



Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

Intervenciones y estrategias para dejar de fumar

Introducción

Este *Best Practice Information Sheet* procede de una revisión realizada bajo la dirección de Instituto Joanna Briggs.¹ Esta revisión pretendía identificar las revisiones sistemáticas existentes sobre intervenciones y estrategias para el abandono del tabaco. Se hallaron quince revisiones sistemáticas que cumplían los criterios de inclusión y a las que se consideró de suficiente calidad metodológica. Quedaron excluidas revisiones específicas referentes a pacientes de Pediatría y Obstetricia.

Las referencias primarias en las que se basa este *Best Practice Information Sheet* se encuentran en la página 5. La evidencia obtenida de las revisiones originales se clasificó de diferentes maneras; para este *Best Practice Information Sheet* hemos adoptado un sistema de clasificación uniforme (véanse "Niveles de evidencia" en esta misma página).

Antecedentes

El tabaco ha quedado identificado como una de las causas más importantes de muertes y enfermedades evitables.² A pesar de que la población está cada vez más informada y de los

Este Best Practice Information Sheet abarca:

- Antecedentes
- Screening
- Consejo antitabaco
- Planes de tratamiento
- Valoración y procedimientos a seguir
- Recomendaciones

esfuerzos para reducir la exposición al humo del tabaco, la prevalencia del tabaquismo continúa representando una amenaza para la salud y el bienestar de fumadores activos y pasivos. Las campañas de deshabituación se consideran herramientas útiles en la promoción de la salud y en la reducción del peso de las patologías relacionadas con el tabaco.

A pesar del impacto potencial de estas campañas, muchos fumadores circulan cada día por el sistema sanitario sin recibir ninguna indicación sobre el grave riesgo que fumar representa para su salud. Para llevar a cabo con eficacia estrategias de deshabituación, el primer paso importante es establecer cuál es

Niveles de Evidencia

Todos los estudios se clasificaron según el nivel de la evidencia basándonos en el siguiente sistema de clasificación.

Nivel I - Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes.

Nivel II - Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado.

Nivel III.1 - Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.

Nivel III.2 - Evidencia obtenida de estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.

Nivel III.3 - Evidencia obtenida de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados.

Nivel IV - Opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

la mejor evidencia referente a esta área de salud.

Screening del uso del tabaco

Para poder ofrecer ayuda o tratamiento de deshabituación es necesario identificar a los pacientes fumadores.

La investigación ha examinado el impacto de los programas de screening como desencadenantes de intervenciones clínicas, y su impacto en la abstinencia

prolongada. Se ha descubierto que los programas de screening son estrategias efectivas, que conducen a intervenciones clínicas para dejar de fumar; no se ha demostrado su impacto sobre la abstinencia prolongada.³

Consejos para dejar de fumar

Existen estudios sobre el papel del facultativo como consejero antitabaco en las consultas de rutina. En algunos estudios, además de consejo, se proporcionó a los pacientes material impreso. Quedó determinado que el consejo médico influye positivamente en el índice de abandono y debería fomentarse.⁴

Varios estudios examinaban qué profesionales resultaban eficaces en la tarea de aconsejar el abandono del tabaco. Rice y Stead⁴ revisaron expresamente el consejo proporcionado por el personal de enfermería y lo

hallaron altamente eficaz en la promoción del abandono del hábito al compararlo con ausencia de intervención. El consejo proporcionado por el personal de enfermería debe considerarse primera línea de intervención. Este hallazgo apoya los de revisiones anteriores sobre dentistas, farmacéuticos, psicólogos, personal de enfermería, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud.³

Todos los grupos resultaron efectivos al aconsejar o intervenir en relación con el abandono del hábito, sin que se observara ventaja de unos pro-

fesionales sobre otros. Las intervenciones de varios profesionales de distintas disciplinas se mostraron claramente más efectivas que la ausencia de intervención, indicando además que profesionales de diferentes campos pueden desempeñar un trabajo efectivo en la deshabituación tabáquica.³

Tipos de tratamiento

Tratamiento de autoayuda

Los fumadores pueden elegir llevar a cabo un programa para dejar de fumar sin la asistencia de un profesional de la salud. Las estrategias de autoayuda pueden incluir materiales escritos, cintas de audio o vídeo, programas informáticos y teléfonos de ayuda. Los materiales pueden adaptarse a poblaciones específicas, con criterios de raza o edad, o por las características de un fumador dado.

