"INTERVENCIONES EN SALUD PARA LA CESACIÓN DEL HÁBITO DE FUMAR: REVISIÓN INTEGRADORA"

KATHERIN GIRALDO CASTAÑO
VALENTINA PALACIO NOREÑA
LAURA VANESSA VILLADA PINEDA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ENFERMERÍA

MANIZALES-COLOMBIA
JUNIO 2018.

"INTERVENCIONES EN SALUD PARA LA CESACIÓN DEL HÁBITO DE FUMAR: REVISIÓN INTEGRADORA"

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ENFERMERA

DOCENTE ASESOR
Claudia Liliana Valencia Rico. Enfermera. Especialista en Rehabilitación Cardiopulmonar. Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Adulto y Anciano. Docente Programa Enfermería Universidad Católica de Manizales

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ENFERMERÍA

MANIZALES-COLOMBIA
JUNIO 2018.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 1

3. OBJETIVOS 4

5. METODOLOGÍA 8

6. RESULTADOS 10

7. CONSIDERACIONES FINALES 44

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 45

RESUMEN

Objetivo: Analizar las publicaciones científicas actuales relacionadas con la cesación de tabaco en personas fumadoras. **Metodología:** revisión integradora cuya técnica reúnio y sintetizo los conocimientos producidos por estudios originales a través del análisis de los resultados. Se tomo como criterios de inclusión: los artículos de investigación publicados por profesionales del área de la salud y áreas afines al objeto de intervención y los artículos publicados a partir del año 2012. Como criterios de exclusión se tuvo en cuenta: artículos de revisión, artículos de investigación relacionados con el tema que mencionaran intervenciones en fase de abstinencia del tabaco y artículos de investigación relacionados con el tema que describan variables de los cuidadores de las personas fumadoras. **Resultados:** Se describieron las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que han sido implementadas por medicina, enfermería y otros profesionales de la salud y de las ciencias humanas para contribuir a la disminución del consumo de cigarrillo, consumo de tabaco y pipa de agua. **Conclusión:** La literatura actual muestra que las intervenciones que son combinadas, aquellas que se realizan por mayores periodos de tiempo y por grupos interdisciplinarios, son más costo efectivo y contribuyen mayormente a la cesación continua del hábito de fumar.

ABSTRACT

Objective: Analyze the present scientific publications related to the tobacco cessation in smokers. **Methodology**: integrative revision whose technique reunites and synthesizes the knowledge produced by original studies through the analysis of the results. It was taken as inclusion criteria: the research articles published by professionals from the health area and related areas of the intervention objective and the articles published from the year 2012. As an exclusion criterion, the following articles were taken into account: review articles, research articles related to the topic that mentioned tobacco abstinence interventions, and research articles related to the topic that describe variables of caregivers of smokers. **Results**: pharmacological and non-pharmacological interventions were described that have been implemented by medicine, nursing and other health professionals and human sciences to contribute to the reduction of cigarette consumption, tobacco consumption and waterpipe. **Conclusion**: the current literature shows that the interventions that are combined, to those that are performed for longer periods of time and for interdisciplinary groups, are more cost-effective and contribute mainly to the continuous cessation of smoking.

1. INTRODUCCIÓN

El fumador es aquella persona que consume por lo menos 1 cigarrillo al dia; y la persona exfumadora es aquella que ha dejado de fumar por mas de 12 meses. Así mismo, existe el fumador pasivo, siendo aquella persona que se encuentra expuesta al humo del tabaco sin que sea consumidora (1).

En la problemática del consumo de tabaco, se ha podido identificar diferentes tipos de fumadores entre los cuales se destacan: *el fumador negativo*: quien fuma en situaciones de crisis o nerviosismo y utiliza el tabaco como un relajante. F*umador hedonista,* aquel que fuma de forma controlada y disfruta del placer del humo del cigarro. *Fumador crónico,* persona que fuma constantemente sin ser consciente de ello, consumiendo el tabaco en grandes cantidades sin saber por qué lo hace. *Fumador drogodependiente*, fuma constantemente y se siente incómodo si le faltan los cigarrillos; es aquel que no puede estar sin un cigarro en la mano y enciende uno detrás de otro (2).

Las estadisticas epidemiológicas mundiales con relación al tabaquismo muestran que, mas de la mitad de los consumidores de tabaco mueren por causa de este hábito; cada año cerca de 6 millones de personas fallecen, de las cuales 5 millones son fumadores activos y mas de 600.000, son personas expuestas al humo de tabaco ajeno. Adicionalmente, se ha identificado que el 80% de estas personas, viven en paises de ingresos medios y bajos (3). A nivel nacional, se ha notificado que 21.765 personas mueren anualmente en Colombia por enfermedades atribuibles al consumo del tabaco y que el recaudo anual por impuestos al tabaco es de 400 mil millones de pesos (4).

Teniendo en cuenta la problemática con relación con el consumo del tabaco y las alteraciones que produce sobre todo a nivel cardiopulmonar, los profesionales de la salud han investigado e implementado diversas intervenciones para contribuir a la sesacion de su consumo, teniendo en cuenta que es una adicción y una dependencia que requiere de la ayuda de expertos y de la voluntad y disposición de la persona fumadora. Específicamente para las personas que presentan enfermedades crónicas no transmisibles (como enfermerdad cardiovascular, enfermedad pulmonbar obstructiva crónica y diabetes), y en grupos especialies como adolescentes y jóvenes universitarios, los intentos por garantizar el cese del tabaco se han convertido en una tarea en la que muchos han contribuido, con el fin de ayudar a las personas a disminuir el progreso de su enfermedad y a controlar el proceso de adicción al cigarrillo en edades tempranas. En este sentido, se puede encontrar actualmente, estudios e intervenciones de tipo farmacológico y no farmacológico, que apuntan a este objetivo.

En cuanto a los estudios farmacologicos, se ha reportado con mayor frecuencia el uso de parches de nicotina, vareniclina, y un tratamiento conjugado que se compone de ambos, siendo mas efectiva la terapia conjugada, ya que bloquean de manera positiva los efectos placenteros de la nicotina (5).

Dentro de las intervenciones no farmacologicas se puede mencionar el uso de terapias cognitivo-conductuales y consejerías cortas e intensivas, que han brindado resultados positivos en la cesación del uso de tabaco, por medio de sesiones de consejería lo que ha permitido ganancias en la calidad de vida de las personas (6).

Otros métodos utilizados para el cese del consumo de tabaco tienen que ver con la estrategia de acompañamiento mediante llamadas y mensajes de texto motivacionales que incrementes el abandono del mismo; así mismo, la práctica del ejercicio físico y las respiraciones yóguicas logran aportar beneficios en el proceso de deshabituación tabáquica e incrementa la adherencia al tratamiento, por lo que resulta muy efectiva (7).

Las anteriores intervenciones mencionadas, se convierten en especial motivo de estudio, con el fin de indagar más exhaustivamente a nivel de la literatura científica, aquellas que hayan resultado más efectivas para que las personas hubiesen podido dejar de fumar. En este sentido, se realizará una revisión integradora de la literatura científica, teniendo en cuenta la siguiente pregunta de búsqueda:

¿cuales son las intervenciones en salud mayormente reportadas en la literatua actual para contibuir a la cesacion del habito de fumar?

2. JUSTIFICACION

Esta revisión permitió describir los resultados mas relevantes que se han obtenido en los ultimos 5 años con relación a las intervenciones realizadas para la cesación del hábito tabáquico, identificando aquellas de tipo farmacológico y no farmacológico y sus resultados. Esta evidencia cobro importancia para poder decidir cuales son las estrategias mas costoefectivas que se podrían implementar en las unidades de atención primaria en salud y a nivel domiciliario, para las personas con enfermedades crónicas no transmisibles (como la EPOC) que presentan consumo de cigarrillo.

Fue de gran importancia evidenciar que enfermería ha contribuido en la implementación de estas estrategias basadas en la evidencia teniendo en cuenta que es necesario ofrecer un acompañamiento permanante a la persona que desea dejar de fumar. Educar a esta persona con relación a los benefición de la cesación del tabaco pueder ser util en el logro de este objetivo.

Para enfermería es importante recavar este tipo de información, ya que se logró obtener evidencia sobre el proceso de comunicación llevado a cabo para invitar y persuadir al fumador en el proceso del cese tabaquico, mostrar diferentes formas (no farmacológicas) que podrían contribuir a abolir este hábito, comprender mas facilmente cómo se comportan fisiológicamente los farmacos utilizados en el proceso de la cesación y los beneficios que se producen desde el mismo instante en el que se deja de fumar (8). Así mismo, se ha podido determinar que el trabajo interdisciplinar que combina saberes específicos como: la indicación de farmacoterapia (realizada por el médico), las consejerías (cortas e intensivas) y el acompañamiento (personal o telefónico) realizado por enfermería; además de las intervenciones conductuales (realizadas por psicólogos), se constituye en la estrategia mas efectiva para ayudar a la persona a dejar el hábito del cigarrillo (o similares) de manera contínua.

Por todo esto, es importante que enfermería pueda conocer mas acerca de las estrategias relacionadas con la cesación del hábito de fumar, con el fin de poseer suficientes conocimientos, habilidades y destrezas, que aporten desde el cuidado a la persona que desea dejar de fumar.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Describir las intervenciones en salud reportadas en la literatua actual para contibuir a la cesacion del habito de fumar.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar búsqueda en bases de datos relacionada con las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas implementadas para la cesación del tabaco.
- Describir los hallazgos encontrados en los artículos seleccionados realizando clasificación por: nivel de evidencia y tipo de intervención.

4. REFERENTE TEÓRICO

La Organización Mundial de Salud (OMS), está promoviendo "*acabar en todo el mundo con la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*". En este sentido, Colombia es pionero en Suramérica, ya tiene establecida la prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados de acuerdo a lo establecido en los artículos 14 al 17 de la Ley 1335 del 2009 y en la Sentencia de la Corte Constitucional C-830 de 2010. (9)

Existen guías para intervención en tabaquismo desde atención primaria de salud que precisan los siguientes aspectos para contribuir con la cesación del tabaco: proceso de cambio para dejar de fumar, valorar la disposición para dejar de fumar, asesoramiento práctico, tratamiento farmacológico, visitas de seguimiento e intervención en situaciones especiales. Además, esta guía tiene como aspecto central proporcionar intervenciones a todas las personas para que se adapten en el proceso de cambio en el que se encuentran (10-11-12-13).

El término "*Cesación*", se refiere al proceso de suspender el consumo de tabaco a partir de diferentes fases conductuales y voluntarias (14).

4.1 Fases de abandono del consumo de cigarrillo:

4.1.1 **Fase de pre contemplación:** en esta fase se encuentran aproximadamente el 30-35% de todos los fumadores. La principal característica es que no quieren dejar de fumar, ni tan siquiera se lo plantean. Son individuos en los que los pros para continuar fumando superan claramente a los contras.

4.1.2 **Fase de contemplación:** aquí se encuentran entre el 60-70% del total de los fumadores. Son sujetos que han intentado en otras ocasiones dejar de fumar pero que no lo han conseguido de manera definitiva y en cada intento han sufrido un cúmulo de dificultados psíquicas y físicas. Se muestran desesperanzados y frustrados ante la idea de realizar un nuevo intento de abandono, aunque se lo plantean como una posibilidad en los próximos meses.

4.1.3 **Fase de preparación:** en la fase de preparación se encuentra el 5% y 10% del total de fumadores. Son sujetos que están dispuestos a hacer un serio intento de abandono. Son capaces de elegir un día para dejar de fumar en el transcurso del próximo mes.

4.1.4 **Fase de acción y mantenimiento:** cuando un fumador está realizando un intento de abandono y lleva sin fumar menos de seis meses, se puede decir que está en fase de acción. Es esta una fase en la que las posibilidades de recaída todavía son frecuentes. Cuando se sobrepasa el umbral de los 6 meses, las posibilidades de recaída disminuyen drásticamente y se puede decir que la persona está en fase de

mantenimiento. Después de doce meses de haber dejado el hábito, la persona se considera un exfumador.

4.1.5 **Recaída:** situación en la que la persona ha realizado un intento y ha vuelto a fumar. (15)

4.2 Intervenciones específicas para cada estadio del proceso de cambio

4.2.1 **Pre contemplación:** entrevista motivacional que aporte información sobre el tabaquismo, para generar en la persona fumadora la reflexión y ambivalencia. Puede ser grupal.

4.2.2 **Contemplación**: entrevista motivacional con el objetivo de aumentar la motivación, vencer resistencias y aumentar la autoeficacia. Puede ser grupal o individual.

4.2.3 **Preparación**: entrevista y acompañamiento centrado en la persona para ofrecer apoyo y facilitar estrategias de ayuda: que la persona fumadora conozca su adicción, modifique su conducta frente a ella y desarrolle habilidades para mejorar la abstinencia.

4.2.4 **Acción y mantenimiento:** entrevista y acompañamiento centrados en la persona para desarrollar habilidades de afrontamiento y autoeficacia, con el objetivo de prevenir recaídas.

4.2.5 **Recaída**: entrevista y acompañamiento para aumentar el sentimiento de autoeficacia y seguir ofreciendo ayuda para nuevos intentos (16).

4.3 Intervenciones realizadas en los estudios de investigación:

4.3.1 **La intervención farmacológica o el suministro de fármacos para el cese del tabaco:** implica el uso de productos que suministran dosis bajas de nicotina u otros medicamentos. Estos productos no contienen muchas de las toxinas que se encuentran en el humo del cigarrillo. El objetivo de la terapia es reducir los deseos de consumir nicotina y controlar los síntomas de la abstinencia sin crear dependencia. Los fármacos eficaces de primera línea como la terapia de sustitución de nicotina, la vareniclina y el bupropión, incrementan significativamente los índices de abstinencia de consumo de tabaco a largo plazo (17).

4.3.2 **La terapia conductual:** se utiliza para el tratamiento de la dependencia física, psicológica y social, asociadas al consumo de tabaco. Esta intervención, tiene como objetivo el cambiar los comportamientos adictivos por conductas más adaptativas y de mejores habilidades a la hora de afrontar los acontecimientos vitales y los estresores de la vida cotidiana (17).

4.3.4 **La consejería:** esta se ha definido como el intercambio de información y mensajes verbales entre profesional de la salud y paciente que promueve el desarrollo de capacidades para dejar de fumar. Cuanto más intensivo o más prolongado es el tratamiento, mayor es la probabilidad de que ayude a los usuarios de tabaco a abandonar el consumo definitivamente (17).

- **Consejería breve**: definida como el intercambio de información y mensajes verbales para la cesación del tabaco, suministrada en menos de 10 minutos; son oportunistas dado que aplican en el marco de la cualquier consulta y constituyen maneras factibles y eficaces en función de los recursos de ayudar a los usuarios de tabaco a abandonar el consumo (17).

- **Consejería intensiva**: son tratamientos más integrales, que se pueden realizar durante múltiples visitas durante períodos de tiempo más largos y que pueden ser administrados por más de un profesional sanitario, son apropiadas en todos los consumidores de tabaco dispuestos a participar en ellas; La duración de cada sesión con el paciente es superior 10 minutos (17).

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo Estudio

Revisión integradora cuya técnica reunió y sintetizó los conocimientos producidos por estudios originales a través del análisis de los resultados. Se analizo un total de 35 artuculos que cumplieron los criterios de inclusion.

5.2 Criterios de inclusión:

- Artículos de investigación publicados por profesionales del área de la salud y áreas afines al objeto de intervención.
- Artículos publicados a partir del año 2012.
- Articulos originales.
- Metaanalisis y revisiones sistematicas de literatura publicadas por profesionales del área de la salud a partir del año 2013.

5.3 Criterios de exclusión:

- Artículos de revisión de tema.
- Articulos cortos y reflexiones no derivadas de la investigacion.

5.4 Estrategias de búsqueda

Se utilizaron los siguientes descriptores para la búsqueda inicial: (Decs Bireme):

- Tabaco – Tobacco - Tabaco
- Cese del uso de tabaco – Tobacco use cessation – Abandono do uso de tabaco.
- Campañas para el control del tabaco – Tobacco control campaigns – Campanhas parao controle do tabagismo.
- Productos para dejar de fumar tabaco - Tobacco use cessation products – productos para o abandono do uso de tabaco.
- Atención de enfermería – Nursing care – cuidados de enfermegen.
- Educación en enfermería – education nursing – educacao em enfermagem.
- Terapéutica – Therapeutics – terapéutica.
- Terapia – Therapy – Terapia.

La búsqueda se realizó en bases de datos como: Pubmed, Scopus, Proquest, Scielo y Google Académico. El análisis de los manuscritos se realizó según su nivel de evidencia aportada y mediante la descripción de categorías relacionadas con intervenciones farmacológicas, no farmacológicas y aquellas combinadas.

Análisis de manuscritos:

Según nivel de evidencia.

Calidad de la evidencia	*Tipo de estudio*	*Grado de evidencia*
A (ALTA)	1º Metaanálisis 2º Ensayos clínicos aleatorios	Adecuada evidencia para recomendar o desestimar su utilización
B (MEDIA)	3º Ensayos clínicos no aleatorios 4º Estudios de cohortes 5º Estudios de casos-control	Cierta evidencia para recomendar o desestimar su utilización
C (BAJA)	6º Estudios descriptivos/transversales 7º Estudios cualitativos 8º Comités de expertos 9º Conferencias o consensos 10º Casos clínicos aislados	Cierta evidencia, aunque insuficiente para recomendar o desestimar su utilización

Tomado de A.J. Jover y M.D Navarro-Rubio, Med. Clin. (Barcelona), 1995.

