto general. El estudio más grande del subgrupo de alta intensidad (Miller 1997) solamente produjo resultados relativamente modestos. Esto se debió en parte al efecto de los casos de tratamiento de menor intensidad que recibieron solamente una llamada telefónica en el seguimiento. Si en la comparación se hubieran utilizado solamente casos de mayor intensidad, la estimación del efecto en el subgrupo de intervención de mayor intensidad de los ensayos habría aumentado.

Hubo algunas pruebas de que el efecto de una intervención era mayor en los pacientes con enfermedad cardiovascular diagnosticada. Este patrón fue evidente en los fumadores hospitalizados que recibieron solamente información sobre el abandono del hábito o que recibieron indicaciones para el mismo como parte de una intervención multifactorial. Sin embargo, dos de los ensayos de intervención multifactorial (Allen 1996; Carlsson 1997) no utilizaron una validación bioquímica del abandono del hábito y en el tercero (DeBusk 1994) no se pudo confirmar la proporción de abandonos del estudio con los

autores. Por consiguiente, se puede haber sobreestimado el impacto de la intervención.

Un estudio (Miller 1997) proporcionó datos sobre el efecto de las mismas intervenciones en fumadores con diferentes tipos de enfermedades y mostró un efecto mayor de la intervención en pacientes cardiovasculares. En estos individuos, la intervención aumentó la tasa de abandono del hábito a los 12 meses desde un 24% hasta un 31% lo cual apenas alcanza significación estadística. En otros tipos de pacientes, las tasas aumentaron desde un 18,5% hasta un 21%, un efecto que no alcanzó significación estadística. En este estudio, los pacientes fueron elegibles si habían fumado alguna forma de tabaco en el mes previo a la hospitalización, pero se excluyeron si no tenían intención alguna de dejar de fumar (aunque también se los excluyó si querían dejar de fumar por cuenta propia). Estos criterios pueden haber contribuido a las tasas de abandono del hábito relativamente altas alcanzadas. Además, se prescribió un tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN) a una proporción mayor de pacientes del brazo de tratamiento de mayor intensidad que a las intervenciones de menor intensidad o de atención habitual. Sin embargo, la intervención también fue efectiva en aquellos a los que no se les prescribió el TRN. Los que recibieron el TRN eran fumadores intensos (con niveles más altos de adicción) que lograron tasas de abandono del hábito inferiores que las de los que no realizaron el TRN.

Esto sugiere que los profesionales de enfermería pueden tener un "rango de oportunidad" importante para intervenir en pacientes en el contexto hospitalario o al menos para introducir la noción de no continuar con el consumo de tabaco después del alta hospitalaria. El tamaño del efecto puede depender de la razón de la hospitalización. El apoyo telefónico adicional con la posibilidad de otra sesión de asesoramiento a las personas que recayeron después del alta hospitalaria, al parecer contribuyó a obtener resultados más favorables en la intervención intensiva utilizada por Miller y colegas. Se ha realizado otra Revisión Cochrane sobre la eficacia de las intervenciones para pacientes hospitalizados (Rigotti 2002) que apoya la eficacia de las intervenciones para este grupo de pacientes.

El uso de una retroalimentación fisiológica adicional en forma de espirometría y la demostración del nivel del monóxido de carbono como complemento de una intervención de enfermería no pareció tener efecto. Tres estudios en el contexto de la atención primaria o ambulatorios usaron este enfoque (Sanders 1989b; Risser 1990; Hollis 1993). Se utilizó como parte de la intervención mejorada en un estudio con pacientes hospitalizados (Hajek 2002).

La identificación del efecto de una intervención realizada por una enfermera en fumadores no hospitalizados se basó en 11 estudios. En el estudio más grande (Hollis 1993), la tasa de abandono del hábito aumentó desde un 2% en los que recibieron solamente el consejo de un médico hasta un 4% cuando una enfermera realizó una de las tres intervenciones adicionales,

entre ellas, un video, materiales escritos y una llamada telefónica de seguimiento. Las tasas de abandono del hábito iniciales fueron relativamente bajas en todos los estudios y esto, combinado con el aumento moderado en los odds de abandono, significa que es probable que la proporción de los pacientes que tienden a convertirse en exfumadores a largo plazo como resultado de una intervención de enfermería en estos contextos sea pequeña. Sin embargo, debido a la gran cantidad de personas que podrían alcanzarse mediante la enfermería, el efecto podría ser grande.

Las pruebas de que tenga efecto el asesoramiento de las enfermeras para el abandono del hábito de fumar cuando se proporciona como parte de un control de salud no son sólidas. Puede ser poco realista esperar un beneficio de este tipo de intervención. También se observaron resultados relativamente malos en dos estudios que invitaron a los fumadores a pedir una cita con una enfermera para recibir asesoramiento (Lancaster 1999; Aveyard 2003). En ambos casos se informó que el inicio de la intervención fue malo en participantes renuentes a las visitas planeadas.

Es probable que sea necesario el esfuerzo combinado de diversos tipos de profesionales de asistencia sanitaria. El US Public Health Service clinical practice guideline 'Treating Tobacco Use and Dependence' ("Cómo tratar el consumo de tabaco y su adicción") (AHRQ 2000) utilizó una regresión logística para estimar la eficacia de las intervenciones realizadas por diferentes tipos de prestadores. El análisis no diferenció entre los prestadores no médicos de asistencia sanitaria, de manera que junto con las enfermeras se incluyeron dentistas, consejeros de salud y farmacéuticos. En las pautas se llegó a la conclusión de que estos prestadores eran efectivos (Tabla 15, OR: 1,7; IC del 95%: 1,3 a 2,1). También afirmaron que las intervenciones brindadas por múltiples tipos de médicos fueron más efectivas (Tabla 16, OR: 2,5; IC del 95%: 1,9 a 23,4). Aunque se reconoció que podría haber factores de confusión entre la cantidad de prestadores y la intensidad general de la intervención, los hallazgos confirmaron que es probable que una intervención de enfermería que refuerza o complementa el consejo de los médicos u otros prestadores de salud sea un componente importante para ayudar a los fumadores a dejar el hábito.

## CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

### Implicaciones para la práctica

Los resultados de esta revisión indican los beneficios potenciales de las intervenciones que las enfermeras brindan a sus pacientes. El desafío será incorporar intervenciones para el abandono del hábito de fumar como parte de la práctica habitual, para que todos los pacientes tengan la oportunidad de responder acerca del consumo de tabaco y de recibir consejos para dejar de fumar

junto con un refuerzo y un seguimiento. Se demostró que el tratamiento de reemplazo de nicotina mejora las tasas de abandono del hábito cuando se utiliza junto con un asesoramiento para el cambio conductual, y debe considerarse como un complemento importante, pero no como un reemplazo de las intervenciones de enfermería (Silagy 2002). Las pruebas indican que las intervenciones breves de las enfermeras, que combinan el trabajo para el abandono del hábito de fumar con otras obligaciones, son menos efectivas que las intervenciones más largas con contactos múltiples realizadas por las enfermeras con una función en la promoción de la salud o la rehabilitación cardíaca .

### Implicaciones para la investigación

Se justifican estudios adicionales de intervenciones de enfermería con una consideración más minuciosa del tamaño de la muestra, la selección de los participantes, los rechazos, los abandonos del estudio, el seguimiento a largo plazo y la comprobación bioquímica. Además, se necesitan estudios controlados que examinen cuidadosamente los efectos del "consejo breve de enfermería" debido a que este tipo de asesoramiento profesional puede reflejar con mayor precisión la atención estándar actual. Ahora el trabajo deberá sistematizar las intervenciones para que se puedan realizar comparaciones más rigurosas entre los estudios. Ningún ensayo revisado fue un estudio de replicación; éste es un método muy importante para fortalecer la ciencia y debe estimularse.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Nicky Cullum y Tim Coleman por sus comentarios útiles de la revisión por pares. También agradecemos a Hitomi Kobayashi, un estudiante en doctorado, por su ayuda en la traducción del japonés de un estudio.

## POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

V.H. Rice fue el investigador principal de uno de los estudios incluidos en la revisión.

## FUENTES DE FINANCIACIÓN

### Recursos externos

- American Heart Association USA
- NHS Research & Development Programme UK

### Recursos internos

- Wayne State University College of Nursing, Adult Health & Administration USA
- Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group UK

## REFERENCIAS

## Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

## Allen 1996 {published data only}

Allen JK. Coronary risk factor modification in women after coronary artery bypass surgery. *Nursing Research* 1996;45(5):260-5. 96428548.

## Alterman 2001 {published data only}

Alterman AI, Gariti P, Mulvaney F. Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* 2001;15(3):261-4.