Se determinó que los programas de autoayuda son ligeramente más efectivos que la ausencia de intervención, y que la efectividad aumenta cuando estos materiales se adaptan a cada fumador.⁶

Consejo individual y terapia de grupo

Existen dos revisiones relacionadas entre sí que examinan los enfoques individuales y grupales en el abandono del tabaco.^{7,8} Ambas formas de consejo se mostraron altamente efectivas y proporcionaron el mismo beneficio al fumador.

Intensidad

Una cuestión importantísima, en términos de utilización de recursos, es el nivel de intensidad

requerido para aconsejar de manera efectiva.

Existen estudios que han comparado una intervención mínima (consulta de menos de 20 minutos con al menos una visita de seguimiento) frente a la ausencia de consejo; y una intervención intensiva (consulta inicial de más de 20 minutos y/o más de una visita de seguimiento o la provisión de materiales adicionales de apoyo) frente a la ausencia de consejo.⁴

Se determinó que ambos niveles de consejo resultaban más efectivos que la ausencia de consejo. El análisis sugiere un mayor efecto de la intervención intensiva frente a una intervención mínima.⁴

Terapia de aversión

La terapia de aversión implica proporcionar estímulos desagradables para contrarrestar los efectos placenteros del tabaco; por consiguiente, se trata de atenuar el deseo imperioso de fumar. La forma más común de terapia de aversión consiste en fumar de manera rápida: se conmina al sujeto a fumar a una velocidad significativamente mayor de la habitual. Aunque los resultados de los estudios favorecen la terapia de aversión,^{9,10} los estudios en sí son de baja calidad y sus resultados deben considerarse con precaución. No existe evidencia de que otras formas de terapia de aversión resulten efectivas.

Terapias alternativas

La terapia de hipnosis se utilizó tanto como terapia única como en conjunto con otras intervenciones de deshabituación.¹¹ Sin embargo, la calidad de los estudios revisados es baja y los resultados poco concluyentes.



También se han examinado estudios que comparaban métodos de acupuntura: punción con agujas, acupuntura por presión, y electro-presión.¹² Ninguno de estos tratamientos, en cualquiera de sus formas, demostró ningún beneficio estadísticamente significativo. Basándonos en la evidencia, no puede recomendarse la acupuntura para dejar de fumar.

Farmacoterapia

La mayoría de las medicaciones utilizadas para dejar de fumar actúan reduciendo los efectos secundarios de la abstinencia de la nicotina, aunque algunas sustancias como el acetato de plata se usan en las terapias de aversión. La terapia más común y ampliamente estudiada es la terapia de sustitución de la nicotina (TSN) en sus múltiples variantes.

Terapia de sustitución de la nicotina

La terapia de sustitución de la nicotina (TSN) tiene varias formas de presentación: chicle, parches transdérmicos, sprays nasales, inhaladores y pastillas sublinguales. Todas estas presentaciones varían en cuanto a dosis y a duración del efecto. La duración total de los tratamientos también varía, y pueden ser administrados junto con otras terapias. Sin embargo, en una completa revisión quedó determinado que todas las formas de TSN son significativamente más efectivas que un placebo o no TSN.¹³

Una revisión investigó el uso del chicle de nicotina y determinó que el chicle de 4 mg era más efectivo que el de 2 mg en fumadores altamente dependientes. El uso del chicle de 4

mg no era más efectivo que el de 2 mg en fumadores poco dependientes. Por lo tanto, los fumadores poco dependientes pueden ser tratados con efectividad con el chicle de baja concentración.¹³