Según Tipo Intervención:

- Farmacológica.
- No farmacológica.
- Intervenciones combinadas.

6. RESULTADOS

Al analizar los manuscritos según nivel de evidencia, se encontró que, el 55,2 % (n=16) correspondía a publicaciones de evidencia alta (9 ensayos clínicos con asignación aleatoria y 7 metanálisis); el 24,1% (n=7) eran estudios de evidencia media (1 ensayo clínico sin asignación aleatoria, 3 estudios pre-experimentales con grupo pre y post prueba, 2 estudios de cohorte prospectiva y 1 revisión de tipo narrativa); y el 20,7% restante (n=6) correspondía a estudios de evidencia baja (1 estudio retrospectivo de tipo analítico y 5 estudios descriptivos de corte transversal) (Tabla 1).

En cuanto al tipo de intervenciones, se encontraron estudios que muestran la aplicación de técnicas farmacológicas, no farmacológicas y técnicas combinadas, utilizadas en general por médicos, enfermeras y otros profesionales que trabajan de manera interdisciplinar en el tema del cese de tabaco. En el 16,7% (n=3) de los estudios se reportan intervenciones farmacológicas, el 27,8% (n=5) de ellos muestra intervenciones no farmacológicas como única estrategia utilizada en la cesación del tabaco, y el 55,6% (n=10) describe estrategias combinadas (terapia farmacológica y otra) (Tabla 2).

Tabla 1. Clasificación de los artículos analizados según su nivel de evidencia.

Nivel de evidencia	Numero de articulo	Tipo Artículo	Porcentaje
Alta	16	Ensayos clínicos con AA (n=9). Metaanálisis (n=7).	55.2 %
Media	7	Ensayos clínicos sin AA (=1). Estudios pre experimentales (n=3). Estudios de cohorte prospectiva(n=2). Revisión de tipo narrativa (n=1).	24.1%
Baja	6	Estudio retrospectivo de tipo analítico (n=1) Estudios descriptivos de corte transversal (n=5).	20.7%

Tabla 2. Clasificación de los artículos analizados según tipo de intervención.

INTERVENCIÓN	CANTIDAD DE ARTICULOS	%
Farmacológica	3	16,7%
No farmacológica	5	27,8%
Combinada	10	55,6%

Al analizar los artículos según el tipo de intervenciones se encontraron terapéuticas de tipo farmacológico, no farmacológicos y combinadas, que fueron realizadas en su mayor parte por personal medico y de enfermería, seguido de intervenciones realizadas por psicología y otros profesionales. Los resultados del análisis se presentan a continuación:

Estudios relacionados con intervenciones farmacológicas

Titulo	The Effects of the Nicotine Patch vs. Varenicline vs. Combination Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation at 26 Weeks: A Randomized Controlled Trial (20). Los efectos del parche de nicotina vs. vareniclina versus terapia combinada de reemplazo de nicotina en la cesación de fumar a las 26 semanas: un ensayo controlado aleatorizado
Autor y Año	Timothy B. Baker, Megan E. Piper, James H. Stein, Stevens S. Smith, Daniel M. Bolt, David L. Fraser, and Michael C. Fiore. 2016
Objetivo del artículo	Comparar la eficacia de la vareniclina, el reemplazo combinado de nicotina (C-NRT) y el parche de nicotina en las tasas de abandono de 26 semanas.
Muestra	1086 participantes.
Intervención y proceso medición	Los individuos contactados fueron examinados y los fumadores potencialmente elegibles fueron programados para una visita de orientación. Los criterios de inclusión fueron: fumar ≥ 5 cigarrillos al día,> 17 años de edad, capaz de leer y escribir en inglés, querer dejar de fumar, pero no participar en el tratamiento de fumar, la voluntad de usar los tratamientos de cese de fumar y no usar cigarrillos electrónicos y protección adecuada con respecto al embarazo. Los participantes que pasaron la prueba telefónica inicial fueron obligados a: someterse a exámenes adicionales en persona, evaluaciones y procedimientos de consentimiento informado por escrito en la Visita Basal a la Visita Basal para completar las evaluaciones fisiológicas de base (por ejemplo, ultrasonografía carotídea y pruebas de función pulmonar); Y asistir a una visita de iniciación al tratamiento que incluyó la aleatorización basada en computadora para el tratamiento. La asignación al tratamiento no fue cegada. La asignación aleatoria

	basada en computadora fue estratificada por sitio (Madison o Milwaukee) y por género y raza (no blanco / blanco) dentro de cada sitio. Por diseño, las condiciones de parche de vareniclina, C-NRT y nicotina comprendían aproximadamente 38,5%, 38,5% y 23% de la muestra total. Esta estrategia de tamaño de muestra mejoró la potencia para la comparación vareniclina versus C-NRT, que creíamos que produciría un tamaño de efecto más pequeño, y produjo una buena potencia. Farmacoterapia Los participantes fueron asignados al azar a la etiqueta abierta de vareniclina, C-NRT (parche de nicotina + pastillas de nicotina), o el parche de nicotina. La duración de la farmacoterapia fue de 12 semanas. El régimen previo de vareniclina fue una píldora de 0,5 mg 1 / día durante 3 días, una píldora de 0,5 mg b.i.d. Durante 4 días, y una píldora de 1 mg b.i.d. Durante 3 días; A partir de la TQD, los participantes tomaron una píldora de 1 mg b.i.d. Durante 11 semanas. La reducción de la dosis se aconsejó en respuesta a eventos adversos tales como náuseas. Los regímenes de parches de NRT (parche sólo, C-NRT), comenzando en la mañana del día de dejar de fumar fueron 8 semanas de 21 mg, luego 2 semanas de 14 mg y luego 2 semanas de parches de 7 mg / Día antes de recibir 10 semanas de parches de 14 mg y luego 2 semanas de parches de 7 mg). Los participantes en la condición de C-NRT también recibieron pastillas de nicotina de 2 mg o 4 mg basadas en la latencia matutina de fumar y se les pidió que usasen al menos 5 pastillas al día durante las 12 semanas completas, a menos que esta cantidad produjera efectos adversos. Todos los participantes fueron instruidos sobre posibles efectos secundarios y contactar al personal de investigación en caso de problemas significativos. Asesoramiento-Asesoramiento se basó en las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del PHS de 2008 para una intervención de consejería intensiva (que incluye motivación,
Resultados	Las cohortes 1 (n = 169) y 2 (n = 917) difirieron significativamente en diferentes dimensiones: raza, edad, ingresos, años de fumar y uso previo de medicación para dejar de fumar P <0,01). Describe las tasas de abstinencia de prevalencia puntual bioquímicamente confirmadas (límite de CO ≤ 5) durante 7 días para las tres condiciones de tratamiento. Los datos previos sugirieron que el C-NRT es especialmente eficaz en relación con el parche de nicotina entre los que son altamente dependientes del tabaco. Por lo tanto, se examinaron los efectos de C-NRT y parche en individuos altos y bajos en dependencia en los análisis exploratorios. Entre los que fumaron más de 30 minutos después del despertar (es decir, que eran menos dependientes a través del ítem FDND 1,22, las tasas de abstinencia de 26 semanas para las condiciones de Patch y C-NRT fueron de 36% y 31% respectivamente; 30 minutos de evolución (es decir, más dependiente), las tasas de abstinencia fueron 19,1% y 25,3% (diferencia de riesgo = -6,2 (-13,2 a 1,2), respectivamente). En la semana 8, las tasas de adherencia a la medicación fueron de 45,2% para la condición de parche, 49,3% para la condición de vareniclina, y 49,6% (parche) y 43,0% (pastilla) para la condición C-NRT. Suplementario muestra las tasas de adherencia a la medicación (últimos 7 días) por grupo de tratamiento en las semanas 1, 4 y 8. La asistencia media a la visita (entre 1 y 6 contactos) fue de 4,91, 4,86 y 5,19 para el parche, vareniclina y C -NRT, respectivamente. Las condiciones de tratamiento difirieron en los informes de algunos eventos adversos Se evaluó la abstinencia puntual a los 7 días que fue confirmada por CO a las 26 semanas y la abstinencia prologada las 26 semanas. Abstinencia puntual a las semanas 4 12 y 52. Los 3 tratamientos no difirieron en ninguna medida en abstinencia a las 26 o 52 semanas. Los tratamientos no difirieron en ninguna medida de resultado de abstinencia a las

	26 o 52 semanas, incluida la abstinencia de prevalencia puntual a las 26 semanas (parche de nicotina, 22.8% [55/241], vareniclina, 23.6% [100/424] y C-NRT, 26,8% [113/421]) o a las 52 semanas (parche de nicotina, 20,8% [50/241], vareniclina, 19,1% [81/424] y C-NRT, 20,2% [85/421]). A las 26 semanas, las diferencias de riesgo para la abstinencia fueron, para el parche frente a la vareniclina, -0,76% (IC del 95%, -7,4% a 5,9%); para el parche frente a la C-NRT, -4,0% (IC del 95%, -10,8% a 2,8%); y para vareniclina frente a C-NRT, -3.3% (IC 95%, -9.1% a 2.6%). Todos los medicamentos fueron bien tolerados, pero la vareniclina produjo eventos adversos más frecuentes que el parche de nicotina para sueños vívidos, insomnio, nauseas, estreñimiento y somnolencia. Entre los adultos motivados para dejar de fumar, 12 semanas de tratamiento abierto con parche de nicotina, vareniclina o C-NRT no produjeron diferencias significativas en las tasas confirmadas bioquímicamente de abstinencia de fumar a las 26 semanas. Los resultados plantean preguntas sobre la efectividad relativa de las farmacoterapias intensas para fumar.

Titulo	Smoking cessation strategies in patients with COPD (21). Estrategias para dejar de fumar en pacientes con EPOC
Autor y Año	Miriam J. Warnier, Evelien E.S. van Riet, Frans H. Rutten, Marie Louise De Bruin and Alfred P.E. Sachs. 2013
Objetivo del artículo	Evaluar la efectividad del comportamiento y estrategias farmacológicas para dejar de fumar en pacientes con EPOC.
Muestra	11 publicaciones
Intervención y proceso medición	Los resúmenes de las publicaciones identificadas se evaluaron para determinar su elegibilidad. Si los resúmenes potencialmente relevantes no proporcionaron suficiente información, se recuperaron los documentos completos. Los estudios se seleccionaron aplicando los criterios de inclusión: 1) pacientes con EPOC; 2) ensayo controlado aleatorizado; 3) evaluación de la intervención para dejar de fumar; y 4) publicado en inglés u holandés.
Resultados	La terapia farmacológica combinada con consejería conductual es más efectiva que cada estrategia por separada. En pacientes con epoc la intensidad del asesoramiento no pareció influir en los resultados, ni la elección de la terapia farmacológica marco la diferencia. En todos los estudios de este metaanálisis se mostró que cualquier soporte farmacológico da como resultado tasas de más altas de abandono del cigarrillo en comparación con el placebo, sin diferencias significativas. Adicionalmente se reporta que la combinación de terapia de reemplazo de nicotina en combinación con otros agentes (vareniclina, bupropion y/o nortriptilina) puede dar lugar tasas de abstinencia significativamente más altas. También se ha demostrado que al comparar los costos de asesoramiento intensivo y farmacoterapia en comparación con la atención habitual el tratamiento intensivo y la farmacoterapia obtuvieron bajos costos por año de vida ajustados de calidad; así mismo se demuestra que la farmacoterapia ahorra costos con el asesoramiento intensivo.

Titulo	PERSISTENCIA DE LA CONDUCTA DE FUMAR EN JÓVENES UNIVERSITARIOS
Autor y Año	Laura Bonilla Caicedo - Daniela Franco González, Natalia Neira Loaiza - Laura Obando Ramírez
Objetivo del artículo	Evaluar el proceso de reforzamiento involucrado en la persistencia de la conducta

	de fumar en estudiantes universitarios.
Muestra	71 estudiantes universitarios
Intervención y proceso medición	Estudio cuantitativo, cuasi experimental, de diseño intrasujeto pretest - test – postest. Por variable independiente se tuvo la intervención en la que se manipularon las contingencias de refuerzo con cigarrillo electrónico, parches de nicotina y alcancías para el costo de respuesta de la conducta de fumar. La variable dependiente fue el hábito de consumo de cigarrillo (real), medida a través del número de cigarrillos consumidos, el dinero gastado comprando cigarrillos y las puntuaciones de *craving*, asociadas a refuerzo positivo y a refuerzo negativo de la conducta de fumar. Participaron 71 estudiantes universitarios del eje cafetero (29% mujeres, 71% hombres), residentes en las ciudades de Pereira y Manizales. Dentro de los criterios de inclusión se tuvo en cuenta que los participantes fueran estudiantes universitarios matriculados a una institución de educación superior, mayores de edad, que consumieran cigarrillo al menos una vez al día, a quienes se les pidió que leyeran el consentimiento informado, con el que conocieran los objetivos, justificación y posibles riesgos antes de aceptar su participación de forma voluntaria. Para recolectar datos sobre las variables dependientes se utilizaron los siguientes test: Test de Fagerström para evaluar la dependencia a la nicotina, asociado al refuerzo positivo y negativo y el cuestionario de hábitos de consumo. Asimismo, los participantes llevaron diariamente registro de su conducta de fumar. Adicionalmente, se usó un cooxímetro marca Bedfont® modelo Pico+SmokerLyzer, herramienta ampliamente usada para evaluar la prevalencia de consumo de tabaco en fumadores. Se contactó a los estudiantes a través de convocatoria abierta y voz a voz. Su participación fue voluntaria y mediada por consentimiento informado. Una vez realizado este procedimiento se le entregaba a cada uno un formato de autorregistro en el cual debían registrar la conducta de consumo diario durante un periodo de dos semanas; esto con el n de obtener información para la línea de base. Pasadas las dos semanas, el procedimiento de aplicación de cuestionarios y cooximetría fue realizado nuevamente y fueron asignados aleatoriamente en algunos de los cuatro grupos correspondientes a la fase de intervención. De acuerdo con el grupo asignado y durante la fase de intervención, se les entregó a los participantes un kit completo con los instrumentos y un formato nuevo de autorregistro. Una vez analizada esta fase, se tomó la tercera prueba de cooximetría y aplicación de los cuestionarios correspondientes, con el fin de observar las variaciones en su conducta de fumar en las últimas dos semanas.
Resultados	Se encontró que los participantes en la prueba de cooximetría se encuentran entre una puntuación máxima de 37, mínima de 4, con una media de 14,18 y la desviación estándar de 8. El test de Fagerström puntúa para los participantes con un máximo de 7 sobre 10, pero con una desviación estándar de 1,9, lo que indica que la mayoría de la muestra se encuentra en niveles mínimos entre 1 y 2 sobre 10 en el grado de dependencia. En relación con los datos arrojados por el QSU Brief, se evidencian puntuaciones mayores en el *Craving* positivo en comparación al *Craving* negativo; con un puntaje correspondiente de 35 sobre 40, un mínimo de 2,0, la media de 18,7 y la desviación estándar de 7,9 frente a un puntaje promedio de 32, mínimo de 1,0, la media de 16,8 y la desviación estándar de 8,4. De 71 participantes, solo 7 terminaron el proceso. Para todos los participantes se encontraron correlaciones positivas entre edad y dependencia del tabaco;

	Adicionalmente, se halló que la edad de inicio del consumo correlaciona negativamente con la dependencia. Por último, al ofrecer un tratamiento para la disminución del consumo de tabaco, solo trece participantes continuaron el proceso. Comparando las cuatro intervenciones de los 7 participantes que completaron el proceso, se encontró que quienes usaron cigarrillo electrónico (CE & CR) disminuyeron en mayor medida el nivel de dependencia, ocurrió lo mismo con quienes usaron parche de nicotina (PN & CR). Por el contrario, a los que utilizaron parche de nicotina y cigarrillo electrónico (CE & PN & CR), donde se observa que sus niveles de dependencia aumentaron para la fase 3, igualmente en quienes utilizaron únicamente el tratamiento de costo de respuesta.

