



Intervenciones para el abandono del consumo de tabaco en ámbitos odontológicos

Carr AB, Ebbert JO

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, Número 2

Producido por



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

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

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

E-mail: info@update.co.uk

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



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

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

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

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

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

ÍNDICE DE MATERIAS

RESUMEN.....	1
RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS.....	2
ANTECEDENTES.....	2
OBJETIVOS.....	3
CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN.....	3
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	4
MÉTODOS DE LA REVISIÓN.....	4
DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	5
CALIDAD METODOLÓGICA.....	6
RESULTADOS.....	6
DISCUSIÓN.....	7
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	8
AGRADECIMIENTOS.....	8
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	8
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	8
REFERENCIAS.....	8
TABLAS.....	12
Characteristics of included studies.....	12
Characteristics of excluded studies.....	15
Table 01 Behavioural vs usual care: Smokeless tobacco users, >=12 months.....	17
Table 02 Behavioural vs usual care: Cigarette smokers, >= 12 months.....	17
Table 03 Behavioural vs usual care: Actively seeking treatment, >=12 months.....	17
Table 04 Behavioural vs usual care: Not actively seeking treatment, >=12 months.....	17
Table 05 Behavioural vs usual care: Cluster randomization.....	17
Table 06 Behavioural vs usual care: Individual randomization.....	18
CARÁTULA.....	18
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	19
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	20
01 Behavioural Interventions vs. Usual Care (adjusted).....	20
01 Abstinencia de tabaco >= 12 meses (ajustada).....	20
02 Abstinencia de tabaco >= 12 meses (ajustada).....	20
03 Método de asignación al azar (ajustado).....	21

Intervenciones para el abandono del consumo de tabaco en ámbitos odontológicos

Carr AB, Ebbert JO

Esta revisión debería citarse como:

Carr AB, Ebbert JO. Intervenciones para el abandono del consumo de tabaco en ámbitos odontológicos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Fecha de la modificación más reciente: 19 de octubre de 2005

Fecha de la modificación significativa más reciente: 03 de noviembre de 2005

RESUMEN

Antecedentes

El consumo de tabaco tiene efectos adversos significativos sobre la salud oral. Los profesionales de la salud oral en el contexto del consultorio dental o de la comunidad tienen una oportunidad única de aumentar las tasas de abstinencia del tabaco entre los consumidores.

Objetivos

Esta revisión evalúa la efectividad de las intervenciones para el abandono del consumo de tabaco ofrecido a los fumadores de cigarrillos y a los consumidores del tabaco sin humo, en el contexto del consultorio dental o de la comunidad.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro Especializado del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (CENTRAL), en MEDLINE (1966 a 2004), EMBASE (1988 a 2004), CINAHL (1982 a 2004), Healthstar (1975 a 2004), ERIC (1967 a 2004), PsycINFO (1984 a 2004), en la base de datos del National Technical Information Service (NTIS, 1964 a 2004), Dissertation Abstracts Online (1861 a 2004), Database of Abstract of Reviews of Effectiveness (DARE, 1995 a 2004), y en la Web of Science (1993 a 2004).

Criterios de selección

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios y cuasialeatorios que evalúan las intervenciones para el abandono del consumo de tabaco, realizadas por profesionales de salud oral, en el contexto del consultorio dental o de la comunidad, con al menos seis meses de seguimiento.

Recopilación y análisis de datos

Dos autores examinaron de forma independiente los resúmenes para su potencial inclusión y los datos resumidos de los ensayos incluidos. Los desacuerdos se resolvieron mediante consenso.

Resultados principales

Seis ensayos clínicos cumplieron con los criterios de inclusión de esta revisión. Los estudios incluidos evaluaron la eficacia de las intervenciones en el consultorio dental o en una escuela de la comunidad. Todos los estudios evaluaron la eficacia de las intervenciones para los consumidores del tabaco sin humo, uno de los cuales incluyó fumadores de cigarrillos. Todos los estudios emplearon intervenciones conductuales y sólo uno ofreció farmacoterapia como un componente de la intervención. Todos los estudios incluyeron un componente de examen bucodental. El agrupamiento de los estudios indicó que las intervenciones realizadas por profesionales de la salud oral aumentaron las tasas de abstinencia del tabaco (odds-ratio [OR] 1,44; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,16 a 1,78) a los 12 meses o más. Hubo heterogeneidad manifiesta ($I^2 = 75\%$) que no pudo explicarse adecuadamente por los análisis de subgrupos o de sensibilidad.

Conclusiones de los autores

Las pruebas disponibles indican que las intervenciones conductuales para el consumo de tabaco, realizadas por profesionales de la salud oral que incorporan un componente de examen bucodental en el consultorio dental y en el contexto de la comunidad, pueden aumentar las tasas de abstinencia del tabaco entre los consumidores del tabaco sin humo. Las diferencias entre los estudios limitan la capacidad de hacer recomendaciones concluyentes con respecto a los componentes de intervención que deben incorporarse en la práctica clínica.



RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Las intervenciones de asesoramiento para el abandono del tabaco proporcionadas por profesionales de la salud oral pueden ser efectivas para ayudar a los consumidores de tabaco a dejarlo.

Además de los efectos perjudiciales conocidos del tabaquismo sobre el sistema respiratorio y el cardiovascular, el consumo de tabaco está asociado con un mayor riesgo de enfermedad bucodental, incluido el cáncer de boca y la enfermedad periodontal. Los profesionales de la salud oral se encuentran en una posición estratégica para ayudar a los consumidores de tabaco que consultan por atención dental al proporcionar ayuda para el abandono. Se identificaron y agruparon seis estudios que mostraron que la orientación para el abandono del consumo de tabaco proporcionada por profesionales de la salud oral es beneficiosa. El odds-ratio fue 1,44 (intervalo de confianza del 95%: 1,16 a 1,78) a los 12 meses, a favor del asesoramiento, comparado con la atención habitual o ningún contacto. Las implicaciones principales de estos resultados son para los consumidores del tabaco sin humo en contextos odontológicos, porque las pruebas encontradas sobre la efectividad de intervenciones similares para los fumadores de cigarrillos son limitadas.



ANTECEDENTES

Además de los efectos perjudiciales bien conocidos del hábito de fumar en el sistema respiratorio y en el cardiovascular, el consumo de tabaco tiene efectos adversos significativos sobre la salud oral. El hábito de fumar cigarrillos se asocia con un mayor riesgo de enfermedades de la boca (Gelskey 1999; Mecklenburg 1998; Salvi 2000). El tabaco expone la cavidad oral a carcinógenos tóxicos que pueden intervenir en el inicio y la promoción del cáncer, o el carcinoma (Mirbod 2000). El tabaco es el inductor principal del carcinoma de células escamosas (CCE) de la boca y se considera responsable de un 50% a un 90% de los casos en todo el mundo (Epstein 1992; Holleb 1996). La incidencia de CCE de la boca es cuatro a siete veces mayor en los fumadores que en los no fumadores (Piyathilake 1995). El cáncer y las lesiones preneoplásicas de la boca ocurren con mayor frecuencia en los fumadores y dejar de fumar disminuye el riesgo del cáncer de boca en un período de cinco a diez años (EU Work group 1998). La exposición al tabaco es también perjudicial para la salud periodontal, y la situación con respecto al hábito de fumar es un factor importante en el pronóstico del tratamiento periodontal, la curación de la lesión oral, el tratamiento del implante y la odontología cosmética (Mecklenburg 1998). El hábito de fumar produce cambios de coloración en los dientes y las restauraciones dentales y se asocia con halitosis, disminución del gusto y una mayor prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal (EU Work group 1998). El hábito de fumar cigarrillos se asocia

causalmente con una mayor prevalencia y gravedad de la periodontitis (Gelskey 1999), aun cuando se practique una higiene bucodental adecuada (Kerdvongbundit 2002). El abandono del hábito de fumar puede detener la progresión de la enfermedad y mejorar los resultados del tratamiento periodontal (EU Work group 1998).

Se ha informado que el consumo de tabaco sin humo causa caries dentales (Tomar 1999) y cambios de coloración en las restauraciones dentales (Walsh 2000). El tabaco de mascar, en particular, se asocia con un mayor riesgo de caries dentales debido al contenido de azúcar y mayor recesión gingival. Las partículas abrasivas del tabaco de mascar pueden contribuir a un desgaste significativo de los dientes, que puede requerir restauraciones dentales en los casos avanzados (Bowles 1995; Milosevic 1996). Estudios transversales han indicado que los consumidores del tabaco sin humo con gingivitis coexistente tienen tasas altas de recesión gingival, enfermedades de la mucosa y caries dentales (Offenbacher 1985). El consumo de tabaco sin humo también se ha asociado con pérdida irreversible de los anexos gingivales, lo que resulta en la exposición de las raíces (Ernster 1990). Los efectos del consumo de tabaco sin humo se observan habitualmente en las localizaciones anatómicas donde el tabaco se pone en contacto con la mucosa, como el vestíbulo labial y la región periodontal adyacente. Tanto la prevalencia como la gravedad de las lesiones de la boca relacionadas con el tabaco muestran una relación dosis-respuesta con la cantidad, frecuencia y duración de la exposición al tabaco sin humo (Little 1992a). La exposición

crónica puede causar leucoplasia (Hirsch 1982), una lesión preneoplásica (Silverman 1984; Silverman 1976). El consumo de tabaco sin humo en los Estados Unidos se ha asociado con un mayor riesgo de cáncer de boca con una relación dosis-respuesta (Stockwell 1986; Williams 1977; Winn 1981). El riesgo puede variar según el tipo de tabaco sin humo consumido, dado que las tasas más altas o el cáncer de boca se observan en los países donde el tabaco sin humo se consume con aditivos (p.ej., la nuez de betel) (Critchley 2003).

