

Programa de deshabituación tabáquica en cirugía programada

M. Alonso Fernández^a, J.J. Salvadores Rubio^b, C. Gonzalvo Rodríguez^c, J. García Lavandera^d, P. López Sampedro^d y D. Peñacoba Maestre^e

Introducción y objetivos. Actualmente el tabaquismo empieza a ser considerado una enfermedad crónica. La evidencia científica de los daños que produce y la existencia de intervenciones eficientes hacen necesario su abordaje. En el Área Sanitaria VIII de Asturias se puso en marcha en 1998 un plan de ayuda al fumador que ahora pretendemos hacer extensivo a pacientes que van a ser sometidos a cirugía programada, ya que está demostrado que el tabaco aumenta las complicaciones postoperatorias; por otra parte, afrontar una intervención quirúrgica puede ser un motivo para intentar abandonar el hábito.

Actividades. Los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas serán interrogados y aconsejados durante el preoperatorio respecto el hábito tabáquico. Se les realiza el test de Richmond y si su puntuación es ≥ 7 , se les deriva al centro de salud.

Intervenciones. El médico de familia valora la dependencia y motivación del fumador y le ofrece tratamiento individualizado para dejar de fumar. Durante el ingreso una enfermera refuerza la cesación. Una vez de alta, se hace un seguimiento periódico en atención primaria.

Evaluación. Coincidiendo con la evaluación anual de cartera de servicios se medirá el número de fumadores intervenidos quirúrgicamente que han sido aconsejados, visitados en planta, derivados y seguidos en atención primaria, así como los abstinentes al mes, 6 y 12 meses.

Conclusiones. La falta de financiación del tratamiento puede ser una de las limitaciones del programa. Aunque en otros países hay experiencias de intervenciones en fumadores que van a someterse a cirugía, en nuestro medio no hemos encontrado ningún programa similar al nuestro.

Palabras clave: Deshabituación tabáquica. Cirugía programada. Tabaquismo.

PROGRAMME TO OVERCOME TOBACCO DEPENDENCY IN CASES OF SCHEDULED SURGERY

Introduction and objectives. Tobacco dependency is now beginning to be seen as a chronic disease. The scientific evidence of the damage it causes and the existence of efficient interventions mean it has to be tackled. In Health Area VIII of Asturias a plan to aid smokers was initiated in 1998. Now we want to extend this to patients who are going to have scheduled surgery, since it has been demonstrated that tobacco increases post-operative complications. In addition, having to confront surgery may be a reason for trying to give up tobacco.

Activities. Patients who are going to undergo surgery will be questioned and counselled on their tobacco habit during the pre-operative period. They will do the Richmond test and will be referred to the health centre if their score is ≥ 7 .

Interventions. The family doctor assesses the smokers' dependency and motivation, and offers them personalised treatment to give up. During their time in hospital, a nurse backs up their non-smoking. Once discharged, they are monitored periodically in primary care.

Evaluation. At the same time as the annual evaluation of the service portfolio, the number of smokers who underwent surgery and were counselled, visited on the ward and monitored in primary care will be measured. The number of patients still not smoking at one month, six months and twelve months will be recorded.

Conclusions. Lack of finance for the treatment may be one of the limitations of the programme. Although there are experiences in other countries of interventions in smokers who are going to have surgery, we have found no similar programme here.

Key words: Overcoming tobacco dependency. Scheduled surgery. Tobacco dependency.

^aDoctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria. Área Sanitaria VIII de Asturias. España.

^bLicenciado en Medicina. Agente Coordinador de Área. Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias. España.

^cDiplomada en Enfermería. Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria VIII de Asturias. España.

^dEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Felguera. Área Sanitaria VIII de Asturias. España.

^eDiplomada en Enfermería. Centro de Salud de Sama. Área Sanitaria VIII de Asturias. España.

Correspondencia: Margarita Alonso Fernández. C/ Acacias, 17. Urbanización Soto de Llanera. 33423 Llanera. Asturias. España. Correo electrónico: malonsof@navegalia.com

Manuscrito recibido el 11 de marzo de 2002. Manuscrito aceptado para su publicación el 16 de septiembre de 2002.

Introducción

Se ha definido el tabaquismo como la gran epidemia silenciosa del siglo XX que causa la muerte a millones de personas cada año¹. Actualmente, más que hablar de factor de riesgo deberíamos considerar el tabaquismo como una enfermedad² crónica, ya que, mientras una pequeña parte de los fumadores consigue la abstinencia permanente en el primer intento, la mayoría atraviesa diversos períodos de recaída y remisión³. La condición recidivante de este trastorno hace aconsejable una atención continuada, como ocurre en otros procesos crónicos (hipertensión arterial, diabetes, entre otros).

