



# Percepción del consejo médico: ¿en todos los casos y a todos los pacientes por igual?

J. M. Baena Díez<sup>1</sup> / R. M.<sup>a</sup> Atance Yagüe<sup>2</sup> / J. M.<sup>a</sup> Escribà Jordana<sup>3</sup> / A. Conesa García<sup>1</sup> / D. Rivera Cervera<sup>1</sup>  
R. M.<sup>a</sup> Flores Cebrià<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Área Básica de Salud (ABS). Sant Josep (L'Hospitalet de Llobregat). <sup>2</sup>Hospital Cruz Roja de Barcelona.

<sup>3</sup>Dirección de Atención Primaria (DAP). Sants-Montjuic.

Correspondencia: José Miguel Baena Díez. Sant Miquel, 52, 2.<sup>o</sup> - 4.<sup>a</sup>. 08150 Parets del Vallès.

Recibido: 16 de abril de 1997

Aceptado: 17 de noviembre de 1997

(Perception of medical advice: in all cases and to all patients by equal?)

## Resumen

**Objetivos:** Evaluar la percepción del consejo médico en población demandante de un Área Básica de Salud (ABS) con patologías susceptibles de recibirlo. Identificar las variables asociadas a la ausencia de dicho consejo.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal, realizado en una ABS urbana. Los 320 sujetos participantes tenían edades comprendidas entre 15 y 75 años y al menos una visita registrada en los últimos dos años. Fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Se revisó la historia clínica registrándose el médico al que estaba adscrito, edad, sexo, estudios, profesión, frecuentación, antecedentes patológicos y hábitos tóxicos susceptibles de recibir consejo médico (obesidad/sobrepeso, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemias tabaquismo y consumo excesivo de alcohol). Posteriormente se realizó una encuesta telefónica estandarizada, valorando el consejo médico percibido. Las variables asociadas a la ausencia de consejo médico se estudiaron mediante regresión logística.

**Resultados:** La edad media de la muestra fue de 43,2 años (DE: 17,4) con un 53,1% de mujeres. La encuesta se completó en el 85% de los casos. El 64,1% presentaban patologías susceptibles de recibir consejo médico. Cuando estaba indicado, recordaron haber recibido consejo médico sobre ejercicio físico el 66,2%, acerca del hábito tabáquico el 50,9% respecto al consumo de fibra el 44,3% y en el consumo excesivo de alcohol el 27,8%.

La frecuentación inferior a tres visitas/año se asoció a la falta de consejo acerca del ejercicio físico (odds ratio -OR- de 3,5 e intervalo de confianza -IC- al 95% desde 2,0 a 6,0), consumo de fibra (OR = 2,4; IC 95%; 1,3-4,5) y tabaquismo (OR = 3,3; IC95%: 1,4-8,0). La edad inferior a 26 años se asoció a la ausencia de consejo sobre ejercicio físico (OR = 3,5; IC 95%: 1,6-7,7) y consumo de fibra (OR = 3,6; IC 95%: 1,3-9,2).

**Conclusiones:** El consejo médico percibido en nuestro medio es bajo y susceptible de ser mejorado, especialmente en el consumo excesivo de alcohol. Los pacientes poco frecuentadores (en el caso del consejo sobre ejercicio físico, consumo de fibra y de tabaco) y jóvenes (ejercicio físico y consumo de fibra) son los menos aconsejados por el médico.

**Palabras clave:** Consejo médico. Atención primaria. Actividades preventivas.

## Summary

**Objetives:** To evaluate the perception of counseling in population depending of a Primary Care Centre with pathologies susceptible of receiving it. To identify variable associated to absence of medical advice.

**Methods:** A cross-sectional, descriptive study, accomplished in a urban Primary Care Centre is performed. 320 subjects between 15-75 years-old were randomly selected among all patients visited in our centre during the last two years. Clinical chart were reviewed and age, sex, physician, studies, profession, frequency of the visits, previous pathologies and toxic habits susceptible of medical advice (obesity/overweight, diabetes mellitus, hypertension, dyslipidemia, tabaquism, excessive alcohol consumption) were recorded. Afterwards, a standardized telephonic questionnaire was accomplished, valuing the perception of counseling. Variable associated to absence of medical advice were studied by means of logistic regression.

**Results:** Mean age of the patients was 43.2 years-old (SD 17.4), and 53.1% were women. The survey was completed in 85% of the cases. 64.1% of the cases presented with pathologies susceptible of counseling. When it was indicated patients reminded to had received medical advice about physical exercise in 66.2% of the cases, about tabaquism in 50.9%, about fiber consumption in 44.3% and about alcohol abuse in 27.8%.

A frequency of the visits inferior to 3 call/year was associated to lack of advice about physical exercise (OR = 3.5; IC 95%: 2.0-6.0), fiber consume (OR = 2.4; IC 95%: 1.3-4.5) and tabaquism (OR = 3.3; CI 95%: 1.4-8.0) Age under 26 years-old was associated to lack of counseling about physical exercise (OR = 3.5; IC 95%: 1.6-7.7) and fiber consume (OR = 3.6; IC 95%: 1.3-9.2).

