



Intervenciones y estrategias para dejar de fumar

Recomendaciones

- La autoayuda no debe considerarse una terapia para dejar de fumar de preferencia; en el caso de que se trate de la única terapia disponible, los materiales deben elaborarse adaptados a las necesidades individuales (**Grado A**)
- Se recomiendan terapias comportamentales individuales en forma de 12 sesiones breves de apoyo, en los casos en que la TSN no ha sido efectiva o en el caso de personas que no deseen seguir una TSN (**Grado A**)
- Los programas grupales deben ofrecerse antes que los programas de autoayuda y pueden combinarse con la TSN (**Grado A**)
- No deben utilizarse la terapia de aversión ni las terapias alternativas como la acupuntura o la acupresión (**Grado A**)
- Los parches de nicotina tienen un efecto terapéutico si se llevan durante el día (16hrs/día) durante un periodo de hasta 8 semanas (**Grado A**)
- En el caso de utilizar chicles de nicotina, deben ofrecerse dosis de 4mg a los fumadores altamente dependientes y de 2mg a los fumadores poco dependientes (**Grado A**)
- No deben ofrecerse Clonidina, Lobelina o antagonistas opioides para dejar de fumar (**Grado A**)
- En casos individuales en que la TSN no ha sido efectiva debe considerarse el Bupropion o la Nortriptilina (**Grado A**)
- En pacientes hospitalizados, proporcionar apoyo intensivo continuo durante un periodo de hasta 1 mes tras el alta hospitalaria (**Grado A**)

cont. >

Fuente de información

La evidencia sobre las estrategias para dejar de fumar ha aumentado enormemente desde que se publicó el primer BPIS con el título *Intervenciones y estrategias para dejar de fumar*, en 2001.¹ Este *Best Practice information sheet* incluye 12 revisiones sistemáticas nuevas o actualizadas, que proporcionan más evidencia sobre las intervenciones efectivas para dejar de fumar, tanto basadas en la TSN (Terapia de Sustitución de la Nicotina) como en otras estrategias o intervenciones.²⁻¹⁵

Antecedentes

Aunque la TSN es la estrategia principal para dejar de fumar,¹² existe una gran cantidad de evidencia sobre otras intervenciones, que abarcan desde formas de terapia comportamental, tipos de apoyo, estrategias de autoayuda, otras intervenciones farmacológicas, hasta estrategias para poblaciones específicas de pacientes y/o situaciones específicas. Es importante un estímulo inicial por parte del profesional de la salud para concienciar y a continuación los individuos pueden ser derivados a un especialista, por ejemplo el Servicio para Dejar de Fumar del Sistema Nacional de Salud en el Reino Unido.

La autoayuda es una forma de terapia en la que el propio individuo decide manejar su propio programa para dejar de fumar.

En consecuencia, la autoayuda es de bajo coste, pero su relación coste-efectividad es baja en comparación con otras terapias.⁸ Las intervenciones comportamentales incluyen formación en habilidades sociales y de afrontamiento, manejo de contingencias, autocontrol, e intervenciones cognitivo-comportamentales.^{7,14}

La terapia grupal se sitúa entre el apoyo individual intensivo y la autoayuda, con un mínimo apoyo

del terapeuta, lo que la hace consumir menos recursos que el apoyo individual, pero ofrece unas tasas equivalentes de abandono del tabaco en un modelo más viable económico. Veinte estudios han demostrado que se produce un aumento significativo en las probabilidades de que una persona deje de fumar cuando hay una intervención de enfermería.¹⁰

Una evidencia anecdótica sugiere que entre los fumadores existe una prevalencia más alta de antecedentes de depresión, y que el abandono del tabaco en sí mismo puede llevar a episodios depresivos.