## Aveyard 2003 {published and unpublished data}

Aveyard P, Griffin C, Lawrence T, Cheng KK. A controlled trial of an expert system and self-help manual intervention based on the stages of change versus standard self-help materials in smoking cessation. *Addiction* 2003;98(3):345-54. 22491185.

## Bolman 2002 {published data only}

Bolman C, De Vries H, van Breukelen G. Evaluation of a nurse-managed minimal-contact smoking cessation intervention for cardiac inpatients. *Health Education Research* 2002;17(1):99-116. 21884877.

\*Bolman C, De Vries H, van Breukelen G. A minimal-contact intervention for cardiac inpatients: long-term effects on smoking cessation. *Preventive Medicine* 2002;35(2):181-92. 22189120.

## Campbell 1998 {published data only}

\*Campbell NC, Ritchie LD, Thain J, Deans HG, Rawles JM, Squair JL. Secondary prevention in coronary heart disease: a randomised trial of nurse led clinics in primary care. *Heart* 1998;80(5):447-452.

Campbell NC, Thain J, Deans HG, Ritchie LD, Rawles JM, Squair JL. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: randomised trial of effect on health. *BMJ* 1998;316(7142):1434-7.

Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2003;326(7380):84.

## Canga 2000 {published data only}

Canga N, De Irala J, Vara E, Duaso MJ, Ferrer A, Martinez-Gonzalez MA. Intervention study for smoking cessation in diabetic patients: a randomized controlled trial in both clinical and primary care settings. *Diabetes Care* 2000;23(10):1455-60.

## Carlsson 1997 {published data only}

Carlsson R, Lindberg G, Westin L, Israelsson B. Influence of coronary nursing management follow up on lifestyle after acute myocardial infarction. *Heart* 1997;77(3):256-9. 1997246900.

## Curry 2003 {published and unpublished data}

Curry SJ, Ludman EJ, Graham E, Stout J, Grothaus L, Lozano P. Pediatric-based smoking cessation intervention for low-income women: a randomized trial. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2003;157(3):295-302.

## Davies 1992 {published data only}

Davies BL, Matte-Lewis L, O'Connor AM, Dulberg CS, Drake ER. Evaluation of the "Time to Quit" self-help smoking cessation program. *Canadian Journal of Public Health* 1992;83(1):19-23. 92240528.

## DeBusk 1994 {published data only}

DeBusk RF, Miller NH, Superko HR, Dennis CA, Thomas RJ, Lew HT, Berger WE 3rd, Heller RS, Rompf J, Gee D, et al. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine* 1994;120(9):721-9. 94197361.

## Family Heart 1994 {published data only}

Family Heart Study Group. Randomised controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice: principal results of British family heart study. *BMJ* 1994;308:313-20. 1994169709.

## Feeney 2001 {published data only}

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):470-5. 21577083.

## 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(7329):87-9. 21645850.

## Hollis 1993 {published data only}

Hollis JF, Lichtenstein E, Mount K, Vogt TM, Stevens VJ. Nurse-assisted smoking counseling in medical settings: minimizing demands on physicians. *Preventive Medicine* 1991;20(4):497-507. 91334341.

\*Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, Stevens VJ, Biglan A. Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Annals of Internal Medicine* 1993;118(7):521-5. 93182891.

## Janz 1987 {published data only}

Janz NK, Becker MH, Kirscht JP, Eraker SA, Billi JE, Woolliscroft JO. Evaluation of a minimal-contact smoking cessation intervention in an outpatient setting. *American Journal of Public Health* 1987;77(7):805-9. 87239065.

## Lancaster 1999 {published data only}

Lancaster T, Dobbie W, Vos K, Yudkin P, Murphy M, Fowler G. Randomised trial of nurse-assisted strategies for smoking cessation in primary care. *British Journal of General Practice* 1999;49(440):191-4. 99274889.

## 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. 98240165.

## 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(4):409-15. 97198917.

Miller NH, Smith PM, Taylor CB, Sobel D, DeBusk RF. Smoking cessation in hospitalized patients - results of a randomized trial. *Circulation* 1995;92(8):SS179 (abstract 855).

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(11):1557-60. 97073971.

## Nebot 1992 {published data only}

Nebot M, Cabezas C. Does nurse counseling or offer of nicotine gum improve the effectiveness of physician smoking-cessation advice?. *Family Practice Research Journal* 1992;12:263-70. 97073971.

## OXCHECK 1994 {published data only}

Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. *BMJ* 1995;310(6987):1099-104. 95261213.

\*Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: Results of the OXCHECK study after one year. *BMJ* 1994;308(6924):308-12. 94169708.

**Rice 1994** *{published data only}*

Rice VH, Fox DH, Lepczyk M, Sieggreen M, Mullin M, Jarosz P, Templin T. A comparison of nursing interventions for smoking cessation in adults with cardiovascular health problems. *Heart & Lung* 1994;23(6):473-86. 95155020.

**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):287-93. 94121392.

**Risser 1990** *{published data only}*

Risser NL, Belcher DW. Adding spirometry, carbon monoxide, and pulmonary symptom results to smoking cessation counseling: a randomized trial. *Journal of General Internal Medicine* 1990;5(1):16-22. 90133025.

**Sanders 1989a** *{published data only}*

Sanders D, Fowler G, Mant D, Fuller A, Jones L, Marzillier J. Randomized controlled trial of anti-smoking advice by nurses in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1989;39(324):273-6. 90079848.

**Sanders 1989b** *{published data only}*

Sanders D, Fowler G, Mant D, Fuller A, Jones L, Marzillier J. Randomized controlled trial of anti-smoking advice by nurses in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1989;39(324):273-6. 90079848.

**Steptoe 1999** *{published data only}*

Steptoe A, Doherty S, Rink E, Kerry S, Kendrick T, Hilton S. Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *BMJ* 1999;319:943-7.

**Taylor 1990** *{published data only}*

Taylor CB, Houston-Miller N, Killen JD, DeBusk RF. Smoking cessation after acute myocardial infarction: effects of a nurse-managed intervention. *Annals of Internal Medicine* 1990;113(2):118-23. 90297441.

**Terazawa 2001** *{published data only}*

Terazawa T, Mamiya T, Masui S, Nakamura M. [The effect of smoking cessation counseling at health checkup] [Japanese]. *Sangyo Eiseigaku Zasshi* 2001;43(6):207-13. 21661116.

**Tonnesen 1996** *{published data only}*

Tonnesen P, Mikkelsen K, Markholst C, Ibsen A, Bendixen M, Pedersen L, et al. Nurse-conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic: a randomized controlled study. *European Respiratory Journal* 1996;9(11):2351-5. 97102844.

**Vetter 1990** *{published data only}*

Vetter NJ, Ford D. Smoking prevention among people aged 60 and over: a randomized controlled trial. *Age and Ageing* 1990;19(3):164-68. 90302668.

**Referencias de los estudios excluidos de esta revisión**

**Browning 2000**

Browning KK, Ahijevych KL, Ross P Jr, Hewers ME. Implementing the Agency for Health Care Policy and Research's Smoking Cessation Guideline in a lung cancer surgery clinic. *Oncology Nursing Forum* 2000;27(8):1248-54.

**Carlsson 1998**

Carlsson R. Serum cholesterol, lifestyle, working capacity and quality of life in patients with coronary artery disease. Experiences from a hospital-based secondary prevention programme. *Scandinavian Cardiovascular Journal Supplement* 1998;50:1-20.

**Fletcher 1987**

Fletcher V. An individualized teaching programme following primary uncomplicated myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* 1987;12:195-200.

**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.

**Griebel 1998**

Griebel B, Hewers ME, Baker CA. The effectiveness of a nurse-managed minimal smoking-cessation intervention among hospitalized patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 1998;25(5):897-902. 1998308576.

**Haddock 1997**

Haddock J, Burrows C. The role of the nurse in health promotion: an evaluation of a smoking cessation programme in surgical pre-admission clinics. *Journal of Advanced Nursing* 1997;26(6):1098-1110.

**Jelley 1995**

Jelley MJ, Prochazka AV. A smoking cessation intervention in family planning clinics. *Journal of Women's Health* 1995;4:555-567.

**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.

**Johnson 2000**

\*Johnson JL, Ratner PA, Bottorff JL, Hall W, Dahinten S. Preventing smoking relapse in postpartum women. *Nursing Research* 2000;49(1):44-52.

Ratner PA, Johnson JL, Bottorff JL, Dahinten S, Hall W. Twelve-month follow-up of a smoking relapse prevention intervention for postpartum women. *Addictive Behaviors* 2000;25(1):81-92.