El contexto de la práctica dental brinda una oportunidad única de ayudar a los consumidores de tabaco a lograr la abstinencia (Christen 1990). No hay aceptación generalizada de las intervenciones sobre el consumo de tabaco en ámbitos odontológicos y las limitaciones de los recursos de la atención primaria han reducido los esfuerzos adicionales (Warnakulasuriya 2002). Comparados con otros prestadores de atención sanitaria, los odontólogos aprecian con mayor exactitud el consumo de tabaco por los pacientes (Block 1999). Sin embargo, los odontólogos son menos consecuentes y apoyan menos la intervención, es menos probable que informen tener amplios conocimientos o habilidades en el tema del abandono del consumo de tabaco, y es más probable que perciban los obstáculos a las intervenciones contra el tabaco (Block 1999). Más del 40% de los odontólogos no pregunta sistemáticamente sobre el consumo de tabaco y un 60% no recomienda sistemáticamente a los consumidores que abandonen el hábito (Tomar 2001).

Mientras un 61,5% de los odontólogos considera que sus pacientes no esperan que se les brinden servicios para el abandono del consumo de tabaco, el 58,5% de sus pacientes sienten que deben proporcionarse tales servicios (Campbell 1999). Las barreras a la prestación de servicios para el abandono del consumo de tabaco incluyen la preocupación por la resistencia del paciente (Campbell 1994), falta de conocimiento, falta de tiempo (Dolan 1997), falta de compensación económica (Fried 1992), y preocupación por la coordinación deficiente de la atención entre la odontología y los servicios de abandono del consumo de tabaco (Campbell 1994).

OBJETIVOS

Se evaluó la efectividad de las intervenciones para el abandono del consumo de tabaco ofrecidas a los fumadores de cigarrillos y a los consumidores de tabaco sin humo en el consultorio dental o en el contexto de la comunidad. Se querían probar las siguientes hipótesis:

- 1) En ámbitos odontológicos, las intervenciones de orientación breve para el abandono del consumo de tabaco son más efectivas que en la atención habitual para aumentar las tasas de abstinencia del tabaco entre los consumidores.
- 2) Las intervenciones de orientación breves para el abandono del consumo de tabaco realizadas por los odontólogos, combinadas con el tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN),

son más efectivas que el TRN solo para aumentar las tasas de abstinencia del tabaco entre los consumidores.

- 3) Las intervenciones sobre el consumo de tabaco que incorporan retroalimentación (feedback) al paciente de un examen bucodental son más efectivas para aumentar las tasas de abstinencia del tabaco entre los consumidores que las que no la incorporan.

- 4) Las intervenciones del consumo de tabaco realizadas por los profesionales de la salud dental son más efectivas que las intervenciones realizadas por otros profesionales de la asistencia sanitaria para aumentar las tasas de abstinencia del tabaco entre los consumidores.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios y cuasialeatorios (es decir, por el número del paciente, fecha de nacimiento, día de asistencia). La unidad de asignación al azar fue el odontólogo o el lugar de los estudios en el contexto del consultorio dental, y la universidad o la escuela secundaria para los estudios en el contexto de la comunidad.

Tipos de participantes

Se incluyeron los pacientes o los sujetos de cualquier edad que informaron el consumo de tabaco y recibieron intervenciones de salud oral por parte de odontólogos. La captación y la participación de los sujetos incluyeron a los que buscaban activamente tratamiento y los que no expresaron interés en el abandono. Se incluyeron todos los consumidores de tabaco (fumadores de cigarrillos, puros y pipa y consumidores de tabaco sin humo).

Tipos de intervención

Se incluyó cualquier intervención para promover el abandono del consumo de tabaco (intervención versus atención habitual o placebo, o intervención versus otra intervención) que incluyó un componente ofrecido por un odontólogo, higienista dental, asistente dental o trabajador de oficina en el contexto de consultorios dentales y cualquier combinación de éstos, o como parte de un esfuerzo en la comunidad proporcionada por los mismos individuos. Las intervenciones podían incluir asesoramiento breve para el abandono, entrega de materiales de autoayuda, asesoramiento, farmacoterapia o cualquier combinación de éstos, o la referencia a otras fuentes de apoyo. Se incluyeron las intervenciones dirigidas a los fumadores y a los consumidores de tabaco sin humo. Se incluyeron las intervenciones dirigidas al entrenamiento de los profesionales de la salud dental.

Tipos de medidas de resultado

La medida de resultado fue el abandono del consumo de tabaco y del hábito de fumar, evaluada durante al menos seis meses desde el comienzo de la intervención. Se excluyeron los ensayos

que no informaron los resultados del consumo de tabaco o el seguimiento no fue suficientemente largo. No se requirió la validación bioquímica del abandono autonotificado, aunque sí se registró.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se buscaron las referencias de las intervenciones del consumo de tabaco por el profesional de la salud dental, en el contexto del consultorio dental o en otros lugares, en los Registros Especializados del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Specialized Registers of the Cochrane Tobacco Addiction Group) y del Grupo Cochrane de Salud Oral (Cochrane Oral Health Group). También se buscó en los siguientes sistemas electrónicos de recuperación de información y bases de datos:

- The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), 2004, número 2
- MEDLINE (1966-2004)
- EMBASE (1988-2004)
- CINAHL (1982-2004)
- Healthstar (1975-2004)
- ERIC (1967-2004)
- PsycINFO (1984-2004)
- National Technical Information Service database (NTIS, 1964-2004)
- Dissertation Abstracts Online (1861-2004)
- Database of Abstract of Reviews of Effectiveness (DARE, 1995-2004)
- Web of Science (1993-2004).

Se usaron los siguientes términos para describir los **participantes**: "smokers; smoking; cigarettes; smokeless tobacco; chewing tobacco; oral tobacco; spit tobacco; snuff; quid; chew; plug; tobacco use(rs)". Los siguientes términos describieron las **intervenciones**: "randomized; dentists; dental; hygienists; dental-patient relations; behavior modification; conditioning therapy; therapy; behavior; therapy; conditioning; group therapy; cognitive therapy; counseling, behavioural intervention; pharmacotherapy; therapy, drug, patient education, and health promotion". Los siguientes términos se usaron para describir los **resultados**: "tobacco use cessation; smoking abstinence; tobacco abstinence". Los siguientes términos describen la **intervención**: "dentists; dental; hygienists; dental-patient relations, oral health".

También se usaron los títulos de temas de medicina (MeSH) usados en MEDLINE y CINAHL para concentrarse en el ámbito odontológico: búsqueda limitada al subconjunto de revistas de odontología; o los títulos Oral Health/ or exp Dentistry/ or exp Dental Staff/ or exp DENTISTS/ or DENTIST'S PRACTICE PATTERNS/ or exp dental auxiliaries/ or dental hygienists. También se buscaron las palabras clave de las diversas especialidades odontológicas, "orthodont\$", "periodont\$" y "endodont\$". No hubo restricciones de idioma. En general, se

realizaron las búsquedas en los registros de la siguiente manera: "(participants OR outcomes) AND interventions". Se estableció contacto con expertos en el área para localizar los estudios no publicados, en un esfuerzo para disminuir al mínimo el sesgo de publicación.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Dos autores realizaron el cribaje (screening) de los registros recuperados por las búsquedas para comprobar la pertinencia potencial con los criterios de inclusión establecidos: ensayo clínico aleatorio o cuasialeatorio, ámbito odontológico, intervenciones de abandono del consumo de tabaco y medidas de cesación con un mínimo de seis meses de seguimiento. Dos autores comprobaron la posible pertinencia de los estudios para la inclusión o exclusión, y extrajeron de forma independiente los datos y los compararon. Se resolvieron los desacuerdos por discusión y consenso (mediante un tercer revisor, cuando fue necesario).

Se extrajo la siguiente información acerca de cada estudio:

- Lugar: incluido el país y el tipo de servicio de atención dental
- Método de asignación al azar y ocultamiento de la asignación y si la asignación al azar era individual o por grupos
- Método de selección de los participantes
- Características de la intervención (conductual/farmacológica, quién la realizó)
- Características de los participantes (tipo de consumo de tabaco, interés en el abandono)
- Evaluación de resultado (duración del seguimiento, definición del abandono, método de validación de la autonotificación)

En cada estudio, se seleccionó el resultado con la definición más rigurosa disponible del mantenimiento de la abstinencia (es decir, prevalencia continua versus puntual) y del tipo de tabaco (es decir, abstinencia de todo tipo de tabaco versus del tabaco sin humo solamente). Se basaron las tasas en un análisis por intención de tratar (intention-to-treat analysis) con los abandonos y las pérdidas durante el seguimiento asumidas como consumidores de tabaco. Se registró cualquier diferencia del número de perdidos durante el seguimiento entre el grupo de intervención y de control.

Se calificó A si el método de la asignación al azar y el ocultamiento de la asignación se describieron con detalles suficientes para asegurar que la asignación estaba cegada hasta después de la inclusión en el ensayo, B si los detalles eran insuficientes y C si la asignación no se ocultó (como en el uso de números de expedientes de pacientes, día de asistencia, etc.). Cuando parecía que hubo una pérdida grande durante el seguimiento se evaluó si los resultados fueron sensibles al uso de diferentes denominadores. Además de la clasificación anterior, se evaluó la repercusión del sesgo sobre la fuerza de

las pruebas al identificar los ensayos con fuentes múltiples de sesgo, y se formularon observaciones sobre la repercusión potencial del sesgo en el efecto general del tratamiento.