Los parches de nicotina están considerados terapia convencional; sin embargo, el periodo de tiempo que el parche debe permanecer puesto puede influir en su efectividad y en el grado de tolerancia del paciente. La revisión mostró que los parches colocados durante 16 horas (mientras el paciente está despierto) resultaron igualmente efectivos que los de 24 horas. Además, se examinó la duración total del tratamiento y se determinó que prolongar el uso de parches más allá de 8 semanas no aumenta su efectividad.¹³

Al término de la TSN no existe diferencia alguna entre la disminución gradual o el cese brusco de la terapia.¹³

La revisión también examinó la efectividad de varias formas de TSN en distintos ámbitos. Se concluyó que el chicle era la presentación menos efectiva en el medio hospitalario. Los resultados de los parches fueron más homogéneos en todos los ámbitos,¹³ de lo que se deduce que los parches están más indicados en el medio hospitalario.

Además, se determinó que el apoyo de profesionales de la salud aumentaba la efectividad de la TSN en la deshabituación. A mayor intensidad del apoyo, mayor efecto de los parches y chicles de nicotina.

Otras medicaciones

Utilizada habitualmente como antihipertensivo, la clonidina puede reducir los síntomas de abstinencia de varias adicciones

y se mostró efectiva comparada con placebo, aunque con efectos secundarios significativos.¹⁴ La lobelina ha sido ampliamente utilizada en deshabituación tabáquica; sin embargo, no se han identificado estudios de calidad suficiente.¹⁵

De los diversos ansiolíticos y antidepresivos probados para establecer su efectividad para dejar de fumar,¹⁶ sólo el Bupropion se mostró efectivo cuando se comparó con placebo o con la TSN. La mecamilamina es un antagonista específico de la nicotina y la evidencia indica que es efectiva en la disminución del deseo de fumar.¹⁷

Valoración de seguimiento y procedimientos

Dado que los tratamientos son a largo plazo y que existe riesgo de recaída, el seguimiento es importante. Además, la complejidad de la adicción a la nicotina y la variedad de las terapias disponibles sugieren que el seguimiento se considere un componente estándar de las intervenciones en el proceso de deshabituación.³

Estrategias de motivación

Cuando se plantean y aplican las intervenciones para abordar la deshabituación debe considerarse el papel de la motivación personal. Aunque al dejar de fumar los beneficios son realmente importantes, tampoco es desdeñable el grado de compromiso que requiere. Debido a gran variedad de razones, los pacientes aplazarán la decisión de abandonar el hábito o simplemente no podrán comprometerse.

Las estrategias de motivación para dejar de fumar incluyen conceptos tales como relevancia,

riesgos, recompensas y repeticiones.³ La información que se proporciona al paciente debe estar relacionada con su patología, sus preocupaciones acerca de la salud y su situación social. Deben remarcar los riesgos agudos y a largo plazo en el paciente, y los riesgos ambientales hacia terceros. Deben enfatizarse ante el paciente las recompensas, como la mejora de su salud, el ahorro, el aumento de la sensación de bienestar, la mejora de la salud de su cónyuge y de sus hijos, la libertad frente a la adicción y otras recompensas específicas. Las estrategias de motivación se deben repetir en cada visita de seguimiento.³

Prevención de la recaída

A pesar de la eficacia demostrada en cuanto a las intervenciones disponibles para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, la tasa de abstinencia prolongada es bastante modesta; por lo tanto, es frecuente que los pacientes que acuden a consulta hayan sufrido recaídas en el hábito.

Los estudios indican que la recaída es más frecuente en los tres primeros meses tras el intento de abandono;³ sin embargo, la recaída también puede ocurrir muchos años después de haber dejado de fumar.

Se deben considerar estrategias de prevención de recaída para todos los fumadores que lo han dejado. Estrategias mínimas pueden ser: felicitar y animar al paciente, y comprometerle en discusiones activas donde se resalten los aspectos positivos que se derivan del abandono del tabaco. También deben buscarse soluciones a posibles problemas derivados del abandono del tabaco, como, por ejemplo, el aumento de peso y la aparición prolongada de síntomas de abstinencia.³

Poblaciones y grupos específicos

Las investigaciones indican que los programas para dejar de fumar son igualmente efectivos en ambos sexos.³ Mientras que las costumbres en torno al tabaco varían entre grupos raciales y étnicos, la adicción a la nicotina y el deseo de abandonar el hábito permanecen constantes.³

Pacientes hospitalizados

Los pacientes hospitalizados tienen riesgos adicionales relacionados con el tabaco, que pueden interferir en el proceso de recuperación, y, al mismo tiempo, la oportunidad de dejar de fumar gracias a contar con una mayor disponibilidad de especialistas e intervenciones.³ Las intervenciones hospitalarias son efectivas en la ayuda a pacientes para dejar de fumar.

