

## Prevalencia del consejo antitabaco en un centro de atención primaria: comparación del registro en la historia clínica con lo referido por el usuario

G. Lumbreras García<sup>a</sup>, M.D. Mena Ruiz<sup>a</sup>, I. Calvo Álvarez<sup>a</sup>, I. Pérez Cano<sup>a</sup>, J. Sánchez Miró<sup>a</sup>, J. Molina París<sup>a</sup> y T. Sanz Cuesta<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Francia I. Fuenlabrada. Madrid. <sup>b</sup>Técnico de Salud de Atención Primaria. Área 9. Leganés. Madrid.

**OBJETIVO:** Estimar la prevalencia del consejo antitabaco en la población fumadora.

**DISEÑO:** Estudio observacional y transversal.

**ÁMBITO:** Atención primaria.

**SUJETOS:** Muestra aleatoria simple de 1.228 pacientes mayores de 14 años citados en el último año en las consultas de medicina o de enfermería.

**MEDICIONES:** Encuesta telefónica: edad, sexo, antecedentes médicos personales, nivel de estudios, existencia de consumo de tabaco, número de cigarrillos diarios, frecuencia asistencial, recepción de consejo antitabaco, motivo de consulta cuando lo recibió, estamento profesional que lo proporcionó y actitud frente al consejo. Historia clínica: registro del consejo.

**RESULTADOS:** Se obtuvieron 563 encuestas válidas. La población fumadora representa el 37% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 33-41%), con una edad media  $\pm$  desviación estándar (DE) de  $33,37 \pm 18,14$  años. El 39,1% de los varones y el 36,1% de las mujeres fuman. La prevalencia del consejo antitabaco según el usuario es del 62,3% (IC del 95%, 56-69%). Existe poca concordancia entre el consejo referido por el paciente y lo registrado en la historia clínica (índice kappa de 0,149;  $p = 0,01$ ). La edad media de los pacientes aconsejados ( $34,8 \pm 10,89$  años) fue mayor que la de los que no lo recibieron ( $30,9 \pm 11,35$  años). El 70% de los pacientes que frecuentan la consulta más de tres veces al año refieren haber recibido consejo (el 50% de los pacientes cuando acudieron menos de tres veces al año). El 78,3% de los pacientes que recibieron consejo refiere haberlo recibido cuando consultó por un motivo relacionado con el tabaco. Según el paciente, el estamento que mayoritariamente da el consejo es el médico (76,7%). La población fumadora que abandona el tabaco después del consejo es del 32,55%, de ellos sólo un 6,2% durante más de 6 meses.

**CONCLUSIONES:** La población fumadora de nuestro centro de salud representa un porcentaje similar al de la población general. La prevalencia del consejo antitabaco referida por el usuario es superior al obtenido en otros estudios, pero claramente mejorable. Existe un infraregistro del consejo antitabaco en nuestras historias clínicas si lo comparamos con lo referido por el usuario. Los fumadores que recibieron más consejo son los más frecuentadores y los que consultaron por un motivo relacionado con el tabaco. Quien mayoritariamente da el consejo es el médico.

**Palabras clave:** Consejo antitabaco. Tabaco. Registro. Hábito tabáquico.

Prevalence of anti-smoking counseling in a primary care clinic: comparison of patient charts with patient reports

**OBJECTIVE:** To estimate the prevalence of anti-tobacco counseling of smokers.

**DESIGN:** Cross-sectional, descriptive study.

**SETTING:** Primary care center.

**SUBJECTS:** Random sample of 1,228 patients over 14 years of age who visited a doctor or nurse over the year prior to the study.

**MEASURES:** 1) Telephone interview: age, sex, medical history, education, smoking status, number of cigarettes daily, frequency of visits to the doctor, receipt of anti-smoking advice, reason for seeking medical care, the type of professional who saw the patient and the patient's attitude toward the advice. 2) Patient chart: record of advice given.