La eficiencia de las intervenciones sobre este hábito está claramente constatada⁴⁻⁶, siendo los profesionales de atención primaria, por la accesibilidad y continuidad en la asistencia, los que ocupan una posición privilegiada para el tratamiento y seguimiento de los fumadores.

En los últimos años se han ido extendiendo programas y experiencias de deshabituación tabáquica en atención primaria⁷⁻⁹ y sociedades científicas han elaborado guías para el abordaje de este problema en pacientes que acuden a los centros de salud¹⁰. Son menos los trabajos publicados sobre experiencias de tratamiento de pacientes fumadores hospitalizados^{11,12}.

El problema del tabaquismo excede el ámbito sanitario y requiere la adopción de normativas frente a los distintos intereses creados en torno al consumo de tabaco; sin embargo, ante la evidencia científica de los efectos nocivos del tabaco sobre la salud y la eficiencia de las intervenciones sobre el tabaquismo consideramos, coincidiendo con otros autores^{3,13}, que debe institucionalizarse la identificación y el tratamiento del tabaquismo en los centros sanitarios.

En el Área Sanitaria VIII de Asturias, hace 4 años se puso en marcha un programa de deshabituación tabáquica¹⁴. Teniendo en cuenta la efectividad del mismo¹⁵, consideramos pertinente la propuesta de la Dirección General de Salud Pública de nuestra comunidad autónoma de extenderlo a pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica. Este programa quedaría enmarcado en uno más amplio: el Programa de Aire Saludable en los Centros Sanitarios¹⁶. Algunos autores señalan que sería aconsejable que el abandono del tabaco ante cualquier cirugía se produjera 6-8 semanas antes, ya que sus efectos nocivos pueden aumentar las complicaciones postoperatorias^{17,18}.

Objetivo

Favorecer el abandono o la reducción del hábito tabáquico en los pacientes fumadores que van a ser sometidos a intervención quirúrgica programada de cirugía general o traumatología en el Hospital Valle del Nalón, y que tengan su médico de familia en el Área Sanitaria VIII de Asturias.

Programa

Actividades

Todos los pacientes que vayan a ser sometidos a una intervención quirúrgica programada serán interrogados sobre el hábito tabáquico por la enfermera de la consulta de cirugía general o traumatología; si no fuman, se les felicitará y animará a seguir con esa conducta. Si el paciente es fumador, se cuantificará el consumo, se le informará de las ventajas de abandonar el hábito y del riesgo añadido que éste supone para la intervención. Se realizará el test de Richmond y si la puntuación obtenida es ≥ 7 , se le derivará al centro de salud para ser seguido en el Plan de Ayuda al Fumador¹⁴.

A todos los pacientes fumadores se les dará consejo y se les entregará folletos sobre los beneficios del abandono del hábito.

Intervenciones

Una vez que el paciente acude a su médico de familia, éste valorará su actitud, le realizará el test de Fagerström y, con el resultado del mismo y del test de motivación, se clasificará al fumador y se elaborará un plan de tratamiento individual en función de la fase en la que se encuentre.

Durante el ingreso una enfermera del servicio de cirugía o traumatología visitará al paciente para reforzar su cesación. Una vez que éste ha sido dado de alta, el seguimiento se realizará, igual que al resto de fumadores que siguen el plan de ayuda al fumador, mediante visitas quincenales durante los tres primeros meses y luego cada mes o mes y medio hasta los 6 meses, opcional a los 9 meses y una final a los 12, aunque el plan de visitas se adaptará a las características del paciente.

Evaluación

Se llevará a cabo anualmente, coincidiendo con la evaluación de cartera de servicios. Se cuantificarán los fumadores intervenidos quirúrgicamente que han sido aconsejados, número de ellos derivados a atención primaria, número de pacientes visitados en planta y fumadores que durante el ingreso han abandonado o reducido el consumo de cigarrillos. Respecto a la evaluación del seguimiento en atención primaria, se cuantificará el porcentaje de pacientes con número de visitas adecuado. También se medirá el porcentaje de abstinentes al mes, a los 6 meses y al año del alta.

Discusión

No está prevista en el programa la financiación del tratamiento farmacológico o la terapia sustitutiva con nicotina, lo que puede motivar, en caso de ser prescrito por el médico, el rechazo al tratamiento por parte de algunos pacien-

tes, si bien no suele ser éste el motivo de la falta de cumplimiento terapéutico¹¹.

Parece lógico pensar que durante el tiempo de espera para una intervención se produzca ansiedad en el paciente y, en este sentido, no sería el mejor momento para abandonar el hábito, pero también es cierto que conocer que el tabaco puede entorpecer la recuperación puede ser una motivación adicional para intentar el abandono. Otra limitación del programa es el tiempo de que se dispone para intervenir, que vendrá condicionado por la fecha de la intervención quirúrgica.