Estudios relacionados con intervenciones combinadas (Farmacológica y no farmacológica)

Titulo	Proactive tobacco treatment offering free nicotine replacement therapy and telephone counselling for socioeconomically disadvantaged smokers: a randomised clinical trial el tratamiento del tabaco proactivo que ofrece la terapia de reemplazo de nicotina libre y orientación telefónica para los fumadores en desventaja socioeconómica: un ensayo clínico aleatorizado
Autor y Año	Steven S Fu, Michelle van Ryn, David Nelson, Diana J Burgess, Janet L Thomas, Jessie Saul, Barbara Clothier, John A Nyman, Patrick Hammett, Anne M Joseph, 2016.
Objetivo del artículo	Comprobar si una intervención de tratamiento del tabaco proactivo, diseñado para superar estas barreras críticas para el acceso y la entrega de tratamiento para dejar de fumar basada en la evidencia, mejoraría dejar de fumar los resultados en relación con la atención habitual en una muestra basada en la población de asegurados públicamente los fumadores. cuál es el efecto de un tratamiento para dejar de fumar a largo plazo en comparación con la atención habitual en especial a los desfavorecidos económicamente
Muestra	Los fumadores actuales: 2406, Independientemente del interés en dejar de fumar, que estaban matriculados en Los Programas de Cuidado de la Salud de Minnesota.
Intervención y proceso medición	Fueron asignados aleatoriamente a Extensión o atención habitual. La intervención comprendía Campañas proactivas (correos personalizados y llamadas telefónicas) Y el tratamiento de cesación gratuita (reemplazo de nicotina Terapia intensiva y consejería telefónica). Cuidado usual Acceso a un médico de atención primaria, seguro de Cobertura de la Administración de Alimentos y Medicamentos para dejar de fumar y las Línea de teléfono de alta. El resultado primario fue la percepción subjetiva de 6 meses de abstinencia prolongada fumar a 1 año y se evaluó mediante la encuesta de seguimiento. Determinar la eficacia de una intervención combinada con reemplazo de nicotina, envió de correos y llamadas telefónicas con la atención medica habitual realizada en la atención medica habitual realizada en atención primaria que incluía cobertura de seguros para medicamentos para dejar de fumar y acceso a

	una línea de asesoramiento continuo, esto se evaluó a través de abstinencia auto declarada en un tiempo prolongado de 12 meses.
Resultados	El grupo de intervención proactiva (correos personalizados y llamadas telefónicas y reemplazo de nicotina) tuvo un mayor Tasa de abstinencia prolongada a 1 año de la atención habitual. El efecto de la intervención proactiva sobre la abstinencia persistió en modelos de selección de No respuesta en el análisis de los resultados secundarios, Los tratamientos de cesación del tabaco fue significativamente mayor entre las actividades de En comparación con la atención habitual, en particular Combinación de asesoramiento y medicamentos. El grupo de intervención proactiva tuvo una mayor tasa de abstinencia prolongada a 1 año de la atención habitual (16.5% vs 12.1%, OR 1.47, IC 95% 1.12 a 1.93). El asesoramiento combinado y los medicamentos fue significativamente mayor entre los participantes de la intervención proactiva en comparación de los participantes de atención habitual. (17,4% vs 3,6%, O 5,69, IC del 95%: 3,85 a 8,40). Los participantes de la intervención proactiva tuvieron más probabilidades para usar los medicamentos para dejar de fumar en comparación de aquellos que recibieron la atención habitual "40, 6% frente a 29,4%" en especial los de terapia de reemplazo con nicotina. La tasa de abstinencia para dejar de fumar de 6 meses a 1 año, fue significativamente mas alta para el grupo de intervención proactiva que para el grupo de intervención habitual (16,5 vs 12% or 1,47) IC DEL 95% 1,12 a 1,93 Se concluye que la intervención proactiva aumenta la participación de las personas fumadoras en el tratamiento del cese del tabaco a largo plazo.

Titulo	Cuanta más psicología, mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitiva conductual intensiva y menos intensiva.
Autor y Año	Ignacio Gabino Fernández Arias, María Paz García Vera y Jesús Sanz. 2014.
Objetivo del artículo	Comparar la eficacia de la terapia cognitiva conductual no intensiva con parches de nicotina.
Muestra	235 pacientes.
Intervención y proceso medición	El presente estudio responde a un diseño experimental intergrupos con medidas repetidas pretratamiento, postratamiento y en seguimientos a los 3 meses, 6 meses y al año desde que los pacientes dejaron de fumar y en el que se compararon tres tratamientos: 1) terapia cognitiva conductual intensiva (TCC/I), 2) TCC/I con parches de nicotina (TCCI/I+PN) y 3) terapia cognitiva conductual no intensiva con parches de nicotina (TCC/NI+PN). Fumadores mayores de 18 años que acudieron a la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) para dejar de fumar. Se excluyeron las personas que fumaban menos de 10 cigarrillos o que presentaban enfermedades o situaciones de salud incompatibles con los parches de nicotina. El estudio fue con 235 participantes, de los cuales sólo se analizaron los datos de abstinencia del tabaco de los participantes que completaron sus respectivos tratamientos (64.7%, *n* = 152): 42 participantes en el grupo de TCC/I, 55 en el de TCC/I+PN y 55 en el de TCC/NI+PN. *Abstinencia continuada del tabaco.* Para su evaluación se preguntó a los pacientes en todas las sesiones de evaluación pre-post trata- miento y de seguimiento si no habían fumado desde la última visita (*abstinencia autoinformada*). Además, en todas las sesiones también se midió el nivel de monóxido de carbono en aire expirado (CO)

	con un monitor EC50 Minismokerlyzer. Se evaluó el sexo, la edad, el estado civil y el nivel de estudios a partir de una entrevista elaborada *ad hoc* y aplicada en el pretratamiento. Se evaluaron las siguientes variables clínicas en todas las sesiones de evaluación pre-post y de seguimiento: dependencia de la nicotina, medida con el Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström (FTND; Barrueco, Hernández y Torrecilla, 2006; Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991), motivación para dejar de fumar, evaluada con el Test de Richmond (Richmond, Kehoe y Webster, 1993), autoeficacia para dejar de fumar, medida con el Cuestionario de Resistencia de la Urgencia a Fumar; Después de la evaluación pretratamiento, los pacientes recibieron el tratamiento al que habían sido asignados. La TCC/I implicaba 10 sesiones de tratamiento grupal multicomponente de una hora y media de duración e incluía, Se realizo seguimiento a los 3 y 6 meses y al año después de dejar de fumar, se analizaron datos de abstinencia auto declarado. La terapia intensiva incluyó 10 sesiones de terapia grupal de hora y media cada una, como estrategia terapéutica para el abandono de tabaco, con técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina; además incluyeron componentemotivacionales, psicoeducación, planificación de situaciones de riesgo, control a exposición a estímulos. La terapia corta con 6 sesiones individuales de 10 a 15 minutos que incluía psicoeducación y pautas de manejo de pensamientos y expectativas.
Resultados	Respecto a los participantes que iniciaron el tratamiento (*N* = 235), la tasa de abandonos fue del 35,3%. Aunque el grupo de TCC/I presentaba un 40% de abandonos. En el postratamiento no se detectaron diferencias significativas entre los tres grupos, pre- sentando todos ellos tasas de abstinencia autoinformada y validada superiores al 85%. En el seguimiento a los 3 meses a pesar de que el grupo de TCC/I+PN mostró una tasa de abstinencia autoinformada (87.3%) mayor que las de los grupos de TCC/I y TCC/NI+PN (76.2% y 72.7%, respectivamente), esta diferencia no resultó ser estadística- mente significativa, resultado que era coherente con la ausencia de diferencias significativas entre los grupos respecto a las tasas de abstinencia validada, las cuales se situaban en torno al 78% en los tres tratamientos. A los 6 meses de seguimiento se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento Así, el 72.7% de los pacientes del grupo de TCC/I+PN informaron mantenerse abstinentes, tasa significativamente superior a la del grupo de TCC/NI+PN (45.5%) según reveló la correspondiente prueba z de comparación de dos proporciones realizada para cada par de grupos. Estos dos últimos tratamientos tampoco fueron significativamente diferentes en sus tasas de abstinencia validada ($p > .05$). Sin embargo, en el seguimiento al año, de nuevo, al igual que en el postratamiento y en el seguimiento a los 3 meses, las diferencias entre tratamientos en las tasas de abstinencia validada fueron no significativas, a pesar de que la TCC/NI+PN mostró un 41.8% de abstinentes validados frente al 33.3% de la TCC/I y al 24.4% de la TCC/NI+PN ($p > .05$). Respecto a los participantes que iniciaron el tratamiento (N = 235), la tasa de abandonos fue del 35,3%. Aunque el grupo de TCC/I presentaba un 40% de abandonos, tasa superior a la del grupo de TCC/NI+PN (35.7%), la cual, a su vez, era ligeramente superior a la del grupo de TCC/I+PN (30.8%), tales diferencias no fueron estadísticamente significativas, $\chi 2$ (2, N = 235) = 1.06, p = .58.

	los resultados de este estudio indican que la terapia cognitiva conductual intensiva no fue, significativamente, más eficaz que la aplicación combinada de la terapia cognitiva conductual no intensiva con los parches de nicotina (TCC/NI+PN)

Titulo	Flexible, dual-form nicotine replacement therapy or varenicline in comparison with nicotine patch for smoking cessation: a randomized controlled trial Flexible, terapia de reemplazo de nicotina de doble forma o vareniclina en comparación con parche de nicotina para dejar de fumar: un ensayo controlado aleatorio
Autor y Año	Heather E. Tulloch, Andrew L. Pipe, Charl Els, Matthew J. Clyde and Robert D. Reid. 2016.
Objetivo del artículo	Comparar la terapia de reemplazo de nicotina de doble forma o vareniclina con parche de nicotina para dejar de fumar.
Muestra	1700 participantes.
Intervención y proceso medición	Los formularios de consentimiento por escrito y los procedimientos de estudio fueron aprobados por la Junta de Ética de Investigación de la Red de Ciencias de la Salud de Ottawa y el ensayo fue registrado en Clinical-Trials.gov. Todos los participantes proporcionaron consentimiento informado voluntario por escrito. Este ensayo paralelo, de tres grupos, se realizó en un único centro (Ottawa Heart Institute) entre junio de 2010 y julio de 2014. Los participantes fueron asignados al azar a una de las tres condiciones de tratamiento: NRT, NRT + o VR. Se proporcionaron a todos los participantes seis sesiones estandarizadas de consejería para dejar de fumar de 15 minutos por enfermeras experimentadas en el tratamiento de la dependencia del tabaco; Las sesiones se ofrecieron en persona sobre una base individual. Los participantes fueron reclutados por medio de publicidad (es decir, radio, periódicos locales y carteles), de los que se presentaron al Programa para dejar de fumar en nuestra institución y de referencias de médicos locales. Los fumadores interesados contactaron al coordinador del estudio por teléfono o en persona y se examinaron para determinar si eran elegibles. Se programó una visita de referencia en la que se confirmó la elegibilidad. Los participantes elegibles tenían 18 años o más, fumaban ≥ 10 cigarrillos por día y estaban dispuestos a hacer un intento de dejar de fumar en las próximas 2-4 semanas. Los participantes fueron inicialmente excluidos si hubieran utilizado cualquiera de los medicamentos del estudio en los 6 meses anteriores. Se proporcionó a los participantes un suministro de 10 semanas de parches Nicoderm. El primer parche se aplicó en la fecha de abandono del objetivo. La dosificación inicial se determinó por el promedio diario de cigarrillos fumados: ≥ 20 cigarrillos / día recibieron 21 mg / día durante 6 semanas, 14 mg / día durante 2 semanas y 7 mg / día durante 2 semanas, mientras que los que fumaban menos se prescribieron 14 Mg / día durante 6 semanas y 7 mg / día durante 4 semanas. La dosis fue de 0,5 mg una vez al día durante 3 días, aumentando a 0,5 mg dos veces al día durante los días 4-7, seguido de una dosis de mantenimiento de 1 mg dos veces al día durante 11 semanas. Si estuviera interesado y hubiera sido recomendado por la enfermera o el médico del estudio, los participantes podrían recibir un segundo suministro de 12 semanas de varenicol en la sesión de consejería de la semana 10. Por lo tanto, el tratamiento podría proporcionarse hasta 24 semanas (es decir, 22 semanas después de la fecha de abandono de la diana).

	El grupo NRT recibió 10 semanas de parches (21 mg al día como máximo); el grupo NRT + recibió parches (35 mg al día como máximo) y goma o inhalador por hasta 22 semanas; y el grupo VR recibió 1 mg dos veces al día durante hasta 24 semanas (22 semanas después de la fecha de abandono del objetivo). Todos los participantes también recibieron seis sesiones estandarizadas de asesoramiento de 15 minutos para dejar de fumar por enfermeras con experiencia en el tratamiento de la dependencia del tabaco
Resultados	De 1700 participantes potencialmente elegibles, 737 fueron asignados al azar al tratamiento: NRT (n = 245), NRT + (n = 245) y VR (n = 247). Con 245 participantes por grupo y un alfa de 0,025 para tener en cuenta comparaciones múltiples, tuvimos 63% de poder para detectar una mejoría del 10% en las tasas de abandono entre los grupos NRT y VR y un 93% de poder para detectar una mejoría del 15% Las características de la muestra fueron similares entre los grupos de tratamiento al inicio del estudio. Los participantes tenían una edad media (M) de 48,6 (desviación estándar (SD), 10,8; Mediana (Mdn), 50; intervalo intercuartil (IQR), 42-56); 53,6% (n = 395) 91,8% (n = 669) eran blancos, tenían 14 (SD, 3,0; Mdn, 14; IQR, 12-16) años de educación y 52,0% (n = 381) estaban empleados a tiempo completo. La mayoría de los participantes (82,9%; n = 611) tuvieron al menos una condición médica; Las condiciones más prevalentes fueron dolor crónico (39,1%, n = 286), enfermedad respiratoria (34,7%, n = 255) y artritis (31,2%; n = 229). Muchos participantes (59,0%; n = 435) cumplieron los criterios para un diagnóstico psiquiátrico de por vida; El trastorno depresivo mayor (64,6%; n = 281) y los trastornos de ansiedad (21,4%; n = 93) fueron los más prevalentes. El consumo de tabaco había comenzado durante la adolescencia (M, 14,5, SD, 4,0 años, Mdn, 20, IQR, 15-25), y los participantes fumaron durante 31 (SD, 11,7) años consumiendo 23,2 (SD, 10,8, Mdn, 32; IQR, 23 - 32) cigarrillos por día. Los participantes tendieron a vivir con un fumador (M, 1,04; SD, 1,02); 66,2% (n = 475) vivían con uno o más fumadores. Alta dependencia de nicotina (M, 6,1; SD, 2,2; Mdn, 6; IQR, 5-8) y confianza (M, 7,38; SD, 2,16; Mdn, 8; IQR, 6-8) y motivación (M, 8,69; SD, 1,47, Mdn, 9, IQR, 8-9) para dejar de fumar fueron evidentes en la evaluación inicial. La TASA de abstinencia para las semanas 5-52 fueron grupo de parches 10.0%, tto prolongado nicotina 12.4% y vareniclina 15.3%. El tratamiento de vareniclina fue superior al tratamiento con parches en la semana 52 OR: 1,84 IC 97,5% 1,04 a 3,26. El grupo de la vareniclina tuvo abstinencia más alta (OR: 2,01 IC: 1,20 a 3,36) que aquellos que obtuvieron tratamiento con nicotina. Sin embargo, los participantes del grupo de la vareniclina presentaron más síntomas gastrointestinales y trastornos del sueño, pero menos síntomas dermatológicos con los participantes que usaban nicotina. Se concluye que la terapia con parches y su combinación aumentan el éxito de la abstinencia en las primeras semanas. La vareniclina mejora la abstinencia a mediano plazo, sin poderse demostrar que aumente la tasa de abandono a largo plazo.

Titulo	Identifying effective intervention components for smoking cessation: a factorial screening experiment. Identificación de los componentes de intervención eficaces para dejar de fumar: Un experimento de muestreo factorial
Autor y Año	Megan E. Piper , Michael C. Fiore , Stevens S. Smith , David Fraser , Daniel M. Bolt , Linda M. Collins , Robin Mermelstein , Tanya R. Schlam , Jessica W. Cook , Douglas E. Jorenby , Wei-Yin Loh y Timothy B. Baker, 2016
Objetivo del artículo	Identificar los componentes de intervención prometedores destinados a ayudar a los fumadores para alcanzar y mantener la abstinencia en sus intentos de

	abandono de fumar.
Muestra	637 fumadores adultos (55% mujeres, 88% blancos) motivados para dejar de fumar que visitó centros de atención primaria.
Intervención y proceso medición	Este experimento se llevó a cabo a partir de junio de 2010 a octubre de 2013. Los participantes fueron reclutados en 11 centros de atención primaria en dos sistemas de salud en el sur de Wisconsin. Durante visitas a la clínica, el personal de atención clínica (es decir, asistentes médicos) fueron motivadas por la tecnología de registro de salud electrónico para invitar a los fumadores identificados para participar en un programa de investigación para ayudar a dejar de fumar. Utilizó un diseño factorial fraccional equilibrada con seis factores: 1) Preparación parche de nicotina vs. Ninguna; 2) Preparación de la goma de nicotina vs. Ninguna; 3) Preparación asesoramiento vs. Ninguna; 4) La cesación intensiva en persona Counseling vs. Mínimo; 5) Dejar de asesoramiento telefónico intensivo vs Mínimo; y 6) 16 vs. 8 semanas de Combinación NRT. Se realizaron 6 intervenciones: (1) preparación del parche de nicotina versus ninguno; (2) preparación de chicle de nicotina versus ninguno; (3) asesoramiento de preparación versus ninguno; (4) asesoramiento intensivo para dejar de fumar en comparación con el mínimo; (5) asesoramiento telefónico para dejar de fumar intensivo versus mínimo; y (6) 16 versus 8 semanas de terapia combinada de reemplazo de nicotina (parche de nicotina + goma de nicotina).
Resultados	El resultado primario fue la percepción subjetiva de 7 días de la prevalencia puntual de abstinencia (PPA) a las 16 semanas, con resultados secundarios a las 2 y 26 semanas, evaluados por el personal que no estaban involucrados en el tratamiento, pero no estaban cegados a la asignación del tratamiento. El resultado de 16 semanas se considera que es un índice precoz, sensible de los efectos del tratamiento, que se producen poco después de la finalización del tratamiento. El resultado de 2 semanas refleja los efectos de la preparación y componentes de la fase de cese por la interrupción temprana, y en la semana 26 refleja los efectos de la fase de mantenimiento, permitiendo la comparación con otras investigaciones tratamiento. El asesoramiento sobre la preparación mejoró significativamente las tasas de abstinencia de la semana 16 ($p = 0,04$), mientras que las dos formas de preparación de la terapia de reemplazo de nicotina interactuaron sinérgicamente con el asesoramiento intensivo en persona para dejar de fumar ($p < 0,05$). Por el contrario, el asesoramiento telefónico intensivo para dejar de fumar y el asesoramiento intensivo en persona para dejar de fumar interactuaron de forma antagonista ($P < 0,05$): estos componentes produjeron mayores tasas de abstinencia por sí solos que en combinación. El asesoramiento sobre la preparación y la combinación de asesoramiento intensivo para el paciente en el momento de la curación con la preparación de chicles o parches de nicotina son componentes de intervención prometedores para el tabaquismo y deben evaluarse como un paquete de tratamiento integrado.