**Kendrick 1995**

Kendrick JS, Zahniser SC, Miller N, Salas N, Stine J, Gargiullo PM et al. Integrating smoking cessation into routine public prenatal care: the Smoking Cessation in Pregnancy project. *American Journal of Public Health* 1995;85(2):217-222. 1995160170.

**Lifrak 1997**

Lifrak P, Gariti P, Alterman AI, McKay J, Volpicelli J, Sparkman T et al. Results of two levels of adjunctive treatment used with the nicotine patch. *American Journal of Addiction* 1997;6(2):93-8. 1997279664.

**McHugh 2001**

McHugh F, Lindsay GM, Hanlon P, Hutton I, Brown MR, Morrison C et al. Nurse led shared care for patients on the waiting list for coronary artery bypass surgery: a randomised controlled trial. *Heart* 2001;86(3):317-23.

**O'Connor 1992**

O'Connor AM, Davies BL, Dulberg CS, Buhler PL, Nadon C, McBride BH et al. Effectiveness of a pregnancy smoking cessation program. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 1992;21(5):385-92. 1993019683.

**Pozen 1977**

Pozen MW, Stechmiller JA, Harris W, Smith S, Fried DD, Voigt GC. A nurse rehabilitator's impact on patients with myocardial infarction. *Medical Care* 1977;15(10):830-7. 1978009142.

**Reeve 2000**

Reeve K, Calabro K, Adams-McNeill J. Tobacco cessation intervention in a nurse practitioner managed clinic. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2000;12(5):163-9.

**Rigotti 1997**

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):2653-60. 1998189721.

**Stanislaw 1994**

Stanislaw AE, Hewers ME. A smoking cessation intervention with hospitalized surgical cancer patients: a pilot study. *Cancer Nursing* 1994;17(2):81-6. 1994291090.

**Sun 2000**

Sun C. [Roles of psychological nursing played in the course of auricle point applying to help individuals giving up smoking] [Chinese]. *Shanxi Nursing Journal* 2000;14(2):69-70.

**van Elderen 1994**

van Elderen van Kemenade T, Maes S, van den Broek Y. Effects of a health education programme with telephone follow-up during cardiac rehabilitation. *British Journal of Clinical Psychology* 1994;33(3):367-78. 1995086426.

**Wadland 1999**

Wadland WC, Stoffelmayr B, Berger E, Crombach A, Ives K. Enhancing smoking cessation rates in primary care. *Journal of Family Practice* 1999;48(9):711-718.

**Wadland 2001**

Wadland WC, Stoffelmayr B, Ives K. Enhancing smoking cessation of low-income smokers in managed care. *Journal of Family Practice* 2001;50(2):138-44.

**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(2):151-6. 1994266626.

**Woollard 1995**

Woollard J, Beilin LJ, Lord T, Pudsey I, MacAdam D, Rouse I. A controlled trial of nurse counselling of life-style change for hypertensives treated in general practice -preliminary results. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology* 1995;22(6-7):466-8. 1996172110.

**Referencias de los estudios en marcha**

**Froelicher 2000**

E.S. Froelicher, University of California, 2 Kirkham St, San Francisco, CA 94143-0610. Women's initiative for Nonsmoking (WINS). *Ongoing study* October 1996. Data collection completed December 1998.

Froelicher ES, Christopherson DJ. Women's Initiative for Nonsmoking (WINS) I: Design and methods. *Heart & Lung* 2000;29(6):429-37.

Martin K, Froelicher ES, Miller NH. Women's Initiative for Nonsmoking (WINS) II: The intervention. *Heart & Lung* 2000;29(6):438-45.

**Project C.A.R.E.S.**

Belinda Borrelli, Brown University. Community-Nurse Assisted Research and Education on Smoking. *Ongoing study* 1997.

**Referencias adicionales**

**AHRQ 2000**

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

**ANA 1995**

American Nurses Association. *Position Statement: Cessation of Tobacco Use*. Indianapolis: American Nurses Association, 1995.

**CDC 1993**

Centers for Disease Control. Physicians and other health-care professional counseling of smokers to quit. United States, 1991. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 1993;42(44):854-7. 94049530.

**Cherry 2003**

Cherry DK, Burt CW, Woodwell DA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2001 summary. *Advance Data* 2003;Aug 11(337):1-44.

**Clarke 2000**

Clarke M, Oxman AD. Assessment of study quality. Cochrane Reviewers' Handbook 4.1 [updated June 2000]; Section 6. Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 2000.

**Coultas 1991**

Coultas DB. The physician's role in smoking cessation. *Clinics in Chest Medicine* 1991;12(4):755-68. 92083710.

**Emmons 1992**

Emmons KM, Goldstein MG. Smokers who are hospitalized: a window of opportunity for cessation interventions. *Preventive Medicine* 1992;21(2):262-9.

**Higgins 2003**

Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003;327(7414):557-60.

**Lancaster 2000**

Lancaster T, Silagy C, Fowler G, Spiers I. Training health professionals in smoking cessation (Cochrane Review) (updated 31/05/2000). In: *The Cochrane Library*, 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

**Law 1995**

Law M, Tang L. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Archives of Internal Medicine* 1995;155(18):1933-41. 96006131.

**LeLorier 1997**

LeLorier J, Gregoire G, Benhaddad A, Lapierre J, Derderian F. Discrepancies between meta-analyses and subsequent large randomized, controlled trials. *New England Journal of Medicine* 1997;337(8):536-42. 97390204.

**Lumley 1999**

Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review) (updated 16/07/1999). In: *The Cochrane Library*, 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

**Molarius 2001**

Molarius A, Parsons RW, Dobson AJ, Evans A, Fortmann SP, Jamrozik K, et al. Trends in cigarette smoking in 36 populations from the early 1980s to the mid-1990s: findings from the WHO MONICA Project. *American Journal of Public Health* 2001;91(2):206-12.

**Rigotti 2002**

Rigotti NA, Munafò MR, Murphy MFG, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients (Cochrane Review) (updated 27/08/2002). In: *The Cochrane Library*, 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

**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(5):408-12. 95123716.

**Silagy 2001**

Silagy C. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review) (updated 31/01/2001). In: *The Cochrane Library*, 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

**Silagy 2002**

Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review) (updated 20/8/2002). In: *The Cochrane Library*, 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

**Stewart 1993**

Stewart LA, Parmar MK. Meta-analysis of the literature or of individual patient data: is there a difference?. *Lancet* 1993;341:418-22. 93156516.

**USDHHS 1990**

US Department of Health and Human Services. *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Publication No. [CDC] 90-8416. Rockville: US Government Printing Office, 1990.

**WHO 1997**

World Health Organization. *Tobacco or Health: A Global Status Report*. Geneva: World Health Organization, 1997.

**Whyte 2003**

Whyte F, Kearney N. Enhancing the nurse's role in tobacco control. *Tobacco Control Factsheets, UICC GLOBALink*. UICC Globalink, 2003.

**Windsor 1986**

Windsor RA, Orleans CT. Guidelines and methodological standards for smoking cessation intervention research among pregnant women: Improving the science and art. *Health Education Quarterly* 1986;13(2):131-61. 86250078.

**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):335-71. 85141015.

**Referencias de otras versiones de esta revisión**

**Rice 1999a**

Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 1999. Oxford: Update Software. CD001188.

**Rice 1999b**

Rice VH. Nursing intervention and smoking cessation: a meta-analysis. *Heart & Lung* 1999;28:438-54.

**Rice 2001**

Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 3, 2001. Oxford: Update Software. CD001188.

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

## TABLAS

## Characteristics of included studies

Study	Allen 1996
Methods	Country: USA (Maryland) Recruitment setting: hospital inpatients. Intervention: Prior to hospital discharge and 2 weeks post discharge Randomization: computer assignment with balanced allocation. Allocation concealed
Participants	116 female post CABG patients. 25 smokers amongst them. Smoker defined by use of cigs in 6 months before admission.
Interventions	1. Multiple risk factor intervention, self efficacy programme: 3 sessions with nurse using AHA Active Partnership Program and a follow-up call 2. Usual care (standard discharge teaching and physical therapy instructions) Intensity: high
Outcomes	Abstinence at 12m ('current use') Validation: none
Notes	Data on number of quitters derived from percentages. Likely to include some who stopped prior to intervention.
Allocation concealment	A
Study	Alterman 2001
Methods	Country: USA Recruitment setting: community volunteers, motivated to quit, cessation clinic Randomization: 'urn technique', no description of concealment
Participants	160 smokers (>= 1 pack/day) in relevant arms
Interventions	All received nicotine patch 21mg 8 weeks incl weaning Medium Intensity: 4 sessions over 9 weeks, 15-20 mins, advice 7 education from nurse practitioner Low Intensity: single 30 min session with nurse, 3 videos.
Outcomes	Abstinence at 12m, not defined Validation: CO<9ppm, urine cotinine <50ng/ml
Notes	New for 2004/1 update No control group so not in main analysis. High intensity intervention not included in review. Authors give 77 as ITT denominator for medium intensity group. N randomised of 80 used here.
Allocation concealment	B
Study	Aveyard 2003
Methods	Country: UK Recruitment setting: 65 general practices, invitation by letter Randomization: questionnaire read optically, allocation by computer using minimisation
Participants	831 current smokers in relevant arms, volunteers but not selected by motivation (>80% precontemplators) Intervention from practice nurses with 2 days training in Pro-Change system

