

Consejo breve sobre el tabaco en atención primaria de salud en Chile: un desafío pendiente

Juan Alcántara-Gómez ¹, Javiera Martínez-Gutiérrez ¹, Claudia Bambs S. ^{2,3}, Luis Villarroel P. ², Jorge Cabrolier J. ⁴, Sebastián Flores P. ⁴, Isabel Irrázabal U. ⁴, Cristián Orus N. ⁴, Franco Scheel L. ⁴, José Vargas F. ⁴, Sofía Verdaguer D. ⁴

Resumen: Introducción: El tabaco es la primera causa de morbimortalidad prevenible en el mundo. En Chile la prevalencia de consumo es 40,6%, la mayor a nivel continental. El consejo breve o consejería breve (CB) es una intervención simple, efectiva y de bajo costo para el cese de consumo de tabaco, que Atención Primaria en Salud (APS) ha demostrado disminuir en la prevalencia de tabaquismo. Existe escasa información sobre la utilización de CB en APS en Chile. Métodos: Estudio transversal de metodología cuantitativa. Se encuestó a 604 pacientes pertenecientes a 2 centros APS de Santiago, tras haber recibido atención clínica. Los datos fueron analizados con SPSS 21 y calculadora web Graph Pad. Resultados: La prevalencia de tabaquismo entre los encuestados fue de 32,5%, de ellos, el 78,6% reportó deseo de dejar de fumar. Al 43,7% de los encuestados se le preguntó respecto al consumo de tabaco en la atención reciente, y del total de fumadores, a 37,1% se les aconsejó dejar de fumar. Los pacientes fumadores calificaron la recepción de CB como "indiferente", "agradable" o "muy agradable" en un 94,9%, y en un 90,5%, entre aquellos que no desean dejar de fumar. Conclusión: El tabaquismo es un problema escasamente abordado en las atenciones clínicas APS, lo que contrasta con la alta prevalencia de consumo nacional y de los pacientes consultantes. La mayoría de los fumadores desea dejar de fumar, y la minoría considera "desagradable" o "muy desagradable" ser aconsejada para cesar el consumo, aun en aquellos fumadores que no quieren dejar de fumar.

Palabras clave: consejería breve, consejo breve, atención primaria, tabaco, cese de tabaco.

Abstract: Introduction: Smoking is the leading cause of preventable morbidity and mortality worldwide. In Chile smoking prevalence is 40.6%, the highest on the continent. Brief advice or brief counseling (BC) is a simple, effective and inexpensive intervention for tobacco consumption cessation, that has been shown decrease smoking prevalence in Primary Health Care (PHC). There is little information on the use of BC in PHC in Chile. Methods: Cross-sectional study of quantitative methodology. 604 patients were surveyed from 2 PHC centers of Santiago, after receiving clinical care. Data was analyzed with SPSS 21 and Graph Pad web calculator. Results: The smoking prevalence among respondents was 32.5%, 78.6% of them expressed desire to quit 43.7% of respondents were asked about consumption of tobacco in a recent consultation, and a total 36.9% of smokers were advised to quit. Smokers patients rated receiving CB as "indifferent", "pleasant" or "very pleasant" in 94.9% and 90.5% among those who did not want to quit. Conclusion: Smoking is a problem rarely addressed in PHC, this contrasts with the high prevalence of domestic consumption and consulting patients. Most smokers want to quit and only a minority considered "unpleasant" or "very unpleasant" being advised to cease consumption, even in those smokers who do not want to quit.

Keywords: Brief counseling, brief advice, primary health care, smoking, smoking cessation.

Fecha de envío: 17 de Diciembre de 2015 - Fecha de aceptación: 31 de mayo de 2016

(1) Departamento Medicina Familiar. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

(2) Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

(3) Centro Avanzado de Enfermedades Crónicas (ACCDiS) Proyecto Fondap 15130011.

(4) Escuela de Medicina, Pregrado, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Autor de correspondencia: juanalcantaragomez@gmail.com



El tabaco es el único producto de consumo que daña a todas las personas expuestas a él y mata a la mitad de sus consumidores (Shafey *et al.*, 2009; OMS, 2015). Se estima que el 10% de todas las muertes en adultos son atribuibles al tabaco, correspondiendo a la primera causa de muerte prevenible en el mundo (6.000.000 muertes anuales), y ocurriendo 1 muerte cada 6 segundos a causa de una enfermedad relacionada con el tabaco (OMS, 2015).

Chile destaca por tener la mayor prevalencia de consumo de tabaco a nivel continental: 40,6% en mayores de 15 años (44,2% en hombres y 37,1% en mujeres) (MINSAL, 2010, 2011; Pichón *et al.*, 2014). Además, a diferencia de muchos países cuya tendencia ha sido la disminución del consumo de tabaco desde hace 3 décadas (Ng *et al.*, 2014), en Chile, la tendencia ha sido al aumento o mantención (Medina & Kaempffer, 1991, 1996; CONACE, 2009).