**Conclusions:** Perception of medical advice in our area is low and therefore susceptible to be improved, specially with respect to alcohol abuse. Low frequenters (with respect to physical exercise, fiber consume and tobacco) and young patients (with respect to physical exercise and fiber consume) are the less advised by their physician.

## Introducción

**A**ctualmente se considera que los comportamientos y estilos de vida insanos son el principal determinante de la salud en los países industrializados<sup>1,2</sup>. La modificación de estos factores mediante el consejo médico constituye la base de la educación sanitaria en la práctica clínica y presenta un gran potencial en el ámbito de la medicina clínica preventiva<sup>2-4</sup>. Por otra parte, las inmunizaciones preventivas y el consejo médico gozan de consenso en cuanto a la integración de la prevención en la práctica asistencial, existiendo más discrepancias en algunos casos de cribados<sup>5</sup>.

El consumo excesivo de alcohol y el tabaco, la falta de ejercicio físico y los factores nutricionales constituyen una importante causa de mortalidad evitable<sup>1-3</sup>. Se ha demostrado la efectividad del consejo médico en estas circunstancias<sup>4</sup>, así como una mejor relación coste/efectividad respecto a otras actividades preventivas, especialmente en el caso de tabaquismo<sup>6</sup> y el consumo excesivo de alcohol<sup>7</sup>. Sin embargo, los médicos suelen tener la creencia de no poseer capacidad educativa<sup>8</sup>. A ello contribuye la escasa formación pregraduada sobre el tema, el exceso de trabajo, la masificación de las consultas y la actividad negativa de algunos pacientes hacia la educación sanitaria<sup>8</sup>.

Por todo ello diversos expertos e instituciones, tanto internacionales<sup>5,8</sup> como en nuestro país<sup>9-11</sup>, subrayan la importancia del consejo médico, en el caso del tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, falta de ejercicio físico y factores dietéticos (déficit de fibra dietética y exceso de grasas saturadas, proteínas y aporte calórico), tanto en individuos sanos como en individuos con patologías relacionadas con estilos de vida no saludables. El consejo médico es especialmente importante en pacientes jóvenes, más susceptibles de modificar sus conocimientos y actitudes, como paso previo a la modificación final de los comportamientos<sup>12</sup>.

No conocemos con suficiente amplitud el comportamiento del médico de Atención Primaria en nuestro medio respecto al consejo médico en pacientes con patología susceptibles de ser aconsejadas, aunque algunos trabajos, sobre todo en el caso del tabaquismo<sup>13,14</sup> y el consumo de alcohol<sup>14</sup> indican una baja sensibilización en este tema. Asimismo, tampoco se conocen con detalle los factores asociados a la ausencia de consejo médico.

El presente trabajo trata de evaluar mediante encuesta telefónica la percepción del consejo médico en población demandante de un Área Básica de Salud (ABS), en pacientes con patologías en las que se ha demostrado la eficacia del consejo o está consensuada ampliamente esta medida. En segundo lugar, trata de identificar las variables asociadas a la ausencia de consejo médico en dichas patologías, con el objeto de

identificar al subgrupo de pacientes que no recibe dicha intervención.

## Sujetos y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal, durante los meses de octubre y noviembre de 1995 en el ABS Sant Josep, ubicado en una área urbana (L'Hospitalet de Llobregat), con un total de 21.524 Historias Clínicas de Atención primaria (HCAP) abiertas en el momento del estudio y un nivel socioeconómico medio-bajo. La selección de los individuos participantes se hizo mediante muestreo aleatorio simple de las HCAP, siendo los criterios de inclusión tener historia clínica abierta en el momento del estudio, haber sido visitado alguna vez por el médico durante los últimos dos años, una edad comprendida entre 15 y 75 años y tener teléfono registrado en la HCAP. El tamaño de la muestra se determinó a partir de un nivel de confianza de 0,95, una precisión de 0,05 y una proporción estimada de las patologías estudiadas<sup>15</sup> de 0,25, preveyendo un 15% de pérdida.

En una primera etapa se procedió a la revisión de la HCAP, registrando edad, sexo, médico, estudios, profesión<sup>16</sup> (criterios del Registro General británico), frecuentación (número de visitas en los últimos 12 meses), registro del consejo para dejar de fumar o disminuir el consumo de alcohol y antecedentes patológicos o hábitos tóxicos susceptibles de recibir consejo médico. Estas variables se detallan en la **tabla 1**, junto

**Tabla 1. Antecedentes patológicos y hábitos tóxicos susceptibles de recibir consejo médico. Criterios operativos de inclusión y consejo médico indicado**

Antecedentes patológicos Hábitos tóxicos	Criterio utilizado	Consejo indicado
Obesidad	IMC > 30	Ejercicio físico Consumo de fibra
Sobrepeso	IMC 27-30 en varones IMC 25-30 en mujeres	Ejercicio físico Consumo de fibra
Diabetes mellitus	Diagnóstico en HCAP	Ejercicio físico Consumo de fibra
Hipertensión arterial	Diagnóstico en HCAP	Ejercicio físico
Dislipemia	Colesterol > 250 mg al menos en 2 ocasiones	Ejercicio físico Consumo de fibra
Tabaquismo	Consumo de tabaco en cualquier cantidad	Consejo para dejar de fumar
Consumo excesivo de alcohol	> 40 g OH/ día/varones > 24 g OH/ día/ mujeres	Consejo para reducir el consumo alcohólico

IMC: Índice de Masa Corporal.

