

Indicación de cesación tabáquica en la evaluación preoperatoria: conociendo la realidad de nuestra práctica

Correspondencia:

Daniel Schönfeld
e-mail: danielschonfeld@infovia.com.ar

Recibido: 08.05.2016

Aceptado: 29.08.2016

Autores: Schönfeld Daniel¹, Vanoni Susana², Barimboim Enrique³, Ortiz Ma Cristina⁴, Penizzotto Miguel A⁵

¹Centro Diagnóstico San Jorge, Puerto Madryn, Chubut

²Facultad de Ciencias Médicas, UNC

³Hospital Central de Mendoza

⁴Hospital Nacional Baldomero Sommer, General Rodríguez, Buenos Aires

⁵Sanatorio San Roque, Curuzú Cuatiá, Corrientes. Argentina

Resumen

Introducción: El consumo de tabaco puede ser factor causal de múltiples complicaciones en el posoperatorio de personas fumadoras. El período previo a la cirugía es un momento de especial receptividad por parte de los pacientes para intentar la cesación tabáquica. Existen diversas intervenciones basadas en la mejor evidencia científica (MBE) para conseguir el éxito. El seguimiento de los pacientes luego del procedimiento estimula a mantener la cesación. Sin embargo, la actuación de los profesionales en la vida real no siempre coincide con dichas recomendaciones.

Objetivos: Averiguar la conducta que adoptan los profesionales médicos ante el paciente tabaquista derivado para evaluación de riesgo quirúrgico, qué tipo de intervenciones aplican y si las mismas se basan en las evidencias científicas disponibles.

Material y métodos: Diseño observacional, prospectivo de corte transversal. Se encuestó de manera voluntaria y anónima a médicos asistentes a un Congreso de Medicina Respiratoria. El cuestionario fue diseñado a los fines de la investigación y validado por el Método Delphi. Se compuso de 15 preguntas con respuesta de opciones múltiples excepto el último de los dominios que solicitó señalar bibliografía para basar la conducta asumida.

Resultados: Se recopilaron 152 encuestas. Respondieron el cuestionario 86 mujeres (66,7%), la edad mayor a 30 años fue dominante y predominó la especialidad en neumonología. Casi el 50% realizaba evaluaciones de riesgo quirúrgico de 2 a 10 veces/semana. Más del 80% de los profesionales indicaba cesación tabáquica preoperatoria en los casos en que se detectaba el hábito. El intervalo libre de consumo de tabaco previo a la cirugía que indicaron con mayor frecuencia fue 8 semanas (54,6%) y la intervención más seleccionada, la mixta (farmacológica y verbal) con 62%. El seguimiento posterior lo realizaba el 74,8%. Más de la mitad respondió que basaban su actitud en la propia experiencia y sólo 15,8% pudo citar bibliografía de referencia.

Conclusiones: La mayoría de los encuestados adhiere a la necesidad de indicar tratamiento para cesación en los pacientes fumadores en la evaluación preoperatoria, más de la mitad hace su recomendación basándose en su propia experiencia y menos del 20% puede recordar algún tipo de bibliografía que justifique sus recomendaciones. Resulta necesario que las sociedades científicas, vinculadas a la valoración preoperatoria, incluyan este capítulo en la agenda de educación médica continua a fin de disminuir las complicaciones posoperatorias

Palabras clave: evaluación preoperatoria, tabaquismo, cesación tabáquica, riesgo quirúrgico

ABSTRACT

Indication of smoking cessation in the preoperative assessment: knowing the reality of our practice

Introduction: Smoking can be a causal factor of multiple complications after surgery. The pre-surgical period is key for smoking patients to quit. According to different evidence-based medicine (EBM) interventions, postoperative follow-up to corroborate quitting stimulates sustainable smoking cessation. However, not all professionals follow these recommendations in their practice.

Objectives: to determine how physicians act with smoking patients referred for surgical risk evaluation, which interventions they apply and to what extent they are evidence-based.

Material and methods: it is an observational, prospective, cross-sectional design. Physicians attending a congress of respiratory medicine were voluntarily and anonymously interviewed. The questionnaire was designed for this research and it was validated by the Delphi method. It has 15 multiple-choice questions except for the last domain which requests mentioning bibliography supporting their behavior.

