

¿Nos mienten los enfermos controlados en un dispensario de neumología respecto a su hábito tabáquico?

L. Lores Obradors, E. Monsó Molas*, A. Rosell Gratacós*, I. Badorrey* e I. Sampablo Lauro

Servicio de Neumología. Hospital de Sant Boi. Barcelona. *Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

El abandono del consumo de tabaco es una medida terapéutica de primer orden para todos los pacientes afectados de bronconeumopatías. En el caso de las bronconeumopatías crónicas, continuar fumando empeora su curso clínico y aumenta el número de agudizaciones. En una consulta especializada normalmente se insiste en la necesidad de abandonar el consumo de tabaco. El presente estudio se ha realizado con el objetivo de determinar entre los pacientes que son controlados en un dispensario de neumología el porcentaje de los mismos que fuma y niega hacerlo. Se estudiaron de forma consecutiva 125 sujetos. Inicialmente, durante una visita ordinaria se les preguntaba acerca de su hábito tabáquico y, posteriormente, sin previo aviso, se determinaba, mediante un *cooxímetro*, el monóxido de carbono (CO) espirado. Si la cantidad de CO era superior a 10 ppm se consideraba que el sujeto fumaba. Definimos como paciente "mentiroso" el que negaba fumar y tenía una cantidad de CO en el aire espirado superior a 10. Observamos que de los 125 casos estudiados, 21 (17%) fumaban pero lo negaban en el interrogatorio. En los varones este porcentaje alcanzaba el 21% y en los que decían ser ex fumadores la cifra era del 27%. Los valores más elevados los encontramos en los pacientes afectados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica: el 34% era considerado mentiroso.

Por tanto, un porcentaje considerable de enfermos mienten durante la visita médica. Así, casi una tercera parte de los individuos afectados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica nos intenta engañar, siendo éste un grupo especialmente sensible a los efectos tóxicos del tabaco.

Palabras clave: Tabaco. Cooximetría. Neumólogos.

(Arch Bronconeumol 1999; 35: 219-222)

Introducción

El abandono del hábito tabáquico es una medida terapéutica de primer orden para todos los individuos con bronconeumopatías. En el caso de las bronconeumopatías crónicas, continuar fumando puede empeorar el curso clínico y aumentar el número de agudizaciones.

Correspondencia: Dr. L. Lores Obradors.
Servicio de Neumología. Hospital de Sant Boi.
Buenaventura Calopa, 13.
08830 Sant Boi. Barcelona.

Recibido: 28-7-98; aceptado para su publicación: 22-12-98.

Do patients lie about smoking during follow-up in the respiratory medicine clinic?

Quitting smoking is a first-line treatment for patients with bronchial diseases. Continued smoking worsens the clinical course of chronic broncho-pulmonary diseases and increases the number of exacerbations. Specialists commonly insist on the need to quit smoking. This study sought to determine whether a percentage of patients seen in a respiratory medicine clinic continued to smoke while denying doing so. One hundred twenty-five subjects were studied consecutively. At a regular visit they were first asked about smoking; later, without prior warning, exhaled carbon monoxide (CO) was measured by co-oximetry. If CO was over 10 ppm, the subject was considered to have been smoking. We defined a patient as a "liar" if he or she denied smoking but had a reading of CO in exhaled air over 10. Of the 125 cases studied, 21 (17%) smoked while denying doing so. Among men the percentage was 21%, and among ex-smokers, the figure was 27%. The highest value, 34%, was found among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

We conclude, therefore, that a substantial proportion of patients lies to their physicians. A third of COPD patients, who are particularly sensitive to the toxic effects of smoking, try to mislead their doctors.

Key words: Smoking. Co-oximetry. Pneumologists.

Las normativas publicadas en los últimos años por las sociedades americana y europea^{1,2} remarcan la importancia del abandono del tabaco en los sujetos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

En este estudio tratamos de averiguar si los enfermos que son controlados en un dispensario de neumología responden con sinceridad cuando se les pregunta si consumen tabaco y, por tanto, si cumplen con la primera medida terapéutica determinada.

Utilizamos como prueba control la *cooximetría en aire espirado*. Ésta es una prueba sencilla de realizar y con una especificidad y una sensibilidad elevadas³. De

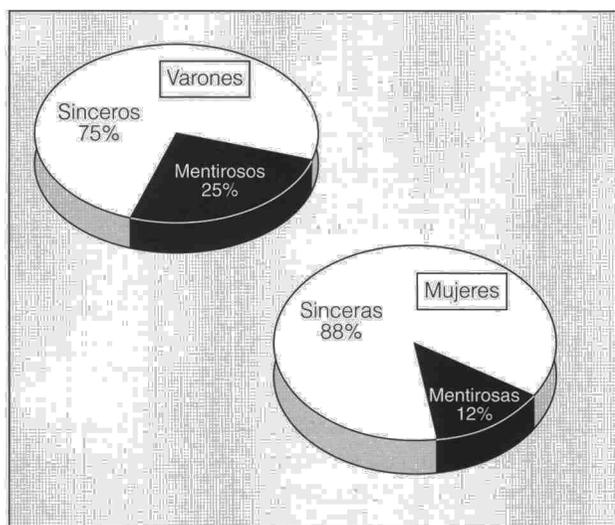


Fig. 1. Representación gráfica de los pacientes "sinceros" y "mentirosos" en el grupo de varones y mujeres.