Además, algunas personas que consideran dejar de fumar pueden preferir un tipo de terapia farmacológica no basada en la nicotina.¹²

Por lo tanto, los antidepresivos pueden ejercer una doble función en la estrategia para dejar de fumar; algunos antidepresivos han sido objeto de ensayos clínicos más amplios.⁶ Aunque la TSN y los antidepresivos son las opciones farmacológicas más viables, las terapias alternativas, incluida la hipnoterapia y la acupuntura, han sido objeto de revisión sistemática y se presentan en este *Best Practice information sheet*.

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación derivan de los Niveles de Efectividad establecidos por el Instituto Joanna Briggs en el año 2006³

Grado A Efectividad demostrada para su aplicación

Grado B Grado de efectividad establecida que indica considerar la aplicación de sus resultados

Grado C Efectividad no demostrada

Recomendaciones cont.

- Comenzar las estrategias para dejar de fumar previas a una intervención quirúrgica 6-8 semanas antes de la cirugía (**Grado A**)
- En pacientes con enfermedad coronaria, se recomiendan las intervenciones psicosociales con seguimiento continuo para dejar de fumar (**Grado B**)
- Debe preguntarse a todos los pacientes si fuman y se debe registrar su condición de fumador (**Grado B**)
- Debe ofrecerse a todos los pacientes fumadores consejo para dejar de fumar por parte de su médico de cabecera, farmacéutico o enfermera (**Grado B**)

Además de intervenciones específicas, también se ha investigado la predisposición de pacientes específicos a dejar de fumar para disminuir riesgos para la salud a largo o corto plazo.

Los pacientes considerados en este BPIS incluyen pacientes que se están preparando para someterse a una intervención quirúrgica, pacientes con depresión, o enfermedad coronaria, o ingresados en el hospital. El consejo de los farmacéuticos y médicos también se ha revisado, examinando el efecto de los tiempos largos y cortos de consulta sobre las tasas de personas que dejan de fumar comparado con la ausencia de consejo y ninguna otra intervención.

Objetivos

El objetivo de este *Best Practice information sheet* es describir las mejores intervenciones para dejar de fumar.

Tipos de intervención

Las intervenciones documentadas en este *Best Practice information sheet* consisten en estrategias terapéuticas (por ejemplo, autoayuda u orientación grupal) y medicamentos derivados de fuentes farmacoterapéuticas.

Resultados - Formato de los tratamientos

Autoayuda

El tratamiento de autoayuda se apoya en una amplia gama de estrategias, como materiales en formato de vídeo o papel. Los ensayos de autoayuda compararon estas estrategias con una breve carta, o con la no información, la autoayuda con breve contacto, o consejo, o autoayuda + TSN, o TSN sola, o materiales de autoayuda individualizados, materiales escritos adicionales o recursos en vídeo.

Los resultados principales fueron que la autoayuda puede mejorar las tasas de abandono del tabaco, pero el efecto es pequeño, aunque añadir la autoayuda a otras formas de terapia tales como la TSN no tiene efectos significativos sobre las tasas de abandono del tabaco.⁸ Personalizar los materiales de autoayuda puede ayudar más que los materiales estandarizados, sin embargo, el impacto es pequeño comparado con otras formas de terapia.

En ausencia de tales materiales, la autoayuda tiene muchas probabilidades de fracasar, mientras que el hecho de personalizar los materiales según las necesidades individuales aumenta la probabilidad de dejar de fumar, aunque la autoayuda es sólo ligeramente más efectiva que no proporcionar ningún apoyo.⁸

Terapia individual

En 21 ensayos con más de 7000 participantes, se evaluó la terapia individual (una intervención comportamental) en comparación con el efecto de una terapia de grupo. Comparado con un contacto mínimo, la terapia individual tuvo más probabilidades de conducir al abandono del tabaco. Combinar una terapia individual con la TSN no tuvo como resultado un aumento de la efectividad de ninguna de las dos terapias. De hecho, tuvo como resultado una probabilidad general menor de abandono del tabaco. La evidencia no sustenta el apoyo moderado individual como más beneficioso que el apoyo breve. Sin embargo, el apoyo individual intensivo se asoció a un mayor abandono del tabaco. La terapia intensiva consistió en 12 sesiones cognitivo-comportamentales de prevención de las recaídas.⁷