Results: 152 surveys were collected. Respondents were mostly pulmonologists and over 30 years of age. 86 (66.7%) were women. Almost 50% performed surgical risk assessments on 2 to 10 patients per week. In the case of current smokers, over 80% of physicians advised smoking cessation. 54.6% recommended an 8 week smoking-free interval prior to surgery; and 62% applied a mixed (pharmacological and verbal) approach. 74.8% of this group referred they monitored patients postoperatively. More than half respondents said that their recommendations were empirical and only 15.8 per cent quoted reference bibliography.

Conclusions: Most respondents agree to the need to indicate smoking cessation in the preoperative evaluation but only 15.8% mentioned bibliography that supports their recommendation. We can conclude that scientific associations related with surgical risk evaluation should include this subject in their continuous medical education programs in order to reduce postop complications and foster smoking cessation.

Key words: preoperative evaluation, smoking, smoking cessation, surgical risk.

Introducción

El riesgo de consumo de tabaco y las complicaciones posoperatorias asociadas a la condición de fumador subyacen de manera característica en la práctica de la valoración preoperatoria de los pacientes, pero no se identifica un claro acuerdo con relación al tiempo óptimo para la supresión. Algunos pocos estudios señalan el intervalo libre de consumo de tabaco que se asocia con disminución significativa del riesgo de eventos. Una revisión sistemática de 12 estudios prospectivos de cohorte publicada en 2006² confirmó que la cesación preoperatoria, reduce el riesgo de complicaciones posoperatorias y cuanto más tiempo transcurre hasta la cirugía, se observan en menor frecuencia. Otros autores como Moller, Thomsen y Lee³⁻⁵ realizaron distintas revisiones analizando ensayos clínicos controlados para evaluar el impacto en la reducción de eventos

adversos en el posoperatorio inmediato y hasta 12 meses luego del procedimiento. En una revisión publicada por Cochrane⁶ los autores encontraron ocho artículos con criterios adecuados para la inclusión, pero solo dos de ellos señalaron el tiempo óptimo para suprimir el consumo.

Consideramos claramente demostrado que fumar en el período preoperatorio se relaciona con una mayor posibilidad de padecer enfermedad coronaria aguda, demoras en la retirada del tubo traqueal, complicaciones en la cicatrización, infecciones pulmonares y muerte en el posoperatorio inmediato⁷. El riesgo de desarrollar eventos que compliquen el posoperatorio podría estar incrementado entre dos y cuatro veces en los consumidores de tabaco⁸. Los niños expuestos pasivamente al humo de tabaco presentan también mayor incidencia de eventos adversos respiratorios en los procedimientos quirúrgicos⁹.

Sin embargo, otras investigaciones no han logrado definir de manera clara la presencia de mayor número de complicaciones asociadas a las condiciones de fumador o ex fumador en grupos sometidos a determinadas cirugías. Así, Saxena y col¹⁰, analizaron la presencia de eventos posoperatorios tempranos en un grupo de pacientes que recibieron reemplazo valvular aórtico. Demostraron que solo la aparición de neumonía y el infarto agudo de miocardio fueron manifestaciones asociadas al estatus de fumador corriente¹¹. Los autores concluyeron que esta condición no pronostica necesariamente un peor resultado quirúrgico de manera categórica.

Por otra parte, ningún autor cuestiona que la inminencia de un procedimiento quirúrgico constituye una oportunidad única para estimular a los pacientes a suprimir el consumo de tabaco^{9, 12}. Esta oportunidad debería ser aprovechada por los profesionales médicos de diversas especialidades que intervienen en la evaluación de pacientes quirúrgicos.

Las controversias identificadas en la literatura ameritan la aproximación al conocimiento de la práctica habitual de los profesionales médicos con relación a indicación sobre supresión de consumo de tabaco. Este trabajo intentó averiguar la conducta que adoptan los profesionales médicos ante el paciente tabaquista derivado para evaluación de riesgo quirúrgico, qué tipo de intervenciones aplican y si las mismas se basan en las evidencias científicas (MBE).

Objetivos

Objetivo general

Establecer la conducta de los profesionales médicos ante el paciente fumador en la evaluación de riesgo quirúrgico.

Objetivos específicos

- Conocer el intervalo en semanas que los médicos consideran adecuado para la supresión del tabaco previo a la cirugía.
- Definir el tipo de intervención empleada para lograr la cesación (farmacológica, no farmacológica, mixta).
- Identificar frecuencia en el seguimiento de dichos pacientes para conocer el estatus tabáquico (abstinencia, recaída) posterior a la cirugía.
- Determinar el conocimiento de referencias científicas para la adopción de las conductas (MBE).