El resultado de cada ensayo se expresó como un odds-ratio (OR). Cuando el resultado es el abandono, se definió como (número de exconsumidores en el grupo de tratamiento/número de consumidores en el grupo de tratamiento)/(número de exconsumidores en el grupo control/número de consumidores en el grupo control). Si el OR era mayor que 1 las personas tenían más probabilidad de abandonar el consumo en el grupo de tratamiento. Se estimó un promedio ponderado agrupado de los OR con el uso de un modelo de efectos fijos, el método de Mantel-Haenszel, con intervalo de confianza del 95%. Si alguno de los estudios que se iban a agrupar se habían corregido por las similitudes o diferencias entre los grupos y, por consiguiente, los OR generados no se derivaban directamente del número de exconsumidores, los estudios se agruparon con el método de la varianza inversa genérica, con los resultados del estudio expresados como una estimación del efecto del tratamiento y un error estándar (Higgins 2005). Cuando los odds-ratios se derivaron con el método descrito anteriormente, la información de los datos primarios se muestra en la sección "Tablas adicionales".

Se formuló la hipótesis de que los aspectos siguientes explicarían la heterogeneidad, lo que se exploró mediante análisis de subgrupos: 1) **Pacientes** - fumadores (cigarrillo, puro, pipa) versus consumidores de tabaco sin humo; pacientes inscritos según su interés en el abandono del consumo versus pacientes incluidos independientemente del interés por abandonarlo (p.ej., sujetos incluidos en un estudio que requería consentimiento informado para participar versus sujetos incluidos en un estudio realizado en un consultorio dental con todos los pacientes tratados en el consultorio); consumidores de tabaco con mucha dependencia versus consumidores con menos dependencia con el uso del Fagerstrom Tolerance Questionnaire o las modificaciones de esta medida de dependencia (según el modo en que la dependencia se categoriza de manera similar en los ensayos); contexto del consultorio dental especializado versus consultorio general; 2) **Intervenciones** - intervenciones administradas por odontólogos versus higienistas dentales u otro personal odontológico; intervenciones conductuales versus intervenciones farmacológicas; 3) **Resultados** - resultados de la abstinencia del consumo de todos los tipos de tabaco versus específico del tipo de tabaco (hábito de fumar cigarrillos, tabaco sin humo; 4) **Método de asignación al azar** - por conglomerado versus individual. Se evaluó la heterogeneidad con la estadística I^2 (Higgins 2003).

Los análisis de sensibilidad incluyeron la evaluación del cambio de la estimación del efecto del tratamiento con el uso de un modelo de efectos aleatorios en comparación con el modelo de efectos fijos.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

La revisión incluyó seis estudios (Andrews 1999; Gansky 2002; Gansky 2005; Severson 1998; Stevens 1995; Walsh 1999). Se excluyó un estudio debido a que los autores no disponían de los valores de los denominadores de los subgrupos (Cohen 1989). Se retuvo un estudio adicional (Walsh 2003) que proporcionaba datos de los resultados de un año de un estudio incluido (Gansky 2002), para realizar un análisis de sensibilidad con resultados de dos años versus los de un año. Se realizaron tres estudios en el contexto del consultorio dental (Andrews 1999; Severson 1998; Stevens 1995), y con tres profesionales de salud oral (odontólogos e higienistas dentales) que proporcionaban intervenciones a deportistas en el contexto de la comunidad, en escuelas secundarias o en la universidad (Gansky 2002; Gansky 2005; Walsh 1999). Los estudios comunitarios en escuelas incluyeron un componente de examen dental por un profesional como parte principal de la intervención.

Un estudio en el consultorio dental se dirigió tanto a los fumadores como a los consumidores del tabaco sin humo (Severson 1998) y los datos del componente de consumidores de tabaco sin humo de este estudio se notifican en otro estudio incluido en esta revisión (Andrews 1999). Los cuatro estudios restantes se dirigieron a consumidores de tabaco sin humo. En los estudios del consultorio dental se incluyeron consumidores de tabaco que no buscaban activamente tratamiento (es decir, sin consentimiento) (Andrews 1999; Severson 1998; Stevens 1995). Las intervenciones en el contexto del consultorio dental se realizaron durante las visitas sanitarias en la práctica dental general (Andrews 1999; Severson 1998; Stevens 1995). En los estudios comunitarios en escuelas, los consumidores del tabaco tenían que estar de acuerdo en participar y se obtuvo un consentimiento informado (Gansky 2002; Gansky 2005; Walsh 1999). Los estudios en el consultorio dental restringieron la inclusión a las personas con 15 años o más de edad (Andrews 1999; Severson 1998; Stevens 1995), uno hizo restricciones de género en la inclusión (Stevens 1995). Los estudios comunitarios en escuelas incluyeron deportistas masculinos que realizaban estudios secundarios y universitarios sin criterios de edad preespecificados.

Todos los estudios comunitarios en escuelas basaron su intervención en la Cognitive Social Learning Theory (Teoría de aprendizaje social cognoscitiva) (Bandura 1986), dos de los estudios informaron que la Diffusion of Innovation Theory (Difusión de la teoría de innovación) (Rogers 1983) fue el instrumento para incorporar el uso de compañeros líderes. Este fundamento teórico no se mencionó en las intervenciones aplicadas en los estudios en el consultorio dental. En uno de los estudios comunitarios en escuelas, se usó el tratamiento de reemplazo de nicotina en forma de chicle (2 mg) (Walsh 1999). El chicle se reforzó con asesoramiento proporcionado por un profesional dental. En la mayoría de los estudios, los odontólogos (odontólogos e higienistas dentales) proporcionaron

asesoramiento en las intervenciones que con mayor frecuencia incluyeron combinaciones de una revisión oral, retroalimentación de la revisión oral en cuanto a los efectos del consumo de tabaco, un mensaje para abandonarlo, la orientación motivacional con el uso de material impreso o presentaciones con medios y la autoayuda. En dos de los tres estudios en el consultorio dental, el grupo de atención habitual no incluyó intervenciones estructuradas (Andrews 1999; Stevens 1995), y en todos los estudios comunitarios, las escuelas de control no recibieron entrenamiento formal.

En dos de los tres estudios en el consultorio dental, la unidad de asignación al azar fue el consultorio (Andrews 1999; Severson 1998) después de ajustar por el número promedio de visitas sanitarias por semana y el número de años de práctica del odontólogo. En el otro estudio, la unidad de asignación al azar era el paciente y la asignación se basó en el último dígito de su número de identificación (Stevens 1995). En los estudios comunitarios en escuelas, ésta era la unidad de asignación al azar después de la estratificación basada en la prevalencia del consumo de tabaco al inicio.

En todos los ensayos incluidos, los participantes se siguieron al menos durante 12 meses y un estudio lo hizo durante 24 meses (Gansky 2002). De los cinco estudios dirigidos a consumidores de tabaco sin humo, cuatro informaron todos los resultados de abstinencia del tabaco (Andrews 1999; Gansky 2005; Severson 1998; Stevens 1995). En tres estudios, se notificó la prevalencia puntual como resultado primario (Gansky 2005; Stevens 1995; Walsh 1999). Un estudio informó la abstinencia como la prevalencia puntual a la semana (siete días) (Stevens 1995), mientras que tres designaron la prevalencia puntual de la abstinencia a los 30 días (Gansky 2002; Gansky 2005; Walsh 1999). Tres estudios usaron la abstinencia continua o "mantenida" como ningún consumo de tabaco a los tres y a los 12 meses (Andrews 1999; Severson 1998) o ningún consumo de tabaco actual a los 12 y 24 meses después del abandono antes del mes de seguimiento (Gansky 2002).

CALIDAD METODOLÓGICA

El informe de la asignación al azar en dos estudios (Gansky 2002; Gansky 2005) fue suficiente y se calificó A. Los estudios restantes no informaron la forma en que se realizó la asignación al azar o no informaron detalles suficientes para determinar si se había realizado un intento satisfactorio para controlar el sesgo de selección (Andrews 1999; Severson 1998; Walsh 1999). Un estudio fue cuasialeatorio porque la asignación al azar se basó en el último dígito del número de identificación del paciente (Stevens 1995).

En tres estudios, no se usó confirmación bioquímica para validar la autonotificación (Andrews 1999; Gansky 2005; Severson 1998). En los tres estudios restantes, la confirmación bioquímica se utilizó inicialmente y luego se abandonó (Stevens 1995), o

se usó para mejorar la autonotificación (Gansky 2002; Walsh 1999) (es decir, el método de "detección de datos falsos").

La capacidad para cegar estaba limitada debido a la naturaleza de las intervenciones conductuales evaluadas.

En un estudio basado en la escuela (Gansky 2005), los autores describen un efecto de "desbordamiento" entre el grupo de intervención y el de control que pareció sesgar los resultados del ensayo.

RESULTADOS

Todos los análisis se realizaron después de ajustar por grupos de pacientes en las consultas y las escuelas con el uso de los coeficientes de correlación intraclase (CCI) informados y el método de la varianza inversa genérica.

Cuando se agruparon los seis ensayos clínicos de intervenciones en ámbitos odontológicos comparados con la atención habitual o con controles sin contacto (incluidos todos los consumidores de tabaco) (Comparación 1, Resultado 1), se observó un aumento estadísticamente significativo de la probabilidad de abstinencia del tabaco a los 12 meses o más (odds-ratio [OR] 1,44; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,16 a 1,78), aunque hubo heterogeneidad evidente entre los estudios ($I^2 = 71,4\%$). La inclusión de los datos de los resultados de 12 meses (Walsh 2003) en lugar de los datos de los resultados de dos años (Gansky 2002) no cambió los resultados. Severson 1998 incluyó un diseño de tres brazos para los fumadores de cigarrillos (intervención prolongada versus intervención mínima versus atención habitual) y para los propósitos del agrupamiento sólo se incluyeron los fumadores de la intervención prolongada en comparación con la atención habitual.