Terapia de grupo

Más de 100 formas de terapias de grupo se han descrito en la literatura. Las funciones de la terapia de grupo son: analizar los motivos del comportamiento de los miembros del grupo, proporcionar una oportunidad de aprendizaje social, generar experiencias emocionales e impartir información y enseñar nuevas habilidades.¹⁴ Un total de 55 ensayos cumplieron los criterios de inclusión para las comparaciones. Diecisésis estudios compararon un programa grupal con un programa de autoayuda. El abandono del tabaco aumentó con el programa grupal ($N = 4395$, odds ratio (OR) 2.04, intervalo de confianza (IC) 95% 1.60 a 2.60). La

efectividad fue mayor en los programas grupales que en los controles con no intervención (siete ensayos, $N = 815$, OR 2.17, IC 95% 1.37 a 3.45). No hubo evidencia de que la terapia de grupo fuese más efectiva que una intensidad similar de apoyo individual.¹⁴

Combinar la terapia de grupo con otras formas de tratamiento, como la TSN, fue efectivo para promover el abandono del tabaco, aunque la terapia grupal no es siempre bien acogida por los pacientes. Hubo evidencia limitada de que los programas que incluían componentes para aumentar las habilidades cognitivas y comportamentales y evitar las recaídas fuesen más efectivos que los programas de la misma duración o más cortos sin estos componentes.¹⁴

Terapia de aversión

La investigación disponible sobre la terapia de aversión sugiere que aumenta las probabilidades de dejar de fumar. Sin embargo, el nivel de beneficio es pequeño y posiblemente relacionado con el sesgo de publicación, más que con un efecto real. Ninguna de las terapias de aversión, aparte de fumar rápido, fue efectiva. Por lo tanto esta forma de terapia no debería considerarse para la mayoría de los pacientes.⁵

Terapias alternativas

La acupuntura es una forma de terapia china que utiliza agujas para estimular puntos particulares del cuerpo. Se ha revisado la capacidad de la acupuntura de facilitar el abandono del tabaco reduciendo los síntomas que las personas experimentan cuando dejan de fumar. Además de la acupuntura, se ha revisado la evidencia relativa a la acupresión, la terapia láser y la estimulación eléctrica. Sin embargo, la evidencia existente no sustenta el uso de ninguna de estas terapias.¹⁵

Farmacoterapia

TSN

La TSN está disponible en diversos métodos de administración, que incluyen chicles, parches, inhaladores, sprays intranasales, y tabletas sublinguales.

Estos varían en dosis y duración de la liberación por aplicación, y pueden requerir diferentes pautas de tratamiento. Sin embargo, la evidencia muestra claramente que la TSN en cualquier forma es significativamente más efectiva que el placebo o la no TSN, con un aumento de las tasas de abandono del tabaco.¹²

Antagonistas de los opioides para dejar de fumar

Cuatro ensayos clínicos aleatorios fueron de calidad suficiente para incluirlos en el metanálisis que examinaba el impacto del antagonista de los opioides naltrexona sobre las tasas de abandono del tabaco. No se produjeron diferencias significativas en las tasas de abandono a los 6 meses entre el placebo y la naltrexona; por lo tanto, no puede recomendarse para dejar de fumar.³