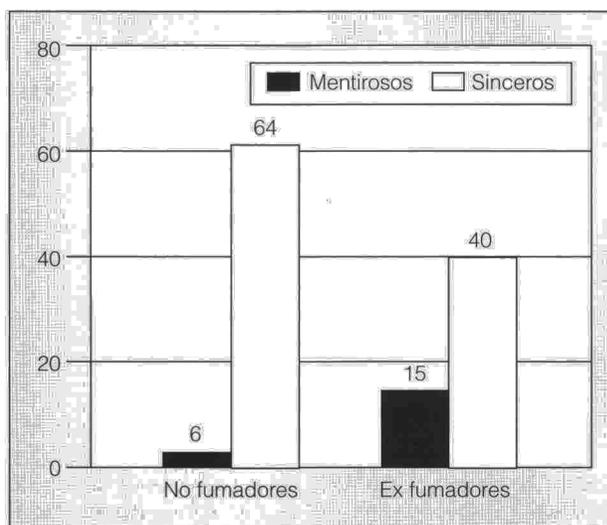


Fig. 2. Representación de los porcentajes de pacientes sinceros y mentirosos en los grupos de pacientes no fumadores y ex fumadores.

hecho, se ha convertido de uso obligado en las consultas de tabaquismo como test fisiológico de validación de la afirmación verbal de abstinencia de los sujetos sometidos a tratamiento^{4,5}.

Material y métodos

El estudio estuvo formado por 125 pacientes, quienes tenían en común ser controlados en las consultas externas de neumología de nuestro hospital. Habían acudido a consulta externa al menos en una ocasión antes, y no se incluyeron las primeras visitas. También se excluyeron los sujetos fumadores que confesaban serlo. La recogida de datos se realizó durante una visita ordinaria y sin previo aviso. Entraron a formar parte del estudio de forma consecutiva.

Para medir la cantidad de CO exhalada se utilizaba un medidor portátil (Smokerlyzer® EC50. Bedford, Reino Unido). Tras realizar una inspiración profunda, los pacientes realizaban una apnea de 15 s y posteriormente espiraban suavemente a través del cooxímetro.

Si las concentraciones de CO resultantes eran inferiores o iguales a 10 ppm se consideraba al paciente no fumador. Si el valor de estas concentraciones superaba las 10 pero no las 20 ppm, se valoraba como fumador de grado ligero. En cambio, quienes presentaban unas concentraciones de CO superiores a 20 eran considerados fumadores severos. Éstas son las cifras habitualmente aceptadas en la bibliografía^{4,5}. Además, para descartar la influencia de otras posibles variables (p. ej., sistemas de calefacción) realizamos de forma paralela entre el personal del hospital no fumador (15 sujetos), una medición del CO espirado, confirmándose en todos concentraciones inferiores a 10 ppm.

Durante la primera parte de la visita se interrogó a los pacientes acerca de su hábito de tabaco actual y pasado. Posteriormente y antes que terminara la visita, se les hacía espirar a través del medidor portátil. Previamente se les había explicado el motivo de realizar la prueba. Ningún paciente se negó a la realización de la misma y no se presentaron complicaciones durante la misma.

Estudiamos 66 varones y 59 mujeres. La edad media era de 53 años, siendo las edades límites 14 y 80 años, respectivamente. De los pacientes estudiados, 70 eran no fumadores

y 55 ex fumadores (decían haber dejado de fumar al menos 6 meses antes de la visita médica).

Atendiendo a las patologías que padecían, la mayor parte presentaba EPOC o asma bronquial, 39 y 55 pacientes, respectivamente. El grupo restante lo constituía un conjunto heterogéneo de enfermos controlados por distintos motivos, siendo la tos crónica, el estudio de alteraciones radiológicas y el síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS) los más frecuentes.

El paciente que llamamos "mentiroso" era aquel con concentraciones de CO superiores a 10 ppm, pero que no reconoció su hábito tabáquico durante la anamnesis. Posteriormente aplicamos la fórmula de Bayes para calcular la probabilidad máxima de ser mentiroso.