Se exploró la heterogeneidad al evaluar las explicaciones potenciales preespecificadas. **Pacientes:** No se explica la heterogeneidad al separar los fumadores de cigarrillos y los consumidores de tabaco sin humo (Comparación 1, resultado 1, subgrupos 1 y 2), aunque sólo un estudio incluyó fumadores de cigarrillos (Severson 1998). Cuando se agruparon los estudios que incluyeron los sujetos según su estado como consumidores de tabaco y no de un interés expresado de recibir una intervención (Comparación 1, resultado 2), se observó una mayor probabilidad de abstinencia del tabaco en los que buscaron activamente tratamiento (OR 1,41; IC del 95%: 1,07 a 1,86; subgrupo 1) y en los que no lo hicieron (OR 1,48; IC del 95%: 1,05 a 2,09; subgrupo 2). Los dos subgrupos tenían intervalos de confianza superpuestos. Debido a que todos los estudios en los que la inclusión de los sujetos se basó en su estado de consumidor de tabaco se realizaron en el contexto del consultorio dental, no se puede determinar la influencia de cada factor de forma independiente. La dependencia se midió de manera diferente o no se midió entre los estudios, por lo que no puede hacerse una comparación con respecto a las diferencias de la dependencia inicial. Las intervenciones en ámbitos odontológicos se realizaron como parte de la asistencia dental

general durante las visitas sanitarias habituales solamente, de manera que no pueden hacerse comparaciones entre la asistencia general y la atención subespecializada. **Intervenciones** En todos los estudios, las intervenciones se realizaron en equipo con los higienistas dentales como los suministradores de la intervención conductual primaria. **Resultados:** Cuando se analizaron por separado los estudios que evaluaban las intervenciones para los consumidores de tabaco sin humo que informaban la abstinencia de este tipo de tabaco en lugar de la abstinencia de todo el tabaco a los 12 meses o más, los OR y los IC fueron similares al análisis general y la heterogeneidad permaneció significativa. **Método de asignación aleatoria** El análisis de subgrupos por tipo de asignación al azar no explicó la heterogeneidad (Comparación 1, resultado 3). En términos generales, la fuente de heterogeneidad no está bien explicada.

Dada la alta heterogeneidad presente en los estudios informados, se realizó un análisis de sensibilidad con el uso de un modelo de efectos aleatorios. Para el Resultado 1, la diferencia significativa observada con el modelo de efectos fijos del aumento de la probabilidad de la abstinencia del tabaco a 12 meses o más permaneció con el modelo de efectos aleatorios (OR 1,67; IC del 95%: 1,09 a 2,57). Para el Resultado 2, el modelo de efectos aleatorios proporcionó una estimación puntual aumentada, pero no mantuvo la significación de los subgrupos (tratamiento buscado activamente OR 1,72; IC del 95%: 0,80 a 3,71; tratamiento no buscado activamente OR 1,64; IC del 95%: 0,90 a 2,98). Para el Resultado 3, la diferencia significativa vista en los estudios con asignación al azar por conglomerados permaneció cuando se usó el modelo de efectos aleatorios (OR 1,72; IC del 95%: 1,06 a 2,89).

DISCUSIÓN

Esta revisión revela que es escasa la bibliografía publicada para evaluar la repercusión de las intervenciones del consumo de tabaco realizadas por los profesionales de salud oral. Sin embargo, las pruebas disponibles son consistentes con la hipótesis de que las intervenciones realizadas en el consultorio dental y en el contexto de la comunidad escolar son más efectivas que la atención habitual para promover el abandono del consumo de tabaco. La abstinencia de tabaco agrupada a los 12 meses fue 1,44 (IC del 95%: 1,16 a 1,78). Esto implica una diferencia en las tasas de abandono de un 3% entre los grupos que recibieron la intervención conductual y los que no la recibieron. El número necesario a tratar (NNT) con una intervención sobre el consumo de tabaco realizada por un profesional de salud oral es 33.

Mientras el efecto general de la intervención puede ser pequeño, el agrupamiento de los estudios en esta revisión representa la abstinencia del tabaco a los 12 meses o más. No se ha alcanzado consenso sobre la duración de la abstinencia que debe informarse en los ensayos de las intervenciones del consumo de tabaco (Hughes 2003). Sin embargo, la notificación de los resultados de 12 meses o más puede igualarse más

estrechamente a la abstinencia del tabaco de toda la vida y tener menor probabilidad de dar resultados positivos falsos (Hughes 2003).

Dado que existe la posibilidad de defectos metodológicos, deben interpretarse con cautela los resultados de este análisis. No puede descartarse la existencia del sesgo de publicación, porque los informes no publicados pueden no estar representados en la estimación del efecto. La calidad metodológica de los estudios también puede ser motivo de preocupación debido a la incapacidad para cegar, los métodos poco claros de la asignación a los tratamientos, la validación del abandono del consumo de tabaco basada en la autonotificación y el contenido y la administración inconsistente de la intervención dental específica en los estudios agrupados.

Aunque todos los estudios incluidos tenían un componente de intervención dental, fue evidente que existía una heterogeneidad significativa. La fuente de heterogeneidad es incierta y los métodos para evaluar la heterogeneidad no fueron fructíferos. Entre los estudios de intervención para el abandono del tabaco sin humo, la heterogeneidad se explicó con la extracción de un estudio (Gansky 2005). Sin embargo, la estimación del efecto aumentó extraordinariamente con la exclusión de este estudio (OR 2,32; IC del 95%: 1,67 a 3,23), en comparación con el subgrupo del total de los estudios de intervenciones en consumidores del tabaco sin humo, incluido este estudio (OR 1,54; IC del 95%: 1,21 a 1,96) (Comparación 1, subgrupo 1). Los autores de Gansky 2005 no observaron un efecto significativo del tratamiento y propusieron que había ocurrido un efecto de "desbordamiento" del grupo de intervención al de control, lo que eliminó cualquier efecto potencial del tratamiento. Los autores apoyan esta hipótesis por resultados anteriores no publicados y la sugerencia de que los entrenadores de los atletas de California son un grupo estrechamente unido. Un año antes, una encuesta de entrenadores de atletas halló que el 14% proporcionaba orientación para el abandono del consumo de tabaco. Durante el período de estudio, una encuesta similar observó que un 30% informó proporcionar orientación para el abandono del consumo de tabaco. Estos resultados deben interpretarse con cautela.

Todos los estudios incluidos en esta revisión incluyeron asesoramiento breve para el abandono por un profesional de salud oral. Se ha demostrado que el asesoramiento breve por los médicos es una medida efectiva para promover el abandono (Lancaster 2004), y esta revisión indica que lo mismo puede esperarse de los odontólogos que interactúan con los consumidores del tabaco sin humo. Las guías de práctica clínica recomiendan las intervenciones breves en el contexto clínico, donde se pregunta a los pacientes acerca de su consumo de tabaco y luego se les recomienda dejarlo. Si el consumidor está preparado para dejarlo, el médico puede ofrecer asistencia específica y proporcionar atención durante el seguimiento. El número de estudios disponibles no es suficiente para determinar qué medidas asistenciales específicas proporcionan efectividad

adicional a la intervención de odontólogos, además del asesoramiento breve.

Los beneficios para la salud pública de las intervenciones para el abandono del consumo de tabaco en ámbitos odontológicos son potencialmente significativos. Los resultados para los consumidores del tabaco sin humo en esta revisión indican que las intervenciones para el abandono proporcionadas por los profesionales de la salud oral son ventajosas; sin embargo, el número limitado de estudios examinados no permite la identificación de los componentes más críticos de la intervención para el abandono.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

Las intervenciones para los consumidores del tabaco sin humo en ámbitos odontológicos, ya sea en el consultorio dental o en la comunidad escolar, pueden aumentar la probabilidad de abandono del tabaco. No hay pruebas suficientes para establecer conclusiones acerca de la efectividad de estas intervenciones para los fumadores de cigarrillos.

Implicaciones para la investigación

Es importante realizar estudios adicionales del abandono del consumo de tabaco en el contexto del consultorio dental, para identificar los componentes críticos de intervención efectivos para este grupo de proveedores en este contexto clínico. Es especialmente importante ampliar la base de información sobre las intervenciones dirigidas a los fumadores de cigarrillos.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a Sylvia Bickley, del Grupo Cochrane de Salud Oral (Cochrane Oral Health Group), su ayuda en la obtención de referencias para esta revisión, y a Rafael Perera del Grupo de Adicción al Tabaco (Tobacco Addiction Group), su apoyo estadístico para el ajuste de los efectos de la asignación al azar por conglomerados. También se agradece a Patricia Erwin, MLS, su asistencia con la elaboración y ejecución de las estrategias de búsqueda. Se agradece al Dr. Kristen Vickers-Douglas la revisión del protocolo del estudio y a los Dres. Ian Needleman y Helen Worthington, las observaciones y sugerencias sobre el borrador de la revisión completa.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- 1R21DE016024, National Institute for Dental and Craniofacial Research USA

Recursos internos

- La información sobre los recursos de apoyo no está disponible

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Andrews 1999 {published data only}

Andrews JA, Severson H, Lichtenstein E, Gordon JS, Barckley MF. Evaluation of a dental office tobacco cessation program: effects on smokeless tobacco use. *Annals of Behavioral Medicine* 1999;**21**:48-53.

Gansky 2002 {published data only}

Gansky SA, Ellison JA, Kavanagh C, Hilton JF, Walsh MM. Oral screening and brief spit tobacco cessation counseling: a review and findings. *Journal of Dental Education* 2002;**66**(9):1088-98.