Antidepresivos para dejar de fumar

Una revisión sobre los antidepresivos, que incluía 53 ensayos sobre el bupropión y la nortriptilina como única terapia para dejar de fumar, encontró que ambos medicamentos duplicaron las probabilidades de abandono comparadas con el no tratamiento. Tres ensayos de terapia a largo plazo con bupropión no mostraron ningún efecto beneficioso sobre la prevención de recaídas. La evidencia fue inadecuada para determinar si añadir antidepresivos a la terapia de sustitución de la nicotina proporcionaba beneficios adicionales a largo plazo.⁶ Tres ensayos encontraron que el abandono del tabaco era más probable con vareniclina comparado con el bupropión. La efectividad de estos medicamentos debe ponderarse con el riesgo asociado de ataques epilépticos y otros efectos secundarios desagradables o graves. El Bupropión no se recomienda durante el embarazo, la lactancia o en menores de 18 años. Además, el uso de inhibidores de respuesta selectiva a la serotonina no tuvo ningún impacto en el abandono del tabaco. Los beneficios clínicos asociados con los antidepresivos, en particular el bupropión y la nortriptilina, no son lo suficientemente robustos para garantizar el uso de los antidepresivos como terapia preferente para dejar de fumar en lugar de la terapia de sustitución de la nicotina.⁶

Chicles de nicotina

La evidencia sobre los chicles de nicotina indica que la eficacia de la terapia desaparece si se consumen bebidas ácidas y café. Los chicles de nicotina también se asocian con efectos secundarios gástricos y la transferencia de la dependencia. La dosis de chicle puede personalizarse según el nivel individual de dependencia de la nicotina, beneficiándose los individuos altamente dependientes de chicles de 4mg, mientras que los fumadores con baja dependencia pueden ser tratados de forma efectiva con una dosis menor (chicle de 2mg).¹²

Parches de nicotina

Existen parches de nicotina con diferente potencia y se llevan durante varias horas al día a lo largo de un programa de abandono del tabaco. La evidencia proveniente de una amplia revisión sistemática indica que llevar un parche durante 16 horas mientras se está despierto es tan efectivo como un parche de 24 horas. La misma revisión identificó que una terapia de parches de nicotina continua de más de 8 semanas de duración no es más efectiva que una terapia de 8 semanas.

Ensayos más pequeños sugieren incluso períodos de tiempo más cortos; 3 semanas son igual de efectivas que duraciones más largas, pero deben realizarse estudios más amplios para confirmar estos resultados. La terapia de parches de nicotina puede pararse de golpe, ya que no hay diferencias en los efectos de los diferentes métodos de cese del tratamiento de parches de nicotina.¹²

Otros medicamentos

La clonidina, originariamente un antihipertensivo, actúa sobre el sistema nervioso central para disminuir los síntomas de abandono asociados al sistema nervioso central. Un estudio muy significativo, de los seis estudios de una revisión sistemática, favoreció a la clonidina, lo que posiblemente tuvo influencia en el efecto general positivo comparado con el placebo. Efectos secundarios desagradables y amplios intervalos de confianza hacen que la Clonidina no deba recomendarse si existen otras alternativas.⁴

La lobelina se ha utilizado ampliamente como intervención para dejar de fumar. Sin embargo, la evidencia es de baja calidad, con una revisión sistemática en 1997 que excluía todos los estudios identificados. No se han realizado actualizaciones de dicha revisión.¹³

Pacientes prequirúrgicos

Cuatro ensayos incluidos en una revisión tenían como objetivo establecer si existe una relación entre dejar de fumar y los resultados postquirúrgicos.⁹ Todos los ensayos redujeron significativamente el uso del tabaco precirugía, pero sólo dos ensayos informaron del efecto de la intervención tabáquica sobre las complicaciones en las heridas; los resultados fueron heterogéneos, con reducciones significativas en las complicaciones asociadas a las heridas, complicaciones cardiopulmonares y riesgo general de cualquier complicación en uno de los ensayos, y ninguna evidencia de diferencias en los resultados clínicos en el otro. Los beneficios se vieron en un estudio en que el abandono del tabaco comenzó 6-8 semanas antes de la intervención. El efecto sobre el abandono del tabaco en un plazo más largo no fue significativo en ninguno de los dos ensayos con un período de seguimiento tras el período prequirúrgico.⁹