Material y Métodos

Se diseñó un trabajo observacional, prospectivo y de corte transversal mediante la aplicación de una encuesta (Anexo). El universo estuvo constituido por médicos de diversas especialidades que tuviesen relación con la evaluación de pacientes tabaquistas candidatos a cirugía. La muestra se conformó con los profesionales que aceptaron de manera libre, voluntaria y anónima, responder una encuesta durante el 42° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria.

El cuestionario, diseñado a los fines de la investigación, estuvo conformado por 15 preguntas. Se procedió a su validación mediante el Método Delphi¹. Las preguntas N° 1 a la N° 6 estuvieron destinadas a caracterizar a los encuestados con relación a datos demográficos, años de ejercicio profesional, especialidad que ejercían y la propia condición respecto al consumo de tabaco. Los dominios N° 7 al 15 interrogaron sucesivamente sobre la frecuencia con la cual el profesional evaluaba riesgo quirúrgico en su desempeño profesional, la conducta asumida frente al paciente tabaquista, el tiempo que consideraba óptimo para la supresión tabáquica previo a la intervención, los procedimientos que aplicaba para la cesación en caso de indicarla y las fuentes bibliográficas en las que fundamentaba su práctica en caso de que pudiera citar alguna.

Se invitó a todos los médicos asistentes a un congreso de medicina respiratoria a que completaran la encuesta en formato papel para luego depositarla en una urna sin datos de filiación que pudieran modificar el carácter anónimo de las respuestas.

Para el análisis estadístico las variables a considerar fueron cada uno de los ítems que compusieron la encuesta. El procesamiento de las variables cuantitativas permitió obtener frecuencia y media, del carácter evaluado. Para las variables cualitativas se estableció frecuencia de aparición absoluta y porcentual. No se aplicaron tablas de contingencia entre las variables pues no correspondía de acuerdo al diseño metodológico no analítico de esta investigación. Se utilizó el programa EPI INFO versión 3,5 para el análisis estadístico.

Con relación a la ética de la investigación, se incluyó un párrafo de introducción para que los destinatarios conocieran la finalidad de la investigación y brindaran su consentimiento tácito para la publicación de los resultados.

Resultados

Se recolectaron 152 encuestas. Sin embargo, algunas preguntas no fueron respondidas por todos los participantes y por ende, para cada resultado se señalan los porcentajes sobre el número total de respuestas obtenidas para ese dominio. La muestra incluyó 66 varones (43,3%) y 86 mujeres. La distribución por edad de la de los participantes se exhibe en la Figura N° 1.

Al analizar la distribución por especialidades la ejercida de manera predominante fue la neumonología con 127 (84,1%) profesionales (Figura 2). Con respecto a los años de ejercicio de la especialidad se identificaron 28 (18,7%) médicos con 5 años o menos de actividad como especialista en una disciplina, 66 (44%) con 5 a 20 años y 56 (37,3%) con más de 20 años.

Consultados sobre la condición individual de consumo de tabaco 104 (68,4%) respondieron no haber fumado nunca, 44 (28,9%) eran ex fumadores y 4 (2,6%) continuaban fumando al momento de responder la encuesta.

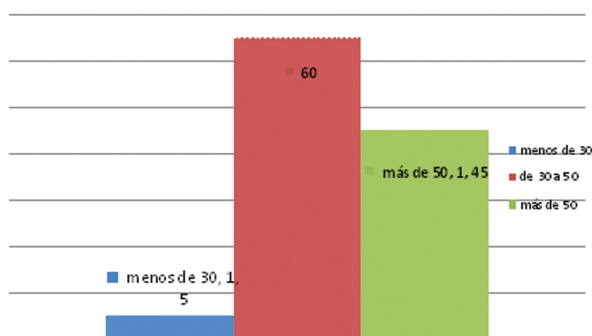


Figura 1. Conformación de la muestra según edad de los encuestados. Los valores se expresan en porcentaje del total de la muestra.

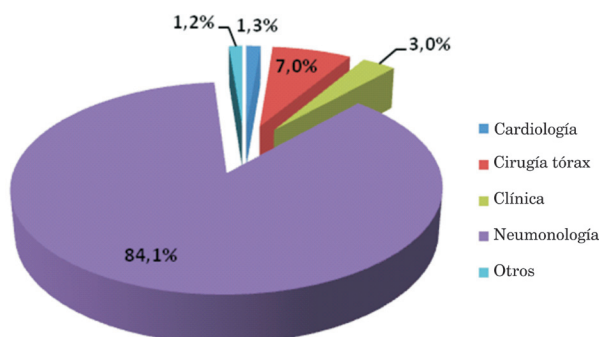


Figura 2. Especialidad médica de los profesionales participantes Médicos especialistas en Neumonología 127, Medicina Interna 3, Cardiología 2, Cirugía de tórax 1 y otras especialidades 18 (N = 151).