La prevalencia de consumo de tabaco en Chile varía de acuerdo con el nivel educacional: 25,6%, en población con menos de 8 años de estudio, comparado con el 50,3% de consumo en aquellos con más de 12 años de estudio (MINSAL, 2010). Se estima que en Chile mueren 45,7 personas al día a causa del tabaquismo (MINSAL, 2011), y el costo directo para el sistema de salud atribuible a tabaco es de \$1.081.898.801.395 (Pichón *et al.*, 2014).

Existen múltiples intervenciones clínicas efectivas para el cese de consumo de tabaco: consejería breve (CB) (Stead *et al.*, 2013a), entrevista motivacional (Lai *et al.*, 2010), consejería telefónica (Stead *et al.*, 2013b) y fármacos (terapia de reemplazo de nicotina, bupropión, vareniclina) (Cahill *et al.*, 2013). Si bien existen múltiples estudios que concluyen que intervenir para lograr cese de consumo de tabaco es una medida costo – efectiva (Sachs & World Health Organization Commission on Macroeconomics, 2001; Carrozzi *et al.*, 2008), la CB destaca por ser una intervención de bajo costo económico, rápida y sencilla de ejecutar por los profesionales de la salud, a diferencia de las otras intervenciones mencionadas.

Consejería breve

Consiste en una intervención que puede ser otorgada por diversos profesionales de la salud en una consulta de salud habitual (Fiore & US. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel., 2008; Carr & Ebbert, 2012; Rice *et al.*, 2013; Stead *et al.*, 2013a), en que se pregunta por el consumo de tabaco y se recomienda cesar su consumo en pacientes fumadores (New Zealand Government, 2014). La intervención debe constar de los siguientes elementos: ser firme, claro, preciso, personalizado y reiterativo en el tiempo (Vejar, 2011). Esta intervención ha demostrado ser efectiva (Stead *et al.*, 2013a), incluso efectuada en un lapso de 1 a 3 minutos.

Mientras más tiempo se le dedique en la consulta, más veces se aconseje al fumador y más profesionales de la salud realicen CB, más efectiva es la intervención (Fiore & US. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel., 2008).

La U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF), una organización encargada de realizar recomendaciones preventivas en salud basadas en evidencia, recomienda preguntar sobre consumo de tabaco e intervenir a aquellos que lo consumen, en todas las atenciones de salud, con alta certeza y beneficio sustancial a moderado (USPSTF, 2009).

Estado de CB en APS en Chile

A la fecha, el único estudio que ha cuantificado la CB otorgada en servicios de salud chilenos se realizó en un contexto hospitalario y clínicas, obteniendo la información por medio de encuestas a médicos. El 82% de los participantes de este estudio reportó preguntar siempre por consumo de tabaco a sus pacientes, y un 78% declaró aconsejar siempre dejar de fumar (Araya *et al.*, 2012). Estas cifras distan de la literatura internacional, en que se describe una prevalencia de CB a fumadores de 46,5% (Carson *et al.*, 2012).

Objetivo

a) Cuantificar la realización de CB en APS y evaluar la aceptabilidad de la CB en pacientes fumadores usuarios de APS.

Metodología

Se encuestaron pacientes en 2 Centros de Salud Familiar (CES-FAM) del Servicio Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), en la comuna de Puente Alto, Santiago de Chile, en el periodo de marzo a abril de 2015. Ambos CESFAM pertenecen a la Red de Salud UC Christus: CESFAM Madre Teresa de Calcuta (MTC) y San Alberto Hurtado (SAH). Puente Alto es una comuna donde el 15,4% de su población se encuentra en situación de pobreza (11,5% a nivel regional y 14,4% a nivel nacional) (Ministerio de Desarrollo Social, 2014).

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, que recibieron atención clínica durante ese día por parte de cualquier miembro del equipo de salud. La participación fue voluntaria y anónima.

Criterios de exclusión: pacientes que fueron atendidos ese día por alguno de los autores y quienes tuviesen una privación sensorial suficiente que limitara la realización de la encuesta. También se excluyeron pacientes que recibieron atenciones médicas de urgencia, toma de exámenes, curación de heridas, cirugía menor, ecografía y la mayoría de las atenciones por kinesiólogo.

Elaboración del instrumento: las encuestas fueron elaboradas a partir de la literatura existente (MINSAL, 2010; Araya *et al.*, 2012), modificadas de acuerdo con la cultura local, piloteadas mediante entrevistas cognitivas para establecer validez de contenido y modificadas de forma iterativa hasta lograr acuerdo.

Las encuestas recogieron información demográfica, consumo de tabaco, patrón de consumo, profesional de la salud por quien fue atendido, recepción de CB en la atención reciente, aceptabilidad de CB y preferencia de recepción de CB (Anexo 1).

Los pacientes fueron encuestados por parte de los autores, de acuerdo con su disponibilidad horaria. Si bien las encuestas fueron diseñadas para ser respondidas por autorreporte, en el trabajo en terreno resultó más eficiente que las encuestas fuesen guiadas por los encuestadores.