Pacientes con enfermedad coronaria

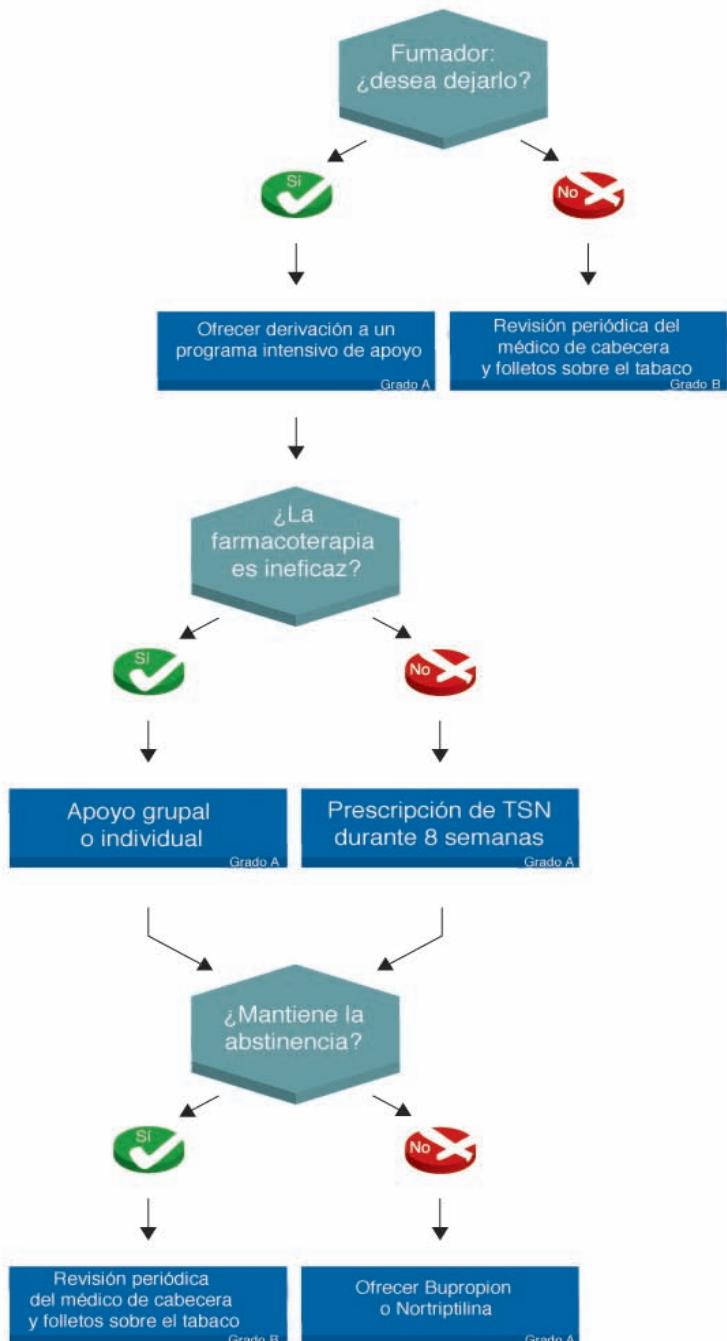
Una revisión evaluó los tratamientos con terapias comportamentales, intervenciones de autoayuda, apoyo telefónico e intervenciones dirigidas a los factores de riesgo, y el resultado fue el abandono del tabaco a los 6 meses de seguimiento en pacientes con enfermedad coronaria. La autoayuda incluía folletos informativos, panfletos, videos o cintas de audio. La intensidad de la intervención también se examinó, en base al número de horas de contacto. El resultado de interés fue la abstinencia a los 6-12 meses de seguimiento. La revisión encontró que todas las intervenciones psicosociales fueron igualmente efectivas comparadas con el cuidado habitual. También encontró que una mayor intensidad de terapia (horas de contacto) aumentó sustancialmente las probabilidades de abandono exitoso del tabaco, mientras que una terapia de baja intensidad (breve intervención sin ningún seguimiento en 4 semanas) no era efectiva.²