Con respecto a la periodicidad con la cual realizaban evaluaciones de riesgo quirúrgico aproximadamente la mitad de los médicos encuestados respondió que realizaba esta práctica una vez por semana (25,20%) u ocasionalmente (27,60%) (Figura 3).

El dominio N° 7 interrogó sobre la conducta frente al paciente tabaquista que debe operarse y 134 (86,8%) respondió que “siempre indica cesación tabáquica”. La opción elegida a la saga fue “solo si tiene EPOC”, 9 (6%). En contraste, “no indica dejar de fumar” fue seleccionada por 7 (4,6%) de los encuestados.

La pregunta N° 8 solicitó opinión sobre la actitud en pacientes con cirugía programada. La opción más seleccionada fue “indica supresión del consumo en la primera consulta” (n = 82-51,9%). En el mismo dominio 47 (29%) encuestados indicaron que citaban a control para verificar la cesación tabáquica. Como se podía seleccionar más de una conducta se obtuvieron 158 respuestas (Figura 4).

En la pregunta N° 9 se solicitó responder sobre el tiempo adecuado de supresión tabáquica previo a la cirugía. Algo más de la mitad n= 83-54,6%) seleccionó como tiempo óptimo 8 semanas antes (Figura 5).

La pregunta N° 10 permitía indicar el tipo de intervención (verbal, farmacológica, derivación a especialista, etc.) que el profesional realizaba con mayor frecuencia en su práctica para la supresión del consumo previo a la cirugía, pudiendo seleccionarse más de una opción. La mayoría (n=93-62%) se inclinó por intervenciones de carácter mixto (farmacológica y verbal). Los resultados se muestran en la figura N° 6.

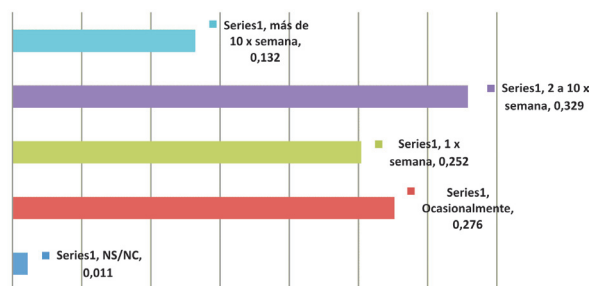


Figura 3. Periodicidad en la valoración de pacientes para riesgo quirúrgico

Más de 10 por semana= 20 profesionales; 2 a 10 veces por semana = 50; Una vez por semana = 38; Ocasionalmente = 42; No sabe/ No contesta (NS/NC) = 2. N = 152.

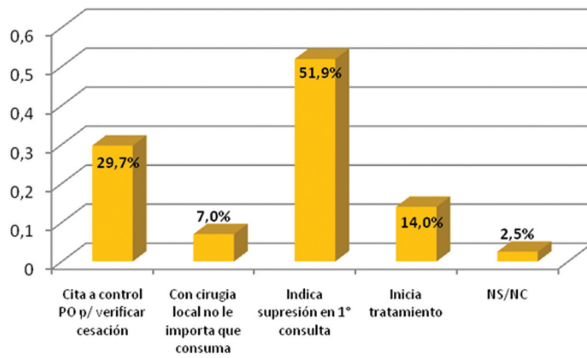


Figura 4. Actitud frente al paciente tabaquista con cirugía programada
Indican suprimir el consumo al momento de la primera consulta = 82 profesionales; Inician tratamiento para supresión tabáquica (nicotina, bupropion, otros) = 14; si el procedimiento es con anestesia local o regional no les preocupa el consumo de tabaco = 11; citan al paciente luego de la cirugía para favorecer que se mantenga sin fumar = 47. N = 154. PO = preoperatorio

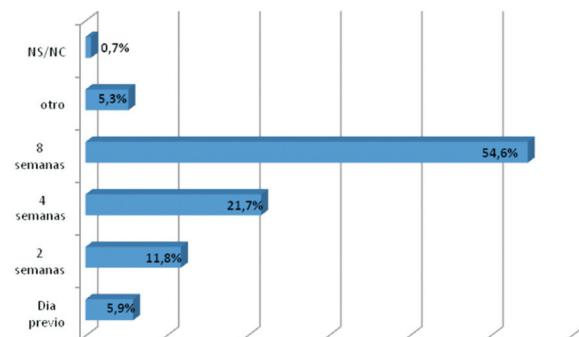


Figura 5. Tiempo mínimo libre de consumo de tabaco previo a un procedimiento quirúrgico.