Este estudio pretende entregar información basal a un estudio de implementación de consejería breve posterior. Se calculó el tamaño muestral necesario para detectar diferencias estadísticamente significativas luego de realizar una intervención en uno de los 2 CESFAM, de esta manera se encuestaron pacientes hasta lograr al menos 94 pacientes fumadores en cada CESFAM. Se consideró una prevalencia de CB basal de 46,5% y una mejoría de 20 puntos porcentuales (Carson *et al.*, 2012).

Las variables categóricas se presentan como número de casos y porcentajes, tasas o proporciones. Las variables numéricas se presentan como promedio e intervalo de confianza de 95%. Se calculó Odds ratio (OR) con intervalo de confianza de 95% para cuantificar riesgos. Para obtener OR ajustados por posibles variables contundentes, se usó regresión logística binaria. Se usó test chi-cuadrado y test exacto de Fisher para comparar proporciones y test t de Student para muestras independientes para comparar promedios. Se consideró significativo todo valor p menor o igual a 0.05. Todos los análisis fueron hechos usando el programa SPSS 21 para Mac.

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético Científico de Medicina UC y del SSMSO. Todos los participantes entregaron su consentimiento para participar en el estudio en forma verbal.

Resultados

Un total de 604 pacientes fueron encuestados. El promedio de edad fue de 45,64 años (DS 17,59 años; mínimo 18 años, máximo 90 años). 79,8% correspondieron a mujeres. La prevalencia de tabaquismo fue 32,5% (34,9% en mujeres vs. 23,9% en hombres, p = 0,0239), y 78,6% de los fumadores reportaron el deseo de dejar de fumar (Tabla 1).

Tabla 1. Datos descriptivos de la población encuestada

Dato	Total
Encuestados (%)	604 (100)
Edad promedio (min - max)	45,6 (18 - 90)
Mujeres (%)	482 (80,5)
HTA (%)	189 (31,3)
Diabetes (%)	105 (17,4)
Dislipidemia (%)	127 (21,0)
Asma (%)	44 (7,3)
EPOC (%)	9 (1,5)
Fuma (%)	196 (32,5)
Desea dejar de fumar (%)	154 (78,6)

El patrón de consumo más común reportado por los pacientes fue de ≤ 5 cigarrillos al día (71,7%). Al analizar el patrón de consumo por edad, se observa que el grupo de 18 a 39 años reportó un consumo de tabaco ≥ 6 cigarrillos al día, significativamente menor comparado con el grupo de 40 a 59 años y con el grupo de 60 o más años, sin diferencias entre estos últimos 2 grupos (p = 0,0018; p = 0,0121; p = 0,2 respectivamente) (Tabla 2.a). Al analizar sexo, se observa que los hombres refieren consumir 10 o más cigarrillos al día con mayor frecuencia que las mujeres (28,5% vs 9,4%; p = 0,004) (Tabla 2.b).

Tabla 2. Patrón de consumo de tabaco por rango etario (a) y por sexo(b).

a)

Rango etario (años)	< 1 cig/d n (%)	1 - 5 cig/d n (%)	6 - 10 cig/d n (%)	11 - 20 cig/d n (%)	> 20 cig/d n (%)	Total n (%)
18 a 39	23 (31,1)	41 (55,4)	4 (5,4)	4 (5,4)	2 (2,7)	74 (100)
40 a 59	16 (18)	42 (47,2)	21 (23,6)	7 (7,9)	3 (3,4)	89 (100)
60 o más	6 (17,1)	14 (40)	7 (20)	6 (17,1)	2 (5,7)	35 (100)
Total	45 (22,7)	97 (49)	32 (16,2)	17 (8,6)	7 (3,5)	198 (100)

b)

Sexo	< 1 cig/d n (%)	1 - 5 cig/d n (%)	6 - 10 cig/d n (%)	11 - 20 cig/d n (%)	> 20 cig/d n (%)	Total n (%)
Hombre	6 (22,7)	10 (35,7)	4 (14,3)	6 (21,4)	2 (7,1)	28 (100)
Mujer	39 (22,9)	87 (47,2)	28 (16,5)	11 (6,5)	5 (2,9)	170 (100)
Total	45 (22,7)	97 (49)	32 (16,2)	17 (8,6)	7 (3,5)	198 (100)

De los pacientes encuestados, al 43,6% se le preguntó en la atención reciente por consumo de tabaco. A aquellos pacientes con antecedente de hipertensión arterial (HTA), diabetes o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se les preguntó significativamente más que a aquellos sin dichas patologías. Esta diferencia no se observó al comparar el reporte de pacientes con asma, dislipidemia o tabaquismo respecto a aquellos sin dichas patologías (Tabla 3.a).

La probabilidad de ser preguntado por consumo de tabaco fue 2 veces mayor en hombres que en mujeres (OR crudo 2,145 IC 95% 1,422 – 3,236). Esta asociación persiste, pero en menor intensidad al ajustar por comorbilidades (HTA, diabetes y EPOC; OR ajustado 1,652 IC 95% 1,074 – 2,542).