**RESULTS:** Five hundred sixty-three questionnaires were valid. Smokers made up 37% (95% CI 33%-41%) of the population, with a mean age of 33.37 (18.14 years; 39.1% of men and 36.1% of the women smoked). The prevalence of anti-smoking counseling according to the patient was 62.3% (95% CI: 56-69%). There was little agreement between counseling as reported by the patients and as recorded in the patient's chart (kappa index 0.149,  $p = 0.01$ ). The mean age of patients advised to quit ( $34.8 \pm 10.89$  years) was higher than that of those who did not receive advice to quit. Seventy percent of patients who came to the clinic more than 3 times per year reported having been advised to quit, whereas 50% of those who came fewer than 3 times per year were so advised. Among patients who were advised to quit, 78.3% said the advice came when they had come to the clinic about matters related to smoking. According to patients, advice was usually given by a doctor (76.7%). After being advised to quit, 32.55% of the smokers did so, 6.2% of them for longer than 6 months.

**CONCLUSIONS:** The percentage of smokers at our clinic is similar to that in the general population. The prevalence of anti-smoking counseling reported by the user is greater than that reported in other studies, but can clearly be improved. Anti-smoking advice is underreported in our patient charts in comparison with patient reports. The patients who receive advice most often are those who come to the clinic frequently and those who come for smoking-related problems. Physicians are the professionals who most often advise patients on smoking.

**Key words:** Anti-smoking advice. Smoking. Patient charts. Smoking addiction.

## Introducción

El tabaquismo constituye la primera causa de muerte prematura y evitable en países desarrollados<sup>1,3</sup>. Se estima que ha causado más de 60 millones de muertes en la segunda mitad del siglo XX sólo en los países desarrollados<sup>1</sup>.

La Asamblea Mundial de la Salud acordó en su reunión de 1986 que el hábito de fumar y cualquier otra forma de uso del tabaco es incompatible con el objetivo de estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de "salud para todos en el año 2000"<sup>2</sup>. Hoy día se considera probada la efectividad del consejo antitabaco en el abandono del hábito de fumar, y ésta oscila, al menos durante un año, entre un 5 y un 8%<sup>1,3</sup>. Además, teniendo en cuenta que el 70% de los fumadores acude a la consulta de atención primaria al menos una vez al año y, como media, cuatro veces, las oportunidades del médico de familia para ofrecer consejo antitabaco a sus pacientes son muy elevadas<sup>1,3-6</sup>. Sin embargo, el 90% de los fumadores que abandonan el tabaco lo hace sin ningún apoyo profesional, y sólo uno de cada dos tiene la percepción de haber sido aconsejado por su médico de cabecera<sup>6</sup>. La forma habitual de evaluar las actividades preventivas desarrolladas en atención primaria es a través del registro en las historias clínicas. Una forma alternativa de evaluar esta actividad es utilizar el informe del usuario. Éste puede ser útil como sustituto y como complemento de otras fuentes de información para la construcción de indicadores que pueden servir para comparar de forma válida a profesionales e instituciones y para monitorizar cambios. Nos permitiría obtener información sobre la asistencia recibida de forma independiente del registro clínico<sup>7</sup>. Con el objetivo de estimar la prevalencia del consejo antitabaco se realizó un estudio en la población fumadora que acudió a un centro de salud durante el período de un año. Como objetivos secundarios se establecieron: determinar la frecuencia de hábito tabáquico, comparar la frecuencia del consejo antitabaco según características poblacionales (edad, sexo, consumo diario, nivel de frecuentación y nivel de estudios), conocer la fuente de la que se recibe el consejo y el motivo de consulta cuando lo recibió, así como estimar el grado de concordancia entre la frecuencia de consejo antitabaco referida por el paciente y la registrada en la historia clínica. Por último, se analizó la actitud del paciente tras recibir el consejo.

## Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional y transversal. Los sujetos de estudio fueron los pacientes mayores de 14 años adscritos al Centro de Salud Francia I del Área 9 de Madrid que se habían citado al menos una vez en las consultas de medicina general o de enfermería entre el 1 de agosto de 1998 y el 31 de julio de 1999. Para su selección se utilizó la base de datos del Sistema Informatizado de Citación en Atención Primaria (SICAP) y en los casos en que no se encontró teléfono, o éste era erróneo, la base de datos de la Tarjeta Sanitaria.

Fueron criterios de exclusión: carecer de teléfono o disponer de un número incorrecto, no haber acudido a consulta en el último año, discapacidad para responder y fallecimiento. Se

consideraron pérdidas: pacientes con los que no se consiguió contactar tras tres intentos de llamada en diferentes franjas horarias en 3 días distintos (incluidos fines de semana) o negarse a colaborar.

El cálculo del tamaño muestral se realizó para estimar la frecuencia de consejo antitabaco en fumadores. Para ello se utilizó la fórmula de estimación de proporciones en poblaciones finitas y se determinó un intervalo de confianza (IC) del 95% y un error máximo admitido del 5%. Según un estudio piloto realizado con 50 usuarios, la frecuencia de consejo se estimó en un 64%. Con estos parámetros el tamaño necesario resultante fue de 342 usuarios fumadores. El marco muestral para la obtención de la muestra fue la base de datos de usuarios mayores de 14 años citados alguna vez en el centro de salud en un año. Según el estudio piloto, el 28% de estos usuarios es fumador, el 46% no fumador y el 26% no fue localizado o no quiso colaborar. Por ello, para obtener 342 fumadores se seleccionó inicialmente a 1.221 usuarios mediante un muestreo aleatorio simple.

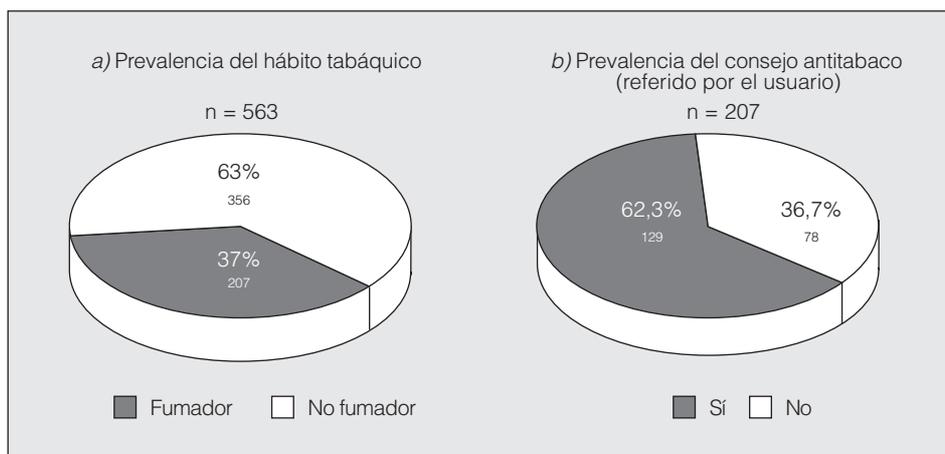
Los datos se obtuvieron de dos fuentes distintas: a partir de una encuesta telefónica y de la revisión de las historias clínicas.

Mediante la encuesta telefónica se preguntaron datos sobre 12 variables que incluían: existencia de consumo de tabaco en el último año, número de cigarrillos consumidos diariamente, sexo, edad, antecedentes médicos personales, nivel de estudios, recepción del consejo en el último año, motivo de consulta cuando se recibió, estamento que dio el consejo, número de visitas al centro de salud en el último año, actitud ante el consejo y tiempo de abstinencia en caso de seguir el consejo. Se consideró "fumador en el último año" aquel que había fumado uno o más cigarrillos/día durante el último año. Se consideró "motivo relacionado con el tabaco": enfermedad respiratoria, otorrinolaringológica o cardiovascular; tumores relacionados con el tabaco, y embarazo. A partir de la revisión de las historias clínicas se recogió el registro de consejo antitabaco. Las encuestas telefónicas fueron realizadas por tres médicos del grupo investigador en una franja horaria de 10:00 a 14:00 h de lunes a sábado y de 15:00 a 21:00 h en días laborables. La revisión de historias clínicas fue realizada por otros tres médicos del grupo investigador, sin conocer previamente los resultados de las encuestas telefónicas y sin ser los profesionales sanitarios habitualmente asignados a los pacientes.