8 semanas = 83; 4 semanas = 33; 2 semanas = 18; Día previo a la cirugía = 9; otro = 8; NS/NC (No sabe/ no contesta) = 1.

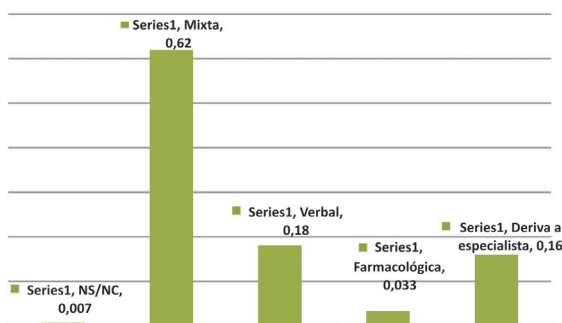


Figura 6. Tipo de intervención realizada por los médicos para la supresión del consumo de tabaco

Intervención verbal = 27; Farmacológica = 5; Mixta = 93; Recomiendan la consulta a otro especialista (para mejorar las expectativas de supresión tabáquica = 24); NS/NC (no sabe/ no contesta) = 3.

Para los médicos que realizaban intervención farmacológica se interrogó sobre las drogas utilizadas con mayor frecuencia. Terapia sustitutiva con nicotina fue la opción elegida por 34 médicos (22,4%); drogas específicas para tratar la dependencia como bupropion o vareniclina, 20 (13,3%); combinación de los anteriores, 55 (36,7%) y no realizaron intervenciones farmacológicas 39 (26%). La pregunta no fue respondida por 2 galenos (1,3%).

Por su parte, el dominio N° 12 inquirió sobre la actitud asumida al finalizar la evaluación en dos opciones: Cita al paciente para seguimiento de la abstinencia luego de la cirugía 113 (74,8%) y Solo le recomienda que se mantenga sin fumar 35 (23,2%). No respondieron 3 profesionales.

Al interrogar (dominio N° 13) sobre el fundamento científico de la conducta asumida frente al paciente tabaquista evaluado en el entorno de un procedimiento quirúrgico, 77 (52,4%) indicaron basar su acción en la propia experiencia o práctica habitual, 61 (41,5%) apelaron a la mejor evidencia científica, 7 (4,8%) invocaron otro fundamento que no fue especificado y 7 no respondieron la consigna.

La pregunta N° 14 solicitó a los médicos que expresaran si la evaluación funcional respiratoria del paciente modificaba de manera significativa su conducta. Respondieron afirmativamente 95 (62,5%) y negaron dicha influencia, 57 profesionales.

El último dominio fue identificar si los encuestados disponían de alguna referencia bibliográfica para citar de tal manera que pudiera accederse a su búsqueda y sólo 24 (15,8%) del total (n = 152) incorporaron alguna referencia.

Discusión

La encuesta presentada se formuló con la premisa de averiguar la conducta que adoptan los profesionales médicos de nuestro medio ante el paciente tabaquista derivado durante la evaluación de riesgo preoperatorio y si la misma se basa en las evidencias científicas disponibles. Es posible pensar que las respuestas analizadas presenten sesgo por las características de los encuestados. En su mayoría eran especialistas en medicina respiratoria y la mitad reconoció evaluar entre uno a diez pacientes por semana. Resulta evidente que conocen el problema por su propia práctica. También debe considerarse el sesgo de la representación del “deber ser” de estos profesionales que se observan

a sí mismos tomando la conducta que goza de mejor consenso y probablemente explica que la indicación de cesación fuese tan elevada (86,8%).

Asimismo, resulta llamativo (a pesar de que las complicaciones descritas en el preoperatorio de tabaquistas exceden el marco respiratorio) que la evaluación funcional respiratoria modificaba de manera significativa la conducta en un 62,5% de los casos, mereciendo iguales consideraciones para el 6% de los encuestados que *solo* indica cesación en los pacientes con EPOC.