El análisis por edad se realizó en los rangos: 18 a 39 años, 40 a 59 años y 60 o más años. La probabilidad de ser preguntado

por consumo de tabaco fue mayor en el rango etario de 40 a 59 años y 60 o más años, respecto a 18 a 39 años: OR crudo 2,524 (IC 95% 1,718 – 3,707); OR crudo 2,294 (IC 95% 1,492 – 3,527) respectivamente. Al ajustar por comorbilidades (HTA, diabetes y EPOC), se observa que el efecto persiste solo en el rango de 40 a 59 años, y no en 60 o más años: OR ajustado 1,963 (IC 95% 1,310 – 2,943); OR ajustado 1,400 (IC 95% 0,856 – 2,289) respectivamente.

Al grupo de pacientes fumadores, se les realizó consejería breve en tabaco en un 37,1% de los casos. Los pacientes con antecedente de HTA recibieron más CB que aquellos sin esa patología, sin detectar diferencias significativas con el antecedente de otras patologías (diabetes, dislipidemia o asma). No se pudo realizar un análisis para EPOC debido a la ausencia de pacientes fumadores con dicha condición en las encuestas realizadas (Tabla 3.b).

Tabla 3. Frecuencia con que se indaga por consumo de tabaco a pacientes y se realiza CB en fumadores, según patología.

a)

Pacientes a los que se le pregunta por consumo de tabaco			
Patología	En presencia de patología (%) (n/N)	En ausencia de la patología (%) (n/N)	Valor p
Tabaquismo	45,4 (89/196)	42,8 (174/407)	0,541
HTA	58,2 (110/189)	37,0 (153/414)	0,000002
Diabetes	55,2 (58/105)	41,2 (205/498)	0,009
Dislipidemia	49,6 (63/127)	42,0 (200/476)	0,132
Asma	52,3 (23/44)	42,9 (240/559)	0,270
EPOC	88,9 (8/9)	42,9 (255/594)	0,012

b)

Pacientes a los que se les realiza CB			
Patología	En presencia de patología (%) (n/N)	En ausencia de la patología (%) (n/N)	Valor p
HTA	58,54 (24/41)	31,17 (48/154)	0,002
Diabetes	43,75 (14/32)	35,58 (58/163)	0,425
Dislipidemia	33,33 (10/30)	37,58 (62/165)	0,837
Asma	40,0 (4/10)	36,76 (68/185)	1,00

Se observó una diferencia significativa por sexo respecto a la recepción de CB por los pacientes, siendo mayor la probabilidad de recibir la intervención en hombres que en mujeres (OR crudo 3,767 IC 95% 1,629 – 8,710), cuyo efecto disminuye levemente al ajustar por HTA (OR ajustado 3,104 IC 95% 1,307 – 7,372).

El análisis por edad mostró una mayor probabilidad de recibir CB en pacientes de 40 a 59 años y 60 o más años respecto a los pacientes de 18 a 39 años: OR crudo 2,077 (IC 95% 1,050 – 4,108); OR crudo 3,176 (IC 95% 1,357 – 7,438), sin embargo, este efecto desaparece al ajustar por HTA: OR ajustado 1,724 (IC 95% 0,851 – 3,494); OR ajustado 2,222 (IC 95% 0,891 – 5,543).

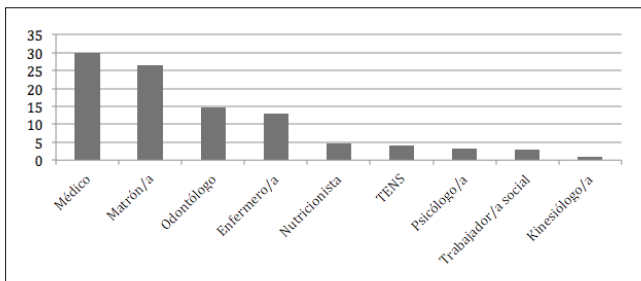


Figura 1. Distribución porcentual de las atenciones clínicas recibidas por los pacientes encuestados. El mayor volumen de atenciones fue otorgado por médico, matró(a), odontólogo y enfermero(a). TENS: técnico en enfermería de nivel superior.

Los pacientes encuestados recibieron atención clínica por diversos profesionales de la salud. La Figura 1 grafica la distribución porcentual de las atenciones recibidas por los pacientes, siendo las más frecuentes las otorgadas por médicos (30%), matrones(as) (26,6%), odontólogos (14,6%) y enfermeros(as) (13%), correspondientes al 84,2% del total de las atenciones.

La aceptabilidad por parte de los pacientes fumadores de la CB fue mayoritariamente positiva o neutra, considerándola una intervención “agradable o muy agradable” en un 78,1% de los casos e “indiferente”, “agradable” o “muy agradable” en un 94,9% de los casos. Los pacientes consideraron que es una intervención “desagradable” o “muy desagradable” en un 5,1% de los casos. En el grupo de pacientes fumadores que no desean dejar de fumar (21,1%), la CB fue considerada como “desagradable” o “muy desagradable” en un 9,5% (Tabla 4).