Poblaciones específicas de pacientes

Pacientes hospitalizados

Una revisión encontró que el apoyo intensivo que comenzaban durante la estancia en el hospital y continuaban con contactos de apoyo durante al menos un mes tras el alta aumentaron las tasas de abandono del tabaco tras el alta, aunque el tamaño del efecto fue pequeño. El apoyo de mayor duración durante la estancia en el hospital no se asoció con una mayor tasa de abandono, ni tampoco la suma de TSN al apoyo intensivo; estos resultados indican que comenzar un programa para dejar de fumar en el hospital puede ayudar a los pacientes a dejarlo, y que la intervención no necesita ser intensiva, o incluir TSN para ser efectiva. Sin embargo, un apoyo más largo puede ser más efectivo.¹¹

Intervenciones y estrategias para dejar de fumar



Agradecimientos

Este Best Practice information sheet ha sido elaborado por el Instituto Joanna Briggs y los autores de la revisión.

Además este Best Practice information sheet ha sido revisado por expertos de los Centros Colaboradores Internacionales del Instituto Joanna Briggs:

• Dr Suzy Robertson-Malt, National & Gulf Centre for Evidence Based Medicine, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia.

• Maggie Roberts, School of Nursing, Nottingham University, Nottingham, UK.

• Bridie Kent, School of Nursing, Faculty of Medical and Health Sciences, University of Auckland, New Zealand.

Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. Smoking Cessation Interventions and Strategies. Best Practice: evidence-based practice information sheets for health professionals. 2001; 5(3).
2. Barth J, Critchley J, and Bengel J. Efficacy of Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with Coronary Heart Disease: A systematic review and meta analysis. Annals of Behavioural Medicine 2006;32(1): 10-20.
3. David S, Lancaster T, Stead LF and Evans AE. Opioid antagonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Issue 1.
4. Gourlay SG, Stead LF and Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004 Issue 3.
5. Hajek P and Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001 Issue 3.
6. Hughes JR, Stead LF and Lancaster T. "Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Issue 1.
7. Lancaster T and Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 3.
8. Lancaster T and Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 3.
9. Moller A and Villebro N. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 3.
10. Rice VH and LF Stead. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 1999 Issue 3.
11. Rigotti NA, Munafó MR and Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Issue 3.
12. Silagy C, Lancaster T, Stead LF, Mant D and Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004 Issue 3.
13. Stead LF and Hughes J. Lobeline for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 1997 Issue 3.
14. Stead LF and Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 2.
15. White A, Ramps H, and Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 1.
16. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews – the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2006 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
17. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI Model of Evidence-Based Healthcare. Int J of Evidence-Based Healthcare 2005; 3(8):207-215.

2006 Issue 3.

4. Gourlay SG, Stead LF and Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004 Issue 3.
5. Hajek P and Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001 Issue 3.
6. Hughes JR, Stead LF and Lancaster T. "Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Issue 1.
7. Lancaster T and Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 3.
8. Lancaster T and Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 3.
9. Moller A and Villebro N. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 3.
10. Rice VH and LF Stead. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 1999 Issue 3.
11. Rigotti NA, Munafó MR and Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Issue 3.
12. Silagy C, Lancaster T, Stead LF, Mant D and Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004 Issue 3.
13. Stead LF and Hughes J. Lobeline for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 1997 Issue 3.
14. Stead LF and Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 2.
15. White A, Ramps H, and Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 1.
16. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews – the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2006 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
17. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI Model of Evidence-Based Healthcare. Int J of Evidence-Based Healthcare 2005; 3(8):207-215.

Versión original traducida al castellano por: Lucía García Grande.

Traducción revisada por: Esther González María.

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

• The Joanna Briggs Institute
Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital,
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.au
ph: +61 8 8303 4880
fax: +61 8 8303 4881
email: jbi@adelaide.edu.au

• Published by
Blackwell Publishing
Blackwell Publishing



"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".

Traducido y difundido por:



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



Este Best Practice Information Sheet presenta la mejor evidencia disponible sobre este tema. Se incluyen implicaciones para la práctica con la confianza de que los profesionales utilizarán esta evidencia teniendo en cuenta el contexto, las preferencias del paciente y su juicio clínico.⁴