

Los cirujanos, el cigarrillo y nosotros

Autora: Borrajo María Cristina

Neumonóloga del hospital "Ntra Sra. De Luján"

Correspondencia:

María Cristina Borrajo
e-mail: cristina.borrajo@gmail.com

Fumar tabaco provoca 6 millones de muertes al año en el mundo. De las 10 enfermedades que más muertes causan, según datos de OMS, el tabaco se ve involucrado en 8 de ellas. Resultaría una redundancia entrar en detalles sobre el daño que provoca el tabaco en la salud en virtud de la información con la que cuentan los lectores de esta revista. En el presente número se publica un trabajo sobre la indicación de la cesación tabáquica en la evaluación pre operatoria que amerita algunos comentarios.

Desde hace algunas décadas sabemos que la anestesia y el acto quirúrgico en pacientes con pulmones normales producen cambios en la fisiología pulmonar tales como disminución de la capacidad residual funcional (CRV), de la capacidad de cierre, producción de micro atelectasias, alteraciones del índice ventilación/perfusión (V/Q) y alteraciones en el intercambio gaseoso. Algunos factores inherentes al paciente, como la edad, la obesidad o el hábito de fumar, inciden directamente sobre estos cambios fisiológicos aumentando la morbilidad en estos grupos. Tal es así que la posibilidad de complicaciones pos operatorias en pacientes fumadores es 6 veces más alta comparado con quienes no consumen tabaco, y si el sujeto es portador de EPOC la morbilidad supera el 25%.

En la práctica diaria los cirujanos (a excepción de los cirujanos torácicos) no solo no indican la cesación tabáquica antes de la cirugía programada sino en numerosas ocasiones ni siquiera interrogan al paciente sobre uso de tabaco. Si lo hacen se debe a que el paciente tiene síntomas respiratorios o reconoce ser portador de una enfermedad que ya ha sido diagnosticada (Asma o EPOC) y por la cual está bajo control médico por otro especialista. En los últimos años, con el auge de la cirugía bariátrica hemos visto una avalancha de solicitudes de espirometrías y su correspondiente riesgo quirúrgico donde nos vemos en la obligación de informar estudios normales, pero con alto riesgo quirúrgico por

la condición de fumador del paciente. Sin embargo, los cirujanos involucrados tienen sistematizada la solicitud porque conocen que los obesos fumadores sometidos a cualquier tipo de cirugía bariátrica presentan más probabilidades de requerir ventilación mecánica y de tener dificultades en el destete que aquellos que no fuman.

Pero los riesgos pos operatorios en los fumadores no solo se limitan al aparato respiratorio, los fumadores tienen cuatro veces más posibilidades de presentar infecciones en el sitio de la herida, dehiscencia de la sutura, retardo de la cicatrización y hernia y dos veces más chances de padecer fístulas y retardo en la restitución ósea. En menor medida se observa un aumento de las complicaciones en sujetos ex fumadores comparados con quienes nunca han fumado.

De estas observaciones surge que el solo hecho de fumar constituye un llamado de atención en la evaluación pre quirúrgica que, generalmente, es subestimado por los cirujanos y su intervención se limita a veces a solicitar al paciente que disminuya la cantidad de cigarrillos consumidos. Esta opinión no es una diatriba contra los cirujanos sino más bien un hecho real: la mitad de los médicos entrevistados en el trabajo que se publica en este número solo reciben un solo paciente o menos por semana para evaluación pre quirúrgica, o sea muy pocos, teniendo en cuenta que la mayoría son médicos neumonólogos en un país donde 1 de cada cuatro personas fuma.

El estudio F.U.M.A.H.B.A se realizó en 7 hospitales de la provincia de Buenos Aires y tuvo como objetivo establecer la prevalencia de médicos fumadores en el ámbito hospitalario. Se reclutaron 1333 profesionales de todas las especialidades y constaba de una encuesta con medición de CO en aire espirado. Se pudo establecer que entre los profesionales del área quirúrgica (cirujanos y anestesistas) cuatro de cada diez encuestados

fumaban tabaco en forma diaria. La importancia de este dato reside en que los profesionales de la salud que fuman suelen no interrogar al paciente sobre el consumo de tabaco y son más indulgentes a la hora de evaluar el tabaquismo y sus efectos deletéreos en la salud.

Pero un dato muy inquietante del trabajo del Dr. Scönfeld y col. es que una proporción no desdeñable, el 16% de los neumonólogos entrevistados, *“no se consideraban capacitados o no estaban interesados en tratar personalmente al paciente preoperatorio con tabaquismo”*. Las situaciones relacionadas con la salud, como las enfermedades, muertes de seres queridos o muy cercanos a causa del tabaco, intervenciones quirúrgicas o internaciones, ponen al fumador en una situación de vulnerabilidad que lo puede llevar a cambiar de conducta y tomar la decisión de dejar de fumar. No deberíamos nunca dejar de “aprovechar” este momento para intervenir de alguna manera.

Cierto es que no todos los profesionales se encuentran involucrados en tratamientos intensivos para dejar de fumar, pero no constituye una excusa para no hacerlo, aunque sea en forma breve. En la estrategia de las 5A, que puede ser llevada a cabo por cualquier profesional de la salud, las dos primeras aes corresponden a Averiguar y Aconsejar, dicho de otra manera: preguntarle al paciente si fuma, independientemente de la patología que lo haya llevado a la consulta y luego aconsejar el abandono y estimularlo para conseguirlo.

Con respecto a la indicación de cesación, y cuanto tiempo antes de la cirugía hay que realizarla,

el trabajo en cuestión pondera rigurosamente la evidencia científica y concluye que no hay acuerdo al respecto y que los profesionales establecen en forma empírica la indicación.

Dejar de fumar tiene efectos a corto y mediano plazo. A los 20 minutos de no fumar se normaliza la tensión arterial (tiende a descender), a las 12 hs. Se elimina el CO en sangre y entre las dos semanas y los tres meses sin fumar mejora la circulación y la función pulmonar. Además, desaparece la “tos del fumador” y la sensación de cansancio muscular. Es evidente que cuanto antes el paciente abandone el cigarrillo obtendrá mayor beneficio y menor riesgo quirúrgico.

Dejar de fumar no se logra de un día para el otro, preparar al paciente para que tome la decisión es fundamental. Darle tiempo para que se construya su voluntad de cambio y ayudarlo en el camino. Se debe explicar al paciente, además de los riesgos, los beneficios que la cesación otorgará durante y después del acto quirúrgico. Muchos pacientes entenderán la situación y tomarán el hecho de dejar de fumar como un acto transitorio, por lo tanto, es conveniente su seguimiento en el pos operatorio y entonces sí, si no nos consideramos en condiciones de ayudarlo a sostener la abstinencia consultamos con algún colega que sea idóneo en el tema.

Considero que la advertencia de dejar de fumar debe ser hecha en el mismo instante en que se planea una cirugía, independientemente del tiempo que diste de ella. Y, de ser posible, en las cirugías que lo permitan se debe posponer el acto quirúrgico hasta que el paciente haya dejado de fumar.