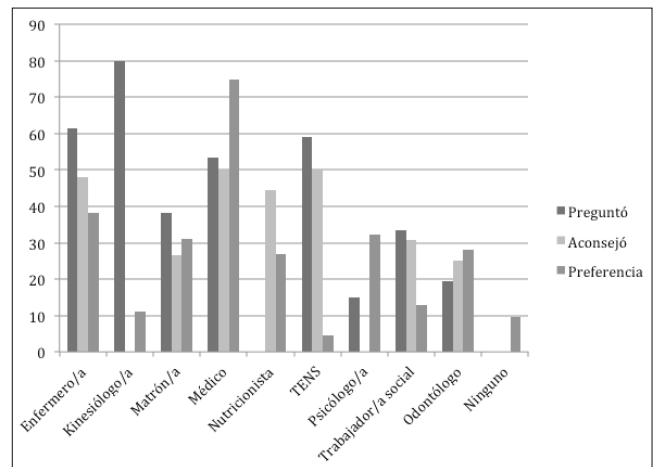


Figura 2. Distribución porcentual de atenciones clínicas, por estamento, en las que se preguntó al paciente por consumo de tabaco, se realizó CB; y las preferencias de los pacientes respecto a recepción de CB. Los estamentos que porcentualmente preguntaron más fueron: kinesiólogo(a), enfermero(a), TENS, nutricionista y médico. TENS: técnico en enfermería de nivel superior. Los estamentos que efectuaron porcentualmente más CB fueron: médico, TENS, enfermero(a) y nutricionista. No se observa CB realizada por kinesiólogos pues los pacientes encuestados fueron no fumadores. Los estamentos: médico, enfermero(a), psicólogo(a) y matró(a) obtuvieron el mayor número de preferencias por los pacientes para la recepción de CB. Todos los estamentos obtuvieron al menos 9 preferencias. CB: consejería breve, TENS: técnico en enfermería de nivel superior.

La CB otorgada a pacientes fumadores por estamento clínico se encuentra graficada en la Figura 2. El mayor porcentaje es efectuado por médicos y TENS (50%), seguido de enfermeros(as) (48%) y nutricionista (44,44%). La CB realizada por kinesiólogos(as) no se encuentra en la figura, pues los pacientes encuestados que recibieron su atención no eran fumadores. A un 19,3% de los pacientes fumadores se le preguntó por consumo de tabaco, sin embargo, no se les aconsejó que cesaran el consumo.

Los pacientes manifestaron una preferencia mayoritaria por recibir CB otorgada por médicos (75%), seguido de enfermeros(as) (38,3%), psicólogos(as) (32,1%) y matrones(as) (31,1%). Todos los estamentos de salud recibieron al menos 9 preferencias, por lo que ningún estamento fue excluido por la selección de los pacientes (Figura 2).

Tabla 4. Aceptabilidad de la CB por parte de los pacientes fumadores.

Pacientes fumadores (%) (N)	Muy desagradable (%) (n)	Desagradable (%) (n)	Indiferente (%) (n)	Agradable (%) (n)	Muy agradable (%) (n)
Todos 100 (196)	0,5 (1)	4,6 (9)	16,8 (33)	49,5 (97)	28,6 (56)
Sin deseo dejar de fumar 21,1 (42)	0 (0)	9,5 (4)	33,3 (14)	40,5 (17)	16,7 (7)

Discusión

Los resultados expuestos corresponden al reporte voluntario y anónimo de un grupo de pacientes pertenecientes a APS, inscritos en los CESFAM MTC y SAH, ubicados en la comuna de Puente Alto (Santiago).

Realidad local y nacional

La prevalencia de consumo de tabaco en población consultante APS es de un 32,5%; el 78,6% desea dejar de fumar y el patrón de consumo mayoritario es ≤ 5 cigarrillos (72%). Los profesionales de la salud APS preguntan por consumo de tabaco a los pacientes en un 43,8% de las atenciones y realizan CB en tabaco al 37,1% de los pacientes fumadores. Los pacientes muestran una preferencia por recibir CB por parte de médicos, enfermeras, psicólogos y matrones; sin embargo, no excluyen a ningún estamento clínico. Esta intervención es altamente aceptada por los pacientes fumadores ("desagradable" y "muy desagradable": 5,1%), aun en aquellos que no desean dejar de fumar ("desagradable" y "muy desagradable": 9,5%).

La prevalencia de consumo de tabaco en la población encuestada fue de un 32,5%, menor a la prevalencia nacional (40,6%), y a la obtenida en un estudio realizado en La Pintana, comuna adyacente a Puente Alto (39%) (Puschel *et al.*, 2009). Este valor podría deberse a que la población consultante en los CESFAM puede presentar mejores conductas de salud respecto a los no consultantes, o a una gradiente observada a nivel nacional determinada por el nivel educacional (NE); siendo menor la prevalencia de tabaquismo en aquellos con menor NE (25,6%) (MINSAL, 2010).

La población encuestada presentó una prevalencia de tabaquismo significativamente mayor en mujeres que en hombres (34,9% vs 23,9%), relación inversa a la realidad nacional (37,1% en mujeres vs 44,2% en hombres), al igual que en NE medio y bajo (MINSAL, 2010). Estas diferencias con la realidad nacional podrían explicarse ya que los pacientes encuestados corresponden a población consultante, y no general.