Los datos se almacenaron en una base de datos ACCESS y se analizaron mediante programa SPSS, con cálculo de frecuencias relativas para las variables cualitativas y medias con desviación estándar para las variables cuantitativas. Las pruebas estadísticas que se utilizaron fueron las pruebas de la  $\chi^2$  y de la t de Student con un nivel de significación del 5%. Se utilizó el índice kappa para estimar las concordancias entre lo referido por el paciente y lo registrado en la historia clínica. También se realizó un análisis multivariante utilizando un modelo de regresión logística con el método ENTER incluyendo las variables que resultaron significativas ( $p < 0,05$ ) en las comparaciones bivariantes.

## Resultados

Se obtuvo una muestra de 1.228 pacientes de la que se excluyó a 280 por no tener teléfono o disponer de un número erróneo y a 49 porque, aunque fueron citados, no acudieron a consulta en el último año, con lo que quedó una muestra de 899 pacientes. De este total se perdió a 316 por no conseguir contactar con ellos tras tres llamadas telefónicas en distinta franja horaria y a 20 por no querer colaborar en el estudio. El número total de encuestas que se pudo completar fue de 563



Figs. 1a y b. Prevalencia de hábito tabáquico y del consejo antitabaco.

(62,6%).

Una vez realizadas las encuestas se obtuvieron los siguientes resultados: 197 (35%) eran varones y 366 (65%) mujeres. La edad media fue de 37,98 años con una desviación estándar (DE) de 16,3. El 36,9% de los usuarios acudió menos de tres veces al año y el 63,1%, más de tres.

Con respecto a su hábito tabáquico el 37% eran fumadores (207 de 563 pacientes) (IC del 95%: 33-41%) (fig. 1a). La edad media (DE) de éstos fue de 33,37 (18,14) años. El 39,1% de los varones eran fumadores frente al 36,1% de las mujeres.

La frecuencia de consejo antitabaco referido por el usuario fue del 62,3% (129/207 pacientes) (IC del 95%, 56-69%) (fig. 1b). El grado de concordancia en la realización del consejo antitabaco entre lo referido por el paciente y lo registrado en la historia clínica obtuvo un índice kappa de 0,149;  $p = 0,011$  (tabla I).

La frecuencia de consejo antitabaco se analizó según características poblacionales (tabla II).

Los pacientes más frecuentadores (aquellos que han acudido a consulta más de tres veces al año) refieren un mayor porcentaje de consejo (70%), frente al referido por los pacientes que han acudido menos de tres (50%) ( $p = 0,004$ ). La edad media (DE) de los pacientes que recibieron consejo fue de 34,8 (10,89) años y la de los que no lo recibieron, de 30,9 (11,35);  $p = 0,016$ . El análisis de regresión logística puso de manifiesto que la edad y la frecuentación se asocian de forma significativa e independiente con la frecuencia de consejo. En la tabla III se puede observar que la edad, a pesar de ser estadísticamente significativa, aumenta pero de forma escasa la probabilidad de recibir consejo (*odds ratio* [OR] = 1,038; IC del 95%, 1,009-1,067) mientras que la frecuentación mayor o igual a tres visitas/año aumenta esta probabilidad en 2,351 veces (IC del 95% de la OR, 1,289-4,288).