Sean M y M' los sucesos "mienten" y "no mienten", respectivamente. Sea B un suceso formado por los pacientes con un índice de mentir más alto, y se conocen las probabilidades de pertenecer a este grupo sabiendo que mienten o no mienten: P (B/M) y P (B/M'). Nos quedaría la siguiente fórmula:

$$P (M/B) = \frac{P (M) \times P (B/M)}{P (B)}$$

Resultados

De los 66 varones estudiados, 14 (21%) tenían unas concentraciones de CO elevadas, pudiéndose catalogar de mentirosos. Cuatro tenían unas concentraciones superiores a 20 ppm, y el resto se encontraba en la banda que definíamos de fumadores ligeros. En las mujeres el porcentaje encontrado de "mentirosas" era del 12%, es decir, sólo siete no reconocían que fumaban. Ninguna alcanzó el valor de 20 ppm del CO exhalado para ser consideradas fumadoras severas (fig. 1).

De los 70 pacientes que decían no haber fumado nunca, seis (8,5%) mentían y tenían unos valores de CO entre 10 y 20 ppm. En cambio, en el grupo de ex fumadores, compuesto por 55 individuos, 15 (27,3%) parece que no decían la verdad. De éstos, cuatro eran fumadores severos (fig. 2).

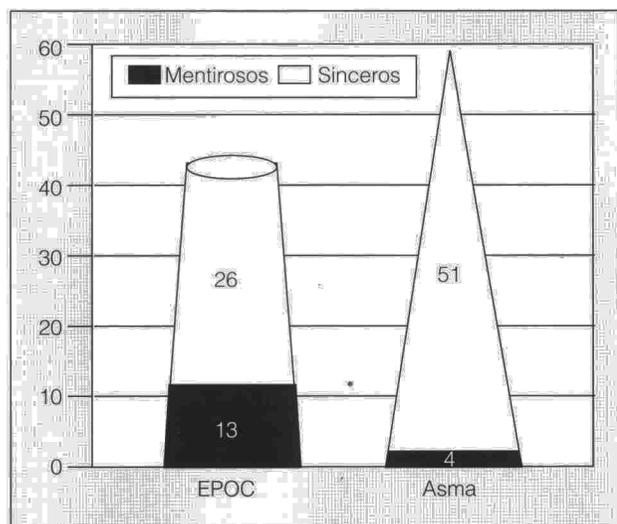


Fig. 3. Representación gráfica de los porcentajes de sujetos mentirosos y sinceros en las dos patologías más frecuentes (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] y asma).

En los pacientes afectados de EPOC, 13 de los 39 (34%) presentaban unas concentraciones de CO compatibles con el tabaquismo activo. De éstos, sólo tres podían ser catalogados de fumadores severos. En el grupo de pacientes con asma bronquial, de los 55 estudiados sólo cuatro tenían concentraciones superiores a 10 (el 7,2% de los casos). Ningún caso llegó a 20 ppm (fig. 3).

Posteriormente, calculamos la probabilidad máxima de ser mentiroso. Del total de pacientes estudiados, 33 cumplían la condición de ser varones, ex fumadores y de padecer EPOC, que son los tres grupos que mienten con más frecuencia.

Aplicando la fórmula de Bayes sobre la probabilidad, considerando los sucesos M: mentir, H: ser varón, Ex: ser ex fumador y E: ser EPOC, surge la siguiente fórmula:

$$P(M/H \cap Ex \cap E) = \frac{P(M) \times P(H \cap Ex \cap E/M)}{P(H \cap Ex \cap E)}$$

donde la probabilidad de mentir ($P[M] = 0,17$), la probabilidad de ser varón, ex fumador y EPOC dado que miente, $P(H \cap Ex \cap E/M)$ equivale a 11/21, y en la probabilidad de ser varón, ex fumador y padecer EPOC $P(H \cap Ex \cap E)$ equivale a 33/125.

Por tanto, obtenemos que la probabilidad de encontrarnos ante un paciente mentiroso siendo éste varón, ex fumador y EPOC es de 0,34 (hay que recordar que la probabilidad mínima es 0 y la máxima 1).

Discusión

Los médicos en general y los neumólogos en especial, debido a la patología con la que habitualmente nos enfrentamos en nuestra práctica asistencial diaria, debemos y solemos estimular la abstinencia tabáquica, explicando a los pacientes durante la visita médica los riesgos que para la salud comporta fumar, así como la

reducción de ese riesgo al cesar el hábito. Este mensaje es considerado por los neumólogos como la primera medida terapéutica a emplear. A pesar de estas recomendaciones, muchos pacientes continúan fumando y así lo reconocen. Pero también hay un porcentaje de pacientes que continúa fumando y que no lo reconoce. Este porcentaje de enfermos es desconocido. Tras una revisión bibliográfica extensa usando la base de datos MEDLINE (1983-1998) no hemos encontrado ningún trabajo realizado en el que se calcule este porcentaje en poblaciones similares a las nuestras. Sólo podemos citar un estudio⁶ en el que identifican que un 15,4% de los pacientes que reciben oxigenoterapia domiciliaria no reconoce fumar y así lo hacen.