Las oportunidades perdidas en salud se asocian con mayores costos, tanto económicos como en términos de morbimortalidad. Hay un 4,6% que no indica cesación en ningún caso y esto podría tener su base científica en el conocimiento de que la tos y la expectoración aumentan en los meses siguientes a la cesación. Este punto no fue indagado. No obstante, la pregunta acerca de cuánto tiempo antes de la cirugía indica la cesación tiende a conocer cuál es la presunción acerca de la duración de estos síntomas y su eventual interferencia en el período que rodea al acto quirúrgico. Más de la mitad de los encuestados respondió 8 semanas y un 21,7% dijo que lo hacía 4 semanas antes. Un porcentaje menor optó por "el día previo".

La práctica empírica, más que la evidencia, parece guiar las decisiones de los profesionales. Esto puede reflejar una deficiencia de las guías o una falta de llegada a los destinatarios. Una de las escalas más utilizadas en la valoración del riesgo quirúrgico pulmonar, la de Torrington y Henderson¹³ asigna un punto de aumento de riesgo de complicaciones al hecho de fumar en los dos meses previos, lo que podría estar en la base de la respuesta de 8 semanas de la mitad de los encuestados. El uso de estas escalas podría ser un estímulo también para la cesación ya que el paciente ve cómo disminuye su riesgo en función de interrumpir el hábito tabáquico.

En 2009 un importante grupo de cirujanos torácicos publicó un trabajo basado en la revisión de una extensa casuística de pacientes operados¹⁴. Ellos arribaron a la conclusión de que el riesgo de muerte y complicaciones pulmonares después de una resección por cáncer de pulmón se incrementa en fumadores y se reduce levemente por la cesación. No lograron identificar un intervalo óptimo para cesación, pero recomendaron adoptar un criterio muy práctico, no demorar la cirugía por el tabaquismo. Esto constituye una situación

bastante frecuente en nuestra práctica profesional, ya que muchas veces la cirugía no puede demorarse el tiempo recomendable.

La indicación de tratamiento es prueba fehaciente de la convicción del prescriptor acerca de la necesidad de que el paciente deje de fumar antes de la cirugía. Siguiendo la revisión publicada por Cochrane⁽⁶⁾, las intervenciones intensivas 4-8 semanas antes de la cirugía que incluyan terapia de reemplazo nicotínico y terapia conductual son relevantes y deben ser recomendadas. La mayoría indica con diferentes estrategias la cesación tabáquica desde el primer día y un grupo de los encuestados deriva a un especialista en cesación. Esto parece poco factible, aún en la circunstancia de tratarse de una cirugía programada, pues la instancia de valoración del riesgo está en general próxima a la fecha de la cirugía y no siempre es accesible en ese breve tiempo la llegada a un especialista y la realización de una estrategia intensiva. Se conoce que la cesación tabáquica, para alcanzar a un punto crítico de sujetos, debe ser aconsejada por médicos de todas las especialidades. En el grupo de respondedores 84% eran neumonólogos y, sin embargo, algunos (16%) no se consideraban capacitados o no estaban interesados en tratar personalmente al paciente preoperatorio con tabaquismo.

Asimismo, es notoria la falta de sustento bibliográfico de las conductas adoptadas según se refleja en las encuestas. Solo un 15% de los participantes pudo citar una fuente en tanto que más del 50% dijo basarse en su propia experiencia.

Una reciente revisión sistemática¹⁵ de un grupo canadiense, refuerza la premisa de que la cesación por más de 4 semanas antes de la cirugía reduce las complicaciones respiratorias en un 23%, lográndose un mayor beneficio (47%) si supera las 8 semanas. Sin embargo, los que dejaron de fumar menos de 2 semanas antes de la cirugía o entre las 2 a 4 semanas previas, tienen el mismo riesgo que los fumadores activos. El meta análisis reportó un RR 1.20; 95% CI 0.96 a 1.50 vs RR 1.14; CI 0.90 a 1.45, respectivamente. Así también, el riesgo de complicaciones en la herida quirúrgica se redujo al dejar de fumar 3 a 4 semanas antes de la cirugía. (RR 0.69; 95% CI 0.56 a 0.84). El incremento -o no- de las complicaciones cardiovasculares no pudo ser determinado.

La investigación realizada expone la necesidad de elaborar guías de conductas basadas en la bibliografía disponible o bien difundir las existentes.