HCAP: Historia Clínica de Atención Primaria.

OH: Alcohol puro.

con el criterio utilizado para su inclusión y el consejo médico que se consideró que debería recibir.

Con posterioridad se realizó una encuesta telefónica estandarizada en la que, tras presentarse el encuestador como médico del ABS y solicitar el consentimiento verbal, se preguntó por el consejo médico percibido por el paciente en los últimos dos años, precedida de una prueba piloto (15 entrevistas) para determinar errores del diseño. En todos los casos se codificó la respuesta como «sí», «no» y «no sabe/no contesta», excepto en el caso del consumo excesivo de alcohol en que tras la prueba piloto se incluyó una cuarta posibilidad («no me ha aconsejado porque no bebo»). Se consideraron como no respuestas los casos que se negaron a contestar a la encuesta, que poseían discapacidades que imposibilitaron su realización o que no fueron localizados después de cinco llamadas telefónicas, en tres franjas horarias diferentes (por lo menos con una llamada entre las 20 y las 22 horas) y con al menos una llamada en sábado o domingo. En el caso de que el paciente hubiera cambiado de domicilio, el número de teléfono fuera erróneo o existiesen dificultades técnicas para la conexión telefónica tras tres llamadas se extraía una nueva historia clínica al azar (de modo consecutivo al número aleatorio seleccionado).

La revisión de la HCAP y la encuesta telefónica fueron realizados por los médicos del ABS Sant Josep participantes en el estudio. En el caso en que los pacientes estuvieran adscritos a alguno de los profesionales que revisaron la historia clínica o la encuesta se procedió a asignarlo a otro no implicado en su proceso asistencial.

**Análisis estadístico.** Los datos fueron almacenados en una base de datos (dBASE III+), siendo realizado el análisis mediante el paquete estadístico SPSS 6.1.2. Los casos considerados como no respuestas se compararon con aquellos que respondieron a la encuesta respecto a las variables de estudio, mediante la prueba de *ji* cuadrado, aplicando la prueba exacta de Fisher cuando estaba indicado. La probabilidad de no recibir consejo médico se estudió con el análisis de regresión logística, considerándose como variables dependientes el hecho de recordar los consejos médicos analizados (codificados como sí/no) y como variables independientes la *edad* (categorizada como inferior a 26 años e igual o superior a 26 años), la *frecuentación* (definida como inferior a tres visitas/año igual o superior a tres visitas/año), el *sexo* (masculino/femenino), los *estudios* (categorizados como primario o inferiores y superiores a primarios) y la *profesión* (cualificada/no cualificada): En el caso de las variables cuantitativas *edad* y *frecuentación* el punto de corte se decidió en función del número máximo de consejos médicos no percibidos, tras realizar un análisis bivariado mediante la prueba de *ji* cuadrado. La magnitud de la asociación (probabilidad de no ser aconsejado) se determinó en forma de odds ratio

(OR), junto con su intervalo de confianza (IC) al 95%. Los modelos fueron ajustados en todos los casos por *edad*, *sexo* y las variables independientes que en el análisis bivariado presentaron un valor de «P» inferior a 0,2. Se estableció un nivel alfa de significación estadística del 5% en todos los casos.

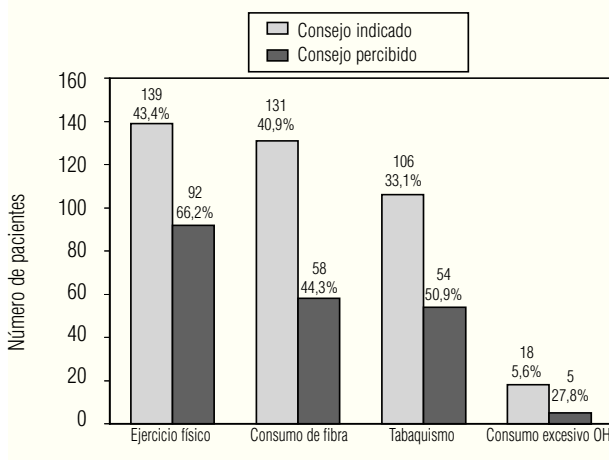
## Resultados

**Revisión de la HCAP.** Se estudiaron un total de 320 casos. La edad media fue de 43,2 años (DE: 17,4), con un 53,1% de mujeres. Constaban los estudios en la HCAP en el 25,9% de los pacientes. En este caso, el 53% tenían estudios iguales o inferiores a primarios. La profesión constaba en el 45% de los casos, correspondiendo el 56,25% a profesiones no cualificadas. El 55% había realizado menos de tres visitas durante el último año.