El consumo medio (DE) de cigarrillos al día de los pacientes que recibieron consejo fue de 16,5 (10,53) y el de los que no lo recibieron fue de 13,9 (9,02);  $p = 0,074$ .

Tampoco se hallaron diferencias significativas al analizar la población que recibe consejo según sexo y

nivel de estudios.

De los pacientes que refieren haber recibido consejo, es de destacar que el 78,3% lo recibió cuando acudió a

TABLA I  
Concordancia entre el consejo referido por el usuario y el registrado en la historia clínica

Consejo referido por el paciente	Consejo registrado en la historia clínica		Total (n)
	Sí N (%)	No N (%)	
Sí N (%)	44 (37,3%)	74 (62,7%)	118
No N (%)	13 (19,4%)	54 (80,6%)	67
Total (n)	57	128	185

TABLA II  
Consejo antitabaco según sexo, nivel de estudios y frecuentación

	Reciben consejo (n,%)	No reciben consejo (n,%)	Grado de significación
Sexo			
Varón	50 (64,9%)	27 (35,1%)	$p = 0,55$
Mujer	79 (60,8%)	51 (39,2%)	
Estudios			
Ninguno-Primario	73 (70,9%)	30 (29,1%)	$p = 0,06$
Medios	50 (54,9%)	41 (45,1%)	
Superiores	6 (54,5%)	5 (45,5%)	
Frecuentación			
< 3 veces/año	38 (50%)	38 (50,0%)	$p = 0,004$
≥ 3 veces/año	91 (70%)	39 (30,0%)	

TABLA III  
Efecto de la edad y de la frecuentación en la probabilidad de recibir consejo

Modelo	OR	IC del 95%	-2 LL	p
Edad	1,034	1,007-1,062	266,8	0,013
Visitas	2,213	1,232-3,976	264,1	0,007
0: < 3/año				
1: ≥ 3/año				
Edad	1,038	1,009-1,067	256,6	0,007
Visitas	2,351	1,289-4,288		0,005

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza; -2LL: -2 log likelihood.

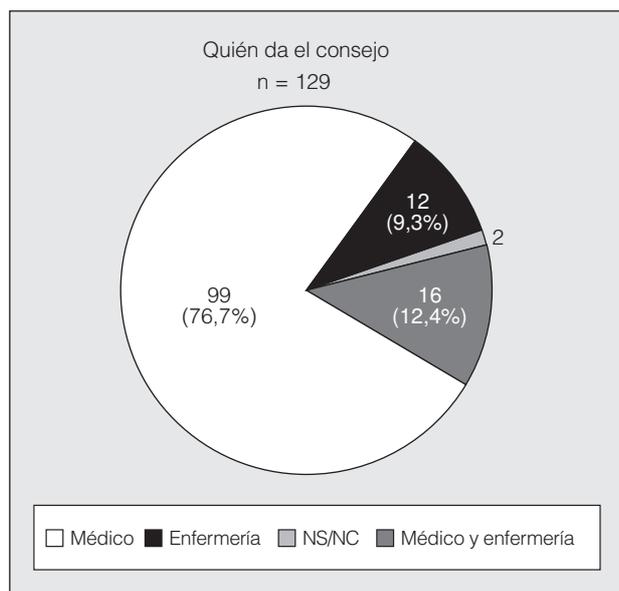


Fig. 2. ¿Quién da el consejo?

consulta por un motivo relacionado con el tabaco; el 20,1% cuando el motivo no estaba relacionado con el tabaco y el 1,6% no lo recuerda.

Al analizar la fuente emisora del consejo, se observó que en un 76,7% era el médico, en un 9,3% el ATS-DUE, en un 12,4% el médico y ATS-DUE y, finalmente, un 1,6% no lo recuerda (fig. 2).

La actitud del paciente tras recibir el consejo se resume en la tabla IV, aunque cabe mencionar que un 70% de los fumadores había dejado de fumar (32,5%) o tenía el planteamiento de abandonar el hábito tabáquico, pero no lo había hecho (38%).