Titulo	Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia
Autor y Año	Luz Helena Alba, Raúl Murillo, Nelci Becerra, Nelson Páez, Alejandra Cañas, Catalina Mosquera, Juan Sebastián Castillo, Natalia Camacho.
Objetivo del artículo	Generar recomendaciones de práctica clínica sobre eficacia y seguridad del

	tratamiento para la cesación de la adicción al tabaco en adultos colombianos.
Muestra	5 guías.
Intervención y proceso medición	La población objeto fueron hombres y mujeres adultos mayores de 20 años, fumadores actuales, entendiendo como tal toda persona que ha fumado más de 100 cigarrillos en la vida y ha consumido cualquier cantidad de cigarrillos durante el último mes. Se conformó un equipo multidisciplinario con participación de expertos en medicina preventiva, neumología, salud pública y epidemiología clínica, pertenecientes a distintas instituciones públicas y privadas. Debido a la cantidad de guías de práctica clínica existentes sobre el tema y a la gran calidad de varias de ellas, se hizo un proceso de adaptación utilizando la propuesta metodológica de la colaboración ADAPTE (9), sugerida para uso en Colombia por la guía metodológica para el desarrollo de guías del Ministerio de Salud y Protección Social. El proceso de adaptación comprendió las fases de preparación, adaptación y revisión. En la etapa de preparación, se conformó el grupo de trabajo y se definieron el objetivo y el alcance de la guía. Durante la adaptación se establecieron las preguntas clínicas de interés, se hizo una revisión sistemática de guías de práctica clínica, se unificaron los sistemas de calificación de recomendaciones procedentes de las guías seleccionadas, se llevó a cabo un consenso formal de expertos y se consolidó un documento preliminar. Se buscaron guías de práctica clínica en idiomas inglés, español, portugués y francés, en las bases de datos Medline (a través de Ovidsp - enero 1950 a junio 2010), EMBASE (enero 1947 a junio 2010), CINAHL, LILACS y Cochrane (anexo 1). Se hizo también una búsqueda manual ampliada en sitios electrónicos de quienes desarrollan y compilan guías de práctica clínica y en sitios especializados en tabaco. Las intervenciones clínicas evaluadas comprenden la consejería breve e intensiva, medicamentos (sustitutos de nicotina, bupropión, vareniclina, clonidina, nortriptilina), tratamientos alternativos (acupuntura, hipnosis, homeopatía) y la combinación de medicamentos y de estos con la consejería. Para la calificación, se utilizó una escala de 0 a 100, y para seleccionar las guías que se adaptarían, se estableció como punto de corte un puntaje mayor de 60 % en los dominios de rigor metodológico y aplicabilidad en el contexto colombiano. El proceso incluyó la comparación de recomen- daciones entre guías, la evaluación de su pertinencia al contexto, la evaluación de su vigencia en la literatura y el grado de aceptabilidad y aplicabilidad. Se incluyeron los siguientes tópicos: eficacia y seguridad de la consejería corta e intensiva; eficacia y seguridad del tratamiento con sustitutos de nicotina, bupropión, vareniclina, nortriptilina y clonidina; eficacia y seguridad del tratamiento con combinación de medicamentos y el uso de medicamentos con consejería; y eficacia y seguridad de los tratamientos alternativos (hipnoterapia, acupuntura y homeopatía).
Resultados	La consejería breve e intensiva, la terapia de reemplazo nicotínica, el buproipin, la nortriptilina y la vareniclina son eficaces en la cesación de tabaquismo (incremento 5.1 % a 22,7 %) los tratamientos alternativos no tienen eficacia en la cesación. El uso simultáneo de diferentes formas de terapia de reemplazo nicotínico es la única combinación con eficiencia demostrada (OR 1,9; IC 95%: 1.3

	A 2.7).

Titulo	Tobacco cessation interventions for young people (Review) Intervenciones para dejar de fumar para los jóvenes (Revisión)
Autor y Año	Stanton A, Grimshaw G. 2013
Objetivo del artículo	Evaluar la efectividad de las estrategias que ayudan a los jóvenes a dejar de fumar tabaco.
Muestra	24 ensayos
Intervención y proceso medición	Se realizaron búsquedas en el Registro especializado del Grupo Cochrane de Toxicomanías en agosto de 2009. Esto incluye informes de ensayos identificados en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE y PsycINFO. Ambos autores evaluaron de forma independiente la elegibilidad de los ensayos candidatos y extrajeron los datos. Cuando el metanálisis fue apropiado, se estimaron los odds ratios agrupados utilizando un método de efecto fijo de Mantel-Haenszel, basado en las tasas de abandono en el seguimiento más prolongado.
Resultados	La mayoría utilizó alguna forma de mejora motivacional combinada con apoyo psicológico como la terapia cognitiva conductual (TCC) y algunos se adaptaron a la etapa de cambio utilizando el modelo transtheoretical (TTM), demostrando éxito moderado a largo plazo con un odds ratio agrupado (OR) en un año de 1,70 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,25 a 2,33). Las estrategias de mejora motivacional dieron un OR estimado de 1.70 (IC del 95%: 1.31 a 2.20). Las terapias cognitivas no lograron resultados estadísticamente significativos individualmente, pero si un efecto marginalmente significativo de agrupar cuatro estudios mediante el programa No en el tabaco (OR de 1,77; IC del 95%: 1,00 a 3. 11) aunque 3 de los ensayos utilizaron la abstinencia durante tan solo 24 horas a los seis meses como el resultado del cese. En cuanto a los tratamientos farmacológicos que se muestran escasos para población joven no han demostrado efectos estadísticamente significativos con la terapia de reemplazo de nicotina ni con los antidepresivos (bupropion).

Titulo	Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation (Review) Apoyo conductual adicional como complemento de la farmacoterapia para dejar de fumar (Revisión)
Autor y Año	Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. 2015
Objetivo del artículo	Evaluar el efecto de aumentar la intensidad del apoyo conductual para las personas que usan medicamentos para dejar de fumar y evaluar si existen diferentes efectos según el tipo de farmacoterapia o la cantidad de apoyo en cada afección.
Muestra	47 estudios
Intervención y proceso medición	Se realizaron búsquedas en el Registro especializado del Grupo Cochrane de Tabaquismo en mayo de 2015 para obtener registros con cualquier mención de farmacoterapia, incluido cualquier tipo de terapia de reemplazo de nicotina (NRT), bupropión, nortriptilina o vareniclina que evaluara la adición de apoyo personal o comparación de dos o más intensidades de apoyo conductual.
Resultados	Hubo evidencia de un beneficio pequeño pero estadísticamente significativo de un

	apoyo más intensivo (RR 1,17, IC del 95%: 1,11 a 1,24) para la abstinencia en el seguimiento más prolongado, MOSTRANDO que la mayoría de estudios proporcionan 4 o mas sesiones de apoyo, mostrando efectos ligeramente mayores (RR 1,25, IC del 95%: 1,08 a 1,45; 6 ensayos, 3762 participantes). Los estudios donde todo el asesoramiento de intervención fue por teléfono (RR 1.28, IC 95% 1.17 a 1.41, 6 ensayos, 5311 participantes) también tuvieron efectos levemente mayores y la prueba para las diferencias de subgrupos fue significativa, pero este análisis de subgrupos no se especificó previamente. A pesar de que la mayoría de los ensayos usaron Terapia de Reemplazo con Nicotina no se logra identificar con este medicamento ni con los otros utilizados en los demás estudios que se presente una mayor abstinencia con el uso de uno u otro medicamento. Se concluye con esta revisión que Proporcionar apoyo conductual en persona o por teléfono para personas que usan farmacoterapia para dejar de fumar tiene un efecto pequeño pero importante. Aumentar la cantidad de apoyo conductual es probable que aumente las probabilidades de éxito entre un 10% y un 25%, según un cálculo conjunto de 47 ensayos.

Titulo	Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders (Review) Intervenciones para el cese del consumo de tabaco en personas en tratamiento o recuperación de trastornos por consumo de sustancias (Revisión)
Autor y Año	Apollonio D, Philipps R, Bero L. 2016
Objetivo del artículo	Evaluar si las intervenciones para dejar de fumar se asocian con la abstinencia del tabaco en personas en tratamiento concurrente o en recuperación del alcohol y otras drogodependencias.
Muestra	35 estudios
Intervención y proceso medición	Se realizaron búsquedas en el Registro especializado del Grupo Cochrane de Toxicomanías, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), MEDLINE y clinicaltrials.gov, con la búsqueda más reciente realizada en agosto de 2016. Una búsqueda en la literatura gris de resúmenes de conferencias de la Sociedad en Nicotine Research and Treatment y la base de datos ProQuest de disertaciones digitales arrojaron un estudio adicional, que fue excluido. Dos revisores evaluaron de forma independiente el riesgo de sesgo del estudio y extrajeron los datos. Resolvimos desacuerdos por consenso. El resultado primario fue la abstinencia del consumo de tabaco en el período de seguimiento más prolongado, y el resultado secundario fue la abstinencia de alcohol u otras drogas, o ambas. Reportamos la definición más estricta de abstinencia. Se resumieron los efectos como cocientes de riesgo e intervalos de confianza (IC) del 95%.
Resultados	. La farmacoterapia pareció aumentar la abstinencia del tabaco (RR 1.60, IC 95% 1.22 a 2.12, 11 estudios, 1808 participantes, pruebas de baja calidad), al igual que el asesoramiento combinado y la farmacoterapia (RR 1.74, IC 95% 1.39 a 2.18, 12 estudios, 2229 participantes, evidencia de baja calidad) en el período de seguimiento más prolongado, que varió de seis semanas a 18 meses.

	Las intervenciones de asesoramiento no aumentaron significativamente la abstinencia del tabaco (RR 1,33, IC del 95%: 0,90 a 1,95). Las intervenciones se asociaron significativamente con la abstinencia del tabaco tanto para las personas en tratamiento (RR 1,99; IC del 95%: 1,59 a 2,50) como para las personas en recuperación (RR 1,33, IC del 95%: 1,06 a 1,67), y para personas con dependencia del alcohol (RR 1,47, IC del 95%: 1,20 a 1,81) y personas con otras drogodependencias (RR 1,85, IC del 95%: 1,43 a 2,40). Se concluye que las intervenciones sirven únicamente para dejar el hábito de fumar mas no para el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.

Titulo	Resultados de un programa multidisciplinario para el control del hábito tabáquico
Autor y Año	Pedro Peña, Mónica Zagolin, Mónica Acuña, Sandra Navarrete, Pilar Bustamante, Claudio Suárez, Gabriel Cavada. 2013.
Objetivo del artículo	Describir los resultados de un programa multidisciplinario para dejar de fumar.
Muestra	198 pacientes.
Intervención y proceso medición	Un estudio descriptivo de corte transversal fue iniciado en CSM en julio del año 2005 y se incluyeron todos los pacientes que ingresaron al Programa Antitabaco de la Clínica Santa María hasta agosto de 2011. El programa se compone de una evaluación médica inicial y controles posteriores en las semanas 4-8-24; una evaluación psicológica a cargo de psicólogas expertas en adicciones, que evalúan al paciente y lo incorporan en un plan de sesiones para terapia cognitivo-conductual en las semanas 2-4-6-8, de al menos 30 min de duración cada una. En concomitancia con estas sesiones, los pacientes son citados por la enfermera coordinadora del programa, quien efectúa una primera entrevista, registra datos epidemiológicos, hace entrega gratuita de un disco compacto de relajación y un manual instructivo de bolsillo, ambos de producción interna. En el momento del ingreso de cada paciente al programa se recolectaron las siguientes variables epidemiológicas: sexo, edad, estado civil, nivel educacional, edad de inicio del HT, número de cigarrillos consumidos al día, número de paquetes/ año (número de cigarrillos multiplicado por los años de consumo dividido por 20), comorbilidades, test de Fagerström para evaluar el nivel de adicción, los intentos previos de abandono y el peso. Todos los pacientes reciben consejería médica, terapia cognitivo conductual personalizada y según cada caso, terapia farmacológica, ya sea con sustitutos de nicotina, bupropión o vareniclina, en las dosis y metódica de inicio recomendadas por los fabricantes. Los pacientes son advertidos de los efectos adversos de cada alternativa y de los costos asociados que deben ser financiados por ellos mismos. De preferencia se recomendó vareniclina en primer lugar ya que es la droga con mejores resultados de efectividad y seguridad Luego del periodo inicial de terapia médica, de apoyo psicológico y de seguimiento médico estricto (primeros 2-3 meses) los pacientes fueron monitorizados por la enfermera coordinadora cada mes mediante llamadas telefónicas y visitas coordinadas hasta completar un año de seguimiento.

Resultados	Entre julio de 2005 y agosto de 2011, 198 pacientes completaron los criterios de inclusión para ser incorporados en el programa de tratamiento de la AN en CSM. La edad promedio fue de 45 ± 11 años siendo 111 (56%) hombres. El inicio del hábito se registra en promedio a los 16 años y 73,3% declara el antecedente de tabaquismo en los padres. La serie evaluada tiene un alto nivel de adicción nicotínica y más de la mitad de ellos tiene comorbilidades asociadas. Más de dos tercios de los pacientes ha intentado con algún método abandonar el hábito antes de consultar al programa y 36,7% declara el antecedente de haber tenido una depresión antes tratada. 155 pacientes (78,28%) recibieron vareniclina, 26 (13,13%) bupropion y 17 (8,59%) optaron por recibir sólo consejería médica y psicológica. En el momento de este reporte, 30 pacientes se encuentran aún en fases tempranas del seguimiento por lo que el análisis de efectividad se efectuó con los 168 que han sido seguidos por un año. De ellos, se logró abstinencia total ("éxito") en 82 pacientes (48,81 %). El éxito de la terapia no dependió significativamente de la estrategia escogida, evidenciándose una frecuencia de éxito y no éxito de 46,9 y 53,1% para vareniclina, 46,2 y 53,8% para bupropion y 71,4 y 28,6% para consejería exclusiva respectivamente (p = 0,658), aunque cabe destacar que el número de individuos que optó por terapias diferentes a vareniclina es muy pequeño para validar este tipo de comparaciones. Algunos recibieron terapia farmacológica otros no. Los participantes presentaban adicción alta a la nicotina comorbilidades asociadas 2/3 de la muestra había intentado algún método para dejar el cigarrillo, todos recibieron consejería medica y conductual. No se evidenciaron diferencias estadísticas entre el éxito de la terapia y la estrategia escogida (p: 0.658). Todos los factores epidemiológicos evaluados se asociaron significativamente con el éxito de la terapia excepto los antecedentes de depresión p: 0.049 con OR PREVALENCIA 4 (IC 95% 1,23 A 38,33). Los principales eventos adversos presentados tanto para vareniclina y bupropion son nauseas en 36,7 y 23 %; trastornos del sueño en 20,3 19,2% y cefalea en 11,7 y 0% respectivamente.