## Characteristics of included studies

Interventions	1. In addition to tailored self-help in 2., asked to make appointment to see practice nurse. Single postal reminder if no response. Up to 3 visits, at time of letters. Reinforced use of manual. 2. Self-help manual based on Transtheoretical model, maximum of 3 letters generated by expert system. No face to face contact. Intensity: low (Standard S-H control and telephone counselling arms not used in review.)
Outcomes	Abstinence at 12m, self-reported sustained for 6m Validation: saliva cotinine <14.2ng/ml
Notes	New for 2004/1 update Low uptake of nurse component, 20% attended 1st visit, 6% 2nd and 2% 3rd, also more withdrawals (20%). Nursing arm discontinued part way through recruitment. We use only the Manual group recruited during 4 arm section of trial (additional data from author website <a href="http://www.publichealth.bham.ac.uk/berg/pdf/Addiction2003.pdf">www.publichealth.bham.ac.uk/berg/pdf/Addiction2003.pdf</a> ). This increases apparent benefit of nurse intervention.
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Bolman 2002</b>
Methods	Country: Netherlands Recruitment setting: cardiac ward patients in 11 hospitals Randomization: by hospital, 4/11 selected condition (exclusion of these did not change results)
Participants	789 smokers who had smoked in previous week. 25 deaths, 38 refusals, 64 missing baseline data excluded from analysis denominator.
Interventions	1. Cardiologist advice on ward and 1st check-up, GP notified, Nurse provided stage of change-based counselling and provided a self-help cessation manual and a brochure on smoking and CHD. Nurse assessed smoking behaviour, addiction, motivation, addressed pros and cons, barriers and self-efficacy, encouraged a quit date. Nurses had 2 hours training. 2. Usual care (nurses on control wards intended to be blind to status) Intensity: Low (to moderate)
Outcomes	Abstinence at 12m (no smoking since hospital discharge) Validation: none (bogus pipeline)
Notes	New for 2004/1 update Process analysis indicated some implementation failure. Due to cluster randomization there were baseline differences between intervention and control participants. Raw numbers quit are misleading. Regression analyses suggest no significant effect on continuous abstinence at 12m, so numbers quit in intervention group in meta-analysis adjusted to approximate the OR & confidence intervals from regression analysis
Allocation concealment	C
<b>Study</b>	<b>Campbell 1998</b>
Methods	Country: Scotland Recruitment setting: GP (Family Practice) Intervention: within 3 months of enrolment Randomization: centrally, stratified for age, sex & practice
Participants	Approx 200 smokers amongst 1343 patients with CVD diagnosis

**Characteristics of included studies**

Interventions	1. Multiple risk factor intervention, at least one 45min counselling session plus follow up visits 2. Usual care
Outcomes	Abstinence at 12m Validation: none
Notes	Not included in meta-analysis. Data presented as OR for non-smoking
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Canga 2000</b>
Methods	Country: USA Recruitment: 15 primary care centres, 2 hospitals Intervention: After enrolment Randomization: computer-generated sequence, sealed envelope used but not specified to be numbered & opaque.
Participants	280 smokers with diabetes (incl 16 recent quitters) Same nurse delivered all interventions
Interventions	1. Individual counselling based on NCI physician manual: 40 min, follow-up with phone call, 2 further visits, letter. 2. Usual care Intensity: high
Outcomes	Abstinence at 6m for >5m. Validation: urine cotinine
Notes	NRT offered to 105 of intervention group but only accepted by 25. No reported use in control group. Quit rate for NRT user subgroup not stated. 6 in int and 4 in control failed/refused validation
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Carlsson 1997</b>
Methods	Country: Sweden Recruitment setting: Hospital CCU. Intervention at home 4 weeks after discharge. Randomization: method not stated
Participants	168 survivors of acute MI. 67 smokers amongst them defined as present smoker by questionnaire.
Interventions	1. Multiple risk factor intervention in secondary prevention unit, 1.5 hrs smoking cessation component as part of 9 hours group/ individual counselling. 4 visits to nurse during 9 months. 2. Usual care, follow-up by general practitioners Intensity: high
Outcomes	Abstinence at 12m Validation: none
Notes	
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Curry 2003</b>
Methods	Country: USA Recruitment setting: mothers attending 4 pediatric clinics, unselected by motivation Randomization: selection of coloured ping-pong ball

## Characteristics of included studies

Participants	303 women (any smoking), 23% in precontemplation av age 33, av cigs/day 12
Interventions	<p>1. Clinician advice based on 5A's (1-5mins), Self-help materials targeted for mothers. Asked to meet a nurse or health educator who provided motivational interviewing during visit. Up to 3 phone calls over 3 months from nurse.</p> <p>2. No intervention</p> <p>Intensity: high (but implementation incomplete)</p>
Outcomes	<p>Abstinence sustained at 3 &amp; 12m. (Point prevalence also reported)</p> <p>Validation: CO &lt;10ppm, only for women followed up in person. Tabulated rates based on self report</p>
Notes	<p>New for 2004/1 update.</p> <p>Intervention included physician advice. Not all participants received intervention, Based on counsellor records, 74% received face to face intervention, average length 13 mins, and 78% had at least one phone call.</p>
Allocation concealment	C
<b>Study</b>	<b>Davies 1992</b>
Methods	<p>Country: Canada</p> <p>Recruitment setting: healthy adult community-based volunteers</p> <p>Randomization: method not stated. Each participating nurse visited a control patient first, then received training.</p>
Participants	307 essentially healthy adult smokers of at least 5 cigarettes per day
Interventions	<p>1. 'Time To Quit' programme delivered by a student nurse trained in programme</p> <p>2. Visit by same student nurse prior to receiving training</p> <p>Intensity: low</p>
Outcomes	<p>Abstinence at 9m</p> <p>Validation: Cotinine &lt;100ng/ML</p>
Notes	Effect of training and manuals on nurse intervention
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>DeBusk 1994</b>
Methods	<p>Country: USA (California)</p> <p>Recruitment setting: inpatients at 5 hospitals</p> <p>Randomization: centralized computer allocation. Both smokers and non-smokers randomized.</p>
Participants	131/293 intervention and 121/292 control patients were smokers as defined by any use of tobacco in 6 months before admission.
Interventions	<p>1. Multiple risk factor intervention case-management system with smoking cessation, nutritional counselling, lipid lowering therapy and exercise therapy. Smoking cessation: 2min physician then nurse counselling with repeated telephone follow-ups x8. NRT offered only to highly addicted patients who relapsed post-discharge.</p> <p>2. Usual care including physician counselling. Group cessation programmes available for \$50 (2% enrolled)</p> <p>Intensity: high</p>
Outcomes	<p>Abstinence at 1yr (point prevalence)</p> <p>Validation: plasma cotinine &lt;10ng/mL, or 11-15 ng/mL with expired CO &lt;10ppm.</p>

## Characteristics of included studies

Notes	Number of quitters derived from smoking cessation rates based on number of baseline smokers - Author contacted for smoker drop-out rates.
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Family Heart 1994</b>
Methods	Country: UK Recruitment setting: Male general practice (family practice) patients aged 40-59 and partners, identified by household Randomization: by practice (one of a pair in each of 14 towns), and within intervention practices by individuals to screening/ intervention or 1 year screening
Participants	7460 male and 5012 female medical practice patients who reported 'smoking' on a questionnaire.
Interventions	1. Screening for cardiovascular risk factors, risk related lifestyle intervention during a single 1.5 hr visit. 2. Delayed screening (at 1 year) for families in the same practice (internal control) and the paired practice (external control)
Outcomes	Smoking prevalence at 1yr Validation: CO
Notes	Not included in meta-analysis because outcome not directly comparable with cessation studies. Smoking prevalence was lower in the intervention subjects at 1 year than in either internal or external practice controls. However non-returners in the intervention group had a higher smoking prevalence at baseline than returners.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Feeaney 2001</b>
Methods	Country: Australia Recruitment/setting: CCU, single hospital Randomization: numbered sealed envelopes (but admin error led to more in control)
Participants	198 smokers in previous week, unselected for motivation. 9 deaths (4/5) excluded from denominator in analysis
Interventions	1. Stanford Heart Attack Staying Free programme. Review by Alcohol & Drug Assessment (ADAU) physician. Self-help manual, high relapse risk patients counselled on coping strategies, audiotapes. On discharge ADAU nurse contacted weekly for 4 weeks & 2,3,12m. 2. Verbal and written didactic advice, video, review by ADAU nurse, supportive counselling and follow-up offered at 3,6,12m
Outcomes	Abstinence at 12m, continuous and validated at 1 & 3m. Validation: urine cotinine <400ng/ml at each ADAU clinic visit
Notes	New for 2004/1 update Both intervention and control included a nursing component so not in main analysis. Only participants who attended basic ADAU follow-up programme assessed, so large number of drop-outs. More drop-outs in group 2 (79%) than group 1 (51%), so treating drop-outs as smokers may overestimate treatment effect.
Allocation concealment	A