Deseo de cese y patrón de consumo

Los pacientes fumadores que desean dejar de fumar corresponden al 78,6%, nuevamente más que la prevalencia nacional (65,7%), pero acorde a la prevalencia en NE bajo (79,5%) (MINSAL, 2010).

El patrón de consumo referido fue ≤ 5 cigarrillos al día en el 72% de los encuestados. Esta distribución dista del promedio de cigarrillos al día que consumen los fumadores chilenos (10,4 cigarrillos al día) y más aún al comparar con el patrón de consumo en NE bajo (14,7 cigarrillos al día) (MINSAL, 2010).

La población encuestada se comporta de manera similar a la población de NE bajo en diversas variables. Sin embargo, no necesariamente pertenece a este grupo, pues los datos más recientes de NE muestran que el porcentaje de población en Puente Alto con NE bajo es menor al porcentaje nacional (21% vs 29%) (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2012). La información respecto a NE no se evaluó en las encuestas, por lo que las comparaciones por este factor son limitadas.

Frecuencia de CB realizada y recibida

El primer paso para realizar una CB es preguntar por consumo de tabaco. Es importante destacar que esta primera pregunta solo se realizó en un 43,8% de las atenciones. Condiciones tales como HTA, diabetes y EPOC se asociaron a una mayor frecuencia de pregunta por consumo de tabaco. Esta diferencia puede ser explicada para HTA y diabetes por la existencia de un protocolo destinado al registro clínico del control de estas enfermedades, el cual incluye el registro de consumo de tabaco del paciente. En el caso de los pacientes portadores de EPOC, es probable que se pregunte más a menudo, dada su comprobada relación causal con la enfermedad pulmonar. El 56,2% restante de atenciones en las que no se preguntó por consumo de tabaco puede ser explicado por la baja percepción del tabaco como problema de salud o invisibilidad por parte del equipo de salud descrito en equipos de salud APS en Chile (Puschel *et al.*, 2006).

La CB fue recibida por un 37,1% de los pacientes fumadores: cifra concordante con lo descrito en la literatura internacional (46,5%) (Carson *et al.*, 2012), y claramente menor a la cifra obtenida al preguntar a médicos en contexto hospitalario y de clínicas chilenas respecto a cuánta CB realizan a sus pacientes (78%) (Araya *et al.*, 2012). El mismo estudio nacional reportó que el 83% de los médicos de hospitales y clínicas en Chile preguntan siempre a sus pacientes por consumo de tabaco (Araya *et al.*, 2012). Las diferencias en los resultados pueden ser explicadas por el sesgo de quien reporta el dato (pacientes vs. clínico) o por los contextos de salud distinto (APS vs. hospital/clínica).

El dato obtenido por parte del paciente presenta riesgo de sesgo de memoria, por lo que realizar la encuesta al salir del box minimiza este riesgo; otra posible limitación es la baja retención del paciente de la información otorgada durante la atención. Si bien este último factor no se pudo controlar, consideramos que si a un paciente se le aconsejó dejar de fumar en la atención y este no retuvo esa información al salir del box, muy probablemente esa CB fue deficitaria en uno o más de los elementos que la deberían componer (Vejar, 2011; New Zealand Government, 2014). Por otro lado, cuantificar la frecuencia con que los médicos realizan una intervención clínica, por medio del reporte de los médicos de su propio actuar clínico, presenta un alto riesgo de sesgo.

A los hombres se les preguntó sobre consumo de tabaco y se les aconsejó cesar el consumo de tabaco más a menudo que a las mujeres. Estas diferencias pueden ser explicadas por las diferencias en el patrón de consumo por sexo, siendo más frecuente en hombres que en mujeres el reporte de consumo de 10 o más cigarrillos (28,5% vs 9,4%; $p = 0,004$). A pacientes de 40 a 59 años se les preguntó más por consumo de tabaco que en aquellos de 18 a 39 años, sin embargo, no hubo diferencias por edad respecto a recibir consejo para dejar de fumar.

En el proceso de encuestas, no se controló el número de pacientes por rango etario, lo que puede limitar las comparaciones realizadas con la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y posibles diferencias detectadas por esta variable.

El mayor volumen de atenciones de salud fue otorgado por médicos, matrones (as), odontólogos y enfermeros(as). De estos profesionales, quienes más preguntaron por consumo de tabaco fueron los(as) enfermeros(as) (61,54%). De este modo, un gran número de pacientes fumadores no son pesquisados en la consulta habitual, quedando fuera de toda posible intervención para el cese de consumo, incluida la CB. Quienes más aconsejaron cesar el consumo de tabaco a fumadores fueron los médicos (49,12%). Este bajo porcentaje puede ser explicado en primera instancia

por la baja frecuencia con que se pregunta por consumo de tabaco, sumado a un 19,3% de pacientes fumadores a los que se les preguntó por consumo de tabaco, pero no se les aconsejó cesar el consumo.