Titulo	Effectiveness of varenicline and counselling for smoking cessation in an observational cohort study in China Eficacia de la vareniclina y consejería para dejar de fumar en un estudio observacional de cohortes en China
Autor y Año	Bin Jiang, Yao He, Fang Zuo, Lei Wu, Qing-Hui Liu, Li Zhang, Chang-Xi Zhou, K K Cheng, Sophia S C Chan, Tai Hing Lam. 2016.
Objetivo del artículo	Evaluar la efectividad de la vareniclina para el abandono del hábito de fumar en los fumadores chinos en una clínica de abandono del mundo real.
Muestra	924 participantes.
Intervención y proceso medición	En octubre de 2008 se creó un SCC en el departamento de consulta externa del Hospital General de la PLA, que ha continuado hasta el presente. El hospital tiene alrededor de 12.000 pacientes ambulatorios por día. La clínica tiene 4 sesiones nocturnas durante la semana (de lunes a jueves de 6:30 a 9:00 pm). Inicialmente, cinco médicos de tiempo parcial fueron capacitados y calificados como asesores para dejar de fumar después de pasar un examen, al igual que un procedimiento previo informó en Hong Kong. Estos médicos proporcionan consejería individual gratuita a todos los participantes. La prueba de monóxido de carbono por

	aire expirado también se prueba sin costo alguno. En nuestro estudio, los sujetos eran fumadores actuales que eran residentes locales o no locales de diferentes partes del país. Llegaron directamente al SCC o llamaron a la línea telefónica de reservas de SCC para hacer una cita y visitaron por primera vez el SCC del 28 de octubre de 2008 al 31 de marzo de 2014. Todos los sujetos estaban dispuestos a dejar de fumar y firmaron un formulario de consentimiento informado. En la primera visita, Que no estaban dispuestos a participar en la encuesta de seguimiento fueron excluidos. Ochocientos ochenta y tres hombres y 41 mujeres, de entre 17 y 79 años, que fumaban uno o más cigarrillos al día y querían dejar de fumar, eran elegibles. Se excluyeron aquellos que usaron bupropión SR (n = 131) y NRT (n = 21). De los 924 participantes incluidos, 182 (21%) se perdieron en el seguimiento a los 6 meses. Los cuestionarios de referencia y de seguimiento se desarrollaron con referencia a la clínica de Hong Kong y otros cuestionarios ampliamente utilizados y validados, con alrededor de 40 preguntas cerradas. El cuestionario de línea de base, completado en la primera visita de la CEC, incluyó características demográficas tales como edad, sexo, estado civil y nivel de educación, estado de salud percibido en los últimos 3 meses y antecedentes de tabaquismo como el nivel de tabaquismo, Y el número de intentos previos de abandono. El nivel de adicción a la nicotina se basó en el Cuestionario de Fagerström15. La motivación de dejar de fumar se midió preguntando a los fumadores cuan importante era para ellos dejar de fumar, en una escala de 1-100 (1 menos importante y 100 más importante). Las respuestas se clasificaron en más importantes (puntuación por encima de la media) y menos importantes (puntuación por debajo de la media). Se hicieron preguntas similares para medir la confianza percibida y la dificultad para dejar de fumar. Otras informaciones recogidas incluyeron enfermedades relacionadas con el tabaco, historial de drogas, alcohol o actividad física y la voluntad de pagar por dejar de fumar. El nivel de monóxido de carbono aire expirado en la primera visita se midió usando el "Smokerlizer Bedfont Micro II". También se registraron la altura, el peso, la presión arterial y la circunferencia de la cintura y la cadera. En la primera visita, la entrevista para el cuestionario inicial se realizó cara a cara, y el proceso permitió a los fumadores reflexionar sobre sus experiencias de fumar y dejar de fumar, y le dio al médico una mejor comprensión de los fumadores, para guiar a los fumadores asesoramiento. Se proporcionó asesoramiento para dejar de fumar durante 30-40 minutos para todos los fumadores. Las pistas de consejería fueron diseñadas a partir de las necesidades de los fumadores individuales, su estado de fumar, el nivel de dependencia física y las enfermedades relacionadas con el tabaco. El médico adoptó un enfoque no directivo basado en el modelo transteórico de Prochaska. Incluye los cinco "A's" (preguntar, asesorar, evaluar, asistir y organizar), evaluar la etapa de la preparación para dejar de fumar, fortalecer la motivación de los fumadores para dejar de fumar usando los cinco "R" (relevancia, riesgos, recompensas, Repetición) enfoque. Se revisaron los peligros del tabaco, así como el impacto en la enfermedad existente de los fumadores y los beneficios del abandono, y se evaluó el conocimiento de los fumadores y las barreras potenciales para dejar de fumar.
Resultados	De los 1076 fumadores que visitaron el SCC del 28 de octubre de 2008 al 31 de marzo de 2014, 924 fueron elegibles y se incluyeron. De estos sujetos, 61% (562/924) eran no residentes, y el seguimiento se realizó principalmente por teléfono. La tasa de seguimiento a los 6 meses fue del 76% (451/592) para consejería y del 88% (292/332) para la vareniclina. En conjunto, el 95% de los sujetos eran hombres y la edad media fue de 41 años (DE = 10,6 años). La vareniclina se prescribió a 332 (36%) sujetos. Muestra que el grupo de vareniclina consume más cigarrillos al día (p <0,001), tiene una puntuación de

	Fagerström mayor (p <0,001) y ha hecho más intentos de abandono (p = 0,014). No hubo diferencias significativas en edad, género, educación, edad del sujeto cuando empezó a fumar y número de años de fumar. En el seguimiento de 1 mes, 3 meses y 6 meses, las tasas de abstinencia de prevalencia de 7 días y CAR fueron significativamente más altas en el grupo de terapia con vareniclina más que en el grupo de asesoramiento único. La tasa de abstinencia de 7 días con vareniclina fue significativamente mayor que la de consejería solamente: 37,0% frente a 23,1%. Además, la RCA de 3 meses con vareniclina fue mayor, 33,1% frente a 18,4%. Las tasas de abstinencia de prevalencia de 7 días con vareniclina fueron mayores que las de consejería sólo: 40,1% frente a 18,6% a 1 mes y 38,0% frente a 22,6% a los 3 meses. La tasa de abandono continuo de 1 mes a los 3 meses también fue mayor: 36,1% frente a 18,4%. De los 332 sujetos a los que se prescribió vareniclina, el 52% informó que habían utilizado vareniclina durante menos de 4 semanas, 40% durante 4-8 semanas y 8% durante 9 semanas o más. Muestra que la RCA de 3 meses a los 6 meses mostró una tendencia creciente pero no significativa con la duración del consumo de drogas (p para la tendencia = 0.085). El uso de vareniclina durante 9 semanas o más mostró una CAR mucho mayor de 3 meses con significación estadística marginal. Se evaluó la tasa de abstinencia continua 3, 6 y 10 meses y abstinencia puntual 7 días 1 mes y 3 meses. La tasa de abstinencia puntual a los 7 días con vareniclina y asesoramiento a los 6 meses fue significativa más alta que con asesoramiento (37% frente a un 23,1 % OR 1,75 IC 95% 1,46 a 2,62; la p: 0,001) y la tasa de abstinencia continua a los 3 a 6 meses fue más alta con vareniclina (33,1% frente a 18,4% OR: 2,04 IC 95% 1,61 a 2,99 p: 0,001). Se demuestra que la prescripción de la vareniclina podría duplicar la tasa de abandono de los fumadores.

Estudios relacionados con intervenciones no farmacológicas

Titulo	Are Nurses and Auxiliary Healthcare Workers Equally Effective in Delivering Smoking Cessation Support in Primary Care? Son enfermeras y trabajadores de la salud Auxiliares igualmente eficaces en la prestación de apoyo para dejar de fumar en atención primaria?
Autor y Año	Kathryn Faulkner, Stephen Sutton, James Jamison, Melanie Sloan, Sue Boase, Felix Naughton.
Objetivo del artículo	Comprobar si la rápida cesación del tabaco está relacionada con el asesoramiento prestado por enfermeras y enfermeras de nivel técnico.
Muestra	602 participantes, 313 participantes que vieron una HCA en su cita inicial y 289 participantes que vieron a una enfermera.
Intervención y proceso medición	Este estudio utiliza datos del iQuit en la prueba práctica (iQIP) en un diseño de cohorte observacional, se escogieron 2 grupos aleatoriamente, 1 de control y otro de intervención, Los pacientes de ambos grupos recibieron una consulta inicial Los pacientes fueron aleatorizados por la computadora ya sea al grupo de control, que luego fueron informados de su consulta había terminado, o el grupo de intervención que completó la segunda parte del cuestionario se centra en la adaptación de las variables y luego se da la intervención. La intervención consistió en un asesoramiento adaptada para cada fumador entregado por su asesor y un programa de 3 meses de mensajes de texto enviados al teléfono móvil del fumador. La aleatorización se estratificó por SCA para asegurar

	que SCA vio aproximadamente el mismo número de participantes en la intervención y de control. Los datos de referencia se recogieron de los participantes por SCA en la consulta inicial con un cuaderno de recogida y el cuestionario en línea. Todos los participantes fueron seguidos por un SCA 4 semanas después de la fecha de abandono, de acuerdo con la atención habitual, y por cuestionario postal del lugar de estudios a las 8 semanas y 6 meses después de la aleatorización.
Resultados	La intervención consistió en un asesoramiento adaptada para cada fumador entregado por su asesor y un programa de 3 meses de mensajes de texto enviados al teléfono móvil del fumador. Se evaluaron los asistentes antes y después mediante abstinencia auto declarada y niveles de CO No hubo diferencias estadísticamente significativas en la abstinencia declarada por los pacientes y el apoyo brindado por enfermeras y auxiliares de enfermería, a las 4 semanas y 6 meses entre los pacientes que vieron HCA y los que vieron a las enfermeras, No hubo interacción entre el tipo de SCA y el grupo de intervención, es decir, si los pacientes vieron una HCA o enfermera no modificó el efecto de la intervención iQIP. Odds ratio no ajustado [OR] = 1.01, intervalo de confianza del 95% [CI] = 0.73 a 1.40) a las 8 semanas de realizar la intervención para la cesación de tabaco. Se encontraron diferencias significativas en el tiempo de consulta realizada, siendo más larga la brindada por las auxiliares de enfermería p: 0,002 con 3 minutos más, además de encontrar diferencias en los contactos provisionales que fueron realizados mayormente por las auxiliares de enfermería p: 0,001 y estar en un mayor contacto cara a cara que llamar por teléfono (HCAs 91.2%, nurses 70.9%; *OR* = 4.23, 95% CI = 2.86 to 6.26). No hubo diferencias significativas entre los patrones de prescripción de fármacos entre enfermeras y auxiliares de enfermería; para cualquier reemplazo de nicotina or: 0.9, IC 95% = 0,6 a 1,2 y para la prescripción de vareniclina or:1,2 IC 95% = 0,9 A 1,7 O BUPROPIN OR: 0.7 ic 95% =0,2 2,8.

Titulo	A block randomized controlled trial of a brief smoking cessation counselling and advice through shortmessage service on participants who joined the Quit to Win Contest in Hong Kong Un bloque de ensayos controlados aleatorios de una breve orientación para dejar de fumar y asesoramiento a través del servicio de mensajes cortos a los participantes que se unieron a la renuncia en concurso de ganar en Hong Kong
Autor y Año	Sophia S. C. Chan, David C. N. Wong, Yee Tak Derek Cheung, Doris Y. P. Leung, Lisa Lau, Vienna Lai and Tai-Hing Lam, 2015
Objetivo del artículo	Examinar la efectividad de las 2 intervenciones no farmacológicas breves: Asesoría corta de 5 minutos mediante vía telefónica con enfermera, mensajes de texto en el teléfono móvil y el grupo control no recibió intervención.
Muestra	948 participantes
Intervención y proceso medición	Es un estudio exploratorio; Los participantes elegibles fueron residentes en Hong Kong 18 o más años de edad; los fumadores diarios que fumaban al menos un cigarrillo al día en los últimos 6 meses, tenía un teléfono móvil para recibir SMS. Los fumadores que eran físicamente o mentalmente incapaz de comunicarse o actualmente siguiendo otras formas de programa para dejar de fumar fueron excluidos de este ECA. Las actividades de reclutamiento para el Quit para ganar concurso se llevaron

	a cabo en los centros comerciales o zonas públicas en 16 de los 18 distritos en Hong Kong. A todos los participantes se les dio una auto-ayuda folleto de ocho páginas para dejar de fumar, que fue diseñado para el concurso por la entidad organizadora (COSH); Después de cada actividad de reclutamiento, los participantes fueron asignados al azar a uno de los tres brazos del ensayo, (TEL, SMS o grupo de control) por uno de los autores y luego recibieron la intervención como se indica en el protocolo. El grupo TEL recibió a 5 min de asesoramiento telefónico para dejar por una enfermera entrenada dentro de los siete días después de la inscripción. El grupo de SMS recibido ocho mensajes de texto de telefonía móvil que se construyeron con referencia al folleto de ocho páginas para dejar de fumar. El grupo control y el grupo no ECA no recibieron ninguna intervención anterior que no sea el folleto de autoayuda y la información de contacto de los servicios para dejar de fumar en la inscripción. Se hicieron llamadas de seguimiento a todos los participantes a los 2, 6 y 12 meses después de la inscripción con cuestionarios estandarizados por entrevistadores entrenados que fueron cegados a la asignación a los grupos. Al menos siete intentos de llamadas en diferentes momentos se hicieron antes de los participantes fueron considerados como pérdidas durante el seguimiento. Los participantes que reportaron no fumar en los últimos 7 días fueron considerados como la percepción subjetiva de dejar de fumar. Auto informó-dejar de fumar a 6 y se invitó a 12 meses para participar en una validación bioquímica incluyendo la medición de exhalado CO y el nivel de cotinina en la saliva por tiras NicAlert.
Resultados	Por el enfoque de fin de tratamiento, el modelo de regresión logística multivariable mostró que la abstinencia fue mayor que el grupo de control con diferencias insignificantes, Las breves mensajes de asesoramiento telefónico y de texto, además de los premios de sorteo, eran factibles en el Quit para concurso de ganar, pero no hubo diferencia significativa en la tasa de abandono, la proporción de la reducción de fumar en un 50% o más, y la proporción de iniciar intento de abandono se encontró (s) en los dos grupos de intervención en comparación con el grupo control. Cuando la abstinencia en los tres seguimientos se modeló con el modelo GEE simultáneamente, el consejo breve para dejar de fumar a través del teléfono aumentó la abstinencia en un 38% con una significación marginal. Los resultados se midieron con niveles de co a los 6 meses además de la abstinencia auto declarada. La tasa de abstinencia del grupo de asesoría telefónica fue de 22,2%, el de los mensajes de texto fue de 20,6% y el grupo control de 20,3%, a los 12 meses la tasa de abstinencia mostro para el grupo telefónico 44,1% mensajes 50,1 % y grupo de control 47,9% El grupo de asesoramiento telefónico tuvo una abstinencia mayor que el grupo control OR: 1,38 IC 95%: 1,01 A 1,88 P:0,04. los mensajes de texto no tuvieron efectos significativos No se mostraron diferencias significativas en la abstinencia analizada para los 3 grupos, solo se mostraron diferencias del grupo de asesoría telefónica y el grupo control. En conclusión, este estudio mostró algunas evidencias sugestivas de que la consejería corta combinada con método de concurso y premiación podría ayudar a disminuir la tasa de consumo de tabaco. Los mensajes en este caso no fueron eficaces.

Titulo	Eficiencia de dos intervenciones motivacionales para la deshabituación tabáquica en adolescentes (breve e intensiva) realizadas en Institutos de Educación Secundaria.

	Efficiency of two motivational interventions for adolescent smokers (brief and intensive) conducted in High Schools
Autor y Año	Alejandro Pérez-Milena; Ana Belén Navarreteguillén; María Inmaculada Mesa-Gallardo; Rocío Martínez Pérez; Francisco Javier Leal-Helmling; Carlos Pérez-Fuentes, 2012
Objetivo del artículo	Determinar la eficiencia de dos intervenciones motivacionales en adolescentes, basadas en el uso de disonancias cognitivas, para conseguir el cese del tabaquismo.
Muestra	5 Institutos de Educación Secundaria 3 rurales y 2 urbanos.
Intervención y proceso medición	Se realiza un estudio experimental aleatorizado multicéntrico en 5 Institutos de Educación Secundaria. Se proponen intervenciones individuales en los institutos participando adolescentes, fumadores (≤20 años) que desean dejar de fumar, con exclusión de embarazadas, trastornos graves de salud mental o uso de drogas antitabaco. Se recogió el consentimiento informado y un cuestionario previo (variables demográficas, consumo de tabaco/alcohol/drogas, apoyo familiar/ social). Se desarrollan dos intervenciones por médicos de familia en el propio instituto mediante un muestreo aleatorio estratificado: intensiva (cuatro sesiones de 15 minutos, reducción progresiva del consumo) y breve (sesión única de 15 minutos, cese inmediato del consumo). Se envían recordatorios a todos los adolescentes mediante *SMS* el día que dejan de fumar, el día previo y la semana posterior, así como e-mails mensuales durante un año. Las intervenciones individuales se realizaron en los institutos, durante la jornada escolar, por parte de seis médicos de familias adiestrados previamente en este tipo de intervenciones. Se realizo terapia intensiva de manera individual de 4 sesiones de 15 minutos para reducción progresiva del consumo y la terapia breve de una terapia única de 15 minutos para el cese inmediato del consumo se confirma la abstinencia mediante cooximetría en los meses 1 , 6 y 12
Resultados	No hay diferencias entre los médicos que realizan las intervenciones ni entre los diferentes institutos. Al mes de las intervenciones motivacionales, el 64% de los adolescentes dejan de fumar, 74% en el grupo de intervención intensiva y 54% en el grupo de intervención breve, A los seis meses la abstinencia disminuye al 42% en intervención intensivista a los doce meses el cese del consumo se mantiene en un 27%. Se consiguió abstinencia del 64% +/- 5 (20% mejor en intervención intensiva con p: 0,045; abstinencia del 42% +/- 5,2 (48% en intervención intensiva y 38% en intervención breve p: 0,332) al sexto mes y del 27% +/- 4,6 (31% +/-7,1 intensiva y del 24 % +/6,3 breve p: 0,459) al año, sin diferencias significativas. El test de fagerstrom mostro puntuación media de 3,1, con 62 % de adolescentes que puntuaron en la categoría de baja dependencia a la nicotina más frecuente en el grupo de intervención breve p: 0,027 Se concluye que la asesoría breve para adolescentes es más efectiva.

Titulo	Traditional and Innovative Promotional Strategies of Tobacco Cessation Services: A Review of the Literature Estrategias promocionales tradicionales e innovadoras de los servicios para dejar de fumar: una revisión de la literatura
Autor y Año	Behnoosh Momin, Antonio Neri, Kristen McCausland, Jennifer Duke, Heather Hansen, Jennifer Kahende, Lei Zhang, Sherri. 2014
Muestra	52 documentos.