Mediante un estudio sencillo y fácilmente reproducible, hemos encontrado que un 17% de los pacientes fuma pero no lo reconoce. Si bien no es un porcentaje muy elevado sí que es significativo. Si consideramos los diversos grupos analizados vemos que este porcentaje alcanza el 21% en los varones, en los ex fumadores el 27,3% y en los EPOC el 34%.

Hemos calculado además la probabilidad (de 0 a 1) con la que podemos llegar a ser mentidos. Ésta alcanza en algunos casos el valor de 0,34, cifra que tampoco es nada despreciable.

Si consideramos que fumar empeora el curso clínico de estos pacientes, aumenta el declinar de la capacidad pulmonar y el número de agudizaciones, es importante para nosotros saber si los pacientes fuman o no, puesto que sabríamos qué factor causa la mala evolución. Por tanto, la práctica asistencial diaria puede verse directamente influida. Pero hay además importantes repercusiones de índole económica. Son pacientes que ocasionan mucho más gasto al sistema sanitario derivado de su peor evolución clínica. Presentan más agudizaciones, visitan con más frecuencia los servicios de urgencias, ingresan con más frecuencia, requieren más exploraciones complementarias, etc. Si consiguiéramos reducir el índice de tabaquismo en los pacientes, contribuiríamos probablemente a disminuir el gasto sanitario.

Pero en este trabajo hemos demostrado que es considerable el porcentaje de pacientes "mentirosos". Esto nos obliga a recurrir a una prueba de validación como la coximetría para conocer el hábito tabáquico real. Probablemente la tendríamos que emplear de forma rutinaria en nuestros dispensarios. Ésta, aparte de ser una medida sencilla, puede ser una medida útil y de la que pueden beneficiarse tanto el médico, como el paciente y lógicamente el sistema sanitario. Pero no debe utilizarse para discriminar o descuidar el tratamiento de los mismos.

En los resultados del estudio comprobamos que el porcentaje de varones mentirosos es más elevado que el de mujeres, pero también lo es el porcentaje de varones fumadores y enfermos. Puede que el número de mujeres mentirosas aumente a medida que el consumo de tabaco se extienda en la población femenina y se iguale el porcentaje de mujeres enfermas al que presenta la población masculina. Otro grupo con el que tenemos que ser especialmente desconfiados es con el formado por lo que dicen ser ex fumadores, ya que más de una cuarta parte de los mismos continúa fumando a pesar de negarlo.

Pero, sobre todo, el grupo del que realmente debemos desconfiar es el de los enfermos con obstrucción crónica al flujo aéreo (EPOC); más de una tercera parte de los mismos continúa fumando y, además, algunos lo hacen de forma severa. Este grupo es especialmente sensible al tabaco y, además, el abandono del mismo es una de las pocas medidas que puede detener el deterioro de su función respiratoria⁷. El hecho de que estos pacientes continúen fumando podría entenderse como un fracaso terapéutico y obligaría a los médicos a revisar el papel que estamos desempeñando ante el tabaquismo.

Por tanto, la principal conclusión de nuestro estudio es que un porcentaje considerable de pacientes nos intenta engañar durante los controles clínicos, lo que probablemente nos obliga a someterlos a una prueba de validación para así poder tratarlos de forma adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. ATS statement. Standards for the diagnosis and care of patients with COPD. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 77-120.
2. ERS Consensus Statement. Optimal assessment and management of COPD. *Eur Respir J* 1995; 8: 1.398-1.420.
3. Waage H, Silsand T, Urdal P, Langard S. Discrimination of smoking status by thiocyanate and cotinine in serum, and carbon monoxide in expired air. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 488-493.
4. Jarvis MJ, Russell MAH, Saloojee Y. Expired air carbon monoxide: a simple breath test of tobacco smoke intake. *Br Med J* 1980; 281: 484-485.
5. Jiménez Ruiz CA, Solano S, Flórez S, Arrate C, Zamora E, Steen B et al. Tabaquismo I. Inflamación 1991; 93: 64-67.
6. Escarrabil J, Marín E, De la Riva E, Giro E, Estopa R, Manresa F. El hábito tabáquico en pacientes con oxigenoterapia domiciliaria. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 772-774.
7. Anthonisen NR, Connet JE, Kiley JP et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV-1. The lung health study. *J Am Med Assoc* 1994; 272: 1.497-1.505.