

SALUD PÚBLICA**CESE DEL FUMADO:
TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS**

Sebastián Calvo Fonseca*
 Montserrat Sanabria Calvo**
 Marcela Gálvez Lizano***

SUMMARY

There is consistent evidence that the individual council increases the probability to cease smoking compared to the intensive support. Ever more if this council is personalized, in periodical seasons (6 to 8 ideally) of 31 to 90 minutes, given by health personnel and especially by doctors. If it is possible it's got to be proactive. It's been seen that even if the nicotine replacement added to the individual therapy augments the ceasing of smoking, the augmentation is not relevant compared to the individual therapy alone. And this one being available ubiquitously is

the treatment by excellence to quit smoking (Evidence type A).

Key Words: Smoke cessation, European Guides, Cochrane, Non pharmacological.

**GUÍAS EUROPEAS
DE CESE DE
FUMADO 2004**

Estas fueron realizadas con base en diferentes meta-análisis con diferentes poblaciones, de por lo menos 5 meses de

duración, estudiando la terapia no farmacológica (como consejo médico intensivo o psicoterapia de grupo) e indican que esta tuvo un porcentaje de abstinencia del 22,1 % y 13,9% respectivamente; lo cual fue mayor que en el grupo control. Además estas intervenciones no farmacológicas superan en porcentaje de abstinencia a terapias como parche de nicotina, y casi iguala al chicle de nicotina. (Ver Anexo 1)

* Médico General, Código 12400 Universidad de Costa Rica. Servicio de Emergencias Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, Cartago, Costa Rica.

** Médico General, Código 12605 Universidad de Ciencias Médicas. Médico EBAIS Unibe. Cartago, Costa Rica

*** Médico General, Código 12333 Universidad de Costa Rica. Médico EBAIS Unibe. Cartago, Costa Rica.

Intervention/control group	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate in the intervention group (95% C.I.) (%)	Estimated abstinence rate in the control group (%)
Physician high intensity counselling (> 10 minutes) versus no person-to-person contact	2.3 (2.0, 2.7)	22.1 (19.4, 24.7)	10.9
Bupropion versus placebo	2.1 (1.5, 3.0)	30.5 (23.2, 37.8)	17.3
Nicotine patch versus placebo	1.9 (1.7, 2.2)	17.7 (16.0, 19.5)	10.0
Combination of who NRTs versus one NRT	1.9 (1.3, 1.8)	28.6 (21.7, 35.4)	17.4
Nicotine gum versus placebo	1.5 (1.3, 1.8)	23.7 (20.6, 26.7)	17.1
Group counselling versus no special format	1.3 (1.1, 1.6)	13.9 (11.6, 16.1)	10.8
Physician advice to quit (average length of intervention ≤ 3 minutos) versus no advice to quit	1.3 (1.1, 1.6)	10.2 (8.5, 12.0)	7.9
Proactive telephone counselling versus no special format	1.2 (1.1, 1.4)	13.1 (11.4, 14.8)	10.8
Self-help interventions versus no special format	1.2 (1.02, 1.3)	12.3 (10.9, 13.6)	10.8

Data obtained from: Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service, 2000.

PROGRAMAS DE AUTOAYUDA

Una revisión de Cochrane que incluyó 11 ensayos (N13.733 pacientes) comparaba programas de autoayuda con programas de ninguna intervención. Este concluye que los programas de autoayuda proporcionan un modesto pero significativo beneficio para dejar de fumar (odds ratio [OR], 1,24; 95% intervalo de confianza [IC]: 1,07 a 1,45). Además no se observó beneficio extra al agregar autoayuda a los programas cara a

cara o de reemplazo de nicotina. (NRT). En la misma revista, un meta-análisis de los datos de los ensayos de 20.414 pacientes indica que los materiales adaptados a los pacientes individualmente resultó en un beneficio pequeño pero significativo (OR, 1,42; 95% CI, 1,26 a 1,61).