Pacientes con enfermedades mentales

Los pacientes con enfermedades mentales presentan una mayor prevalencia de tabaquismo que el resto de la población.³ La abstinencia por nicotina puede exacerbar la condición de comorbilidad, y este riesgo debe tenerse en cuenta cuando se plantean estrategias de deshabitación. Estos pacientes también tienen un riesgo más elevado de recaída.

Aumento de peso

Muchos fumadores se preocupan por el aumento de peso como consecuencia de dejar de fumar. La evidencia indica que una dieta estricta y otras medidas para prevenir el aumento de peso pueden disminuir la eficacia del intento de abandono del tabaco; sin embargo, el uso de TSN en chicle retrasará el inicio del aumento de peso.³

Conclusión

Ayudar a los pacientes a dejar de fumar es una tarea compleja que requiere un enfoque sistemático y polifacético. Los beneficios que se derivan de promocionar el cese del hábito de fumar, particularmente entre los pacientes hospitalizados, han sido ampliamente reconocidos, no sólo en lo que respecta al individuo sino también para la comunidad. Existe una amplia gama de intervenciones y estrategias alternativas apoyadas por evidencia basada en investigación de calidad. Aunque estas intervenciones pueden ser efectivas por sí solas, un programa de intervenciones múltiples que incluya la farmacoterapia apropiada, consejo y apoyo individualizado tiene más posibilidades de éxito. Estas intervenciones sólo pueden ser aplicadas de manera efectiva si existen sistemas de examen, evaluación y seguimiento de los pacientes que desean dejar de fumar.

Conclusiones basadas en el consenso (Nivel IV)

Las recomendaciones basadas en el Nivel I de evidencia se enumeran en la página 6. Además, listamos aquí unas recomendaciones que se derivan de la evidencia correspondiente al Nivel IV, es decir, de la opinión experta.

- Deben ampliarse los sistemas clínicos de screening para incluir el estatus de fumador o no fumador entre los signos vitales, con el fin de contribuir a su evaluación y registro.
- La continuidad de la abstinencia debe ser evaluada regularmente durante el tratamiento y al término del mismo.
- Los pacientes que no muestren interés en dejar de fumar en la primera toma de contacto deben recibir consejo motivacional.
- En caso de recaída, deben ofrecerse nuevas intervenciones al paciente.
- Los ex-fumadores que ya no están en el programa de deshabituación deben recibir refuerzo sobre los beneficios positivos que se derivan de la abstinencia, y apoyo ante cualquier problema derivado del abandono del tabaco.

Grupos específicos

- Las intervenciones deben ser las mismas para todos, con independencia de sexo, raza o etnia. Sin embargo, puede ser necesario considerar ciertas cuestiones culturales en el planteamiento y realización del programa de deshabituación.
- A los fumadores con problemas de salud mental se les deben ofrecer intervenciones para dejar de fumar tras valorar el riesgo de exacerbación de su patología.
- Los fumadores deben ser advertidos de la probabilidad de un aumento de peso tras el abandono del tabaco. Hay que insistir en los beneficios de dejar de fumar frente al aumento de peso. Debe aconsejarse evitar planes de pérdida de peso hasta que el paciente se muestre confiado en no recaer.