En la población encuestada, a un 63,1% de los fumadores no se le realizó CB, y a un 19,3% de los fumadores a quienes se le preguntó por consumo de tabaco, no se le aconsejó cesar el consumo. Ambas cifras pueden explicarse también por percepciones y actitudes del equipo de salud, tales como ambivalencia y fatalismo respecto a estrategias para dejar de fumar (Puschel *et al.*, 2006).

Aceptabilidad de CB y preferencias de los pacientes

Se evaluó la aceptabilidad de la CB por parte de los pacientes, pues una de las barreras del equipo de salud para intervenir en tabaco es la percepción de intromisión en la privacidad del paciente (Vogt *et al.*, 2005). Los resultados de este estudio muestran una aceptabilidad mayoritariamente favorable de la CB por parte de los pacientes, lo que podría ayudar a disminuir una de las barreras del equipo de salud.

Las preferencias de los pacientes se condicen con los estamentos que realizan CB con más frecuencia, con excepción de los(as) psicólogos(as), cuyo estamento fue seleccionado con la 3ª preferencia, sin embargo, en las encuestas no se pesquisó ninguna CB realizada por estos profesionales de salud, a diferencia de todos los demás estamentos, que sí otorgaron CB.

Es relevante mencionar que todos los estamentos de salud recibieron preferencias (al menos 9 pacientes cada uno). Un dato no objetivado en las encuestas, pero detectado como una percepción altamente consistente entre los encuestadores, corresponde a la preferencia vincular por parte del paciente. En múltiples ocasiones, los pacientes, al elegir al profesional de salud que preferirían que les aconsejara dejar de fumar, seleccionaban los estamentos de acuerdo con los profesionales con quienes se atienden, y no necesariamente por la función que desempeñan en el equipo de salud.

Limitaciones

La información se obtuvo de pacientes que recibieron atención clínica entre marzo y abril del 2015, en las fechas y horarios en que los encuestadores pudieron ejecutar las encuestas. Los riesgos de sesgo para los resultados obtenidos son: de selección, de no respuesta (voluntario) y de membresía.

La encuesta realizada no se encuentra validada como instrumento, sin embargo, fue sometida a entrevistas cognitivas con pacientes que reciben atención en los CESFAM, realizándose cambios iterativos acordes a la cultura local, hasta lograr acuerdo.

El NE no fue evaluado en las encuestas, por lo que las comparaciones realizadas por esta variable asumen un comportamiento de la población encuestada similar a la de la comuna de pertenencia (Puente Alto).

Los CESFAM MTC y SAH pertenecen a la Red de Salud UC Christus, si bien son parte del Servicio de Salud Pública no pertenecen a la Municipalidad de Puente Alto. Esta diferencia no debiera implicar diferencias entre la población atendida en los CESFAM MTC y SAH, y los CESFAM Municipales.

Conclusión

El tabaquismo es un problema escasamente abordado en las atenciones clínicas APS, pese a ser una intervención altamente recomendada de realizar de acuerdo con entidades internacionales (USPSTF, 2009). Considerando la alta prevalencia de tabaquismo a nivel nacional y en población consultante en APS, intervenciones como la CB deberían de realizarse rutinariamente en las atenciones de salud.

La mayoría de los fumadores desea dejar de fumar y la minoría considera “desagradable” o “muy desagradable” ser aconsejada para cesar el consumo, aun en aquellos fumadores que no quieren dejar de fumar”. Esta información debería contribuir a eliminar la creencia o temor del personal de la salud a producir daño o molestia en pacientes fumadores al recomendarles el cese de tabaco (New Zealand Government, 2014), y a fomentar al apoyo de pacientes fumadores a cesar el consumo.

Este estudio entrega información respecto al estado actual de la CB en APS en Chile desde la perspectiva de los pacientes. Estos datos pueden aportar a futuras intervenciones orientadas al equipo de salud para aumentar la realización de CB a pacientes fumadores, pues aquellos equipos de salud entrenados en métodos promotores para el cese de consumo de tabaco han demostrado aumentar la abstinencia de tabaco en pacientes a 6 meses o más (Carson *et al.*, 2012).

Para implementar la CB como una intervención habitual en APS, será de gran relevancia considerar las barreras descritas en la literatura (New Zealand Government, 2014). Este estudio entrega información concordante con barreras conocidas para la realización de CB (invisibilidad, ambivalencia y fatalismo) (Puschel *et al.*, 2006), y agrega información que puede disminuir la percepción de intromisión en la privacidad del paciente (Vogt *et al.*, 2005).