Asesoramiento telefónico: un meta-análisis de 27 ensayos controlados aleatorios sobre el asesoramiento telefónico preventivo o reactivo en fumadores y exfumadores recientes, cuya medida de resultado fue la abstinencia de 6

meses o más de fumar. Arrojó los siguientes resultados:

- el asesoramiento telefónico aumentó significativamente dejar de fumar en comparación con las tasas de intervención menos intensiva (OR, 1,56; 95% CI, 1,38 a 1,77).
- No existe ningún beneficio significativo fue obtenido mediante la adición de soporte telefónico para una intervención cara a cara o NRT.
- En una actualización posterior a esa meta-análisis, que incluyó 48 ensayos, se demostró que entre los fumadores que iniciaron las llamadas a las líneas de dejar de fumar, la abstinencia se mejoró en los participantes asignados al azar al recibir múltiples llamadas devueltas (proactivo) por parte de los consejeros (OR = 1,41, IC del 95% CI, 1,27 a 1,57).
- El asesoramiento proactivo de los que no iniciaron las llamadas también se incrementó en comparación con el control (OR 1,33, IC 95%, 1,21 a 1,47).
- Este análisis reveló además una relación dosis-respuesta: 1 o 2 llamadas no tuvo beneficio significativo para la mejora de las tasas de abandono, pero más 3 de llamadas resultó en la mejora las probabilidades de abstinencia (OR, 1,38;

95% CI, 1,23 a 1,55).

Los resultados de los meta-análisis originales que muestran que ningún beneficio significativo se logró mediante la adición de apoyo telefónico a otras intervenciones deben ser interpretados con precaución, ya que los estudios más recientes han mostrado más resultados positivos.

- Beneficios significativos a corto plazo (3 meses) se observaron en un estudio en el que el asesoramiento telefónico se añadió a la NRT de las mujeres de bajos ingresos.
- En otro estudio, la atención telefónica dio lugar a un mayor uso de programas de asesoramiento para dejar de fumar y la farmacoterapia y también mejoró significativamente a largo plazo el cese.

ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

Sansores, Pérez y Ramírez (2010) indican en sus guías que parte del tratamiento del tabaquismo es la terapia conductual. Las terapias individuales como: el apoyo “en línea” (internet) en un análisis agrupado indica que solamente las intervenciones dirigidas a fumadores motivados para dejar de fumar son efectivas

(RR 1.3; IC95%; 1-1.7). Pero se requiere más investigación en esta dirección. Una revisión de Stead y Lancaster dice que hay mayor efecto del programa grupal que la autoayuda (RM 2.04; IC95%; 1.60-2.60) y no encontraron diferencias con el consejo individual de la misma intensidad. En el 2008 Lancaster T y Stead LF: “Meta-análisis de ensayos realizados por Cochrane Tobacco Addiction Group, sobre Terapia conductual y consejo individual para dejar de fumar” Analizan ensayos clínicos cuyas características tienen que ser: Aleatorizados (30 ensayos con 7000 participantes), comparan fumadores que reciben consejo médico o especialista por 6 meses vs. al menos 1 tratamiento farmacológico. 22 estudios comparan consejo individual con contacto mínimo. Los principales resultados fueron que el consejo individual fue más efectivo que el control con RR para dejar de fumar a largo plazo de 1.39, intervalo de confianza 95%(IC) de 1.24 a 1.57. Y 4 ensayos de pacientes con tratamiento farmacológico (terapia de reemplazo de nicotina) tuvieron menor efecto con RR 1.27 y con IC 95% de 1.02-1,59. Hay evidencia consistente que el consejo individual incrementa la probabilidad de dejar de fumar comparado con soporte intensivo. Tanto por parte de los ensayos de terapia no farmacológica como

autoayuda, consejo individual, consejo telefónico proactivo o consejo de grupo muestra odds ratio de éxito para dejar de fumar con consejo individual de 1.7 comparado con no hacer ninguna intervención (IC 95% 1.4-2.0). Los resultados son similarmente efectivos si se da por un médico (OR 2.2, 95% CI 1.5 - 3.2) o por psicólogos, trabajadores sociales y consejeros (OR 1.7, 95% CI 1.3 - 2.1). Las tasas de cesación de fumado fueron más altas en pacientes con enfermedades cardiovasculares. En muchos de estos estudios se concluye que no difiere la respuesta según qué tan intensiva sea la terapia, y si es vía telefónica también es efectivo. En ensayos donde además del consejo individual se dio terapia de reemplazo de nicotina se tuvo tasas más altas de cese de fumado que los que solo evaluaban terapia no farmacológica sin embargo, en riesgo absoluto ambos tipos de estudios tiene resultados similares en el efecto de dejar de fumar, por lo que apoya que la terapia no farmacológica es suficientemente efectiva.