Gansky 2005 {unpublished data only}

Gansky SA, Ellison JA, Rudy D, Bergert N, Letendre MA, Nelson L et al. Cluster randomized controlled trial of an athletic trainer-directed spit (smokeless) tobacco intervention for college baseball athletes: results after one year. *Journal of Athletic Training* 2005;**40**(2):76-87.

Severson 1998 {published data only}

Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Gordon J. A dental office intervention for smokeless tobacco cessation. *10th World Conference on Tobacco or Health 24-28 August Beijing Abstract book*. 1997.

Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Gordon JS. Smokeless tobacco cessation through dental offices: An intervention that works (AADR Abstract No. 1206). *Journal of Dental Research* 1988;**77**((AADR Abstracts)):256.

*Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Gordon JS, Barckley MF. Using the hygiene visit to deliver a tobacco cessation program: results of a randomized clinical trial. *Journal of the American Dental Association* 1998;**129**(7):993-9.

Stevens 1995 {published data only}

Stevens VJ, Severson H, Lichtenstein E, Little SJ, Leben J. Making the most of a teachable moment: a smokeless-tobacco cessation intervention in the dental office. *American Journal of Public Health* 1995;**85**(2):231-5.

Walsh 1999 {published data only}

Walsh MM, Hilton JF, Masouredis C, Gee L, Chesney MA, Ernster VL. A randomized controlled intervention trial to promote spit tobacco cessation among college athletes. *Journal of Dental Research* 1995;**Special Issue - Abstracts of Papers (73rd General Session and Exhibition of the International Association for Dental research June 28-July 1, 1995, Singapore)**:458 (Abs No 463).

*Walsh MM, Hilton JF, Masouredis CM, Gee L, Chesney MA, Ernster VL. Smokeless tobacco cessation intervention for college athletes: results after 1 year. *American Journal of Public Health* 1999;**89**(2):228-34.

Walsh 2003 {published data only}

Walsh MM, Ellison J, Hilton JF, Kavanagh C, Chesney M, Ernster V. Spit tobacco cessation: high school baseball athletes, 2 year findings. *Journal of Dental Research* 2001;**80**(January 2001 Special Issue AADR Abstracts):116 (Abstract 645).

*Walsh MM, Hilton JF, Ellison JA, Gee L, Chesney MA, Tomar SL et al. Spit (smokeless) tobacco intervention for high school athletes: results after 1 year. *Addictive Behaviors* 2003;**28**(6):1095-113.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Albert 2004

Albert DA, Anluwalia KP, Ward A, Sadowsky D. The use of 'academic detailing' to promote tobacco-use cessation counseling in dental offices. *Journal of the American Dental Association* 2004;**135**(12):1700-6.

Barker 1995

Barker GJ, Taylor TS, Barker BF. Implementation of a tobacco cessation program in the student clinics. *Journal of Dental Education* 1995;**59**(8):850-5.

Barker 2001

Barker GJ, Williams KB, Taylor TS, Barker BF. Practice behaviors of alumni trained as students in tobacco use cessation interventions. *Journal of Dental Hygiene* 2001;**75**(2):165-9.

Binnie 2003

Binnie V, McHugh S, MacPherson LM, Jenkins W et al. Dental hygienists' delivery of smoking cessation: 3-month outcomes (JDR Abstract). *Journal of Dental Research* 2003;**82**(Special Issue B, June):B-373.

Boundouki 2004

Boundouki G, Humphris G, Field A. Knowledge of oral cancer, distress and screening intentions: longer term effects of a patient information leaflet. *Patient Education & Counseling* 2004;**53**(1):71-7.

Campbell 1997

Campbell HS, Petty TL, Meadows LM, Simpson L, Jennett PA. Improving tobacco cessation services in rural dental offices - recruitment to a randomized controlled trial. *Canadian Journal of Community Dentistry* 1997;**12**(2):15-22.

Christen 1984

Christen AG, McDonald JL Jr, Olson BL, Drook CA, Stookey GK. Efficacy of nicotine chewing gum in facilitating smoking cessation. *Journal of the American Dental Association* 1984;**108**(4):594-7.

Christen 1985

Christen AG, Beiswanger BB, Mallatt ME, Tomich CE, Drook CA, McDonald JL Jr et al. Effects of nicotine-containing chewing gum on oral soft and hard tissues: A clinical study. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology* 1985;**59**(1):37-42.

Cohen 1987

Cohen SJ, Christen AG, Katz BP, Drook CA, Davis BJ, Smith DM et al. Counseling medical and dental patients about cigarette smoking: the impact of nicotine gum and chart reminders. *American Journal of Public Health* 1987;**77**(3):313-6.

Cohen 1989

Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, Drook CA, Christen AG. Helping smokers quit: a randomized controlled trial with private practice dentists. *Journal of the American Dental Association* 1989;**118**(1):41-5.

Cooper 1989

Cooper TM, Clayton RR. Stop-smoking program using nicotine reduction therapy and behavior modification for heavy smokers. *Journal of the American Dental Association* 1989;**118**(1):47-51.

Gelskey 2002

Gelskey SC. Impact of a dental/dental hygiene tobacco-use cessation curriculum on practice. *Journal of Dental Education* 2002;**66**(9):1074-8.

Glasgow 1993

Glasgow RE, Mullooly JP, Vogt TM, Stevens VJ, Lichtenstein E, Hollis JF et al. Biochemical validation of smoking status: Pros, cons, and data from four low-intensity intervention trials. *Addictive Behaviors* 1993;**18**(5):511-27.

Gordon 2002

Gordon JS, Andrews JA, Severson HH, Stewart DCL. Tobacco cessation via public health dental clinics: preliminary results. *Society for Research on Nicotine and Tobacco 8th Annual Meeting Rapid Communications Posters, Savannah, Georgia*. 2002:RP-64.

Gordon 2005

Gordon JS, Andrews JA, Lichtenstein E, Severson HH. The impact of a brief tobacco cessation intervention in public health dental clinics. *Journal of the American Dental Association* 2005;**136**(2):179-86.

Gould 1998

Gould KA, Eickhoff-Shemek JM, Stacy RD, Mecklenburg RE. The impact of National Cancer Institute training on clinical tobacco use cessation: services by oral health teams. *Journal of the American Dental Association* 1998;**129**(10):1442-9.

Greene 1994

Greene JC, Walsh MM, Masouredis C. A program to help major league baseball players quit using spit tobacco. *Journal of the American Dental Association* 1994;**125**(5):559-68.

Gritz 1991

Gritz ER, Carr CR, Rapkin DA, Chang C, Beumer J, Ward PH. A smoking cessation intervention for head and neck cancer patients: trial design, patient accrual, and characteristics. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 1991;**1**(1):67-73.

Gritz 1993

Gritz ER, Carr CR, Rapkin D, Abemayor E, Chang LJ, Wong WK et al. Predictors of long-term smoking cessation in head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 1993;**2**(3):261-70.

Hovell 1995

Hovell MF, Russos S, Beckhelm MK, Jones JA, Burkham-Kreitner SM, Slymen DJ et al. Compliance with primary prevention in private practice: creating a tobacco-free environment. *American Journal of Preventive Medicine* 1995;**11**(5):288-93.

Hovell 2001

Hovell MF, Jones JA, Adams MA. The feasibility and efficacy of tobacco use prevention in orthodontics. *Journal of Dental Education* 2001;**65**(4):348-53.

Johnston 1996

Johnston DW, O'Shea RM. Testing an evaluation instrument in a tobacco use intervention study. *Journal of Dental Research* 1996;**75**(5 (Divisional Abstracts)):1241 (Abstract 16).

Jones 1993

Jones RB, Pomrehn PR, Mecklenburg RE, Lindsay EA, Manley M, Ockene JK. The COMMIT dental model: tobacco control practices and attitudes. *Journal of the American Dental Association* 1993;**124**(9):92-104; discussion 106-8.

Kentala 1999

Kentala J, Utriainen P, Pakkala K, Mattila K. Can brief intervention through community dental care have an effect on adolescent smoking?. *Preventive Medicine* 1999;**29**(2):107-11.

Kirkwood 2001

Kirkwood KL, Ciancio SG, Mather ML. Clinical evaluation of a smoking deterrent mouthwash. *Journal of Dental Research* 2001;**80**(January 2001 Special Issue AADR Abstracts):223 (Abstract 1504).

Kirkwood 2002

Kirkwood KL, Ciancio SG, Mather ML. Clinical evaluation of a smoking deterrent breathspray compared to a placebo spray. *Journal of Dental Research* 2002;**81**(March 2002 Special Issue A):A-295 (Abstract 2328).

Koerber 2003

Koerber A, Crawford J, O'Connell K. The effects of teaching dental students brief motivational interviewing for smoking-cessation counseling: a pilot study. *Journal of Dental Education* 2003;**67**(4):439-47.

Little 1992b

Little SJ, Stevens VJ, Severson HH, Lichtenstein E. Effective smokeless tobacco intervention for dental hygiene patients. *Journal of Dental Hygiene* 1992;**66**(4):185-90.

Macgregor 1996

Macgregor ID. Efficacy of dental health advice as an aid to reducing cigarette smoking. *British Dental Journal* 1996;**180**(8):292-6.

Masouredis 1997

Masouredis CM, Hilton JF, Grady D, Gee L, Chesney M, Hengl L et al. A spit tobacco cessation intervention for college athletes: three-month results. *Advances in Dental Research* 1997;**11**(3):354-9.

Morgan 2000

Morgan ML. Are you doing your part to help stamp out tobacco use?. *Journal of the Oklahoma Dental Association* 2000;**90**(4):30-3.