El 64,1% de los sujetos estudiados tenían antecedentes patológicos o hábitos tóxico susceptibles de recibir algún consejo médico (IC95%: 58,8-69,3). Presentaban patologías susceptibles de recibir consejo médico sobre ejercicio físico 139 pacientes (43,4% IC95%: 38-48,9), sobre el consumo de fibra 131 pacientes (40,9% IC95%: 35,5-46,3), un total de 106 fumaban (33,1%, IC95% 28-38,3) y presentaban un consumo excesivo de alcohol 18 (5,6%, IC95% 3,4-8,7).

**Encuesta telefónica.** Se completaron un total de 272 encuestas (85%). No respondieron a la encuesta 48 casos (15%). Las causas fueron la falta de localización telefónica (35), la negativa a responder (10) y la presencia de discapacidades (3). Recordaron haber recibido consejo médico (fig. 1) en los últimos dos años, estando indicando debido a las patologías que presentaban los pacientes, un 66,2% de pacientes en el caso del ejercicio

Figura 1. Percepción del consejo médico en pacientes con patologías susceptibles de recibirlo



físico (IC95%: 58,374,1), acerca del hábito tabáquico un 50,9% (IC95%: 41,4-60,5), respecto al consumo de fibra dietética el 44,3 (IC95%: 35,8-52,8) y en el consumo excesivo de alcohol el 27,8% (IC95%: 9,7-53,5).

El consejo para dejar de fumar estaba registrado en la HCAP en 22 casos (20,7%). El 81,8% de estos pacientes recordaron haber sido aconsejados durante los dos últimos años (IC95%: 59,7-94,8). Los cinco pacientes (27,8%) con consejo para disminuir el consumo de alcohol registrado recordaron haber sido aconsejados por su médico.

**Análisis de las no respuestas a la encuesta telefónica (tabla 2).** Al estratificar según la respuesta a la encuesta sólo se hallaron diferencias significativas en el caso de las variables *sexo* (mayor porcentaje de mujeres que contestaron la encuesta,  $p = 0,01$ ) y *edad* inferior a 26 años (mayor proporción que respondieron a la encuesta,  $p = 0,03$ ).

**Variables asociadas a la ausencia de consejo médico.** En la **tabla 3** se muestran los resultados corres-

**Tabla 2. Análisis de las no respuestas en la encuesta telefónica**

Variables	Encuesta realizada n (%)	Encuesta no realizada n (%)	p
Edad (años)			
Inferior a 26	61 (22,4)	4 (8,3)	0,03
Igual o superior a 26	211 (77,6)	44 (91,7)	
Sexo			
Masculino	119 (43,7)	31 (64,6)	0,01
Femenino	153 (56,3)	17 (35,4)	
Estudios			
Primarios o inferiores	38 (51,4)	6 (66,7)	NS
Superiores o primarios	36 (48,6)	3 (33,3)	
Profesión			
No cualificada	72 (57,6)	9 (47,4)	NS
Cualificada	53 (42,4)	10 (52,6)	
Frecuentación			
Inferior a 3 visitas/año	144 (52,9)	32 (66,6)	NS
Igual o superior a 3 visitas/año	128 (47,1)	16 (33,4)	
Patologías susceptibles de recibir consejo sobre ejercicio físico			
Presentes	119 (66,9)	20 (74,1)	NS
Ausentes	59 (33,1)	7 (25,9)	
Patologías susceptibles de recibir consejo sobre consumo de fibra			
Presentes	113 (63,1)	18 (69,2)	NS
Ausentes	66 (36,9)	8 (30,8)	
Tabaquismo			
Fumadores	95 (44,2)	11 (47,8)	NS
No fumadores	120 (55,8)	12 (52,2)	
Consumo de alcohol			
Bebedores de riesgo	15 (7,3)	3 (12,5)	NS
Bebedores no de riesgo	190 (92,7)	21 (87,5)	

p: nivel de significación estadística (prueba de ji cuadrado).

NS: no significativo.

**Tabla 3. Variables asociadas a la ausencia de consejo sobre ejercicio físico**

Variables	Aconsejados n (%)	No aconsejados n (%)	OR cruda	OR ajustada (IC 95%)
Edad (años)				
Igual o superior a 26	83 (31,1)	123 (46,1)	1	1
Inferior a 26	9 (3,4)	52 (19,5)	3,9	3,5 (1,6-7,7)
Sexo				
Masculino	58 (21,7)	95 (35,6)	1	1
Femenino	34 (12,7)	80 (30,3)	1,4	1,3 (0,7-2,2)
Frecuentación				
Igual o superior a 3 visitas/año	63 (23,6)	64 (24,0)	1	1
Inferior a 3 visitas/año	29 (10,9)	111 (41,6)	3,8	3,5 (2,0-6,0)
Ocupación				
Cualificada	35 (28,7)	36 (29,5)	1	1
No cualificada	17 (13,9)	34 (27,9)	1,9	2,2 (0,9-5,2)

OR: Odds ratio.