Terapia Individual:

En las *Guías de Fiore* se reporta una RM de 1.3 (IC95%; 1.1-1.6), con un índice estimado de abstinencia de 10.2%. Además indica que el tiempo de contacto en cada sesión es proporcional a la efectividad de la intervención.

El mayor impacto se consigue cuando el contacto es de 31 a 90 minutos. Y que más de ocho sesiones incrementan la probabilidad de dejar de fumar en 25%, en comparación a darle una sesión o ninguna (RM 2.3; IC95%; 2.1-3.0).

El soporte social:

Brothers y Borrelli (2011) realizaron un estudio en pacientes latinos fumadores sobre el estatus de pareja (ausencia /presencia de pareja) y el soporte positivo se encuentran estrechamente relacionados con el cese de fumado, el miso indica que:

- 30% de aquellos pacientes con pareja versus 14.3% de aquellos sin pareja cesaron el fumado.
- 43.5% de aquellos con altos niveles de soporte positivo en su entorno lograron dejar de fumar vs. 17.4% de aquellos con un nivel de soporte percibido como bajo.
- pacientes sin pareja, los niveles de cese de fumado son mayores en aquellos con un nivel bajo de depresión (37%) que en aquellos con niveles altos de depresión (9%; con OR= 1.147, 95% intervalo de confianza= 1.031-1.276, p < .02).
- En pacientes con pareja, no se encontraron diferencias significativas entre aquellos con/sin depresión.

LAS INTERVENCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA (EL CONSEJO MÉDICO)

En el meta análisis realizado por Sheinfield revisaron 37 artículos y concluyeron que la abstinencia aumenta si se da consejo médico por parte de un personal de salud y aún más si es por parte de un médico. Que la única intervención que queda clara en todas las guías y tiene un nivel de evidencia A, es el consejo médico. Que es Independiente de la disponibilidad de medicamentos, el consejo médico y la terapia grupal pueden aplicarse en todos los países. Y que la Intervención oportuna por parte de médicos de atención primaria en Estados Unidos podría llevar a dejar de fumar en casi 2 millones de pacientes cada año.

Los programas de ejercicio: la revisión Cochrane estudió el impacto de las intervenciones basadas en ejercicios solos o en combinación con los programas para dejar de fumar en estudios aleatorizados que demostraron significativamente mejor abstinencia al final del tratamiento y a los 3 meses de seguimiento, sólo un estudio, en mujeres, demostró beneficios significativos a largo plazo, estudio realizado por Marcus y sus colegas, con 14 281 las mujeres fumadoras. Consistía en terapias cognitivas y de comportamiento combinadas

con 3 sesiones de supervisión vigorosa de ejercicio por semana vs. terapia cognitiva conductual y 3 conferencias de educación sanitaria a la semana pero nada de ejercicio. El grupo de ejercicio demostró significativamente más altas tasas de abstinencia continua en comparación con las sujetos control al final del tratamiento (12 semanas) (19,4% vs 10,2%; P= 0,03), a los 3 meses (16,4% vs 8,2%; P= 0,03), y en 1 año (11,9% vs 5,4%; P= 0,05). Además se concluye que la mayoría de los ensayos disponibles son demasiado pequeños para ofrecen una prueba concluyente en apoyo del ejercicio como un eficaz intervención, o no incluyen una intervención de ejercicios de intensidad suficiente para lograr los resultados deseados. Aunque el estudio de Marcus y colegas sugiere que el uso de ejercicio puede ser una prometedora para dejar de fumar, intervención, más ensayos bien diseñados son necesarios para ofrecer recomendaciones más concluyentes.