Del análisis de las respuestas se demuestra que se pierde la oportunidad de tratar a pacientes tabaquistas en un momento que se supone de máxima sensibilización. Esto es similar a lo que ocurre con pacientes internados por enfermedades respiratorias que fuman¹⁶. En ellos es posible lograr abstinencia definitiva luego de la obligada por la internación y minimizar o suprimir los síntomas de abstinencia si se utiliza tratamiento adecuado. El sistema de salud, y particularmente su recurso humano, deben estar atentos a no perder oportunidades de intervenir para disminuir este factor de riesgo tan significativo para múltiples patologías.

Conclusiones

La mayoría de los encuestados en este trabajo adhiere a la necesidad de indicar tratamiento para cesación en los pacientes fumadores en la evaluación preoperatoria, pero a pesar de que las complicaciones descritas en el posoperatorio del paciente fumador, son en gran parte independientes de su "condición respiratoria", el 62,5% de los encuestados modifica de manera sustancial su conducta con la alteración de las pruebas funcionales. Algo más de la mitad admite que esta propuesta se basa en su propia experiencia y solo alrededor de la cuarta parte puede recordar algún tipo de bibliografía que justifique sus recomendaciones.

Resulta claro entonces, la necesidad de generar una guía o consenso para ayudar a los profesionales médicos en la toma de decisiones en los fumadores evaluados en el preoperatorio. El camino más adecuado en lo inmediato podría ser empezar a generar conciencia en las sociedades científicas vinculadas a la valoración preoperatoria sobre la importancia de incluir este capítulo en la agenda de educación médica continua.

Conflicto de interés: Los autores del trabajo declaran no tener conflictos de intereses relacionados con esta publicación.

Bibliografía

1. Linstone H, Turoff M. (Eds) *The Delphi Method: Techniques and Applications*. Boston, MA. Addison-Wesley, 1975.
2. Theadom A, Cropley M. Effects of preoperative smoking cessation on the incidence and risk of intraoperative and postoperative complications in adult smokers: a systematic review. *Tob Control* 2006; 15: 352-358.
3. Lee SM, Landry J, Jones PM, et al. The effectiveness of a perioperative smoking cessation program: a randomized clinical trial. *Anesth Analg* 2013; 117 (3): 605-13.
4. Moller AM, Villebro N, Pedersen T, et al. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial. *Lancet* 2002; 359 (9301): 114-117.
5. Thomsen T, Tonessen H, Moller AM. Effect of preoperative smoking cessation interventions on postoperative complications and smoking cessation. *Br J Surg* 2009; 96 (5): 451-61.
6. Thomsen T, Villebro N, Moller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20614429>
7. Khullar D, Schroeder SA, Maa J. Helping Smokers Quit Around the Time of Surgery *JAMA* 2013; 309 (10): 993-94.
8. Tonnesen H, Faurschou P, Ralov H, et al. Risk reduction before surgery. The role of the primary care provider in preoperative smoking and alcohol cessation. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 121.
9. Khullar D, Schroeder SA, Maa J, MD. Helping Smokers Quit Around the Time of Surgery. *JAMA* 2013; 309 (10): 993-994.
10. Saxena A, Shan L, Dinh DT, et al. Impact of Smoking Status on Outcomes after Concomitant Aortic Valve Replacement and Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Thorac Cardiovasc Surg* 2014; 62 (1): 52-59.
11. Saxena A, Shan L, Dinh DT et al. Impact of smoking status on early and late outcomes after isolated aortic valve replacement surgery. *J Heart Valve Dis* 2013; 22 (2): 184-91
12. Warner DO. Preoperative smoking cessation: the role of the primary care provider. *Mayo Clin Proc* 2005; 80 (2): 252-8.
13. Torrington KG, Henderson CJ. Perioperative respiratory therapy (PORT), a program of perioperative risk assessment and individualized postoperative care. *Chest* 1988; 93 (5): 946-951.
14. Mason D, Subramanian S, Nowicki E, et. al. Impact of smoking cessation before resection of lung cancer: a Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Surgery database study. *Ann Thorac Surg* 2009; 88: 362-371.
15. Wong J, Lam DP, Abrishami A, Chan M, Chung F. Short-term preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *J Can Anesth*. 2012; 59: 268-79.
16. Fiore MC, Baker TB. Should Clinicians Encourage Smoking Cessation for Every Patient Who Smokes? *JAMA* 2013; 309(10): 1032-33.

Anexo

Encuesta

Consumo de tabaco y riesgo quirúrgico

(Grilla de preguntas)

La presente encuesta tiene carácter anónimo y está destinada a conocer la opinión de los profesionales médicos involucrados en evaluación de riesgo quirúrgico, sobre aspectos relacionados al consumo de tabaco y riesgo quirúrgico.

