

Papel de la enfermera ante paciente fumador que será sometido a cirugía torácica

Isabel Portela Ferreño

ENFERMERA. MIEMBRO DEL GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMIDADES RESPIRATORIAS DA AGAMFEC

Cad Aten Primaria
Año 2015
Volume 21
Páx. 195 - 196

RESUMEN

El tabaquismo constituye un factor de riesgo para la salud que requiere un correcto abordaje por parte de todo el personal sanitario. Enfermería juega un papel importante tanto en la identificación de los fumadores que serán intervenidos de cirugía torácica como en el consejo sistemático de abandono o en el apoyo para dejar de fumar. En este artículo se trata de exponer las posibles complicaciones que sufren los pacientes fumadores que serán operados y realizar educación sanitaria sobre métodos de abandono. Las enfermeras son el recurso humano más grande en la asistencia sanitaria y participan en prácticamente todos los niveles de la atención de la salud ya que un buen asesoramiento puede aumentar el éxito para que las personas dejen el hábito tabáquico.

DESARROLLO

El consumo de tabaco constituye un problema de salud pública de primer orden. Se relaciona con 25 enfermedades y es el causante del 30% de los casos de cáncer. La población fumadora tiene además un riesgo incrementado sobre todo en enfermedades tumorales, respiratorias y cardiovasculares. Es una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos y la principal causa prevenible de morbi-mortalidad en los países desarrollados, por lo que es necesario que se dé un correcto abordaje del mismo.

Hasta hace poco tiempo era un problema de salud que afectaba sobre todo a los hombres, pero en los últimos años se está convirtiendo cada vez más en un problema para las mujeres. Según la SEPAR, en España hay más de 500.000 mujeres con EPOC sin diagnosticar.

El 1–2 % de la población deja de fumar por sí misma, pero dejar de fumar es generalmente un proceso que transcurre en un período de tiempo prolongado; la dependencia del tabaco es una patología crónica que a menudo requiere intervenciones repetidas y múltiples invitaciones al abandono.

Los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en analizar los factores asociados al tabaquismo en pacientes sometidos a cirugía. Se ha demostrado el efecto tóxico del tabaco sobre fibroblastos y la reducción del depósito de formas maduras del colágeno durante el proceso final de la herida quirúrgica. Así los pacientes que fuman verán alterados sus mecanismos de cicatrización normal predisponiéndolos a sufrir complicaciones como la aparición de hernias incisionales y sus recurrencias. Esto lo confirma el estudio de Moller et al, en el que observaron que el cese en el hábito de

fumar preoperatorio al menos por tres semanas produce una mejora en la curación de la herida operatoria, debido a una recuperación en la estructura del colágeno y de la capacidad inmune en general. Existen más estudios que demuestran los trastornos en la cicatrización de las heridas. En 1975, Mosley y Finseth, en experimentación animal y con administración sistémica de nicotina, apreciaron que la cicatrización de las heridas empeoraba.

Rees, Livereth y Guy, en un estudio retrospectivo de 1186 fiffings efectuados en la cara, observaron que el 80% de las complicaciones sucedieron en pacientes fumadores que no habían interrumpido sus hábitos durante el tiempo de la operación. También otros autores han encontrado relación entre el número de paquetes fumados por días y la aparición de necrosis operatorias. La explicación de estos hechos se atribuye al efecto vasoconstrictor de la nicotina, posiblemente por incrementar la secreción de vasopresina. Relacionado a lo anterior se sabe que fumar se asocia aun sinnúmero de efectos durante el período perioperatorio como la necesidad de ventilación mecánica, aumento de la tasa de TEP y aumento de la estadía hospitalaria.

Guillermo Miranda, médico rehabilitador de la Unidad de Rehabilitación Cardiorrespiratoria del Hospital Universitario insular de Gran Canaria, afirmó que el abandono del hábito tabáquico ocho semanas antes de someterse a cirugía torácica reduce las complicaciones pulmonares a la mitad disminuyendo así la mortalidad.

Entendamos entonces la magnitud del problema. Hoy en día existe un acuerdo general en cuanto a que el consumo de tabaco constituye la primera causa de muerte prematura y evitable en países desarrollados y el colectivo enfermero debemos lograr que los individuos entiendan las complicaciones y participen en las recomendaciones terapéuticas

prescritas por su médico. No olvidemos la importancia de una buena educación sanitaria informativa y motivadora aprovechando cualquier situación clínica oportuna para su reiteración.

PLAN DE INTERVENCIÓN

1º INTERROGAR SOBRE SU ESTADO DE FUMADOR

Aquí nos podemos ayudar de dos cuestionarios

- **Cuestionario Richmond:** Nos ayudará a conocer la motivación para el abandono del tabaco. En una primera aproximación es aconsejable conocer si el fumador está dispuesto a realizar un serio intento de dejar de fumar.
- **Test de Fagerstrom:** Nos ayuda a medir el grado de dependencia física y orienta sobre el tratamiento más adecuado.

2º FASES DE ABANDONO (4 fases)

- **1ª fase: PRECONTEMPLACIÓN:** En ella se encuentran el 30–35 % de los fumadores, son aquellos que no ven como un problema la conducta de fumar y no se plantean dejar de fumar en los próximos seis meses. En esta fase nos puede ayudar el uso de la espirometría para hacerles entender su verdadera situación.
- **2ª fase: CONTEMPLACIÓN:** En ella se encuentran el 50–60% de los fumadores, son aquellos que se plantean dejar de fumar en los próximos seis meses, incluye la mayoría de fumadores con intentos previos de abandono. La persona reconoce el problema y considera la posibilidad de cambiar pero está ambivalente y tiene dudas, por eso debemos revisar los obstáculos que se pueden presentar durante el proceso.
- **3ª fase: PREPARACIÓN / ACCIÓN:** En ella se encuentran el 10–15 % de los fumadores, son aquellos capaces de fijar una fecha para dejar de fumar. En esta fase es importante supervisar los cambios en el estado de salud, podemos ayudarnos de la coximetría, que nos permite conocer la cantidad de monóxido de carbono que un sujeto tiene en el aire que espira, así los pacientes verán reflejados los beneficios inmediatos de la abstinencia lo cual seguramente aumentará su motivación.
- **4ª fase: MANTENIMIENTO:** La persona alcanza la meta inicial, la abstinencia, y trabaja para mantenerla.

CONCLUSIÓN

Antes de un acto quirúrgico, en este caso cirugía torácica y después del mismo no se debe fumar, debiendo enseñar al enfermo las complicaciones que acarrea y orientarle en los medios con los que cuenta para poder dejar el hábito tabáquico y aumentar las posibilidades de éxito de la operación y disminuir complicaciones para el resto de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Libro blanco sobre mujer y tabaco. Comité Nacional para la prevención del tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
2. U.S Public Health Service. Treating tobacco use and dependence; 2008 update. Clinical Practise Guideline. U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2008.
3. Moller AM, Villebro N, Pedersen T. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications. *Lancet* 2002; 359 : 114-7
4. Mc Closkey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 4º ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2005.
5. Moorhead S, Jhonson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) , 3º ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2005.