Intervención y proceso medición	Se realizó una revisión de la literatura entre noviembre de 2011 y enero de 2012. Se obtuvieron los estudios de varias bases de datos de artículos revisados por pares que incluyen: EBSCO, PubMed, Wilson, OCLC, CQ Press, Google Scholar, Gal, LexisNexis y JSTOR para artículos relacionados con la promoción de servicios de QL y prácticas de reclutamiento con énfasis específico en sus efectos sobre los programas de QL de interés y uso de servicios. Esta revisión incluye literatura publicada desde 1980 hasta enero de 2012. Se excluyeron los artículos que se centraron en las intervenciones para dejar de fumar y las leyes y políticas específicas para dejar de fumar.
Resultados	Televisión Una mayoría de la literatura relevante disponible en promociones de QL se ha centrado en la televisión, y la literatura muestra que el nivel de publicidad televisiva es fuertemente correlacionado con el volumen de llamadas QL. De las 19 referencias encontradas para los medios tradicionales. Radio No se incluyeron estudios individuales relevantes en esta revisión porque la publicidad por radio se incluyó en las campañas que utilizan múltiples medios de comunicación. Impresión Los anuncios impresos también se usan con más frecuencia en combinación con una campaña en los medios de comunicación que incluye televisión, radio y publicidad exterior. Dos estudios informaron resultados relacionados con la publicidad en los periódicos. Envíos directos Hubo solo un estudio que consideró el correo directo como un método para la promoción de QL. Una campaña realizada en Nueva York (excluyendo Nueva York) en 2005 envió dos tipos de tarjetas postales a 70,000 hogares con fumadores. Todas las postales anunciaban parches gratuitos de nicotina del QL de los fumadores de Nueva York, pero la mitad de las postales también contenían mensajes negativos. La eficacia de la campaña fue evaluada por el código postal de la persona que deja la línea telefónica y las fuentes de derivación auto informadas. El volumen de publicidad parece ser el mejor predictr para concientizar a las personas sobre las líneas de ayuda para dejar de fumar. En cuanto a las líneas innovadoras como el internet los estudios han buscado caracterizar el perfil de las personas que lo utilizan encontrando una única coincidencia en la edad ya que este medio es utilizado por personas más jóvenes. Se concluye que es difícil distinguir el impacto de los medios tradicionales como una intervención independiente que promueva ayuda para dejar de fumar, se concluye que ni de los medios innovadores.

Titulo	Effectiveness of tobacco use cessation interventions delivered by pharmacy personnel: A systematic review Eficacia de las intervenciones de abandono del consumo de tabaco entregadas por el personal de farmacia: una revisión sistemática
Autor y Año	Noreen Dadirai Mdege, Stanley Chindove. 2014
Objetivo del artículo	Identificar, describir y sintetizar la evidencia actualmente disponible sobre la efectividad de las intervenciones de abandono del consumo de tabaco entregadas por el personal de farmacia.

Muestra	10 estudios
Intervención y proceso medición	Las siguientes bases de datos electrónicas se buscaron para los estudios publicados hasta mayo de 2012: MEDLINE, EMBASE, PSYCINFO, Cochrane Library, Web of Knowledge y Current Controlled Trials Register. Esta revisión consideró los ensayos clínicos controlados y los ensayos controlados aleatorios, que comparaban cualquier intervención de cesación del uso del tabaco administrada por el personal de farmacia con ningún tratamiento, atención habitual u otros tratamientos activos. Los resultados de interés fueron: abstinencia (p. Ej., Prevalencia puntual, abstinencia continua) y recaída (p. Ej., Tiempo hasta la recaída), medida por los estudios respectivos. Los resultados no se combinaron debido a los altos niveles de heterogeneidad clínica.
Resultados	LO CLARO ES QUE el personal de farmacia entregado intervenciones no farmacológicas que ofrecen asesoramiento conductual o apoyo para el abandono del uso de tabaco podría ser beneficioso, en particular a partir de los 6 meses de seguimiento en adelante. La combinación de estas intervenciones no farmacológicas con farmacológicas también podría ser beneficiosa. Los resultados de la efectividad de la terapia de reemplazo de nicotina (TSN) se mezclaron con algunos hallazgos que sugieren beneficios de intervención y otros que sugieren que no hay un beneficio claro.

Titulo	Nursing interventions for smoking cessation (Review) Intervenciones de enfermería para dejar de fumar (Revisión)
Autor y Año	Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF
Objetivo del artículo	Determinar la efectividad de las intervenciones de abandono del hábito de fumar entregadas por enfermería.
Muestra	Cuarenta y nueve estudios cumplieron los criterios de inclusión.
Intervención y proceso medición	Se realizaron búsquedas en el registro especializado del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco y en CINAHL en junio de 2013. Dos autores extrajeron los datos de forma independiente. La principal medida de resultado fue la abstinencia de fumar después de al menos seis meses de seguimiento. Agruparon los estudios usando un modelo de efecto fijo de Mantel-Haenszel e informamos el resultado como una razón de riesgo (RR) Con un intervalo de confianza del 95% (IC).
Resultados	Esta revisión encontró pruebas de calidad moderada de que el asesoramiento y el apoyo de las enfermeras podrían aumentar el éxito de las personas en dejar de fumar, especialmente en un entorno hospitalario. Hubo evidencia moderada que encontró consejo y estímulo similar dado por enfermeras en salud en controles o actividades de prevención parece ser menos eficaz, pero todavía puede tener algún impacto. Los resultados indican los beneficios potenciales del consejo de dejar de fumar y / o asesoramiento dado por enfermeras, con evidencia razonable de que la intervención es eficaz. La evidencia de un efecto es más débil cuando las intervenciones son breves y son proporcionadas por enfermeras cuyo papel principal no es la promoción de la salud o el abandono del hábito de fumar. El reto será incorporar el monitoreo del comportamiento del tabaquismo y las intervenciones para dejar de fumar como parte de la práctica estándar para que todos los pacientes tengan la oportunidad de ser preguntados sobre su uso del tabaco y de recibir consejo y consejería para dejar de fumar junto con refuerzo y seguimiento. Se encontraron intervenciones realizadas en un control o atención habitual. La intervención de enfermería aumenta la probabilidad de dejar de fumar RR: 1,29 IC

	95%: 1,20 A 1,39. En la realización de intervenciones de intensidad baja se tuvo un efecto amplio en el resultado. Las intervenciones fueron más efectividad para los pacientes hospitalizados por enfermedades cardiovasculares que otros pacientes. Las intervenciones en pacientes no hospitalizados tambien mostraron beneficios. Se identifico que el asesoramiento realizado por enfermería realizado durante un chequeo de detección o como parte de prevención secundaria tiene menos efecto en estas condiciones. Se concluye que si bien el asesoramiento de enfermería es efectivo el efecto es más débil cuando las intervenciones son breves y son proporcionadas por enfermeras cuyo papel principal no es la promoción de salud o el abandono del hábito de fumar.

Titulo	"INTERVENCIÓN PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA" "Intervention for Smoking Cessation"
Autor y Año	Alexandra López Mantilla, 2014
Objetivo del artículo	Examinar la evidencia disponible sobre la eficacia del ejercicio físico y las respiraciones yóguicas en la deshabituación tabáquica.
Muestra	6 artículos.
Intervención y proceso medición	Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en las bases de datos de Pubmed, Google Académico, y PEDro. Se limitó la búsqueda definiendo una serie de criterios de inclusión: artículos que datasen de los últimos 5 años, realizados tanto en hombres como en mujeres entre 18 y 65 años, artículos que fuesen Ensayos Clínicos Aleatorios o en su defecto Ensayos clínicos. y exclusión: artículos en los que los pacientes estuviesen diagnosticados de Epoc, artículos que fuesen realizados en pacientes con una enfermedad psíquica ya diagnosticada como es el caso de la depresión. Se utilizó la parrilla de lectura crítica Caspe (Critical Appraisal Skills Programme
Resultados	gracias a los beneficios producidos por la intervención física sobre los síntomas que se producen en los días posteriores al cese, apoyados con otras estrategias, se puede elaborar un protocolo de tratamiento para el seguimiento del cese del hábito tabáquico donde el fisioterapeuta puede intervenir monitorizando el tratamiento; Se ponen de manifiesto como el ejercicio puede ayudar a mitigar los síntomas del síndrome de abstinencia19,20,21,22, siendo el yoga un subtipo de este campo que combinando posturas y ejercicios respiratorio han demostrado disminuir los síntomas23,24 . El ejercicio de respiración yóguica reduce las ganas de fumar en la fase aguda entre fumadores que están deshabituación tabáquica, aunque estos estudios solo hacen referencia a las primeras 24 H de abstinencia. Aunque se afirma cierta eficacia en la fase aguada, inmediatamente después de realizar el ejercicio. No está demostrado que los síntomas se mantengan a largo plazo, muchos de ellos tienen resultados mixtos.

Titulo	Seguimiento a largo plazo de un programa de prevención y cesación tabáquica en pacientes con fibrosis quística Long term follow-up of a tobacco prevention and cessation program in cystic brosis patients

Autor y Año	2016- Juan Antonio Ortega García, Joseph E. Perales, Alberto Cárceles Álvarez, Miguel Felipe Sánchez Sauco, Seiichi Villalona, Pedro Mondejar López, María Dolores Pastor Vivero, Pilar Mira Escolano, Diana Carolina Jaimes Vega, Manuel Sánchez Solís.
Objetivo del artículo	Evaluar el impacto longitudinal de una intervención telefónica de prevención y cesación tabáquica dirigida a pacientes con Fibrosis quística durante un seguimiento de cinco años en Murcia, España.
Muestra	88 pacientes
Intervención y proceso medición	Realizamos un estudio prospectivo experimental en una cohorte de pacientes en la región de Murcia, España. El estudio implicó el seguimiento de pacientes con FQ antes y después de un programa integrativo de cesación tabáquica con terapia telefónica proactiva y breve, entre 2008 y 2013. Una vez contactados, los participantes fueron evaluados mediante un cuestionario introductorio que valoró la exposición activa y pasiva al humo ambiental de tabaco durante periodos críticos del desarrollo del paciente. Variables socioeconómicas de interés incluyeron: uso de y exposición al tabaco, composición familiar, ingresos, aspectos estructurales del hogar del paciente y el nivel de estudios de los pacientes y de sus padres. Los fumadores fueron clasificados de la siguiente manera 1. No-fumador: a) sin exposición al humo de tabaco, y b) fumador pasivo, exposición al tabaco de personas en su entorno social y familiar. 2. Fumador ocasional: no fuma diariamente. 3. Fumador: fumador de al menos 1 cigarrillo o más por día. 4. Ex-fumador: no fuma en el momento de realizar el estudio, y sin fumar durante un mínimo de 6 meses. Para calcular el índice de masa corporal (IMC), se recogieron datos sobre la altura y el peso de los participantes, informados por ellos mismos o sus familiares. La terapia telefónica proactiva incluyó intervenciones para: 1. Educar a los pacientes con FQ, mediante consejo breve, sobre los efectos físicos/médicos de fumar a corto y largo plazo y sobre las ventajas para la salud de dejar de fumar. 2. Valorar la exposición de los participantes al tabaco pasivo, dentro y fuera del hogar. 3. Valorada la exposición a humo de tabaco, se ofrecía educación en salud y refuerzo psicológico sobre la importancia de reducir su exposición. 4. Evaluar el deseo de los participantes de dejar de fumar; el deseo de cesar se basa en una determinación por fases, según Prochaska y DiClemente (pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y recaída). 5. Clasificar el nivel de dependencia y motivación, según los tests de Fagerström y Richmond. 6. Realizar terapia breve sobre cómo fijar la fecha de cesación y sobre estrategias para elegir la misma. 7. Potenciar las ventajas de la cesación.

	8. Seleccionar la próxima cita, sea telefónica o presencial. Se contactó con los participantes con el fin de reclutarlos para la intervención y programar las entrevistas. Durante el seguimiento, terapeutas formados en cesación tabáquica realizaron llamadas secuenciales cada 6 meses (a hogares sin fumadores) y cada 4 meses (a hogares con algún fumador). Las entrevistas se realizaron entre 2008-2013, con una duración de 5-20 minutos, dependiendo de los detalles de su exposición a tabaco. Asesoramiento sobre prevención y cesación tabáquica se impartió habitualmente a todos los pacientes en la Unidad de Neumología Pediátrica. Como complemento de la intervención, los terapeutas formados en cesación tabáquica recogieron y evaluaron datos sobre la exposición pasiva al humo ambiental de tabaco de los pacientes con fibrosis quística.
Resultados	El seguimiento de 5 años fue completado por 88 pacientes; 49 (56,32%) eran hombres y 38 (43,68%) eran mujeres. La edad media de los participantes era 23,61 (95% IC 20,93- 26,29). El número de fumadores activos se redujo por la mitad al final del seguimiento, de 10,23% (n = 9) a 4,55% (n = 4), p = 0,06. En el 2008, En no fumadores, la exposición ambiental al humo de tabaco (n = 49 vs. 29) se redujo un 25,1% durante la intervención de cinco años. Los niveles de nicotina en la orina fueron coherentes con la reducción de exposición al tabaco. Los niveles comparados entre las muestras basales de 2008-2009 y las mues- tras de 2012-2013 mostraron una reducción del 27,38% Se identificaron 47 fumadores (9 pacientes, 2 esposas, 2 hermanos, 16 padres, 17 madres y 1 abuelo). Durante el seguimiento de cinco años, se hicieron esfuerzos serios para lograr la cesación tabáquica, resultando en la consecución de 18 (38,29%) no-fumadores (5 pacientes, 6 padres, 5 madres, 2 hermanos y 1 esposa) durante los últimos 6 meses (cooximetría de 0 en los pacientes). Dos pacientes, 1 madre y 1 padre lograron la cesación tabáquica después de participar en tratamientos personalizados. De estos, únicamente dos fueron tratados con terapia sustitutiva de nicotina. Observamos un aumento de los parámetros espirométricos globales al concluir el seguimiento, comparado con las medidas basales, con diferencias significativas en CVF y en VEF1/CVF. No se hallaron diferencias significativas en la prueba t de Student para los parámetros espirométricos entre los pacientes con exposición al humo ambiental de tabaco activa o pasiva entre los valores basales y los resultados obtenidos al concluir el seguimiento. Se realizo seguimiento a pacientes antes y después de de un programa integrativo de cesación tabáquica, terapia telefónica breve la tasa de fumadores activos se redujo de 10,23% a 4,55% (p = 0,06). La exposición al humo ambiental de tabaco se redujo en los pacientes no fumadores de 62,03% a 36,90% (p < 0,01) durante los cinco años de seguimiento. Se observaron reducciones significativas en la exposición al humo ambiental de tabaco en los hogares, de 31,65% (n = 25/79) a 19,05% (n = 16/84) en 2013 (p = < 0,01) con una reducción significativa de los niveles de cotinina de 63,13 (28,58-97,69) a 20,56 (0,86-40,27) ng/ ml (p < 0,01). La intervención para aumentar significativamente la probabilidad de abandono familiar (hogar libre de humo) fue de 1,26 (1,05-1,54). La intervención telefónica mantenida en el tiempo es una herramienta útil para la prevención y cesación tabáquica. Profesionales entrenados en este modelo de intervención con enfoque

	en salud medioambiental son necesarios para mejorar el tratamiento de FQ

Titulo	Efectividad de un Tratamiento Conductual de Deshabituación Tabáquica Effectiveness of a Behavioral Treatment for Smoking Cessation
Autor y Año	Dana Mrozowicz-Gaudyn, María M. Sanz Pérez y José L. Carballo, 2013
Objetivo del artículo	Comprobar la efectividad de un tratamiento para dejar de fumar en población ilicitana basado en las técnicas del programa de Becoña.
Muestra	11 sujetos, 54,5% mujeres y 45,5% hombres
Intervención y proceso medición	El estudio es descriptivo, se dividió en tres fases, una de pre-evaluación, una de Intervención y finalmente una post-evaluación. Evaluación inicial, tratamiento y evaluación final. Se tomaron Variables sociodemográficas, Historia de consumo, Consumo de tabaco, Variables psicológicas. Es un estudio pre-post sin grupo control. Intervención El tratamiento llevado a cabo está basado en el Programa para dejar de fumar de Becoña.
Resultados	Tras nueve sesiones se obtuvo una tasa de abstinencia del 63,6%. No se han encontrado diferencias significativas entre las medidas pre y post para las variables ansiedad y depresión. Los datos obtenidos reflejan que el programa de deshabituación tabáquica basado en el Programa para dejar de fumar de Becoña, llevado a cabo en la Unidad de Conductas Adictivas del Centro de Salud El Toscar con población ilicitana fue efectivo, con una tasa de éxito del 63,64%. Variables estudiadas niveles de Co niveles de ansiedad, y niveles de depresión ESTUDIO PRE-EXPERIMENTAL CON GRUPO PRE Y POST PRUEBA

Titulo	Quit tobacco clinics in Bahrain: smoking cessation rates and patient satisfaction Salir de las clínicas de tabaco en Bahrein: fumar Dejar de fumar tabaco clínicas en Bahrein: las tasas de abandono del tabaco y la satisfacción del paciente
Autor y Año	Randah Ribhi Hamadeh, Jamil Ahmed, Maha Al-Kawari and Sharifa Bucheeri 2017
Objetivo del artículo	El objetivo de este estudio fue determinar las tasas de abandono en los hombres que asistían al tabaco abandonado Clínicas (QTC) en Bahrein y describir los factores relacionados.
Muestra	194 fumadores de tabaco de sexo masculino en la región del mediterráneo oriental.
Intervención y proceso medición	Se utilizó un diseño de estudio transversal para entrevistar a fumadores de tabaco que habían recibido atención De dos QTC. Los pacientes que consultaron estas clínicas en el año anterior al estudio fueron elegibles para ser incluidos. Fueron entrevistados usando un cuestionario estructurado que contenía preguntas sobre el tabaquismo Comportamiento y experiencia de dejar de fumar. El cuestionario no tenía identidad Verificación, la estricta confidencialidad de los participantes Fue asegurada. Las entrevistas fueron realizadas por los Personal auxiliar de QTC. Los formularios de consentimiento fueron Antes de las entrevistas. Un fumador fue considerado un desertor sí dejó de fumar Cualquier producto de tabaco durante al menos seis meses después de la clínica. Se definió la recaída en el tabaquismo Reanudar el hábito de fumar después de una abstención completa