## Characteristics of included studies

<b>Study</b>	<b>Hajek 2002</b>
Methods	Country: UK Recruitment/setting: inpatients with MI or for CABG at 17 hospitals Randomization: serially numbered opaque sealed envelopes
Participants	540 smokers or recent quitters (26%) who had not smoked in hospital & motivated to quit. 26 deaths, 9 moved address excluded from denominator in analysis
Interventions	1. As control + CO reading, booklet on smoking & cardiac recovery, written quiz, offer to find support buddy, commitment, reminder in notes. Implemented by cardiac nurses during routine work, est time 20mins. 2. Verbal advice, Smoking and Your Heart booklet
Outcomes	Abstinence at 12m, sustained (no more than 5 cigs since enrolment & 7day PP) Validation: saliva cotinine <20ng/ml (CO used at 6week follow-up and for visits at 12m)
Notes	New for 2004/1 update Control meets criteria for a low intensity intervention so not included in main comparison
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Hollis 1993</b>
Methods	Country: USA (Portland, OR) Recruitment: Intern. med/ Family clinics Randomization: By 2 random digits in health record number. Physicians blind to assignment.
Participants	2691 internal medicine/family clinic adults who reported being a smoker on a questionnaire.
Interventions	1. Brief M.D. advice (30 sec and pamphlet from nurse) 2. Brief M.D. message plus nurse who promoted self quit attempts - advice, CO feedback, 10 min video & manual (1 of 3 types) + follow-up call & materials 3. Brief M.D. advice plus nurse-promoted group programme - advice, CO, + video-ask to join group with schedule, coupon, etc., follow-up calls 4. Brief MD advice and nurse offered choice between self-directed and group-assisted quit - shown both types of materials. Intensity: high
Outcomes	Abstinence at 1yr (2 point prevalence) Validation: Saliva cotinine at 12m
Notes	All three nurse-mediated interventions compared with 1. Saliva samples only obtained for approx half of reported quitters. Compliance and confirmation rates did not differ between groups.
Allocation concealment	C
<b>Study</b>	<b>Janz 1987</b>
Methods	Country: USA (Michigan) Recruitment setting: OPD Med Clinic (R.A.) Randomization: Half-day clinics assigned to treatment status.
Participants	Smokers (>= 5 cigs/day) attending clinics

**Characteristics of included studies**

Interventions	1. Physician discussed personal susceptibility, self efficacy & concern, trained nurse counselled on problems and strategies. 2. As 1. and self-help manual 'Step-by-Step Quit Kit'. 1 telephone call 3. Usual Care control (from physicians not involved in study) Intensity: low
Outcomes	Abstinence at 6m (self-report by telephone) Validation: none
Notes	1 & 2 vs 3. Interventions included both physician and nurse components. Data derived from graphs of percentages. Original data sought but not available.
Allocation concealment	C
<b>Study</b>	<b>Lancaster 1999</b>
Methods	Country: UK Recruitment setting: General practice, recruitment during a visit or by letter. Smokers who completed a questionnaire about smoking habits. Randomization: computer generated allocation in sealed envelopes
Participants	497 smokers (av. cigs/day 17)
Interventions	1. Physician advice (face to face or in a letter) and a leaflet 2. As 1. plus invitation to contact a trained practice nurse for more intensive tailored counselling. Up to 5 follow-up visits offered.
Outcomes	Sustained abstinence at 12m (not smoking at 3 & 12m) Validation: saliva cotinine at 3 & 12m
Notes	2 vs 1. Only 30% took up offer of extended counselling
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Lewis 1998</b>
Methods	Country: USA Recruitment setting: hospital inpatients (excluding some cardiac conditions) Randomization: predetermined computer-generated code
Participants	185 hospitalized adults- Self-reported 'regular use' for at least one year.
Interventions	1. Minimal care (MC)- motivational message from physician to quit plus pamphlet 2. Counselling and nicotine patch. (CAP) 3. Counselling plus placebo patch (CPP). In addition groups 2& 3 received a motivational message & instructions on patch use from physician, 4 sessions of telephone counseling by nurse based on cognitive behavioural therapy and motivational interviewing. Intensity: high
Outcomes	Abstinence at 6m (7 day point prevalence) Validation: CO <=10ppm
Notes	Compared 3 vs 1; Nurse counselling and placebo patch compared to minimal care to avoid confounding with effect of NRT.
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Miller 1997</b>
Methods	Country: USA (California) Recruitment setting: hospital inpatients Randomization: sealed envelopes

**Characteristics of included studies**

Participants	1942 hospitalized smokers (any tobacco use in week prior to admission)
Interventions	1. Intensive: 30min counselling, video, workbook, relaxation tape + 4 phone calls 2. Minimal: 30min counselling etc + 1 phone call 3. Usual Care Intensity: high
Outcomes	Abstinence at 12m, also sustained abstinence (3m & 6m self-report) Validation: plasma cotinine or family member collaboration at 12m
Notes	1+2 vs 3 in main analysis - both interventions classified as high intensity. Cardiovascular and other diagnoses separated in analysis by setting. 1 vs 2 in analysis of effect of additional telephone contact (sustained abstinence).
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Nebot 1992</b>
Methods	Country: Spain Recruitment: Primary Care Center (patients not selected for motivation to quit) Randomization: Primary care teams randomized to perform 3 interventions in successive weeks
Participants	425 smokers (at least 1 cig/day in past week)
Interventions	1. Physician advice 2. Physician advice & nicotine gum 3. Nurse counselling (up to 15 mins) Intensity: low All received booklet and offer of follow-up visit or call.
Outcomes	Abstinence at 12m (sustained, 2m & 12m) Validation: 1/4 validated by expired CO at 2m.
Notes	3 vs 1
Allocation concealment	C
<b>Study</b>	<b>OXCHECK 1994</b>
Methods	Country: UK Recruitment: patients aged 35-64 in 5 urban general practices (family practice) who returned a baseline questionnaire Randomization: by household, to health checks in one of 4 years
Participants	11,090 general practice patients
Interventions	1. Health check and risk factor counselling 2. Delayed intervention
Outcomes	Smoking prevalence, and reported quitting in previous year
Notes	Not included in meta-analysis because outcome not directly comparable with cessation studies. When all intervention patients (including non attenders) are compared to controls there was no significant difference in the proportion who had stopped smoking in previous year.
Allocation concealment	B

## Characteristics of included studies

<b>Study</b>	<b>Rice 1994</b>
Methods	Country: USA (Michigan) Recruitment: Self-referral or by provider Randomization: table of random numbers
Participants	255 smokers (>= 10 cigs/day) with cardiovascular disease
Interventions	1. Smokeless (R) programme, individual delivery by nurse, 5 sessions 2. Same programme, 5 group sessions 3. Same programme, written self-help format 4. Usual care control Intensity: high
Outcomes	Abstinence at 12m. Validation: respondents warned that saliva samples might be tested (bogus pipeline).
Notes	1+2+3 vs 4
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Rigotti 1994</b>
Methods	Country: USA (Boston) Setting/ Recruitment: Cardiac surgery unit Randomization: method not described
Participants	87 smokers (1 or more pack of cigs in past 6ms) scheduled for CABG.
Interventions	1. 3 sessions behavioural model with video tape and face-to-face counselling by registered nurse 2. Usual care control Intensity: high
Outcomes	Sustained abstinence at 12m Validation: saliva cotinine <20 ng/mL
Notes	Abstinence rates include some smokers who had quit prior to surgery
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Risser 1990</b>
Methods	Country: USA Setting: Nurse staffed health promotion clinic Randomization: method not described
Participants	90 smokers attending health promotion clinic for annual visit
Interventions	1. 50min session, self-help materials, offer of training and counseling program. 2. as 1. plus 10min personalised motivational intervention with spirometry, CO measurement and discussion of symptoms.
Outcomes	Abstinence at 1yr (point prevalence) Validation: expired CO
Notes	Not in main comparison: effect of additional components. No group without intervention. (No true control group.)
Allocation concealment	B