IC: Intervalo de confianza.

Valores en negrita:  $p < 0,05$ .

pondientes al consejo sobre ejercicio físico. Se observa que las variables *edad* inferior a 26 años (OR = 3,5; IC95%: 1,6-7,7) y *frecuentación* inferior a tres visitas/año (OR = 3,5; IC95%: 2,0-6,0) presentan una asociación estadísticamente significativa con la ausencia de consejo médico. En cuanto a las variables asociadas a la ausencia de consejo sobre el consumo de fibra (**tabla 4**), se observa igualmente que son las variables *edad* (OR = 3,6; IC95%: 1,3-9,2) y *frecuentación* (OR = 2,4; IC95%: 1,3-4,5) las que explican de manera significativa la falta de consejo. Por último, en la **tabla 5** aparece el mismo análisis referido a la variable dependiente

**Tabla 4. Variables asociadas a la ausencia de consejo sobre consumo de fibra**

Variables	Aconsejados n (%)	No aconsejados n (%)	OR cruda	OR ajustada (IC 95%)
Edad (años)				
Igual o superior a 26	53 (19,9)	153 (57,5)	1	1
Inferior a 26	5 (1,9)	55 (20,7)	3,8	3,6 (1,3-9,2)
Sexo				
Masculino	35 (13,2)	117 (44,0)	1	1
Femenino	23 (8,6)	91 (34,2)	1,2	1 (0,6-2,0)
Frecuentación				
Igual o superior a 3 visitas/año	38 (14,3)	88 (3,1)	1	1
Inferior a 3 visitas/año	20 (7,5)	120 (45,1)	2,6	2,4 (1,3-4,5)
Ocupación				
Cualificada	19 (15,8)	52 (43,3)	1	1
No cualificada	9 (7,5)	40 (33,3)	1,6	1,5 (0,7-4,2)

OR: Odds ratio.

IC: Intervalo de confianza.

Valores en negrita:  $p < 0,05$ .



**Tabla 5. Variables asociadas a la ausencia de consejo para dejar de fumar**

Variables	Aconsejados n (%)	No aconsejados n (%)	OR cruda	OR ajustada (IC 95%)
Edad (años)				
Igual o superior a 26	37 (38,1)	30 (30,9)	1	1
Inferior a 26	17 (17,5)	13 (13,4)	1,1	1,0 (0,4-2,4)
Sexo				
Masculino	25 (25,8)	21 (21,6)	1	1
Femenino	29 (29,9)	22 (22,7)	0,9	0,9 (0,4-2,0)
Frecuentación				
Igual o superior a 3 visitas/año	27 (27,8)	10 (10,3)	1	1
Inferior a 3 visitas/año	27 (27,8)	33 (34,0)	3,3	3,3 (1,4-8,0)

OR: Odds ratio.

IC: Intervalo de confianza.

Valores en negrita:  $p < 0,05$ .

ausencia de consejo para dejar de fumar, en la que es la *frecuentación* inferior a tres visitas al año (OR = 3,3; IC95%: 1,4-8,0) la variable asociada significativamente a la falta de dicho consejo. El escaso número de efectivos en el caso de los bebedores de riesgo desestimó la realización del análisis multivariante.

## Discusión

Está bien establecido desde los clásicos estudios de Russell<sup>17</sup> que el consejo para dejar de fumar es una de las medidas más efectivas para disminuir el consumo de dicho tóxico. Con posterioridad, múltiples estudios<sup>18-22</sup> han confirmado dicha hipótesis, recomendándose dicha intervención en la mayoría de consensos y textos especializados<sup>8,11,23</sup>. Asimismo, dicho consejo realizado de manera sistemática por el médico de Atención Primaria es una de las medidas con mejor relación coste/efectividad<sup>6</sup>.

Con respecto al consejo médico en el consumo excesivo de alcohol está justificada una intervención mínima del médico en los bebedores de riesgo<sup>24,25</sup>. Dicha intervención, junto con la detección precoz, constituye la medida más eficaz y con menor coste de recursos humanos y materiales en la prevención de los trastornos relacionados con el alcohol<sup>25</sup>. La eficacia de la intervención breve, con o sin soporte escrito, está demostrada, tanto en estudios controlados<sup>26-28</sup> como en estudios realizados en nuestro medio<sup>22</sup>, constatándose una disminución significativa de la ingesta de alcohol en g/día y del número de bebedores de riesgo. Asimismo, se considera que el médico de Atención Primaria se encuentra en una posición ventajosa, debido a las múltiples oportunidades para el consejo y su cercanía al entorno biopsicosocial del paciente<sup>25,29,30</sup>. Además, los en-

fermos prefieren ser aconsejados en este tema por su médico, en vez de acudir a centros especializados<sup>25</sup>.