## Discusión

En España, según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud de 1997<sup>8</sup>, la prevalencia de tabaquismo entre la población española de 16 años o más fue del 35,7%. En el estudio realizado en nuestro centro de salud se ha obtenido una prevalencia del 37%, bastante aproximada a la de la Encuesta Nacional. El 39,1% de los varones y el 36,1% de las mujeres fuman (diferentes valores se obtienen en la Encuesta Nacional de Salud de 1997: un 44,8% de varones y 27,2% de mujeres). Esta diferencia se puede deber al aumento del hábito entre las mujeres jóvenes y a que, en nuestro estudio, la edad media de la población fumadora (33,37 años [18,14]) probablemente sea menor que la de la población fumadora de la Encuesta Nacional de Salud.

El porcentaje de fumadores que referían haber sido aconsejados (62,3%) fue superior al obtenido por Cabezas et al<sup>9</sup> (50,9%) en Barcelona y muy superior al 25,4% obtenido en la Encuesta de Drogodependencia de la Generalitat de Cataluña en 1990<sup>10</sup>, pero inferior al 89% obtenido por Goldstein y Niaura<sup>6</sup>. Por contra, se obtuvo una pobre concordancia entre lo referido por el paciente y lo registrado en la historia clínica ( $\kappa =$

TABLA IV

### Actitud del paciente ante el consejo antitabaco

No se planteó el abandono	29,45%
Se planteó el abandono aunque no lo abandonó	38%
Abandonó	
< 30 días	13,17%
1 mes- 6 meses	13,17%
> 6 meses	6,21%
Total de abandono	32,55%

0,149). También se obtuvo un bajo registro del consejo en las historias clínicas en el estudio de Cabezas et al<sup>9</sup> que también se realizó sobre una muestra aleatoria de usuarios de un centro de salud. Este hecho podría tener su explicación en la saturación de las consultas de atención primaria con un tiempo de consulta que oscila entre 4 y 6 min por paciente y, por tanto, la ausencia de tiempo para realizar la intervención mínima antitabaco con registro de la misma que necesitaría por sí sola un tiempo mínimo de 3 a 5 min.

Los fumadores que recibieron consejo tenían mayor edad, valor similar al de otros trabajos<sup>9</sup>, con una mediana de 37,98 años, cifra influida por las características poblacionales, ya que la población del presente análisis es bastante joven. Observamos que el factor más importante a la hora de recibir consejo es la frecuentación; por contra, Cabezas et al<sup>9</sup> obtienen en este punto una significación marginal. Ante la sospecha de poder existir un factor de confusión entre edad y frecuentación se realizó un análisis de regresión logística y se observa que ambas se asociaban de forma significativa e independiente con la frecuencia de consejo antitabaco. No se han obtenido diferencias significativas al analizar la población que recibe el consejo respecto al sexo, nivel de estudios o número de cigarrillos consumidos al día. Probablemente debido a que el personal sanitario considera más importantes otras variables como la frecuentación, la edad y el tipo de motivo de consulta a la hora de aconsejar sobre el abandono de consumo de tabaco. Del total de pacientes que refieren haber sido aconsejados, obtenemos un mayor porcentaje (78,3%) de pacientes que acudieron a consulta por un motivo relacionado con el tabaco frente al 20,1% que refieren que el motivo de consulta no estaba relacionado con el tabaco (cifras similares a las de otros trabajos<sup>9,11</sup>). Es evidente que estos pacientes deben recibir la intervención mínima antitabaco, pero es de gran importancia también aconsejar a aquellos pacientes más jóvenes y/o sin enfermedad relacionada con el tabaco que además acuden con menos frecuencia a nuestras consultas y sobre los cuales podemos realizar una verdadera prevención primaria e incluso reafirmarles en su condición de no fumadores en caso de que así fuera.