## Characteristics of included studies

<b>Study</b>	<b>Sanders 1989a</b>
Methods	Country: UK Setting: Primary care clinics (11) Randomization: by day of week, randomized across weeks and practices.
Participants	4210 primary care clinic attenders identified by questionnaire as smokers
Interventions	1. Asked by doctor (following advice to quit) to make appointment with nurse for health check. Advice, discussion, leaflet and offer of follow-up by nursing 2. Usual care control Intensity: low
Outcomes	Sustained abstinence at 12m (self-report of not smoking at 1m and 12m and gave date on which they last smoked as before the 1m follow-up) Validation: urine cotinine
Notes	Only a sample of usual care group followed up so not appropriate to use data in main meta-analysis. A significant effect of the intervention was apparent only for the sustained cessation outcome. 12m point prevalence abstinence rates were 11.2% for intervention, 10% for control (NS).
Allocation concealment	C
<b>Study</b>	<b>Sanders 1989b</b>
Methods	Country: UK Setting: Primary care clinics (11) Randomization: method not specifically described
Participants	751 smokers who attended a health check (having been randomly allocated to an intervention offering a health check - see Sanders 1989a)
Interventions	1. Health check from a practice nurse; advice, leaflet and offer of follow-up 2. As 1. with demonstration of expired CO levels.
Outcomes	Sustained abstinence at 1 yr (self report of not smoking at 1m and 12m and who gave date on which they last smoked as before the 1m follow-up) Validation: urine cotinine in a sample of participants indicated a relatively high deception rate.
Notes	2 vs 1 for effect of CO demonstration as an adjunct to nurse advice. This was part of same study as Sanders 1989a, and randomized a subgroup of participants in the main study
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Steptoe 1999</b>
Methods	Country: UK Setting: Primary care clinics (20) Randomization: cluster randomized by practice
Participants	404 smokers (from total of 883 patients with modifiable CVD risk factors)
Interventions	1. Behavioural counselling using stages of change approach. 2-3 20min session + 1-2 phone contacts. NRT used if appropriate. 2. Usual care
Outcomes	Sustained abstinence at 12m (4 & 12m) Validation: saliva cotinine

## Characteristics of included studies

Notes	Not included in meta-analysis. Used practice-based analysis. Differential drop-out rates for smokers in int & control.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Taylor 1990</b>
Methods	Country: USA (California) Recruitment setting: Hospital (patients with AMI) Randomization: Random numbers in sealed envelopes
Participants	173 smokers following AMI. Smoker defined as any use of tobacco.
Interventions	1. Nurse counselling on self-efficacy, benefits and risks, manual coping with high risk situations. Further telephone counselling as needed up to 6ms. 2. Usual care control Intensity: high
Outcomes	Abstinence at 12m Validation: serum thiocyanate <110nmol/L, expired CO<10ppm
Notes	Nurses averaged 3.5 hours/patient including phone contact Slightly higher loss to follow-up in control group. Nicotine gum was prescribed to 5 patients.
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Terazawa 2001</b>
Methods	Country: Japan Recruitment setting: Workplace annual health check Randomization: by employee ID number. Assigned prior to contact
Participants	228 male smokers, Av age 39, av cigs/day 23
Interventions	1. 15-20min stage-matched counselling by trained nurses. 4 follow-up calls for those willing to set a quit date. 1 week after intervention, 3-4 days , 1m, 3m after cessation 2. Usual care
Outcomes	Sustained abstinence at 12m (>6m, validated at 6 & 12m) Validation: CO, urine
Notes	New for 2004/1 update 25 from intervention group set quit date. More intervention group in Preparation/contemplation II subgroups at baseline; 17 vs 7.
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Tonnesen 1996</b>
Methods	Country: Denmark Recruitment setting: Outpatient chest clinic Randomization: method not specifically described
Participants	507 smokers of <10 cigs/day or of >10 cigs/day who had refused a trial of nicotine replacement. 20-70 yrs Nurses given 8h training and 3 problem-solving meetings
Interventions	1. Motivational approach, 5 min of benefits/risks, brochures in hazards and how to quit. 4-6 weeks letter sent 2. Control - questionnaire and CO measurement. No advice to stop smoking. Intensity: low

**Characteristics of included studies**

Outcomes	Sustained abstinence at 1yr (stopped during intervention and no reported smoking during year) Validation: CO <10ppm
Notes	
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Vetter 1990</b>
Methods	Country: Wales, UK Recruitment setting: general practice (family practice) Randomization: method not specifically described
Participants	226 smokers aged 60+ in general practice who completed a health questionnaire. Unselected by motivation to quit.
Interventions	1. Letter asking patient to visit doctor who advised on importance of stopping smoking, opportunity to see practice nurse who gave advice on lifestyle factors concentrating on quitting smoking 2. No contact, completed questionnaire only Intensity: low
Outcomes	Abstinence at 6m (point prevalence) Validation: expired CO (cut off point not stated)
Notes	Intervention included nursing and physician advice
Allocation concealment	B

Notas:

ITT = intent-to-treat. CO = carbon monoxide CABG = Coronary Artery Bypass Graft CCU = Coronary Care Unit (A)MI = (Acute) Myocardial Infarction NRT = nicotine replacement therapy

**Characteristics of excluded studies**

<b>Study</b>	<b>Reason for exclusion</b>
Browning 2000	Not a randomised trial, uses historical control
Carlsson 1998	Describes five studies, only one reporting smoking cessation is included in review separately (Carlsson 1997).
Fletcher 1987	Number of quitters after 6m not stated. (Total of 20 participants)
Galvin 2001	Only 3 month follow-up. (Total of 42 participants)
Griebel 1998	Maximum follow-up was 6 weeks post-hospital discharge.
Haddock 1997	No long term follow-up. Randomization unclear.
Jolley 1995	Not RCT. Control and intervention ran sequentially.
Johnson 1999	Not RCT. No equivalent study groups, intervention allocated according to cardiac unit of admission.
Johnson 2000	Population and intervention not within scope. Recruited women who had stopped smoking during pregnancy for a relapse prevention intervention.
Kendrick 1995	Intervention in pregnant smokers. See review by Lumley et al 1998.
Lifrak 1997	Four advice sessions with a nurse practitioner was compared with a more intensive intervention of 16 weekly therapy sessions. All also received nicotine patch therapy.

**Characteristics of excluded studies**

McHugh 2001	Multiple risk factor intervention with shared care. Cannot evaluate effect of nursing.
O'Connor 1992	Intervention in pregnant smokers. See review by Lumley et al 1998.
Pozen 1977	Intervention in post MI patients. Only 1 month follow-up, and number of smokers at baseline not described.
Reeve 2000	Follow-up less than 6 months.
Rigotti 1997	Intervention not given by a nurse.
Stanislaw 1994	Follow-up less than 6 months.
Sun 2000	Follow-up less than 6 months.
Wadland 1999	Not randomised. The two groups were recruited by different means and given different interventions both of which included telephone counselling by nurses or counsellors
Wadland 2001	Follow-up less than 6 months (90 days). Nurses and counsellors provided telephone based intervention.
Wewers 1994	Follow-up less than 6 months.
Woppard 1995	No data presented on number of smokers or quitting.
van Elderen 1994	Multicomponent intervention, smoking cessation element not clear.