	Menos un mes. El análisis descriptivo se realizó para presentar frecuencias De comportamiento sociodemográfico, de fumar y Tabaco. Chi cuadrado o t-test se utilizó Inferencias categóricas y continuas Variables, respectivamente.
Resultados	En general, el 56,5% había dejado todas las formas de tabaco después de asistir a la QTC con fumadores de shisha tienen más éxito en dejar de fumar que los fumadores de cigarrillos. Alrededor del 93,0% recibió tratamiento de reemplazo de nicotina junto con Sesiones de asesoramiento. Más de tres visitas a las clínicas y anteriores intentos de abandono de 21 meses de duración o Más se relacionaron estadísticamente con el abandono exitoso de todos los tipos de tabaco. Sin embargo, la mayoría quería más horas de apertura y un aumento en los días laborables de la clínica. Los médicos remitieron sólo al 18,0% de la población del estudio a QTC. Los participantes del estudio asistieron por referencia de sus amigos, remitidos de la atención primaria, de la consulta médica, esposas, especialmente remitidos por enfermedades como diabetes mellitus y enfermedades pulmonares. Los participantes tuvieron dos intentos en dejar de fumar. El 56,5% abandono todas las formas de fumador en el periodo y el 37.6 lo abandono durante 6 meses o mas de haber buscado la ayuda. La tasa de abandono para fumadores de cigarros fue del 70%, fumadores de shisha el 63.8%, cigarrillos 55,1% y pipa 56,7%. ALREDEDOR de 93% recibió tratamiento de reemplazo de nicotina junto con secesiones de asesoramiento. El numero de visitas a la clínica (más de 3 en un periodo de 21 meses tubo relación estadísticamente significativa con abandono exitoso p : -0,05), y la proporción restante recibió tratamiento bupropion y una persona recibió tratamiento herbal tradicional para dejar el tabaco. El principal motivo para dejar de fumar fue la familia. Así mismo la familia y los médicos fueron el principal soporte para los que dejaron de fumar. Como principales razones para no poder abandonar el cigarrillo se precisan de mayor a menor proporción problemas personales, el hábito, los amigos, el disfrute y en nerviosismo. El 35,4% experimento una recaída Los fiadores de cigarrillos presentaron un antojo mas fuerte reflejando una dependencia más alta que los fumadores de shisha (p – de 0,001). Los que abandonaron todas las formas de tabaco fueron quienes tuvieron más posibilidades de desempleo. Las personas que abandonaron completamente el tabaco realizaron una visita adicional a la clínica (p: 0.004). y un1,4 sesiones de asesoramiento mas (p: 0,0001). En conclusión, más de la mitad de los asistentes dejaron de fumar por completo.

Titulo	Experiencia de un programa de cesación del tabaquismo en el Instituto Nacional del tórax
Autor y Año	Sergio Bello S, Haydée Chamorro R, María DE Los Ángeles Orellana F, Lorena Cisternas T, Mauricio Salinas F. 2015
Objetivo del artículo	Describir los resultados de la terapia grupal realizada a pacientes del instituto nacional del tórax para la cesación del tabaco.
Muestra	87 pacientes
Intervención y proceso medición	Es un estudio descriptivo con seguimiento de los pacientes que participaron en terapias grupales desde abril de 2013 a marzo de 2014, período en que efectuó esta

	terapia en un total de 8 Grupos consecutivos, realizándose el corte evaluativo en abril de 2015. Los pacientes fueron evaluados en forma individual a través de una entrevista clínica realizada por médico o psicóloga del Programa. En esta entrevista se evalúa: I. Grado de adicción a través del test de Fagerström. II. Motivación para dejar de fumar a través del test de Richmond. III. Estado psicoemocional con el test de Golberg. IV. Etapa del proceso de cambio en que se encuentra. Después de la evaluación inicial se integraron La terapia grupal consiste en 7 sesiones una vez a la semana. Cada sesión dura 1,5 a 2 h, en que participan dos miembros del equipo terapéutico, médico y psicóloga. las enfermeras realizan seguimiento telefónico intratratamiento (entre una sesión y otra) y con posterioridad al término de las 7 sesiones, al mes 1, 3, 6 y 12, utilizando protocolos pre-establecidos. En forma ocasional se realizó control presencial al detectarse en el seguimiento telefónico sospecha de cuadro depresivo, caídas (*lapses*) de la abstinencia tabáquica u otro problema del paciente. Al constatarse telefónicamente una recaída, se le dio al paciente la posibilidad de volver a realizar la terapia grupal, cuando se sintiera motivado y preparado. En cuanto al uso de medicamentos, hasta agosto de 2013 el hospital no disponía en su arsenal farmacológico de ningún medicamento de apoyo, por lo que cada paciente debía auto financiarlo
Resultados	Las características principales del grupo de fumadores se observan que el 63% eran mujeres, con promedio de edad de 54,4 años, los trastornos depresivos con 28% y EPOC 16%. La motivación fue evaluada con el test de Richmond, que mostró un 74,7% con alta motivación y sólo un participante con baja motivación. La mayoría de los pacientes, de acuerdo a las etapas del proceso de cambio de Prochaska y Di Clemente, se encontraba en etapa de contemplación (65,5%), el 19,5% en preparación y un 3,5% en acción, al ingresar a la terapia grupal. En cuanto a la asistencia a las sesiones del tratamiento, se observa un promedio de asistencia a las 7 sesiones de 84%. La indicación de uso de medicamentos fue por 8 semanas, especialmente con Vareniclina, que fue el único aportado por el hospital a los pacientes. La abstinencia lograda en los 87 pacientes después de 1 año de seguimiento fue de 36,8%. Se realizo terapia grupal de 8 a 12 personas, siete sesiones una vez a la semana con intensidad de 1,5 a 2 horas. Enfermería realizo seguimiento telefónico entre una sesión y otra y al mes tres y doce de terminar la terapia. 2/3 de las personas tenían patologías asociadas con mayor prevalencia de trastornos depresivos y epoc. El 43% tenía alta dependencia a la nicotina, el 74,7 presentaba alta motivación para dejar de fumar (según test de Richmond), el 84% asistió a las siete sesiones. El 72% tenía apoyo farmacológico con vareniclina y otros chicles de nicotina. La abstinencia lograda en roda la muestra fue de 36,8 % después de un año. No hubo diferencias significativas de la abstinencia entre las personas que recibieron medicamentos y las que no recibieron (p: 0,060). No hubo diferencias significativas entre la abstinencia de mujeres vs hombres (p: 0,14). Tampoco hubo diferencias significativas entre el resultado de la terapia y las comorbilidades, epoc (p:0.26) y trastornos depresivos (p:

	0,36).

Titulo	Intervención especializada versus intervención mínima en deshabituación tabáquica en Atencio□n Primaria. Specialized intervention versus minimal intervention for tobacco dishabituation in Primary Healthcare
Autor y Año	Magli Miriam Hun Vásquez, Blas Gil Exstremera, Encarnación Ginés Ramírez. 2014
Objetivo del artículo	Valorar una intervención especializada versus una intervención mínima y analizar las variables que predicen el cese del hábito tabáquico.
Muestra	131 fumadores del distrito nordeste de Granada.
Intervención y proceso medición	Con diseño aleatorizado, prospectivo, toma de variables de identificación, antecedentes personales, características del hábito, tratamiento recibido, seguimiento, modificaciones de consumo y cooximetría. Con Criterios de inclusión: 18-75 años, con comprensión y lectura, aceptación del tratamiento y disponibilidad. Criterios de Exclusión: enfermedades psiquiátricas, historia de abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas.
Resultados	El 62,5% de los pacientes que continúan fumando pertenecen al grupo de intervención especializada. Existe, por otro lado, una relación estadísticamente significativa entre aquellos que dejan de fumar y su mejoría clínica (79,8%). El 53,5% ha intentado abandonar el hábito tabáquico de una a tres veces. La cooximetría en la primera visita fue de 4,0±3,8 ppm, y un año después 1,8±1,7 ppm. Los pacientes con EPOC tienen 3,6 veces más probabilidad de deshabituación. Se realizo intervención mínima (consejo antitabaco y entrega de folletos informativos) y se hizo control a los 6 y 12 meses para conocer si habían abandonado el habito de fumar en 2 grupos de personas fumadoras activas. Posteriormente se realizo intervención especializada (6 sesiones grupales cada 2 meses durante 1 año) con acompañamiento telefónico a quienes dejaban de asistir, la cifra de cooximetría al inicio estuvo en promedio 5 ppm y al finalizar descendió al 35,1 %. El 62,5% de los pacientes que continúan fumando pertenecen al grupo de intervención especializada. Existe, por otro lado, una relación estadísticamente significativa entre aquellos que dejan de fumar y su mejoría clínica (79,8%; p=0,007). El 53,5% ha intentado abandonar el hábito tabáquico de una a tres veces. La cooximetría en la primera visita fue de 4,0±3,8 ppm, y un año después 1,8±1,7 ppm. Los pacientes con EPOC tienen 3,6 veces más probabilidad de deshabituación. Se concluye que la intervención especializada no es más efectiva que la intervención mínima. El 81,6% de los participantes no ganaron peso tras la abstinencia tabáquica. ESTUDIO DE TIPO PROSPECTIVO EN EL QUE SE REALIZO SEGUIMIENTO A PERSONAS QUE RECIBIERON INTERVENCION MINIMA Y ESPECIALIZADA PARA DEJAR DE FUMAR

Titulo	Evaluación de una intervención para dejar de fumar en personas con enfermedad mental
Autor y Año	Luis Gutiérrez Bardeci, Luis Otero, Mónica del Amo, F Javier Ayesta. 2013.
Objetivo del artículo	Es conocer si las intervenciones grupales recomendadas para la atención de personas fumadoras son efectivas en pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica y si ello supone un factor pronóstico negativo.
Muestra	Se incluyeron a 267 fumadores, 97 de ellos con antecedentes personales de patología psiquiátrica
Intervención y proceso medición	Se realizaron cinco sesiones presenciales de 90 minutos (hasta 6ª semana abstinencia) y seguimiento telefónico posterior de 12 meses. La abstinencia fue comprobada por cooximetría en las sesiones presenciales y auto-declarada posteriormente. Análisis estadístico: descripción de variables cualitativas y cuantitativas, análisis comparativo de las mismas entre los dos grupos y regresión logística binaria según cesación.
Resultados	La tasa de abstinencia continua declarada al año fue 39,7%, en mujeres del 43,1% y en hombres 35,1%; p: 0,18). Las personas fumadoras sin historia psiquiátrica presentaron tasas de abstinencia del 42,9% y las que sí la tenían del 34,0% (p: 0,16). No hubo interacción entre las variables sexo y patología psiquiátrica. Quienes presentaban antecedentes psiquiátricos recayeron en las 6 primeras semanas tras la abstinencia en el 23,7% y quienes no los tenían:10,6% [(p:0,019; OR:1,90 [LC95%:1,08-3,36)]; a partir de entonces las tasas de recaída fueron similares recayendo el 44,1% y un 42,5%, respectivamente (p>0,8).

Titulo	Medición de monóxido de carbono en la unidad de cesación de tabaquismo: lecciones aprendidas. Measurement of carbon monoxide during tobacco smoking cessation: lessons learned
Autor y Año	2013 Carolina Parodi, María L. Llambí, Mary L. Barros, Elba I. Esteves
Objetivo del artículo	Conocer la asociación entre los valores de CO en el aire espirado y el grado de dependencia a la nicotina, evaluado con el test de Fagerström en fumadores que asisten a tratamiento para la cesación tabáquica.
Muestra	137 pacientes
Intervención y proceso medición	Se realizó un estudio retrospectivo y analítico. Se estudió la población de pacientes asistidos en la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas entre el 1/05/2010 y el 31/05/2011. Se analizaron todas las historias clínicas de pacientes asistidos en ese período. Se obtuvo de la historia clínica el valor de CO en aire espirado de la primera consulta y el puntaje del FTND. Los pacientes asistieron a un programa que constó de 8 sesiones, 6 de frecuencia semanal y luego dos quincenales ya sea en forma individual o grupal. El tratamiento se basó en apoyo cognitivo conductual y trata- miento farmacológico con terapia de sustitución nicotínica en goma de mascar y/o bupropión. Al analizar el programa,

	se realizó la medición de CO espirado a aquellos que manifestaron haber dejado de fumar. Los valores de CO y FTDN se categorizaron en leve moderado y severo utilizando los siguientes puntos de corte: CO: leve: < 15 ppm, moderado: 16 a 25, severo: > 25 ppm; FNDT: leve 0 a 3, moderado 4 a 6, severo 7 a 10 puntos.
Resultados	Se asistieron 137 pacientes, 79 de sexo femenino. La media de edad fue 47,27 años ± DE 11,83, con un mínimo de 19 y un máximo de 80 años. 121 fueron pacientes ambulatorios (88,3%) y 16 (11,7%) fueron asistidos durante su hospitalización. Se destaca que 58 de ellos (42,3%) convivían con fumadores en su hogar. La edad de inicio del consumo se obtuvo en 133 individuos, siendo la mediana 15 años, con un rango entre 9 y 34 años. Se observó que cerca de la mitad (49,6%) de los pacientes poseía una dependencia severa a la nicotina medida por el test de Fagerström. Del total de pacientes, 62/137 (45%) reportaron haber dejado de fumar después del tratamiento. En el estudio se busca conocer la asociación entre el Co y grado de dependencia a nicotina con el test de Fagerström. Se demostró asociación estadísticamente significativa entre la determinación de CO y el puntaje de Fagerström. De 61 que reportan abstinencia al final del tratamiento, en 34 se confirma y en 7 se contradice con el autor reporte. Conclusiones: La asociación entre el CO espirado y FTND es significativa. Es útil la corroboración de abstinencia.

Titulo	Efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar aplicado en atención primaria
Autor y Año	Fernando Alonso Pérez, Carmen Alonso Cardeñoso, Jesús Vicente García González, José Miguel Fraile Cobos, Natalia Lobo Llorente y Roberto Secades Villa. 2014
Objetivo del artículo	Evaluar la efectividad de un programa multicomponente aplicado en atención primaria por enfermeras.
Muestra	145 fumadores
Intervención y proceso medición	Se realizó un estudio no experimental pre-post. Se llevó a cabo un reclutamiento oportunista entre los fumadores que acudieron a los centros de salud del Área Sanitaria V de Asturias (Gijón, España), por cualquier motivo o solicitando ayuda para dejar de fumar. El estudio se llevó acabo durante los años2011y2012. Los criterios de inclusión fueron fumar 10 o más cigarrillos diarios, ser mayor de 18 años y estar dispuesto a dejar de fumar. La muestra final estuvo constituida por 145 fumadores (57 hombres y 88 mujeres). La intervención consistió en un tratamiento psicológico multicomponente grupal, con una sesión semanal de 1 hora de duración, durante 7 semanas. Los componentes del programa fueron: información sobre el tabaco, contrato conductual, autorregistro, representación gráfica del consumo, reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán, control de estímulos, estrategias para controlar los síntomas de la abstinencia, feedback fisiológico del consumo mediante la determinación semanal del CO y entrenamiento en prevención de la recaída. Los participantes cumplimentaron un cuestionario inicial de características demográficas e historia de fumador elaborado ad hoc. El grado de dependencia

	fue evaluado mediante el test de Fagerström de dependencia de la nicotina, versión revisada, adaptación española de Becoña
Resultados	El 39,73% de la muestra eran hombres. La edad media fue de 52 años (desviación típica [DT]:10,4). La media de cigarrillos fumados al día era de 22,7 (DT: 9,07) antes del tratamiento. La puntuación media en el test de Fagerström fue de 5,3 (DT: 2,25). Tal como se observa, Entre los participantes que no habían dejado de fumar tras la intervención se redujo el consumo de cigarrillos al día (promedio de descenso de 12 cigarrillos) (p <0,01). Este descenso se mantuvo, aunque en menor medida, a los 12 meses (promedio de descenso de 5,9 cigarrillos). El 51% de los participantes no completaron las siete sesiones pautadas. Entre las características de los fumadores a los 12 meses, se observó un mayor consumo previo, una mayor puntuación en el test de Fagerström y un menor número de sesiones recibidas Intervención con tratamiento psicológico grupal en el que se brindo información sobre el tabaco, contrato conductual, autoregistro, representación grafica del consumo, reducción gradual de la nicotina y alquitrán, control de estímulos, estrategia para controlar los síntomas de abstinencia, medición del CO y entrenamiento en la prevención de la recaída. La tasa de abstinencia (punto de prevalencia) en el postratamiento fue del 51,1% (IC95%: 42,4- 59,6). A los 12 meses, la tasa de abstinencia era del 41,1% (IC95%: 32,6-49,6). La abstinencia continuada a los 6 meses era del 39% (IC95%: 30,6-47,4), y a los 12 meses era del 36,2% (IC95%: 27,9-4,5). Entre quienes dejaron de fumar, el 23,6% (IC95%: 13-34,1) habían recaído en el hábito a los 6 meses, y el 29,2% a los 12 meses (IC95%: 17,9-40,3). En Las personas que no dejaron de fumar tras la intervención se redujo el consumo de cigarrillo al día en un promedio de 12 (p menor de 0,01). A los 12 meses el descenso se mantuvo en menor medida con un promedio de 5,9 cigarrillos. La perdida de participantes antes de las 7 sesiones fue del 51%.