NCI 1994

NCI (National Cancer Institute). Tobacco and the Clinician: Interventions for Medical and Dental Practice. *Smoking and Tobacco Control Monograph* 5 1994.

NCI 1995

NCI (National Cancer Institute). *Smoking and Tobacco Control Monograph* 6. Bethesda MD: National Cancer Institute, 1995.

O'Keefe 1995

O'Keefe J, Lessio A, Kassirer B. A pilot smoking cessation program involving dental offices in the borough of East York, Ontario: an initial evaluation. *Journal of the Canadian Dental Association* 1995;**61**(1):65-7.

Olson 1985

Olson BL, McDonald JL Jr, Gleason MJ, Stookey GK, Schemehorn BR, Drook CA et al. Comparisons of various salivary parameters in smokers before and after the use of a nicotine-containing chewing gum. *Journal of Dental Research* 1985;**64**(5):826-30.

Secker-Walker 1988

Secker-Walker RH, Solomon LJ, Haugh LD, Welsh D, Tatro M, Witham L et al. Smoking cessation advice delivered by the dental hygienist. A pilot study. *Dental Hygiene (Chicago)* 1988;**62**(4):186-92.

Smith 1998

Smith SE, Warnakulasuriya KAAS, Johnson NW, Cooper DJ, Feyerabend C, Belcher M. A smoking cessation programme conducted through dental practices in the UK. *British Dental Journal* 1998;**185**(6):299-303.

Williams 2002

Williams NJ. Comparison of effectiveness of a dental school based nicotine dependence program to dental hygiene student lead tobacco intervention counseling. *Society for Research on Nicotine and Tobacco 8th Annual Meeting, Savannah, Georgia*. 2002:Sym 6a.

Wood 1997

Wood GJ, Cecchini JJ, Nathason N, Hiroshige K. Office-based training in tobacco cessation for dental professionals. *Journal of the American Dental Association* 1997;**128**(2):216-24.

Referencias adicionales

Bandura 1986

Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc, 1986.

Block 1999

Block DE, Block LE, Hutton SJ, Johnson KM. Tobacco counseling practices of dentists compared to other health care providers in a midwestern region. *Journal of Dental Education* 1999;**63**(11):821-7. 20076928.

Bowles 1995

Bowles WH, Wilkinson MR, Wagner MJ, Woody RD. Abrasive particles in tobacco products: a possible factor in dental attrition. *Journal of the American Dental Association* 1995;**126**(3):327-31; quiz 348.

Campbell 1994

Campbell HS, Macdonald JM. Tobacco counselling among Alberta dentists. *Journal of the Canadian Dental Association* 1994;**60**(3):218-20, 223-6. 94207887.

Campbell 1999

Campbell HS, Sletten M, Petty T. Patient perceptions of tobacco cessation services in dental offices. *Journal of the American Dental Association* 1999;**130**(2):219-26. 99155870.

Christen 1990

Christen AG, Klein JA, Christen JA, McDonald JL Jr, Guba CJ. How-to-do-it quit-smoking strategies for the dental office team: an eight-step program. *Journal of the American Dental Association* 1990;**Suppl**:20S-27S. 90110682.

Critchley 2003

Critchley JA, Unal B. Health effects associated with smokeless tobacco: a systematic review. *Thorax* 2003;**58**(5):435-43. 22613930.

Dolan 1997

Dolan TA, McGorray SP, Grinstead-Skigen CL, Mecklenburg R. Tobacco control activities in U.S. dental practices. *Journal of the American Dental Association* 1997;**128**(12):1669-79. 98077605.

Epstein 1992

Epstein JB, Silverman S Jr. Head and neck malignancies associated with HIV infection. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology* 1992;**73**(2):193-200. 92195608.

Ernster 1990

Ernster VL, Grady DG, Greene JC, Walsh M, Robertson P, Daniels TE et al. Smokeless tobacco use and health effects among baseball players. *JAMA* 1990;**264**(2):218-24.

EU Work group 1998

EU Working Group on Tobacco and Oral Health. EU Working Group on Tobacco and Oral Health Consensus Meeting. Abstracts. *Oral Disease* 1998;**4**(1):48-67. 98319115.

Fried 1992

Fried JL, Cohen LA. Maryland dentists' attitudes regarding tobacco issues. *Clinical Preventive Dentistry* 1992;**14**(2):10-16. 92362142.

Gelskey 1999

Gelskey SC. Cigarette smoking and periodontitis: methodology to assess the strength of evidence in support of a causal association. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1999;**27**(1):16-24. 99184726.

Higgins 2003

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

Higgins 2005

Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* 4.2.4 [updated March 2005]. *The Cochrane Library* 2005;(2).

Hirsch 1982

Hirsch JM, Heyden G, Thilander H. A clinical, histomorphological and histochemical study on snuff-induced lesions of varying severity. *Journal of Oral Pathology* 1982;**11**(5):387-98.

Holleb 1996

Holleb AI. Comments from the former Chief Medical Officer of the American Cancer Society (1968-1988). *Cancer* 1996;**78**(12):2590-1. 97110408.

Hughes 2003

Hughes JR, Keely JP, Niaura RS, Ossip-Klein DJ, Richmond RL, Swan GE. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. *Nicotine and Tobacco Research* 2003;**5**(1):13-25. 22634412.

Kerdvongbundit 2002

Kerdvongbundit V, Wikesjo UM. Prevalence and severity of periodontal disease at mandibular molar teeth in smokers with regular oral hygiene habits. *Journal of Periodontology* 2002;**73**(7):735-40. 22141096.

Lancaster 2004

Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 2004. CD000165.

Little 1992a

Little SJ, Stevens VJ, LaChance PA, Severson HH, Bartley MH, Lichtenstein E et al. Smokeless tobacco habits and oral mucosal lesions in dental patients. *Journal of Public Health Dentistry* 1992;**52**(5):269-76. 93020718.

Mecklenburg 1998

Mecklenburg RE. Tobacco: addiction, oral health, and cessation. *Quintessence International* 1998;**29**(4):250-2. 98307234.

Milosevic 1996

Milosevic A, Lo MS. Tooth wear in three ethnic groups in Sabah (northern Borneo). *International Dental Journal* 1996;**46**(6):572-8.

Mirbod 2000

Mirbod SM, Ahing SI. Tobacco-associated lesions of the oral cavity: Part II. Malignant lesions. *Journal of the Canadian Dental Association* 2000;**66**(6):308-11. 20383031.

Offenbacher 1985

Offenbacher S, Weathers DR. Effects of smokeless tobacco on the periodontal, mucosal and caries status of adolescent males. *Journal of Oral Pathology* 1985;**14**(2):169-81.

Piyathilake 1995

Piyathilake CJ, Macaluso M, Hine RJ, Vinter DW, Richards EW, Krumdieck CL. Cigarette smoking, intracellular vitamin deficiency, and occurrence of micronuclei in epithelial cells of the buccal mucosa. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 1995;**4**(7):751-8. 96114051.

Rogers 1983

Rogers E. *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press, 1983.

Salvi 2000

Salvi GE, Lawrence HP, Offenbacher S, Beck JD. Influence of risk factors on the pathogenesis of periodontitis. *Periodontology* 2000;**14**:173-201. 98229389.

Silverman 1976

Silverman S, Bhargava K, Smith LW, Malaowalla AM. Malignant transformation and natural history of oral leukoplakia in 57,518 industrial workers of Gujarat, India. *Cancer* 1976;**38**(4):1790-5.

Silverman 1984

Silverman S Jr, Gorsky M, Lozada F. Oral leukoplakia and malignant transformation. A follow-up study of 257 patients. *Cancer* 1984;**53**(3):563-8.

Stockwell 1986

Stockwell HG, Lyman GH. Impact of smoking and smokeless tobacco on the risk of cancer of the head and neck. *Head & Neck Surgery* 1986;**9**(2):104-10.

Tomar 1999

Tomar SL, Winn DM. Chewing tobacco use and dental caries among U.S. men. *Journal of the American Dental Association* 1999;**130**(11):1601-10. 20041235.

Tomar 2001

Tomar SL. Dentistry's role in tobacco control. *Journal of the American Dental Association* 2001;**132**(Suppl):30S-35S. 21662890.

Walsh 2000

Walsh PM, Epstein JB. The oral effects of smokeless tobacco. *Journal of the Canadian Dental Association* 2000;**66**(1):22-5.

Warnakulasuriya 2002

Warnakulasuriya S. Effectiveness of tobacco counseling in the dental office. *Journal of Dental Education* 2002;**66**(9):1079-87. 22261144.

Williams 1977

Williams RR, Horm JW. Association of cancer sites with tobacco and alcohol consumption and socioeconomic status of patients: interview study from the Third National Cancer Survey. *Journal of the National Cancer Institute* 1977;**58**(3):525-47.

Winn 1981

Winn DM, Blot WJ, Shy CM, Pickle LW, Toledo A, Fraumeni JF Jr. Snuff dipping and oral cancer among women in the southern United States. *New England Journal of Medicine* 1981;**304**(13):745-9.

* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

TABLAS

Characteristics of included studies

Study	Andrews 1999
Methods	Country: USA Recruitment: Hygiene patients Randomization: Practices were blocked (by average number of hygiene visits per week and years dentists had been in practice), then randomized to usual care or intervention groups.
Participants	633 ST users ≥ 15 years of age
Interventions	1. Intervention: Determine tobacco use, identify oral disease, strong advice to quit, set quit date within 2w, motivation video, written material, call patient within 2w. 2. Usual care
Outcomes	12 month 'sustained' abstinence from ST and all tobacco: subjects must have reported 7-day point prevalence ST and all tobacco abstinence at both 3m and 12m. Abstinence verification: None
Notes	Intraclass correlation calculated < 0.0009 . Intervention group more likely to have previously been advised by a dental care provider to quit use of ST and were less likely to be single. Loss to follow up was 26% (102/394) in intervention and 26% (62/239) in the control group.
Allocation concealment	B
Study	Gansky 2002
Methods	Country: USA Recruitment: Principals from randomly selected high schools were contacted Randomized: High schools stratified by baseline number and size of teams and baseline prevalence of ST use, then within strata schools were randomized to intervention or control groups
Participants	ST users on high school baseball teams
Interventions	Intervention: 1) Peer-led component: 50- to 60-min educational meeting with videotape and discussion, slide presentation, small-group discussion on tobacco industry advertising; 2) Dental-component: Oral cancer screening in school environment by dental hygienist, advice to quit, identified oral findings related to tobacco use, self-help guide for quitting, offered 15-min counseling in groups, dental hygienists made 5- to 10-min follow-up call. Control: Usual care.
Outcomes	2-year continuous ST abstinence Abstinence verification: None
Notes	These data are the 2-year follow up of Walsh 2003. Reported $< 10\%$ loss to follow up.
Allocation concealment	B
Study	Gansky 2005
Methods	Country: USA Recruitment: Contacted athletic trainers at California colleges Randomization: Schools stratified by tertiles of baseline ST use then within strata colleges were randomized to intervention or control group

Characteristics of included studies

Participants	College baseball athletes who use ST
Interventions	Based upon the innovation theory and social learning theory. Consisted of the following components: 1) Video conference and follow-up newsletter: 3-hours with ATCs/dentists/hygienists; 2) Dental component: dentists/hygienists provided oral cancer screening, advised ST users to stop, identified oral lesions, provided self-help guide, offered single 10-15 min individual counseling session focusing on ST addiction, set a quit date, developing a plan, training in action and thinking skills to get ready to quit and to prevent relapse. 3) ATC follow up and referral: follow up by ATC on quit date and 3 booster sessions 1w apart; 4) Peer-led component: 50-60 min education meeting with included 3 components: 2 videos and slides of facial disfigurement.
Outcomes	30-day point-prevalence ST abstinence at 12m Abstinence verification: None
Notes	Intraclass correlation: 0.0197. 24% loss to follow up not broken down by study arm.
Allocation concealment	B
Study	Severson 1998
Methods	Country: USA Recruitment: Hygiene patients in private practices Randomization: Practices were blocked average number of hygiene visits per week and number of years dentists had been in practice, then randomized to usual care, minimal intervention, or extended intervention
Participants	Cigarette smokers
Interventions	Steps for all patients in the minimal and extended intervention: 1) Determined tobacco use status from the patient's chart and health questionnaire; 2) Identified and recorded findings from the oral examination and related them to patient's tobacco use; 3) Gave advice to quit and relating advice to oral health; 4) Gave the patient a packet of materials that included pamphlets of health problems/ways to quit; a quit kit with sugarless candy and gum, flavoured toothpicks, and rubber bands. In addition, the extended intervention asked the patient to set a quit date within 2w of visit, gave the patient a motivational video, and called the patient within 2w after the hygiene visit to ask if he/she read the materials, watched the video, and either quit or is now willing to set a quit date.
Outcomes	12m 'sustained' abstinence from ST and all tobacco: subjects must have reported 7-day point prevalence ST and all tobacco abstinence at both 3m and 12m. Abstinence verification: None
Notes	ST data included in Andrews 1999. Intraclass correlation for cigarette smoking was 0.00004. 24.3% loss to follow up not broken down by study arm or type of tobacco.
Allocation concealment	B
Study	Stevens 1995
Methods	Country: USA Recruitment: Hygiene patients in HMO dental offices Randomization: Pseudo-randomized by clinic identification number
Participants	Male ST users

Characteristics of included studies

Interventions	Intervention: soft-tissue exam, cleaning, patient education, feedback on oral health and advice on self care, report of keratotic lesions asking where tobacco was placed, hygienist-directed advice to quit, dentists' strong advice to quit, 9 min video, setting a quit date, self-help booklet, 24-hour advice phone line, kit providing oral substitutes and tip sheets with advice on how to quit, 1w follow-up call by hygienist, plus monthly mailing of tip sheets and newsletter Control: usual care
Outcomes	12m 7-day point prevalence all tobacco abstinence 12m 7-day point prevalence ST abstinence 12m all tobacco sustained abstinence: subjects must have reported no tobacco use in the last 7 days at the 3m and 12m assessments 12m ST tobacco abstinence: subjects must have reported no ST use in the last 7 days at the 3m and 12m assessments Abstinence verification: None
Notes	Loss to follow up 51.9% (intervention) and 53.7% (control)
Allocation concealment	C
Study	Walsh 1999
Methods	Country: USA Recruitment: Publicly-supported colleges were contacted for permission to recruit athletes Randomized: Colleges were pair-matched based on baseline prevalence of ST use and 1 randomized to intervention, the other to control
Participants	ST users among college-baseball and football athletes
Interventions	Intervention: 3-5 min dental exam, advice to quit, discussed ST-related tissue changes, photographs of facial disfigurement due to oral cancer, self-help guide, offered a 10-15 min counseling session by the hygienist which included nicotine gum, review of addiction nature of ST and nicotine withdrawal, setting a quit date, developing a plan to quit, and identifying triggers for tobacco use. Phone calls were conducted by the hygienist on the quit date and 1m later. Control: No intervention.
Outcomes	30-day point prevalence ST abstinence at 12m Abstinence verification: None
Notes	Intraclass correlation value: 0.02. Loss to follow up 10% (intervention) and 5% (control)
Allocation concealment	B
Study	Walsh 2003
Methods	Country: USA Recruitment: Principals from randomly selected high schools were contacted Randomized: High schools
Participants	High school baseball team members who use ST
Interventions	Intervention: 1) Peer-led component: 50- to 60 min educational meeting with videotape and discussion, slide presentation, small-group discussion on tobacco industry advertising; 2) Dental-component: Oral cancer screening in school environment by dental hygienist, advice to quit, identified oral findings related to tobacco use, self-help guide for quitting, offered 15 min counseling in groups, dental hygienists made 5 to 10 min follow up call. Control: Usual care.

Characteristics of included studies

Outcomes	Repeated point prevalence smokeless tobacco abstinence at 1m and 12m Abstinence verification: Yes, at 12m
Notes	Schools were stratified by baseline number, size of baseball team, and ST use prevalence. 19% loss to follow up not broken down by intervention group. This paper is the 2-year data for Gansky 2002, separated here for comparative purposes
Allocation concealment	B

Notas:

ATC: athletic training coach

HMO: Health Maintenance Organization

m: month(s)

ST: smokeless tobacco

w: week(s)

Characteristics of excluded studies

Study	Reason for exclusion
Albert 2004	No tobacco use outcomes reported. Study assessed the effectiveness of academic detailing.
Barker 1995	Not an RCT. School-wide tobacco cessation effort.
Barker 2001	Not an RCT. Survey of cessation practice behavior of hygienists and dentists.
Binnie 2003	3-month outcomes only. RCT assessing the effectiveness of smoking cessation counseling and nicotine replacement delivered by dental hygienists.
Boundouki 2004	Not an RCT. Use of a patient-information leaflet to improve knowledge of mouth cancer.
Campbell 1997	No tobacco use outcomes reported. This report describes the recruitment strategy and response rate for a 3-yr RCT to test the effectiveness of a dissemination strategy aimed at improving the tobacco cessation services offered by rural dental practices.
Christen 1984	15-week outcomes only. Assessed the efficacy of nicotine gum vs. advice to quit and videotape.
Christen 1985	Not an RCT. Assessed nicotine effects on oral health.
Cohen 1987	No tobacco use outcomes reported. Results of exit survey conducted during a study of the impact of nicotine gum and chart reminders on tobacco cessation.
Cohen 1989	Data reported in composite, without subgroup denominator values. There was no non-behavioural control group. Unable to contact corresponding author, and co-authors did not have access to the the data.
Cooper 1989	Not an RCT. Hospital-based smoking cessation program using behavioral modification and pharmacotherapy.
Gelskey 2002	Not an RCT. No tobacco cessation outcomes. Study of tobacco use cessation counseling by oral health professionals.
Glasgow 1993	Methods of individuals clinical trials are not included. Description of efforts to biochemically validate self-reports of smoking cessation from participants in four large-scale randomized trials. Study of RCT in dental clinics is reviewed elsewhere in this systematic review. See Little 1992.
Gordon 2002	Not an RCT. Assessed the effectiveness of tobacco use counseling through public health dental clinics.
Gordon 2005	Not an RCT. Assessed the effectiveness of a behavioral intervention delivered through public health dental clinics.