La sección ha identificado disparidad en los criterios de cuánto tiempo antes debe un paciente suspender el tabaco para reducir el riesgo de complicaciones respiratorias en el posoperatorio. Como inicio de una investigación sobre el tema, se requiere su colaboración para que responda de acuerdo a lo que realice en su propia práctica.

El cuestionario demanda 10 minutos. Todas las respuestas deben responderse para avanzar. Al participar de manera libre y voluntaria, usted brinda su consentimiento para que los datos sean publicados o presentados en reuniones científicas, no pudiendo identificarse de manera particular el autor de las respuestas.

1. Edad en años
2. Género
 - Masculino
 - Femenino
3. Especialidad que ejerce
 - Neumonología
 - Cirugía de tórax
 - Cardiología
 - Otra:
4. Años de ejercicio profesional en la especialidad que ejerce actualmente
(Considere los años desde que finalizó la capacitación formal en la especialidad)
 - Hasta 5 años
 - 5 a 20 años
 - Más de 20
5. Señale la condición en la que usted se ubique con relación al consumo de tabaco:
 - Tabaquista actual (no importa la magnitud de su consumo)
 - Ex tabaquista
 - Nunca tabaquista
6. Escoja la opción que mejor refleja la periodicidad con la que realice valoración de riesgo quirúrgico en su actividad médica en el ámbito público o privado
(*Marque solo una respuesta*)
 - Ocasionalmente
 - Por lo menos un paciente por semana
 - Entre 2 y 10 pacientes por semana
 - Más de 10 pacientes
7. Señale la conducta que adopta frente a pacientes tabaquistas que serán sometidos a cirugía
(*Marque solo una respuesta*)
 - Siempre recomienda al paciente que deje de fumar
 - Solo recomienda que deje de fumar si el consumo acumulado es igual o mayor a 10 paq/año
 - Solo si el consumo acumulado es igual o mayor a 20 paq/año
 - Recomienda que deje de fumar antes de la cirugía si el paciente padece EPOC u otra enfermedad respiratoria

- No repara en el antecedente de consumo de tabaco y riesgo quirúrgico y por lo tanto no indica a sus pacientes que dejen de fumar
- 8. En pacientes que se someterán a cirugías programadas, escoja las opciones de acuerdo a su propia práctica profesional
(*Marque todas las conductas que asume*)
 - Indica suprimir el consumo al momento de la primera consulta
 - Inicia tratamiento para supresión tabáquica (nicotina, bupropion, otros)
 - Si el procedimiento es con anestesia local o regional no le preocupa el consumo de tabaco
 - Cita al paciente luego de la cirugía para favorecer que se mantenga sin fumar (tilde esta opción si indica siempre que deje de fumar)
- 9. Expresé el tiempo mínimo libre de consumo de tabaco que Ud. considera necesario para reducir los riesgos quirúrgicos asociados al tabaquismo.
(*Marque solo una respuesta*)
 - 8 semanas
 - 4 semanas
 - 2 semanas
 - Día previo a la cirugía
 - Otro:
- 10. Intervenciones que realiza para que el paciente suprima el consumo de tabaco
(*Puede marcar más de una opción*)
 - Intervención verbal
 - Intervención farmacológica
 - Intervención mixta
 - Recomienda la consulta a otro especialista (para mejorar las expectativas de supresión tabáquica)
- 11. Si realiza alguna intervención farmacológica (antes de la cirugía) elija la opción que realice con mayor frecuencia
(*Seleccione sólo una opción*)
 - Terapia sustitutiva con nicotina
 - Drogas específicas para suprimir la dependencia
 - Combinación de los anteriores
 - No realizo intervenciones farmacológicas
- 12. Señale la actitud que asume al finalizar la evaluación prequirúrgica del paciente
(*Marque solo una respuesta*)
 - Cita al paciente para seguimiento de la abstinencia luego de la cirugía
 - Sólo le recomienda que se mantenga sin fumar
- 13. La conducta que ha expresado que adopta se basa en:
(*Seleccione todos los que correspondan*)
 - Experiencia o costumbre
 - Evidencia científica
 - Otra condición:
- 14. Señale si los resultados de la evaluación funcional respiratoria del paciente (en caso que disponga de los mismos) modifican de manera significativa su conducta:
 - Sí
 - No
- 15. Indique si conoce alguna referencia bibliográfica sobre el tema:
 - Sí
 - No(*Por favor, si responde SÍ, especifique la referencia de manera que resulte posible acceder a su búsqueda*).....