La falta de ejercicio físico en los países desarrollados está asociada a un aumento de la mortalidad global y cardiovascular<sup>31</sup>. Está aceptada la recomendación de realizar actividad física de modo regular en el caso de la hipertensión arterial<sup>23,32,33</sup>, la diabetes mellitus<sup>23,32,34,35</sup>, la obesidad/sobrepeso<sup>23,36</sup> y la hipercolesterolemia<sup>37,38</sup>. Asimismo, los textos especializados y documentos de consenso<sup>23,39,40</sup> inciden en la necesidad de aconsejar sobre dicho tema, especialmente en el caso de la arterial, la diabetes mellitus y la hipercolesterolemia.

Los consumos de fibra dietética en nuestro medio son muy inferiores a los que serían deseables<sup>41</sup>. En estos casos está recomendado aumentar dicha ingesta en el caso de la diabetes mellitus, la obesidad/sobrepeso y la hipercolesterolemia<sup>42,43</sup>, al margen de su papel protector en el desarrollo de otras patologías de alta prevalencia, como las neoplasias intestinales y el estreñimiento, recomendándose una ingesta de 30 g diarios<sup>41</sup>.

El médico de Atención Primaria se encuentra en una posición privilegiada para aconsejar a sus pacientes. A ello contribuye el hecho de que la mayoría de las personas consultan con su médico (más del 90% en un período de 4-5 años)<sup>15</sup>, la accesibilidad, continuidad de la atención y el conocimiento del entorno<sup>25</sup> y sobre todo la capacidad para aconsejar en lo que Stokes denomina «The teachable moment», es decir, el momento en que el paciente se da cuenta de la necesidad y conveniencia de cambiar sus conductas insanas<sup>44</sup>.

Las encuestas telefónicas constituyen un instrumento que proporciona una información similar a otros tipos de entrevista<sup>45</sup>, habiéndose utilizado con éxito en nuestro medio<sup>46,47</sup>, sobre todo por el importante ahorro de tiempo y recursos. Un adecuado protocolo de llamadas tiende a minimizar las pérdidas en este tipo de estudios, aunque siempre existe la posibilidad de que el paciente no recuerde haber sido aconsejado<sup>48</sup>. En nuestro estudio la proporción de pacientes que completaron la encuesta fue muy alta (85%), aunque el diferente criterio utilizado para el cómputo de las pérdidas no permite establecer comparaciones con estudios similares<sup>13</sup>.

El registro en la HCAP del consejo para dejar de fumar o disminuir el consumo de alcohol fue similar al de otros estudios en nuestro medio<sup>13,14</sup>, aunque en otro estudio<sup>49</sup> la proporción de fumadores con el consejo registrado fue superior. La proporción de pacientes con consejo para dejar de fumar o disminuir el consumo de alcohol registrado que recordaron haber sido aconsejados fue bastante alto, resultado que orienta hacia una buena concordancia entre los datos de la HCAP y lo recordado por el paciente. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que recordaron ser aconsejados para dejar de fumar fue superior nuestro estudio (50,9%) respecto a la Encuesta Nacional de Salud de 1995<sup>50</sup> (22%). Atribuimos dicha di-

ferencia a la distinta metodología empleada y al ámbito local de nuestro estudio. Se optó por valorar el consejo percibido en vez del anotado en la HCAP debido al importante infraregistro que se suele constatar en este último caso<sup>13,14</sup>, fenómeno que se confirmó en nuestro estudio. Al analizar los casos que no respondieron a la encuesta (15%), sólo se hallaron diferencias respecto a los que la completaron en el caso de las variables edad y sexo (mayor proporción de menores de 26 años y mujeres que respondieron a la encuesta). En el análisis multivariado de las variables asociadas a la ausencia de consejo médico se ajustó por dichas variables para minimizar el posible efecto confusor.

Una importante proporción de pacientes demandantes (64,1%) presentaron patologías susceptibles de recibir consejo médico. Es posible que, debido a que los datos se extrajeron de la HCAP, dichas patologías no estuvieran presentes o aparecieran otras nuevas en el momento de realizar la encuesta telefónica, debido a que los datos de la HCAP pueden ser estáticos. Puesto que pueden darse los dos casos (por ejemplo que los pacientes hayan dejado de fumar o que por el contrario hayan adquirido el hábito tabáquico después de sus últimas visitas al médico) no creemos que este hecho haya introducido sesgos importantes en el estudio. Sorprende el hecho de que el consejo más frecuentemente recordado fuera el relativo al ejercicio físico y en menor medida el referente al consumo de fibras dietéticas, frente a un aceptable recordatorio del consejo para dejar de fumar, similar a otros estudios<sup>13,14</sup>, y una escasa implementación por parte del médico del consejo médico en el consumo excesivo de alcohol. Éste último caso es especialmente importante, puesto que sólo se valoró como indicado el consejo a los bebedores de riesgo. Si un varón consumía 39 g menos o una mujer 23 g menos de alcohol al día no se consideró como indicado dicho consejo. En este sentido no existe unanimidad en recomendar de manera sistemática un consejo sobre moderación de la ingesta alcohólica en be-

bedores con consumos cercanos a los considerados de riesgo.