Titulo	Effectiveness of additional follow-up telephone counseling in a smoking cessation clinic in Beijing and predictors of quitting among Chinese male smokers Efectividad del seguimiento adicional Asesoramiento telefónico en un clínica de abandono en Beijing y predictores de dejar de fumar entre los fumadores masculinos chinos
Autor y Año	Lei Wu, Yao He, Bin Jiang, Fang Zuo, Qinghui Liu, Li Zhang , Changxi Zhou , Miao Liu, Hongyan Chen, KK Cheng , Sophia S. C. Chan and Tai Hing Lam. 2016
Objetivo del artículo	Evaluar la efectividad de las sesiones telefónicas en el abandono del tabaco.
Muestra	Fumadores masculinos elegibles (n = 547) se dividieron en dos grupos: FC (n = 149) y FCF (n = 398).
Intervención y proceso medición	Se realizó un estudio controlado no aleatorio en Beijing. Comparamos las tasas de abandono de un grupo que recibió consejería cara a cara sola (una sesión de 40 minutos) a otro grupo que recibió el mismo asesoramiento cara a cara más cuatro sesiones de seguimiento de breve orientación telefónica (15-20 minutos cada uno) a 1 semana, 1, 3 y 6 meses de seguimiento (FCF). No se proporcionó tratamiento para dejar de fumar. De octubre de 2008 a agosto de 2013, se invitó a los fumadores masculinos chinos que buscaban tratamiento en una clínica regular de tiempo

	parcial de fumar de un gran hospital general en Beijing participar en el presente estudio.
Resultados	Se compararon tasas de abandono en un grupo que recibió consejería cara a cara (FC) con otro grupo que recibió el mismo asesoramiento más seguimiento telefónico (FCF) durante 6 meses más. Por intención de tratar, a los 12 meses de seguimiento, la tasa de prevalencia de 7 días y las tasas continuas de abandono de FC y FCF fueron de 14,8% y 26,4% y de 10,7% y 19,6%, respectivamente. Las relaciones de odds ratios ajustadas (intervalos de confianza del 95%) de abandono en FCF en comparación con FC fueron de 2,34 (1,34-4,10) (P = 0,003) y 2,41 (1,28-4,52) (P = 0,006), respectivamente. La regresión logística por etapas mostró que FCF, siendo casada, desempleada y una menor puntuación de Fagerström fueron predictores independientes significativos de 6 meses de abandono continuo a los 12 meses de seguimiento. Se demostro que las sesiones adicionales de consejería telefónica de seguimiento duplicaron la tasa de abandono.

7. CONSIDERACIONES FINALES

- Con relación con los artículos encontrados se puede decir que el mayor nivel de evidencia fue el alto, con un 55.2 %, de manuscritos que corresponden a ensayos clínicos siendo la mayoría de estas intervenciones no farmacológicas.

- Los grupos de personas en los que mayormente se realizaron las intervenciones fueron: adolescentes y adultos que presentaban el hábito del consumo de cigarrillo y en algunos casos, consumo adicional de sustancias psicoactivas, personas con fibrosis quística, personas con problemas mentales, diabéticos y personas con EPOC.

- Con respecto al tratamiento farmacológico se concluye que la terapia combinada (administración de medicamento como la vareniclina, parches de nicotina y asesoramiento por profesionales de la salud), que se practico en los diferentes estudios demuestra ser más efectiva para la abstinencia del tabaco, sobre todo en aquellas que no tenían contemplado dejar de fumar.

- Las intervenciones que se realizaron telefónicamente en los momentos de descompensación de las personas que se encontraban en cesación del tabaco resultaron muy útiles, ya que, las personas se sienten acompañadas y directamente los profesionales de la salud estan comprometidos a lograr que finalmente la persona no consuma cigarrillo.

- Con respecto a las terapias conductuales se puede decir que son muy eficaces en el abandono del hábito de fumar ya que permite modificar la conducta del fumador para afrontar los cambios que se presentan en su diario vivir.

- Para los profesionales de la salud necesitan estar debidamente capacitados para ayudar a la cesación tabáquica de una persona, debido a que no solo se interviene para su abstinencia y abandono, sino para que la persona comprenda de forma clara lo que sucede en su organismo al consumir tabaco, siendo este un habito perjudicial para su salud, con la generación de complicaciones pulmonares que no son reversibles.

- El papel de enfermería en este caso sobresale bastante porque la mayoría de los asesoramientos que se practicaron (sobre todo los intensivos) se encontraban dirigidos por esta profesión y aceptados adecuadamente por los pacientes, lo que se puede pensar que es de gran importancia su intervención para la cesación del tabaco, debido a que se brinda tiempo y dedicación a cada una de las personas que desea disminuir el consumo y finalmente una excelente orientación para que se abandonara el cigarrillo de manera continua.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Who report on the global tobacco epidemic, 2015. Raising taxes on tobacco. [Internet]. [Consultado 16 enero 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf?ua=1&ua=1

2. Figueira-Pereira C, De Vargas D. Profile of women who carried out smoking cessation treatment: a systematic review. Rev Saúde Pública. 2015; 49: 40.

3. Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD). Generación más: somos más sin tabaco. Colombia. 2018. [Internet]. [Consultado el 16 de enero del 2018]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Generación%20más%20%20somos%20más%20sin%20tabaco.aspx

4. República de Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley número 1335 de 2009. Regulación para el consumo, venta, publicidad y promoción del cigarrillo, tabaco y sus derivados. [Internet]. [Consultado el 16 de enero del 2087]. Disponible en: http://media.utp.edu.co/atencionalciudadano/archivos/Ley%201335%20de%202009.pdf

5. Pardo C, Piñeros M. Consumo de tabaco en cinco ciudades de Colombia, Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, 2007. Biomédica 2010; 30: 509-18.

6. Pinilla-Vásquez C, Angarita-Fonseca A. Conocimientos y actitudes asociadas al inicio del hábito de fumar durante la vida universitaria. Hacia la Promoción de la Salud. 2012; 17 (2): 25-39.

7. Cogollo Z, Gómez-Bustamante EM. Asociación entre consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias ilegales en adolescentes estudiantes en Cartagena, Colombia, 2012. Hacia la Promoción de la Salud. 2013; 18 (1): 110-17.

8. Maziak W, Jawad M, Jawad S, Ward K, Eissenberg T, Asfar T. Interventions for waterpipe smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016; (7): CD005549.

9. Shaheen-Shaik S, Dolar D, Reddy- Bandari S, Reddy- Madupu P, Kulkarni S. Tobacco Use Cessation and Prevention – A Review. J Clin Diagn Res. 2016; 10(5): ZE13–ZE17.

10. Olano-Espinosa E, Minué-lorenzo C. «No hacer», también en tabaco. Aten Primaria. 2016; 48 (7): 493-99.

11. Alba LH, Murillo RH, Becerra NA, Páez N, Cañas A, Mosquera CM, et al. Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Biomédica. 2013; 33: 186-204.

12. Ortega- Garcia J, Perales JE, Careceles-Alvarez A, Sanchez-Sauco MF, Villalona S, Mondejar-Lopez P, et al. Seguimento a largo plazo de un prigrama de prevencion y cesacion tabaquica en pacientes con fibrosis quística. Adiciones. 2016; 28 (2): 99-107.

13. Wu L, He Y, Jiang B, Zuo F, Lui Q, Zhang L, et al. Effectiveness of additional follow-up telephone counseling in a smoking cessation clinic in Beijing and predictors of quitting among Chinese male smokers. Wu et al. BMC Public Health (2016) 16:63.

14. Momin B, Neri A, McCausland K, Duke J, Hansen H, Kahende J. Traditional and Innovative Promotional Strategies of Tobacco Cessation Services: A Review of the Literature. Journal of Community Health.2014; 39 (4): 800-09.

15. Baker TB, Piper ME, Stein JH, Smith SS, Bolt DM, Fraser DL, Fi. et al. Effects of the Nicotine Patch vs. Varenicline vs. Combination Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation at 26 Weeks: A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2016; 315(4): 371-79.

16. Tulloch HE, Pipe AL, Els C, Clyde MJ, Reid RD. Flexible, dual-form nicotine replacement therapy or varenicline in comparison with nicotine patch for smoking cessation: a randomized controlled trial. BMC Med. 2016; 14: 80.

17. Bin Jiang, Yao He, Fang Zuo, Lei Wu, Qing-Hui Liu, Li Zhang,Chang-Xi Zhou, KK Cheng, Sophia SC Chan, et al. Effectiveness of varenicline and counselling for smoking cessation in an observational cohort study in China. BMJ Open 2016;6: e009381.

18. *Pérez-Milena A, Navarrete-Guillén AB, Mesa-Gallardo MI, Martínez-Pérez R, Leal-Helmling FJ, Pérez-Fuentes C*. Eficiencia de dos intervenciones motivacionales para la deshabituación tabáquica en adolescentes (breve e intensiva) realizadas en Institutos de Educación Secundaria. Adicciones, 2012; 24 (3): 191-200.

19. Chan SS, Wong DC, Cheung YT, Leung DY, Lau L, Lai V, et al. A block randomized controlled trial of a brief smoking cessation counselling and advice through short message service on participants who joined the Quit to Win Contest in Hong Kong. Health Educ Res. 2015; 30(4): 609-21.

20. Alba LH, Murillo R, Castillo JS. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. Salud pública de México. 2013; 55 (2): 196-206.

21. Denison E, Underland V, Mosdøl A, Vist G. Cognitive Therapies for Smoking Cessation: A Systematic Review. 2017. [Internet]. [Consultado 20 de mayo del 2018]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0098798/pdf/PubMedHealth_PMH0098798.pdf

22. Stanton A, Grimshaw G. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 23; (8):CD003289.

23. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Oct 12; (10):CD009670.

24. Fernández IG, García MP, Sanz J. Cuanta más psicología, mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitiva conductual intensiva y menos intensiva. Rev. clínica y salud. 2014; 25(1): 1-10.

25. Warnier MJ, van Riet EE, Rutten FH, De Bruin ML, Sachs AP. Smoking cessation strategies in patients with COPD. Eur Respir J. 2013; 41(3): 727-34.

26. Peña P, Zagolin M, Acuña M, Navarrete S, Bustamante P, Canals Andrea. Factores asociados con el éxito de la terapia antitabaco en pacientes tratados con vareniclina: 10 años de experiencia en un programa multidisciplinario. Rev. méd. 2016; 144 (8): 965-71.

27. Steven S Fu, Michelle van Ryn, David Nelson, Diana J Burgess, Janet L Thomas, Jessie Saul, et al. Proactive tobacco treatment offering free nicotine replacement therapy and telephone counselling for socioeconomically disadvantaged smokers: a randomised clinical trial. Thorax. 2016; 71 (5):446-53.

28. Piper ME, Fiore MC, Smith SS, Fraser D, Bolt DM, Collins LM, et al. Identifying effective intervention components for smoking cessation: a factorial screening experiment. Addiction. 2016; 111(1):129-41.

29. Apollonio D, Philipps R, Bero L. Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2016; 23; 11:CD010274.

30. Kathryn Faulkner, Stephen Sutton, James Jamison, Melanie Sloan, Sue Boase, Felix Naughton. Are Nurses and Auxiliary Healthcare Workers Equally Effective in Delivering Smoking Cessation Support in Primary Care? Nicotine Tob Res. 2016; 18 (5): 1054-60.

31. Mdege ND, Chindove S. Effectiveness of tobacco use cessation interventions delivered by pharmacy personnel: a systematic review. Res Social Adm Pharm. 2014; 10 (1): 21-44.

32. Bonilla L, Franco D, Neira N, Obando L. Persistencia de la conducta de fumar en jóvenes universitarios. Revista de grafías. 2015; (28): 7-20.

33. Peña P, Mónica Z, Acuña M, Navarrete S, Bustamante P, Suárez C, et al. Resultados de un programa multidisciplinario para el control del hábito tabáquico. Rev. méd. Chile. 2013; 141(3): 345-352.

34. Organización Mundial De La Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2015. Colombia, 2015. [Internet]. [consultado el 19 de mayo del 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181425/1/WHO_NMH_PND_15.5_spa.pdf?ua=1&ua=1

35. Instituto nacional de salud. Ley nu□mero 1335 de 2009 (julio 21). 2009. Colombia. [Internet]. [Consultado el 19 de mayo del 2017]. Disponible en: http://media.utp.edu.co/atencionalciudadano/archivos/Ley%201335%20de%202009.pdf

36. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Guía de tratamiento del tabaquismo. [Internet]. [Consultado el 15 de enero del 2018]. Disponible en: https://issuu.com/formacionaxarquia/docs/5.guia_tabaquismo_version_castellano

37. Ministerio de Salud Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Buenos Aires, 2011. [Internet]. [Consultado el 15 de enero del 2018]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000072cnt-2017-08_guia-tratamiento-adiccion-tabaco.pdf

38. Principado de Asturias. Consejería de Salud y servicios sanitarios. Intervención en Tabaquismo desde la atención primaria en salud. Guía para profesionales. [Internet]. [Consultado el 15 de enero del 2018]. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Tabaco/Programa/Guia%20Antitabaco%20protegido.pdf

39. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resumen de política en tabaco. En: Resúmenes de política intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. Estilo de vida saludable y enfermedades no Transmisibles. [Internet]. [Consultado el 15 de enero del 2018]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/intervenciones-poblacionales-factores-riesgo-enfermedades-no-transmisibles.PDF

40. Ministerio de Salud y Protección Social. Resúmenes de política: Intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. Estilo de Vida Saludable y Enfermedades No Transmisibles. [Internet]. [Citado febrero 3 de 2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/intervenciones-poblacionales-factores-riesgo-enfermedades-no-transmisibles.PDF

41. Ministerio de salud Pública. Manual Nacional de abordaje del tabaquismo en el primer nivel de atención. [Internet]. [Citado febrero 3 de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/fctc/reporting/Annexsixurue.pdf

42. Organización mundial de la salud. Cesación del consumo de tabaco. [Internet]. [Citado febrero 3 de 2016]. Disponible en: file:///C:/Users/Familia%20Nore%C3%B1a/Downloads/Manual_cesacion_MinSal.pdf

43. Ministerio de salud y protección social. Programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo. Bogotá, 2017. [Internet]. [Consultado el 16 de enero del 2018]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/programa-cesacion-tabaco.pdf

44. Fu SS, Van Ryn M, Nelson DJ, Burgess D, Thomas J, Saul J et al. Proactive tobacco treatment offering free nicotine replacement therapy and telephone counselling for socioeconomically disadvantaged smokers: a randomised clinical trial. Thorax. 2016; 71(5): 446-53.

45. Jiang B, Yao H, Zuo F, Wu L, Liu Q, Zhang L, et al. Effectiveness of varenicline and counselling for smoking cessation in an observational cohort study in China. BMJ Open. 2016: 1-9.

46. Faulkner K, Sutton, Jamison J, Sloan M, S Boase S, Naughton F. Are Nurses and Auxiliary Healthcare Workers Equally Effective in Delivering Smoking Cessation Support in Primary Care? Nicotine & Tobacco Research. 2016; 18(5): 1054-60.

47. Dadirai ND, Chindove S. Effectiveness of tobacco use cessation interventions delivered by pharmacy personnel: A systematic review. Res Social Adm Pharm 2014; 10 (2014): 21-44.

48. Rice VH, Hartmann J, Stead L. Nursing interventions for smoking cessation (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2013; 12 (8): 1-16.

49. López A. Intervention for Smoking Cessation. Am Fam Physicia. 2014; 74(2):.262-271.

50. Mrozowicz D, Sanz M, Carballo J. Efectividad de un Tratamiento Conductual de Deshabituación Tabáquica. Revista de psicología de la salud. 2013; 1(1): 65-83.

51. Hamadeh RR, Ahmed J, Maha A, Bucheeeri S. Quit tobacco clinics in Bahrain: smoking cessation rates and patient satisfaction. Tobacco induced diseases. 2017; 15 (7): 1-7.

52. Bello S, Chamorro H, Orellana MDLÁ, Cisternas L, Salinas M. Experiencia de un programa de cesación del tabaquismo en el Instituto Nacional del tórax. Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias. 2015; (31): 94- 100.

53. Hun Vásquez M, Gil Exstremera B, Ginés Ramirez E. Intervención especializada versus intervención mínima en deshabituación tabáquica en Atención Primaria. Avda. 2014; 99(792): 75-77.

54. Gutiérrez L, Otero L, Del Amo M, Ayesta J. Evaluación de una intervención para dejar de fumar en personas con enfermedad mental. Rev. Esp. Salud Pública. 2013; 87 (6): 629-38.

55. Parodi C, Llambí M, Barros M, Esteves E. Medición de monóxido de carbono en la unidad de cesación de tabaquismo: lecciones. Arch Med Int.2013 35(2): 33-37.

56. Pérez F, Cardeñoso CA, García JV, Cobos J, Lobo N, Villa R. Efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar aplicado en atención primaria. Gac Sanit. 2014; 28 (3): 222-24.