PROGRAMAS PARA EVITAR RECAÍDAS

Mayer et al, analizan estudios diseñados para sujetos que finalizaron exitosamente el programa de cese de fumado en su lugar de trabajo. Con criterios de inclusión como haber participado

en el programa de cese de fumado, reportar abstinencia en las últimas 4 semanas y el deseo de participar en el programa. Los participantes se aleatorizaron en dos diferentes programas: un programa de consejo del grupo de trabajo (WGC) /un programa proactivo de llamadas telefónicas (PPC). El estudio se mantuvo durante los siguientes 9 meses. Los pacientes en el grupo PPC tenían una edad promedio de 40.4 años, 78.4% fueron hombres, con una edad de inicio de fumado en promedio de 17.2 años. Los sujetos del grupo WGC tenían edad promedio de 40.7 años, 71.6% hombres y edad promedio de inicio de 17.4 años. (Diferencias no estadísticamente significativas entre ambos grupos). Los resultados no demostraron diferencias significativas entre las tasas de abstencionismo de ambos: 57.5% en el grupo PPC y 61.7% en el grupo WGC. Una variedad de nuevos enfoques no farmacológicos se han intentado para adaptar las intervenciones para dejar de fumar a las características y necesidades de cada paciente. Estos enfoques incluyen la creación de programas individualizados basados en la información recogida del paciente y, a menudo utilizan las nuevas tecnologías para facilitar la entrega. La disponibilidad de la tecnología informática ha facilitado el crecimiento de programas individualizados

y también ha hecho que este proceso sea menos costoso como: adaptación del tratamiento, intensificación de intervenciones y tecnologías de información Internet.

RESUMEN

Hay evidencia consistente que el consejo individual incrementa la probabilidad de dejar de fumar comparado con soporte intensivo. Aún más si este es personalizado, en sesiones periódicas (de 6 a 8 idealmente) de 31 a 90 minutos, proporcionadas por personal de salud y aún más si es por un médico. Y de ser posible este debe ser proactivo. Se ha visto que a pesar de aumentar las tasas de cese de fumado el acompañar de algún tipo de dispositivo con Nicotina la terapia individual el aumento es poco significativo en comparación al aumento que conlleva la terapia individual únicamente. Y al estar ésta disponible ubicuamente es la terapia por excelencia para la cesación del fumado (Evidencia Grado A).

Palabras Clave: Cese fumado, Guías Europeas, Cochrane, no farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Becerra, N. Cañón, M. Vivas, J. (2010). Terapia farmacológica para el abandono del tabaquismo.
2. Brittany M. Brothers,B; Borrelli B. Motivating Latino Smokers to Quit: Does Type of Social Support Matter? American Journal of Health Promotion May/June 2011, Vol. 25, No. 5 Supplement
3. Hays J, E. J. (2010). Adverse Effects and Tolerability of Medications for the Treatment of Tobacco Use and Dependence. Drugs , 70 (18), 2357 - 2372.
4. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Review). Published by JohnWiley & Sons, Ltd.The Cochrane Library 2008, Issue 4
5. Mayer, C. et al. Smoking Relapse Prevention Programs and Factors That Predict Abstinence: A Controlled Study Comparing the Efficacy of Workplace Group Counselling and Proactive Phone Counselling. Journal Of Smoking Cessation. 2010; 5(1), 83–94.
6. Niaura, R. Nonpharmacologic Therapy for Smoking Cessation: Characteristics and Efficacy of Current Approaches. The American Journal of Medicine (2008) Vol 121 (4A), S11–S19
7. Otero, M°J. (2003). Capítulo VIII: Efectos adversos del tratamiento farmacológico del tabaquismo. En: Barrueco, M; et al. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid, ERGON, p. 241-268
8. Pérez, A; Clemente, M°L.; Herrero, I. (2003) Otras alternativas terapéuticas de utilidad en la deshabituación tabáquica. En: Barrueco, M; et all. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid, ERGON, p. 211-240.
- Universidad médica de Bogotá, 51 (2), 167-183.

9. ProvidersCancer Epidemiol Biomarkers Prev 2004;13:2012-2022.
10. Sansores RH, Pérez-Bautista O, Ramírez-Venegas A. Guías de atención médica para dejar de fumar. Una propuesta para Latinoamérica. Salud Publica Mex 2010;52 supl 2:S355-S365
11. Sheinfeld S.& J. Heck. Meta-analysis of the Efficacy of Tobacco Counseling by Health Care
12. WHO. WHO European Strategy for Smoking Cessation Policy. Revision 2004