El perfil del paciente no aconsejado correspondió al de una persona que acudía menos de tres veces al año a la consulta (consejos sobre ejercicio físico, consumo de fibra dietética y tabaco) y de edad inferior a 26 años (en el caso del consejo sobre ejercicio físico y el consumo de fibra dietética). Los pacientes más jóvenes son precisamente los más susceptibles de modificar sus comportamientos a través del consejo médico, siendo asimismo los que menos acuden a la consulta del médico y los más necesitados de recibir dicha intervención, especialmente los de las clases sociales más desprotegidas<sup>12</sup>. Curiosamente, el médico dedica más tiempo a los pacientes mejor informados, que suelen pedir más recomendaciones de su médico, en detrimento de los pacientes con menores conocimientos y estilo de vida más insanos<sup>51</sup>. En nuestro estudio, los pacientes con profesiones no cualificadas fueron menos aconsejados respecto al ejercicio físico (OR = 2,2; IC 95%: 0,9-5,2) y consumo de fibra (OR = 1,5; IC 95%: 0,7-4,2), aunque no se alcanzó el nivel de significación estadística adoptado.

El consejo médico percibido en nuestro medio, en el caso de pacientes con patologías en que está aceptado o ampliamente consensuado que deben recibir dicha intervención, es susceptible de ser mejorado, especialmente en el caso de intervenciones de eficacia demostrada en estudios controlados, como es el caso del tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. El médico de atención primaria no debe infravalorar la efectividad del consejo médico, especialmente si se realiza de manera sistemática y con una metodología adecuada. Debe presentarse una especial atención a los pacientes poco frecuentadores y jóvenes, puesto que son los menos aconsejados por el médico, siendo precisamente estos últimos los más susceptibles de modificar los comportamientos y estilos de vida poco saludables.

---

## Bibliografía

1. Dever GA. Community Health Analysis. A holistic approach. Rockville, Maryland: Aspen Publications; 1980.
2. Salleras Sanmartí L. Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos; 1985.
3. Salleras L. Educación Sanitaria. Base científica. En: Piedrola G, Domínguez Carmona M, Cortina Creus P, y cols., editores. Medicina Preventiva y Salud Pública, 9ª ed. Barcelona: Masson; 1991. p. 1039-51.
4. Salleras L. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. Med Clin (Barc) 1994;102 Supl. 1:5-12.
5. Hayward RS, Steinberg EP, Ford DE, Roizen EP. Preventive care guidelines: 1991. Ann Intern Med 1991;114:758-83.

6. Cummings SR, Rubin S, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. JAMA 1989;261:75-9.
7. Anderson P. The interaction between research and policy-alcohol and general practice in the United Kingdom. Addiction 1993; 88 Supl:121-7.
8. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
9. Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña. Plan de Salud de Cataluña, 1993-1995. Barcelona, 1993.
10. Salleras L, Bertrán JM, Prat A. Los métodos de la medicina clínica preventiva (II). Consejo médico (counseling) Med Clin (Barc) 1994;102 Supl 1:19-25.
11. Red de Centros Investigadores de la Sociedad Española de

Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud en Atención Primaria. Actualización 1994.

12. Waitzkin H. Información givings in Medical Care. *J Health Soc Behav* 1985;26:81-101.

13. Cabezas Peña C, Vives Argilagós A, Ballvé Moreno JL, Berengué Iglesias MD, Monteverde Curto X, Calero Muñoz S, y cols. Validez del registro de las actividades preventivas en las historias clínicas: consumo y consejo antiabáquico. *Aten Primaria* 1996;18:309-13.

14. Baena Díez JM, Conesa García A, Flores Cebriá RM, Flor Serra F. Registre i percepció del consell antialcohòlic i antiabàquic: aconsellen amb la mateixa mesura? *Butlletí Societat. Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria* n.º 61, Junio de 1996; 24.

15. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Manual de Atención Primaria*; 3ª ed. Barcelona: Mosby/Doyma; 1994.

16. Abramsom JH. *Métodos de estudio en Medicina Comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos; 1990.

17. Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners advice against smoking. *BMJ* 1979;2:231-5.

18. Kottke TE, Battista RN, DiFriese GH, Brekke ML. Attributes of successful smokin cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988;259: 2882-9.

19. Li VC, Coates TJ, Ewart CK, Kim YJ. The effectiveness of smoking cessation advice given during routine medical care: Physicians can make difference. *Am J Prev Med* 1987;3:81-6.

20. Nebot M, Soler M, Martín C. Efectividad del consejo médico para dejar de fumar. Evaluación del impacto al año de la intervención. *Rev Clin Esp* 1989;184:201-5.

21. Marín C, Jané C, Nebot M. Evaluación anual de un Programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria* 1993;12:86-90.

22. Maiqués Galán A, Morales Suárez-Varela MM, Albert Domènech G, Martínez Correcher F, Gil Romero J, Pascual López L. Evaluación del programa de actividades preventivas. Éxitos obtenidos sobre pacientes fumadores, bebedores excesivos y obesos. *Aten Primaria* 1993;12:591-6.

23. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Llibre Blanc Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial*. Barcelona, 1993.

24. Rodríguez-Martos Dauer A. El consejo médico: prevención secundaria de los problemas relacionados con el consumo inadecuado del alcohol. *Aten Primaria* 1994;14:896-903.

25. Aubà Llambrich J. El consejo médico a los consumidores excesivos de alcohol. *Aten Primaria* 1993;12:166-72.

26. Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioners intervention in patiens with excessive alcohol consumption. *BMJ* 1988;297:663-8.

27. Babor TF, Grant M (eds). *Project on identification and management of alcohol-related problems. Reports on Phase II: a randomised clinical trial of brief interventions in primary health care*. World Health Organization. Geneva, Switzerland, 1992.

28. Harris KB, Miller WR, Behavioral self-control training for problem drinkers: components of efficacy. *Psychology or addictive behaviors*, 1990;4:82-90.

29. Strecher VJ, Kobrin MW, Kreuter SC, Roodhouse K, Farrell D. Opportunities for alcohol screening and counseling in primary care (see comments). *J Fam Pract* 1994;39:78-9.

30. Quinby PM, Graham AV. Substance abuse among women. *Prim-Care* 1993;20:131-40.

31. Blair SN, Kolh HWIII, Paffenbarger RS Jr. Physical fitness and all cause mortality: A prospective study of healthy men and women. *JAMA* 1989;262:2395-401.

32. Harris SS; Caspersen CJ, De Friese GH, Estes EH Jr. Physical activity counseling for healthy adults as a primary preventive intervention in the clinical setting: report for the US Preventive Task Force. *JAMA* 1989;261:3590-8.

33. Koplan JP, Siscovich CK, Goldbaum GM. The risk of exercise: The public health view of injuries and hazards. *Public Health Dep* 1985;100:185-95.

34. Jenning G, Nelson L, Nestee P y cols. The effects on changes in physical activity on major cardiovascular risk factors, hemodynamics, sympathetic fcutions and glucose utilization in man: A controlled study of four levels of activity. *Circulation* 1986;73:34-40.

35. Leonard BE, Wilson RH, Gohdes D y cols. Community-based exercise intervention. The Zuni Diabetes Project *MMWR* 1987;36:661-64.

36. Anderson KL, Masironi R, Rutnfranz J, Seliger V. *Habitual physical activity and health*. Copenhagen: World Health Organization, 1978: European Series n.º 6.

37. Leclerc S. High density lipoprotein cholesterol, habitual physical activity and physical fitness. *Atherosclerosis* 1985;11:1177-92.

38. Rimm EB, Asherio A, Giovanucci E, Spiegelman D, Stampfer MJ, Willet WC. Ingesta de fibra contenida en verduras, frutas y cereales y riesgo de coronariopatía en varones, *JAMA [edición española]* 1996;5:299-304.

39. *Physical activity and Public Health. A recommendation from the Centers for Disease Control and prevention and the American College of Sports*. *JAMA* 1995;273:402-7.

40. Campbell MJ, Browne D, Waters WE. Can general practitioners influence exercice habits? *Controlled trial BMJ* 1985;290:1044-6.

41. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. *Hàbits alimentaris i consum d'aliments a Catalunya*. Llibre Blanc. Barcelona, 1988.

42. Federation of American Societies for Experimental Biology. *Physiological effects and health consequences of dietary fiber*. Report to the Food and Drugs Administration. Bethesda, Federation of American Societies for Experimental Biology, 1987.

43. Burkitt D, Trowell H. *Refined carbohydrate foods ans disease. Some implications of dietary fiber*. London, Academic Press, 1975.

44. Stokes J. The methos of clinical prevention. En: Vanderschmidt HF, Koch-Weser D, Woodbury PA, eds. *Handbook of clinical prevention*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1987.

45. Dillman D. *Mail and telephone surveys*. Nueva York: John Wiley, 1978.

46. Gené J, Espinola A, Cabezas C y cols. Do Knowlegde and attitudes about influenza and its immunization affect the likelihood of obtaining immunization? *Fam Pract Res J* 1992;12:61-73.

47. Casanovas A, Galinsoga A, Espinás J, Reig E. Evaluación telefónica de los cambios de hábito de consumo de alcohol después de una campaña poblacional. *Aten Primaria* 1993;12:653-8.

48. Folsom AR, Grimm RH, Stop smoking advice by Physicians: A Feasible Approach? *Am J Public Health*; 1987. p. 849-50.

49. Estebanell Arnal MP, Uriel Pérez JA, Martín Miguel V, García-Pellicer López MP, Esteban Algora C, Córdoba García R. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas. *Aten Primaria* 1992;10:539-42.

50. *Encuesta Nacional de Salud 1995*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1996.

51. Roter DL. Patient participation in the patient prevides interaction. The effects of patiens question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Education Monogr* 1977;5:281-315.