Referencias

1. The Joanna Briggs Institute, Smoking Cessation Interventions and Strategies for Hospitalised Patients: An Evidence Based Integrative Review. Health Promotion Unit, Royal Adelaide Hospital; 2000. (unpublished)
2. NHMRC. National Health Policy on Tobacco in Australia and Examples of Strategies for Implementation: National Health and Medical Research Council; 1991.
3. Agency-for-Health-Care-Policy-and-Research. Smoking cessation: clinical practice guideline: US DEPT HHS PUBL Public Health Serv; 1996.
4. Silagy C. Physician advice for smoking cessation. In: The Cochrane Library. Issue 2, Update Software, online or CD ROM, updated quarterly ed; 2000.
5. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
6. Lancaster T, Stead L. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. 2000.
7. Lancaster T, Stead L. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. 2000.
8. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
9. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
10. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
11. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
12. White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
13. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
14. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
15. Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
16. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
17. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).

Recomendaciones

Recomendaciones relacionadas con las estrategias de screening de fumadores y las intervenciones de deshabituación.

Screening del uso del tabaco

1. Se debería preguntar a todos los pacientes si fuman o no. El estatus de fumador o no fumador debería quedar registrado. (Nivel I)

Planes de tratamiento

2. Todos los pacientes fumadores deben recibir consejo médico para dejar de fumar. (Nivel I)
3. Siempre que los recursos lo permitan, todos los profesionales de la salud deben ofrecer consejo o intervenciones a los pacientes fumadores. (Nivel I)
4. El consejo individual y el consejo grupal son, ambos, métodos igualmente efectivos para promover el abandono del hábito de fumar. (Nivel I)
5. Cuando los pacientes elijan programas de autoayuda también deberían contar con apoyo individualizado. (Nivel I)
6. Cuando los recursos lo permitan se debe optar por intervenciones múltiples. (Nivel I)
7. La terapia de sustitución de la nicotina (TSN) debe considerarse primera línea de tratamiento en la deshabituación tabáquica. (Nivel I)
8. A la hora de determinar la forma de administración de TSN se deberían tener en cuenta las necesidades, preferencias y tolerancia del paciente, además de los costes. Los parches son más efectivos en el medio hospitalario. (Nivel I)
9. El uso de parches de TSN debe restringirse a las horas de vigilia (16 horas al día). La prolongación del tratamiento con parches más allá de 8 semanas no aumenta la posibilidad de abandonar el hábito. (Nivel I).
10. Cuando se utiliza la TSN en forma de chicle, deben ofrecerse chicles de 4 mg a los fumadores altamente dependientes, y chicles de 2 mg a los fumadores no tan dependientes. (Nivel I)
11. La TSN debería complementarse con consejo sobre otras intervenciones relacionadas con la deshabituación. (Nivel I)
12. La clonidina debería utilizarse con precaución en la deshabituación tabáquica. Debido a su elevada incidencia de efectos secundarios, debe considerarse segunda línea de tratamiento, cuando las terapias alternativas hayan fallado. (Nivel I)
13. El Bupropion es una alternativa viable cuando la TSN ha fallado. (Nivel I)
14. Cuando existe especial preocupación por el aumento de peso, el médico puede recomendar la TSN en forma chicle. (Nivel I)

Versión original traducida al castellano por: Marta Susana Torres Magán

Traducción revisada por: Laura Balagué Gea. Comunidad Autónoma del País Vasco.

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

- The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery
Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital, North Terrace,
South Australia, 5000
<http://www.joannabriggs.edu.au>
ph: (+61 8) 8303 4880 fax: (+61 8) 8303 4881
- Published by Blackwell Publishing Asia

Traducido y difundido por:



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA

“The procedures described in Best Practice must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded”.

Agradecimientos

This information sheet was derived from a commissioned review conducted by Rick Wiechula and Craig Lockwood of The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery for the Health Promotion Unit, Royal Adelaide Hospital. The review report and recommendations were reviewed by a multidisciplinary panel and in particular the Institute would like to acknowledge the efforts of Mr Andrew Zoerner, Director, Health Promotions Unit, and Dr Rick Stapleton who chaired the review group with initial funding from the Anti-Tobacco Ministerial Advisory Taskforce.

In addition the Best Practice sheet has been peer reviewed by experts nominated by JBIEBNC centres throughout Australia, New Zealand and Hong Kong.