Characteristics of excluded studies

Gould 1998	Not an RCT. Survey of participants in an NCI training program for delivering tobacco use interventions.
Greene 1994	3-month outcomes only. Assessed the effectiveness of two interventions for smokeless tobacco cessation.
Gritz 1991	No tobacco use outcomes reported. Report describes aims, study design, and patient accrual/characteristics for an on-going randomized control trial evaluating surgeon and maxillofacial prosthodontist-delivered smoking cessation intervention for head and neck cancer patients.
Gritz 1993	Not in a dental setting. Hospital-based study assessing the impact of tobacco use counseling on head and neck cancer patients. Only 7/110 health care professionals were dental providers.
Hovell 1995	No tobacco use outcomes reported. Assessed the distribution of anti-tobacco materials in orthodontic offices.
Hovell 2001	Not an RCT. Assessed the effectiveness of a behavioral intervention delivered by orthodontists in preventing pre-teens from initiating tobacco.
Johnston 1996	Not an RCT. The questionnaire was being developed as part of a 2-year RCT of the effect of a multifaceted oral health education program on tobacco use among elementary school children in Ontario CA. This is a report of pretest evaluation for the questionnaire.
Jones 1993	Not an RCT. Baseline survey of tobacco use cessation activity and attitudes in community practices.
Kentala 1999	Prevention study. Assessed the effectiveness of behavioral counseling on preventing or treating adolescent smoking.
Kirkwood 2001	4 week outcomes only. Assessed the efficacy of a smoking deterrent mouthwash. No tobacco use outcomes reported.
Kirkwood 2002	4-week outcomes only. Assessed the efficacy of a smoking deterrent breathspray. Outcome is smoking reduction not cessation.
Koerber 2003	No tobacco use outcomes reported. Assessed the effects of teaching dental students brief motivational interviewing.
Little 1992b	3-month outcomes only. Assessed the effectiveness of behavioral intervention techniques delivered by dental hygienists during routine dental hygiene visits.
Macgregor 1996	Not an RCT. Evaluated the effectiveness of dental health advice for a reduction in cigarette smoking.
Masouredis 1997	3 month outcomes only. Assessed the effectiveness of a smokeless tobacco intervention in colleges.
Morgan 2000	Not an RCT. Recommendations for oral health professionals for addressing patient tobacco use.
NCI 1994	Collection of monographs addressing smoking cessation in medical and dental environments. Data from primary literature are covered elsewhere in this review. See Cohen 1987, Cohen 1989, Gritz 1993, Gritz 1990.
NCI 1995	Intervention not confined to the dental setting. Community-based interventions with communities as the unit of randomization. Tobacco control activities were promoted through medical and dental office settings.
O'Keefe 1995	Not an RCT. Study of dental practitioner compliance with tobacco use intervention training.
Olson 1985	15-week outcomes only of salivary parameters before and after among smokers using nicotine-containing chewing gum. No tobacco cessation outcomes.

Characteristics of excluded studies

Secker-Walker 1988	Not an RCT. Pilot study of smoking cessation advice among patients in a periodontal practice.
Smith 1998	Not an RCT. Case series of smoking cessation programs conducted in dental practices in the UK.
Williams 2002	Abstract unavailable. No additional information supplied by author.
Wood 1997	Not an RCT. 3-month data only. Office-based training in tobacco cessation for dentists.

Notas:

RCT: randomized controlled trial

TABLAS ADICIONALES**Table 01 Behavioural vs usual care: Smokeless tobacco users, >=12 months**

Study	Treatment	Control (usual care)
Andrews 1999	40/394	8/239
Gansky 2002	32/141	21/166
Stevens 1995	25/245	19/273
Walsh 1999	60/171	30/189
Gansky 2005	103/285	130/352

Table 02 Behavioural vs usual care: Cigarette smokers, >= 12 months

Study	Treatment	Control (usual care)
Severson 1998b	35/1374	32/1350

Table 03 Behavioural vs usual care: Actively seeking treatment, >=12 months

Study	Treatment	Control (usual care)
Gansky 2002	32/141	21/166
Walsh 1999	60/171	30/189
Gansky 2005	103/285	130/352

Table 04 Behavioural vs usual care: Not actively seeking treatment, >=12 months

Study	Treatment	Control (usual care)
Andrews 1999	40/394	8/239
Stevens 1995	25/245	19/273
Severson 1998b	35/1374	32/1350

Table 05 Behavioural vs usual care: Cluster randomization

Study	Treatment	Control (usual care)
Andrews 1999	40/394	8/239
Gansky 2002	32/141	21/166

Table 05 Behavioural vs usual care: Cluster randomization

Walsh 1999	60/171	30/189
Severson 1998b	35/1374	32/1350
Gansky 2005	103/285	130/352

Table 06 Behavioural vs usual care: Individual randomization

Study	Treatment	Control (usual care)
Severson 1995	25/245	19/273

CARÁTULA

Titulo	Intervenciones para el abandono del consumo de tabaco en ámbitos odontológicos
Autor(es)	Carr AB, Ebbert JO
Contribución de los autores	JOE y ABC concibieron y planificaron la revisión, buscaron ensayos y extrajeron los datos; ambos se implicaron por igual en la redacción de la revisión.
Número de protocolo publicado inicialmente	2005/1
Número de revisión publicada inicialmente	2006/1
Fecha de la modificación más reciente"	19 octubre 2005
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	03 noviembre 2005
Cambios más recientes	El autor no facilitó la información
Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos	El autor no facilitó la información
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	El autor no facilitó la información

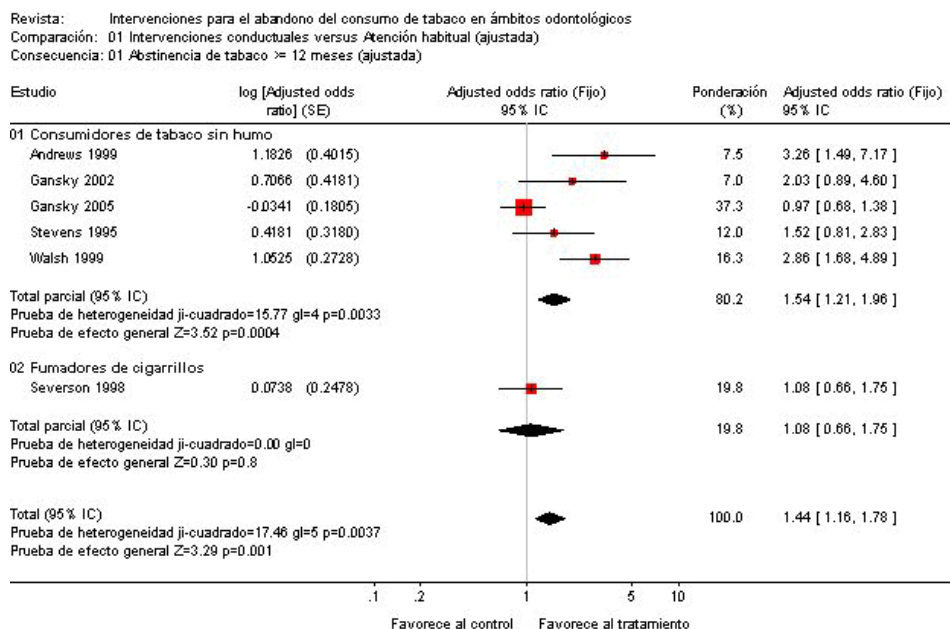
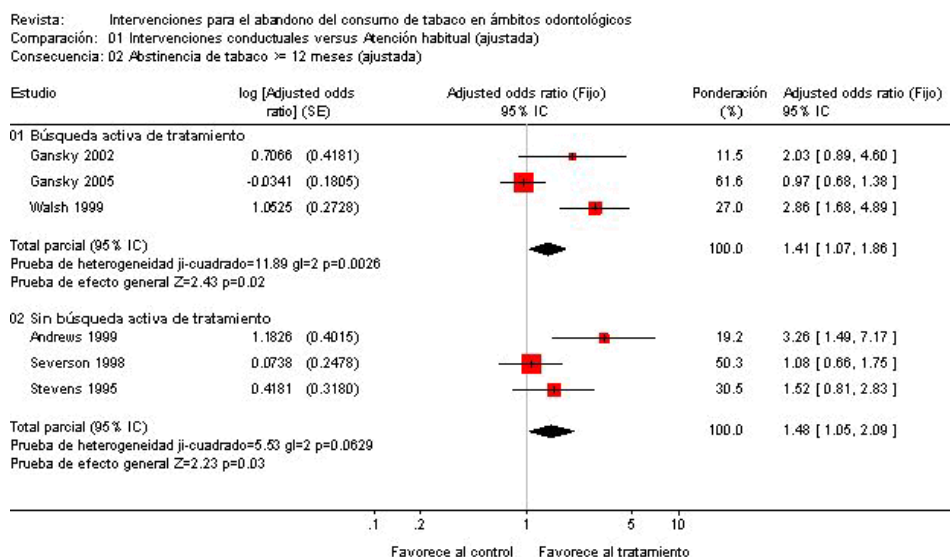
Dirección de contacto	Alan Carr DMD, MSc Department of Dental Specialties Mayo Clinic College of Medicine 200 1st Street Southwest MN 55905 MN USA Teléfono: 507 284-2511 E-mail: carr.alan@mayo.edu
Número de la Cochrane Library	CD005084-ES
Grupo editorial	Cochrane Tobacco Addiction Group
Código del grupo editorial	HM-TOBACCO

RESUMEN DEL METANÁLISIS

01 Behavioural Interventions vs. Usual Care (adjusted)				
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abstinencia de tabaco $\geq$ 12 meses (ajustada)	6		Odds-ratio ajustado (efectos fijos) IC del 95%	1.44 [1.16, 1.78]
02 Abstinencia de tabaco $\geq$ 12 meses (ajustada)			Odds-ratio ajustado (efectos fijos) IC del 95%	Subtotales únicamente
03 Método de asignación al azar (ajustado)			Odds-ratio ajustado (efectos fijos) IC del 95%	Subtotales únicamente

GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

Fig. 01 Behavioural Interventions vs. Usual Care (adjusted)

01.01 Abstinencia de tabaco ≥ 12 meses (ajustada)01.02 Abstinencia de tabaco ≥ 12 meses (ajustada)

01.03 Método de asignación al azar (ajustado)

Revista: Intervenciones para el abandono del consumo de tabaco en ámbitos odontológicos
 Comparación: 01 Intervenciones conductuales versus Atención habitual (ajustada)
 Consecuencia: 03 Método de asignación al azar (ajustado)