Contribuciones y reconocimientos

Juan Alcántara G.: Revisión bibliográfica, diseño y coordinación del estudio, elaboración de encuestas, encuestador, transcriptor

de encuestas, análisis de resultados, redacción de artículo científico. Javiera Martínez-Gutiérrez: Asesoría del diseño del estudio, asesoría en la elaboración de encuestas, asesoría en redacción de artículo científico. Claudia Bambs S.: Asesoría en la elaboración de encuestas, asesoría en redacción de artículo científico. Luis Villarroel P.: Asesoría estadística, asesoría en redacción de artículo científico. Jorge Cabrolier J.: Encuestador, transcriptor de encuestas, análisis de resultados. Sebastián Flores P.: Encuestador, transcriptor de encuestas, análisis de resultados. Isabel Irrázabal U.: Encuestadora, transcritora de encuestas, análisis de resultados. Cristián Orus N.: Encuestador, transcriptor de encuestas, análisis de resultados. Franco Scheel L.: Encuestador, transcriptor de encuestas, análisis de resultados. José Vargas F.: Encuestador, transcriptor de encuestas, análisis de resultados. Sofía Verdagner D.: Encuestadora, transcritora de encuestas, análisis de resultados. Financiamiento: Concurso de investigación 2015, postítulo. Escuela de Medicina UC. Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Agradecimientos

A Leyla Gómez Carranza, Juan Alcántara Carbajal y María José Sepúlveda Luengo por su afecto y apoyo incondicional. A Tomás Pantoja Calderón, Carla Castañón Santibáñez y Osvaldo Carvajal Muñoz por su acotaciones críticas y constructivas.

Referencias

- Araya A, Leal S, Huerta G, Fernández A, Fernández O & Millones G. (2012). Consumo de tabaco y uso del consejo médico estructurado como estrategia preventiva del tabaquismo en médicos chilenos. *Revista médica de Chile* **140**, 347-352.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2012). Reportes Estadísticos y Comunales. Comuna de Puente Alto.
- Cahill K, Stevens S, Perera R & Lancaster T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *The Cochrane database of systematic reviews*, CD009329.
- Carr AB & Ebbert J. (2012). Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *The Cochrane database of systematic reviews*, CD005084.
- Carrozzi L, Pistelli F & Viegi G. (2008). Pharmacotherapy for smoking cessation. *Therapeutic advances in respiratory disease* **2**, 301-317.
- Carson KV, Verbiest ME, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJ & Smith BJ. (2012). Training health professionals in smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, CD000214.

- CONACE. (2009). Octavo estudio nacional de drogas en población general de Chile 2008, ed. Área de evaluación y estudios CONACE Ministerio del Interior. Gobierno de Chile, pp. 21-22.
- Fiore M & US. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. (2008). *Treating tobacco use and dependence : 2008 update*. U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville, Md.
- Lai DT, Cahill K, Qin Y & Tang JL. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, CD006936.
- Medina E & Kaemppfer A. (1991). Tabaquismo y salud en Chile. *Boletín de la oficina sanitaria Panamericana* **111**, 112-120.
- Medina E & Kaemppfer A. (1996). Estudio de tabaquismo en siete ciudades chilenas. *Cuad Med Soc* **37**, 96-102.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2014). Reporte comunal: Puente Alto, Región Metropolitana. Caracterización social. Serie de informes comunales, N°1, ed. Gobierno de Chile.
- MINSAL. (2010). Encuesta nacional de salud ENS Chile 2009 – 2010, ed. Departamento de Salud Pública UC.
- MINSAL. (2011). Cifras para morir. Chile el peor de América. Oficina de Tabaco, ed. División de Políticas Saludables y Promoción GdC.
- New Zealand Government. (2014). The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking, ed. Ministry of Health.
- Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, Wollum A, Sanman E, Wulf S, Lopez AD, Murray CJ & Gakidou E. (2014). Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. *Jama* **311**, 183-192.
- OMS. (2015). Nota descriptiva N° 339.
- Pichón A, Bardach A, Caporale J, Alcaraz A, Augustovski F, Caccavo F, Vallejos V, Velazquez Z, De La Puente C, Bustos L, Castillo Riquelme M & Castillo Laborde C. (2014). Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en Chile. Documento técnico IECS N° 8, ed. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Buenos Aires-Argentina.
- Puschel K, Thompson B, Coronado G, Rivera S, Díaz D, González L, Valencia G, Iñiguez S & Montero J. (2006). Tabaquismo en Atención Primaria: Perfil de fumadoras consultantes, creencias y actitudes de los equipos de salud y oportunidades de intervención. *Revista médica de Chile* **134**, 726-734.
- Puschel K, Thompson B, Olcay F & Ferreccio C. (2009). Factores predictores de inicio y cesación de tabaquismo en una cohorte de mujeres chilenas con 5,5 años de seguimiento. *Revista médica de Chile* **137**, 1001-1009.
- Rice VH, Hartmann-Boyce J & Stead LF. (2013). Nursing interventions for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, CD001188.
- Sachs JD & World Health Organization Commission on Macroeconomics. (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development : Report of the Commission on Macroeconomics and Health : Executive Summary*. World Health Organization.
- Shafey O, Eriksen M, Ross H & Mackay J. (2009). *Atlas del Tabaco*. Atlanta, Georgia, EE.UU.
- Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J & Lancaster T. (2013a). Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, CD000165.
- Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R & Lancaster T. (2013b). Telephone counselling for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, CD002850.
- USPSTF. (2009). Counseling and Interventions to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease in Adults and Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine* **150**, 551-555.
- Vejar L. (2011). Cómo los doctores pueden ayudar a disminuir el daño a la salud causado por el cigarrillo. *Neumología Pediátrica* **6**, 3-7.
- Vogt F, Hall S & Marteau TM. (2005). General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction* **100**, 1423-1431.