Según lo referido por el paciente, llama la atención el bajo porcentaje de consejo que el paciente dice recibir por parte del personal de enfermería. Tal vez este dato esté sesgado por la falta de identificación del papel de enfermería por parte de la población y por la mayor importancia subjetiva que posiblemente da el paciente a la información que recibe del médico sobre todo en el seno de una consulta relacionada con el tabaco (mayor

impacto).

En múltiples trabajos se demuestra la efectividad de la intervención mínima antitabaco en el abandono del hábito de fumar, al menos durante un año, de un 5-8%<sup>1,3-5</sup>. En nuestro estudio la población fumadora que refirió abandonar el hábito tabáquico después de esta intervención fue del 32,6% y, de éstos, un 6,2% durante más de 6 meses.

A la hora de valorar los resultados obtenidos en el estudio debe tenerse presente la posibilidad de errores al tratarse de una encuesta telefónica así como la posibilidad de sesgos de memoria por parte del usuario o de engaños a la hora de confesar el consumo real, cuyo impacto se desconoce. Llama la atención el gran número de teléfonos erróneos detectados en la base de datos del centro de salud que han dificultado enormemente la realización de este trabajo y esperamos que haya servido para realizar una depuración de dicha base de datos.

Tras realizar este estudio, analizar los resultados y, teniendo en cuenta la oportunidad de ofrecer consejo antitabaco en las consultas de atención primaria, se considera oportuno recomendar que se debe insistir en su realización y, en su continuidad, incidir más en su registro en la historia clínica sin dejar de lado la importancia del resto de registros y, por último, extender su aplicación a toda la población evitando las influencias de las características poblacionales (edad, sexo, enfermedades previas, etc.).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Nebot M. Institut Municipal de la Salut Ajuntament de Barcelona. Los profesionales sanitarios y el tabaquismo. Jornadas sobre el consejo sanitario y unidades asistenciales para dejar de fumar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997; p. 3-10.
2. Salleras L, Pardell H. Consejo antitabaco. *Med Clin (Barc)* 1994; 102(Supl 1):109-17.
3. Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995; 155:1933-41.
4. Demers RY, Neale AV. The impact of physicians' brief smoking cessation counseling: a MIRNET study. *J Fam Pract* 1990;31:625-9.
5. Danis PG, Seaton TL. Helping your patients to quit smoking. *Am Fam Physician* 1997;55:1207-14.
6. Goldstein MG, Niaura R. Physicians counseling smokers. *Arch Intern Med* 1997;157:1313-9.
7. Saturno PJ, Sánchez JA, y Grupo de Trabajo del Proyecto PROSPER-5. El informe del usuario: un nuevo método para la evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 1996;5:271-9.
8. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: INE, 1997.
9. Cabezas Peña C, Vives Argilagós A. Validez del registro de las actividades preventivas en las historias clínicas: consumo y consejo antitabaco. *Aten Primaria* 1996;18:309-13.
10. Llibre Blanc Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. Barcelona, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
11. Frank E, Winkleby MA, Altman DG, Rockhill B, Fortmann SP. Predictors of physician's smoking cessation advice. *JAMA* 1991; 266:3139-44.
12. Córdoba R. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. Metodología del consejo sanitario para dejar de fumar en Atención Primaria. Jornadas sobre el consejo sanitario y unidades asistenciales para dejar de fumar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997; p. 11-6.
13. Kottke TE, Battista RN. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: a metaanalysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988;259:2883-9.
14. Aguado JA, Gastón JL, Bueno A, López R, Rodríguez-Contreras R, Gálvez R. Estudio de la calidad de los registros en un centro de Atención Primaria. *Gac Sanit* 1991;5:214-8.
15. Carrión F, Furest I, Pascual JM, Marín J. Intervención mínima en tabaquismo en España. *Arch Bronconeumol* 2000;36:124-8.
16. Davis RM. Uniting physicians against smoking: the need for a coordinated national strategy. *JAMA* 1988;259:2900-1.