**Characteristics of ongoing studies**

<b>Study</b>	<b>Froelicher 2000</b>
Trial name or title	Women's initiative for Nonsmoking (WINS)
Participants	Women admitted to study hospitals with a CVD diagnosis
Interventions	Nurse-managed care focusing on preventing relapse after cessation during hospitalisation. Face to face and telephone counselling
Outcomes	Long term cessation
Starting date	October 1996. Data collection completed December 1998
Contact information	E.S. Froelicher, University of California, 2 Kirkham St, San Francisco, CA 94143-0610
Notes	
<b>Study</b>	<b>Project C.A.R.E.S.</b>
Trial name or title	Community-Nurse Assisted Research and Education on Smoking
Participants	Visiting nurses (N=104) trained to deliver one of two interventions
Interventions	Nurses delivered Motivational Enhancement or brief advice (self-help).
Outcomes	12 month cessation
Starting date	1997
Contact information	Belinda Borrelli, Brown University
Notes	

## CARÁTULA

Titulo	<b>Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar</b>
Autor(es)	<b>Rice VH, Stead LF</b>
Contribución de los autores	VHR extrajo los datos y redactó la revisión. LS realizó búsquedas, obtuvo datos y ayudó en la redacción de la revisión. Ambos autores colaboran en las actualizaciones de la revisión.
Número de protocolo publicado inicialmente	1998/3
Número de revisión publicada inicialmente	1999/3
Fecha de la modificación más reciente"	18 noviembre 2003
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	18 noviembre 2003
Cambios más recientes	<b>Revisión substancialmente actualizada, Número 1, 2004. Siete nuevos estudios (Alterman 2001, Aveyard 2003, Bolman 2002, Curry 2003, Feeney 2001, Hajek 2002, Terazawa 2001). Las conclusiones enfatizan más las posibles diferencias entre las intervenciones de alta y baja intensidad.</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	20 junio 2003
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	15 setiembre 2003
Dirección de contacto	Prof Virginia Hill Rice PhD, RN, CS, FAAN College of Nursing Wayne State University 5557 Cass Avenue Detroit 48202 Michigan USA Teléfono: +1 313 577 4064 E-mail: Vfrice@aol.com Facsimile: +1 313 577 5777
Número de la Cochrane Library	CD001188-ES

Grupo editorial	Cochrane Tobacco Addiction Group
Código del grupo editorial	HM-TOBACCO

### RESUMEN DEL METANÁLISIS

#### 01 Todos los ensayos de intervención de enfermería versus de control, agrupados por la intensidad de la intervención

Resultado	Nro de estudios	No. de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo	20	10289	Odds-Ratio de Peto IC del 95%	1.47 [1.29, 1.67]

#### 02 Todos los ensayos de intervención de enfermería versus de control, agrupados según contexto y población

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

#### 03 Efecto de las estrategias adicionales: Mayor intensidad versus menor intensidad

Resultado	Nro de estudios	No. de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
04 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo			Odds-ratio (Fijo) IC del 95%	Totales no seleccionados

#### 04 Análisis de sensibilidad por intensidad que incluye a Hajek 2002, con Lancaster, Bolman y Curry como baja intensidad

Resultado	Nro de estudios	No. de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo	21	10794	Odds-Ratio de Peto IC del 95%	1.38 [1.22, 1.56]

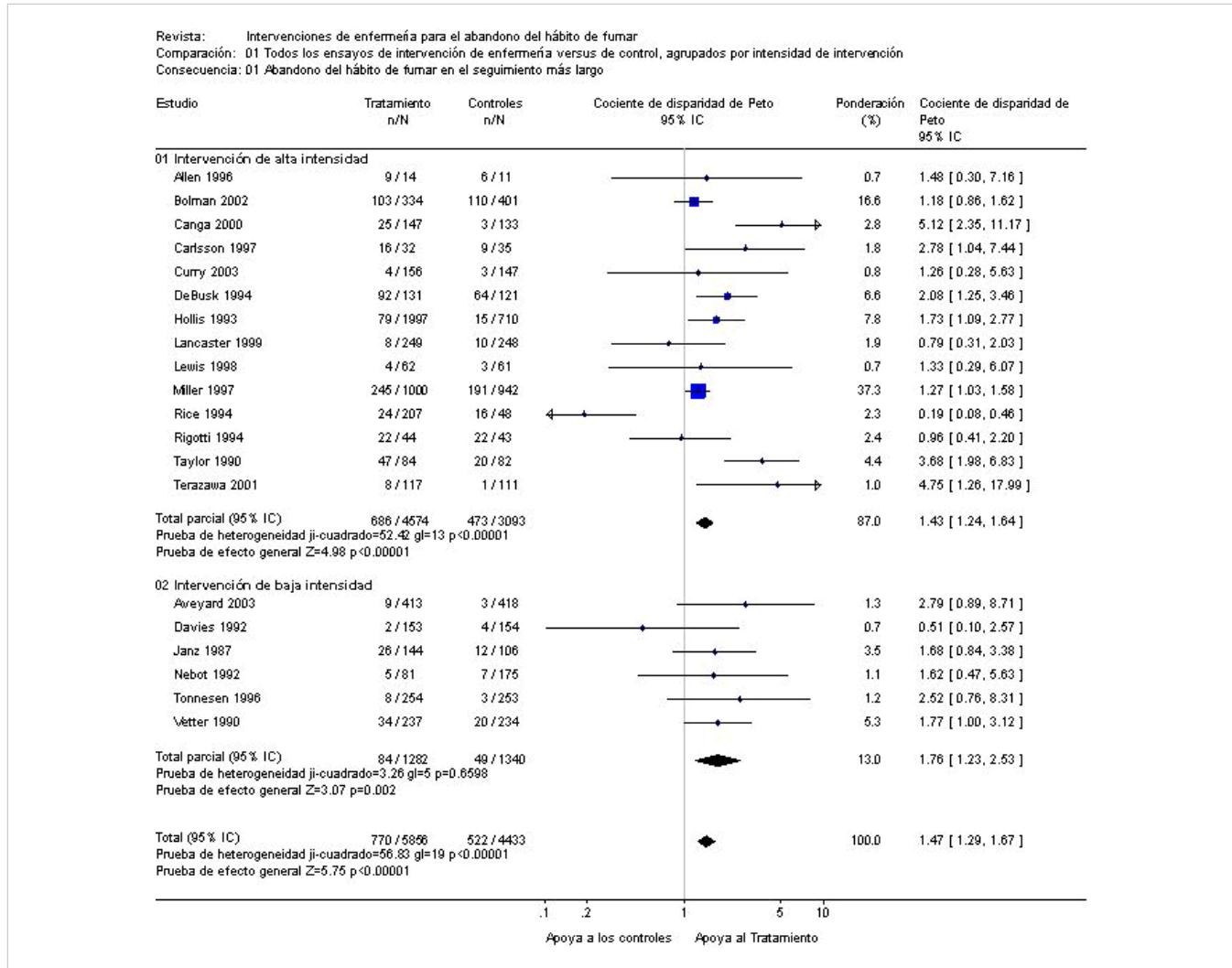
#### 05 Análisis de sensibilidad por contexto y población que incluye Hajek 2002

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

## GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

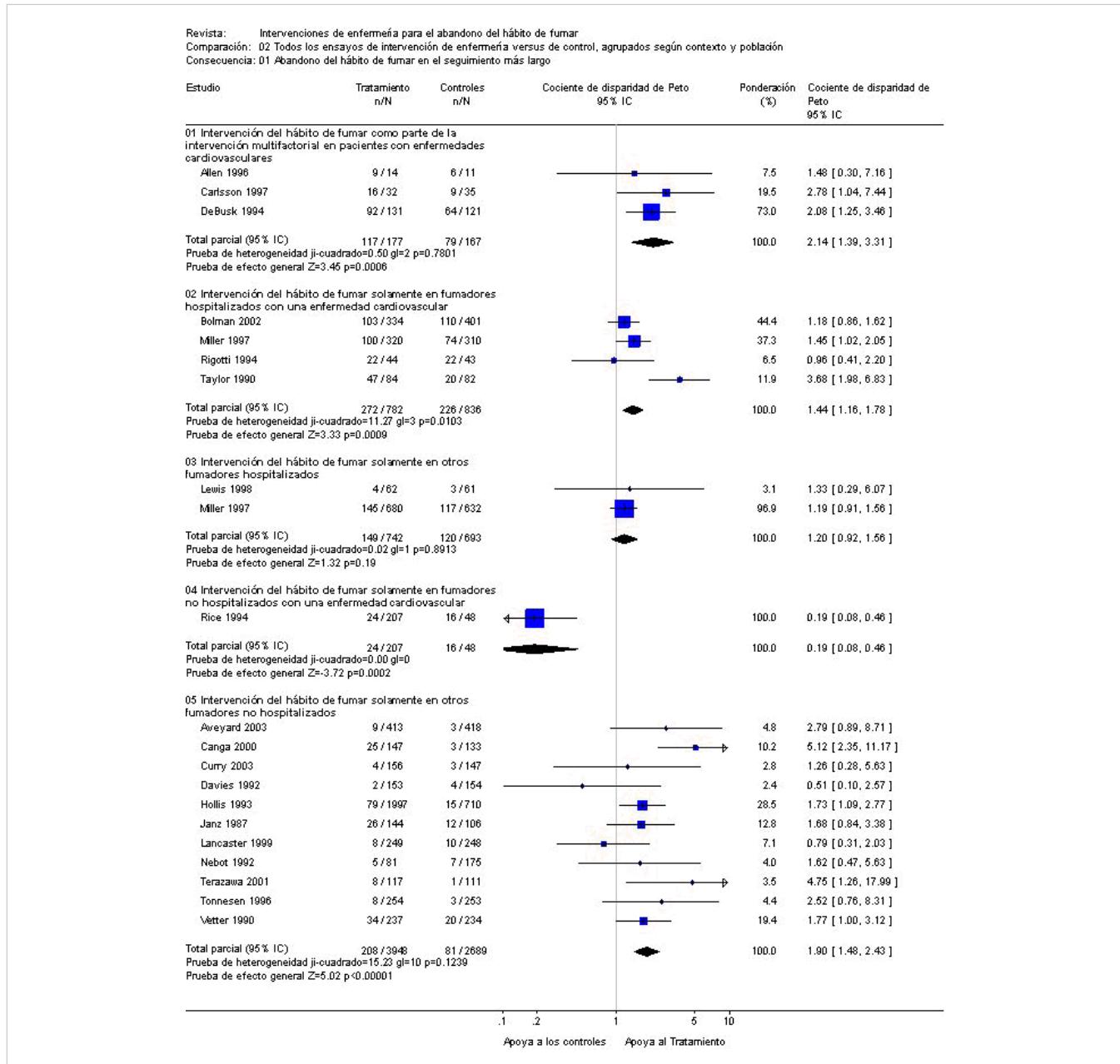
Fig. 01 Todos los ensayos de intervención de enfermería versus de control, agrupados por la intensidad de la intervención