No hemos encontrado en nuestro medio ningún programa que se asemeje al aquí descrito, aunque en otros países sí hay experiencias de intervenciones en fumadores que van a ser sometidos a cirugía^{17,18}.

La restricción de fumar en los centros sanitarios hace que, cuando un enfermo es hospitalizado de forma aguda, deba interrumpir este hábito sin que nadie le ofrezca ayuda, lo que sin duda puede agravar la angustia que ya por sí genera la hospitalización. Si este ingreso es previsible, parece lógico que ayudemos a nuestros pacientes a abandonar el hábito con antelación.

Existen experiencias de ayuda a los fumadores hospitalizados para que no fumen durante la hospitalización¹², pero la intervención a medio plazo no resulta eficaz, probablemente por la falta de seguimiento después del alta.

En nuestro caso la experiencia y formación de los profesionales del Área Sanitaria en el tratamiento de la deshabituación tabáquica¹⁹, la efectividad del programa de ayuda al fumador que se está llevando a cabo desde hace años en el ámbito de Atención Primaria y la continuidad en la atención que ofrece este nivel asistencial, que favorece que si el paciente sufre una recaída se aprovechen otras demandas de asistencia para revisar las circunstancias que han motivado pudiendo brindarle ayuda para un nuevo intento, hacen que hayamos considerado que el marco idóneo para esta intervención sea la atención primaria.

Lógicamente, este programa se realiza con la colaboración de atención especializada, ya que el seguimiento durante la hospitalización lo lleva a cabo personal de enfermería del hospital. Transcurrido un tiempo desde su puesta en marcha, y una vez que la experiencia haya sido evaluada, podrá valorarse su extensión a pacientes que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas de otras especialidades.

Bibliografía

1. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997;349:1498-504.
2. Jiménez Ruiz CA. El tabaquismo es una enfermedad. *Med Clin (Barc)* 2000;115:90-3.
3. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guide Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
4. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gaita R, et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995;104:49-53.
5. Comas Fuentes A, Suárez Gutiérrez R, López González ML, Cueto Espinar A. Coste-efectividad del consejo sanitario antitabaco en atención primaria de salud. *Gac Sanit* 1998;12:126-32.
6. Grandes G, Cortada J, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br J Gen Pract* 2000;50:803-7.
7. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. ¿Podemos ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar?: la experiencia del Programa de Abandono del Tabaco. *Gac Sanit* 2001;15:312-9.
8. Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Maderuelo Fernández JA, Jiménez Ruiz C, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. ¿Se puede predecir el éxito de la intervención mínima en tabaquismo? *Prev Tab* 2001;3:13-9.
9. Martín Cantera C, Córdoba García R, Jane Julio C, Nebot Adell M, Galán Herrera S, Aliaga M, et al. Evaluación a corto plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997;109:744-8.
10. Torrecilla García M, Alonso Díaz A, Barrueco Ferrero M, Gómez Cruz JG, Hernández Mezgoita MA, Martín Temprano M, et al. Guía para el abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. Valladolid: Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria, 2001.
11. Roig Cutillas P, Sabater Puig E, Borrás Cabacés T, Sesiolo García M, Salmons Aleu R, Albeldo Navarro V. Protocolo de intervención en pacientes fumadores hospitalizados. *Prev Tab* 2001;3:124-31.
12. Rigotti NA, Arnsten JH, Mckool KM, Wood-Reid KM, Pasternak RC, Singer DE. Efficacy of a smoking cessation program for hospital patients. *Arch Intern Med* 1997;157:2653-60.
13. Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Maderuelo Fernández JA, Jiménez Ruiz CA, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. Deshabituación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Aten Primaria* 2001;27:629-36.
14. INSALUD. Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria VIII de Asturias. Plan de Ayuda al Fumador. Sama de Langreo (Asturias), 2000.
15. Alonso Fernández M, Franco Vidal A, López Sanpedro P, García Lavandera J. Efectividad a medio plazo de un plan de ayuda al fumador desarrollado en atención primaria. *Aten Primaria* 2002;30:541-48. Efectividad de un programa de ayuda al fumador desarrollado en atención primaria. *Actas de XXXV Congreso Nacional de la SEPAR*. Gran Canaria; 2002, junio.
16. Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias. Hospital sin humo: consulta preingreso en pacientes quirúrgicos para el abandono del tabaco. Aire Saludable en los Centros Sanitarios de Asturias. Oviedo, 2001.
17. Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002;359:114-7.
18. Simon JA, Solkowitz SN, Carmody TP, Browner WS. Smoking cessation after surgery. A randomized trial. *Arch Intern Med* 1997;157:1371-6.
19. Alonso Fernández M. Ayudar al paciente a dejar de fumar desde atención primaria. *Prev Tab* 2001;3:278-9.