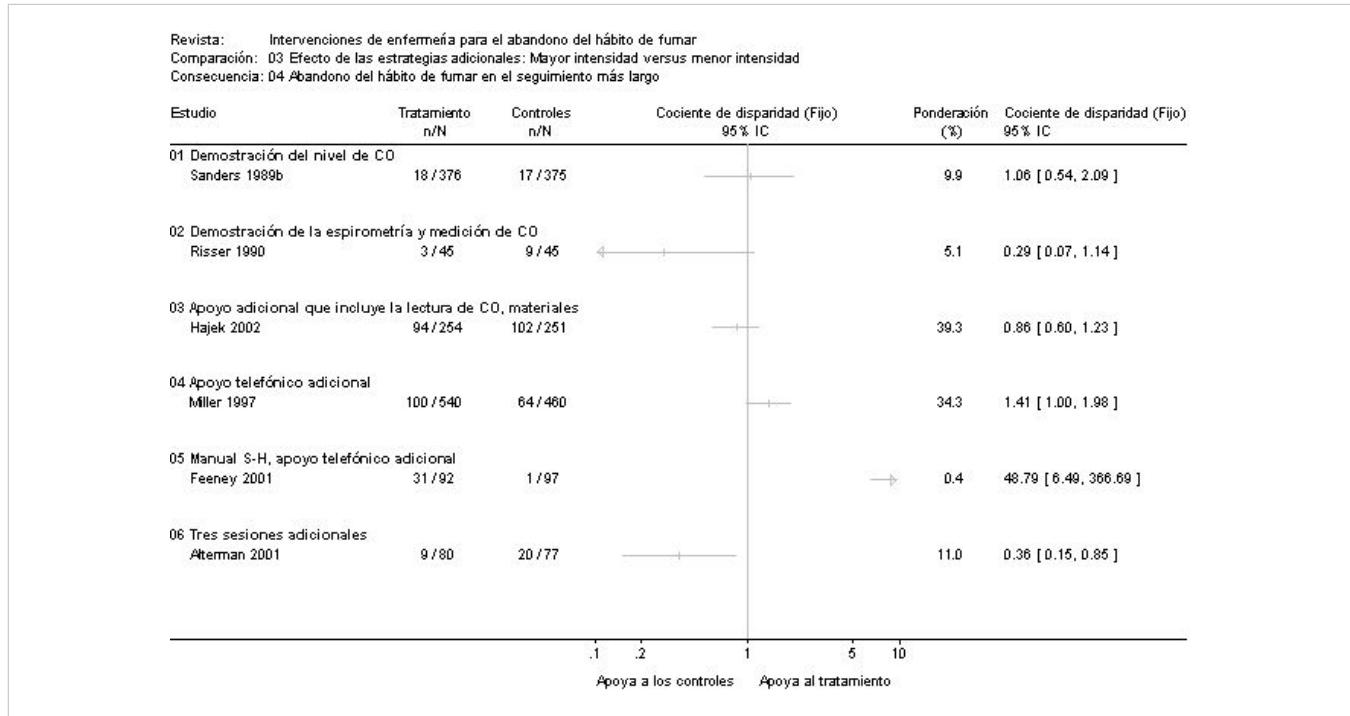
## 01.01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo



**Fig. 02 Todos los ensayos de intervención de enfermería versus de control, agrupados según contexto y población**

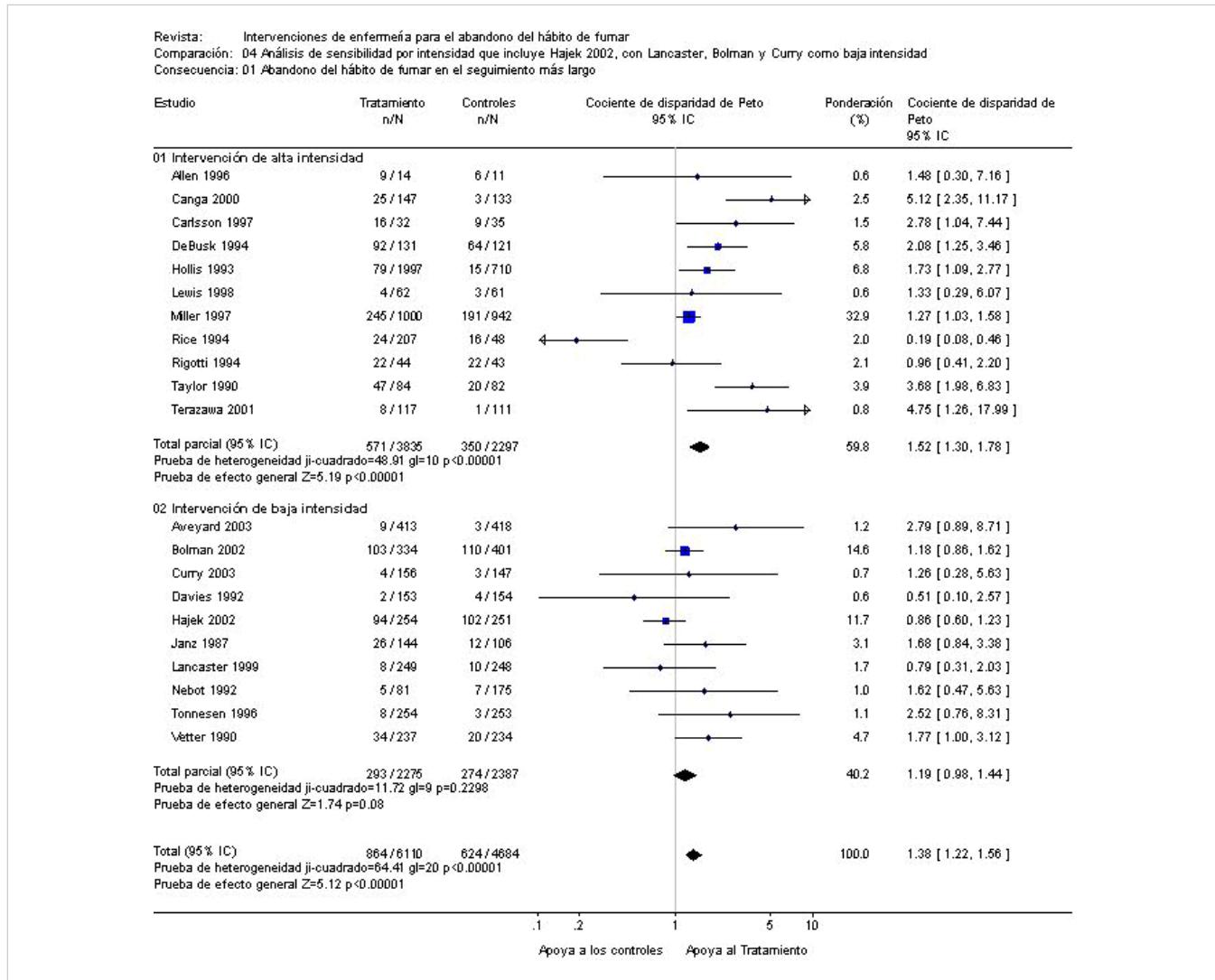
**02.01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo**



**Fig. 03 Efecto de las estrategias adicionales: Mayor intensidad versus menor intensidad****03.04 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo**

**Fig. 04 Análisis de sensibilidad por intensidad que incluye a Hajek 2002, con Lancaster, Bolman y Curry como baja intensidad**

**04.01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo**



**Fig. 05 Análisis de sensibilidad por contexto y población que incluye Hajek 2002**

**05.01 Abandono del hábito de fumar en el seguimiento más largo**

