



Clinical Guidelines: Smokers undergoing scheduled surgery: The Gold Standard Programme

Hanne Tønnesen, Ann M Møller, Jes B Lauritzen, Johanna Adami, Olle Svensson

http://www.clinhp.org/iframe/Vol1_Issue1_p27_28.pdf

Linee guida: fumatori con chirurgia programmata: The Gold Standard Programme

L'obiettivo generale di queste linee guida

Ridurre il rischio, che risulta raddoppiato, di complicanze postoperatorie nei fumatori sottoposti a trattamento elettivo in chirurgia. Inoltre, aumentare il tasso di cessazione a lungo termine tra i pazienti chirurgici (1).

Quesiti clinici

1. Come identificare i fumatori con un maggiore rischio di complicanze dopo l'intervento chirurgico?
2. Come documentare il rischio nella cartella clinica?
3. Quale tipo di programma di intervento per smettere di fumare dovrebbe essere raccomandato?

Gruppo target

Fumatori giornalieri sottoposti a procedure chirurgiche programmate

Le preferenze del paziente: in generale, i pazienti chirurgici hanno un atteggiamento molto positivo verso l'intervento finalizzato allo smettere di fumare (2-4) e la tendenza ad attenersi a quanto indicato in termini di cambiamento di stile di vita è particolarmente alta nel periodo peri operatorio (5).

Soggetti target

Chirurghi, anestesisti e altri clinici coinvolti nel percorso chirurgico per le loro informazioni cliniche e raccomandazioni sulla possibilità di ridurre rischi di complicanze ed altri rischi associati

Infermieri e altri operatori sanitari responsabili dell'intervento per smettere di fumare prima dell'intervento chirurgico per la loro capacità di supportare il programma di cessazione.

Raccomandazioni

1. Self-report Il fumo quotidiano auto-segnalato identifica i fumatori ad alto rischio. La letteratura mostra che l'uso del tabacco auto-segnalato è sufficiente per identificare i pazienti a rischio e il più semplice da usare nelle routine cliniche. Questa informazione potrebbe sistematicamente sottostimare il fumo in misura minore; tuttavia, la sovrastima non è stata descritta, il che significa che i fumatori giornalieri identificati sono sicuramente pazienti a rischio (6-8).

2. Documentazione La registrazione nella cartella clinica può essere effettuata facilmente attraverso il modello HPH DATA che è stato convalidato per i pazienti chirurgici e per altri pazienti (9). Questo modello ha un codice specifico per il fumo quotidiano. Alcuni clinici utilizzano l'ICD-10 per il fumo nocivo (DF 171), perché capiscono che il fumo è dannoso in relazione alla chirurgia; altri semplicemente scrivono il numero di sigarette giornaliere nella cartella clinica. Il relativo Health Promotion Activity Model può essere utilizzato per la documentazione dell'intervento. Ha un codice specifico per la cessazione di abitudine al fumo intenso (e un altro per i brevi interventi tra i fumatori) (10)

3. Intervento

Il programma Gold Standard (GSP) da 6 a 8 settimane è l'unico intervento per smettere di fumare (vedi sotto) che riduce significativamente il tasso di complicanze postoperatorie a circa la metà e aumenta significativamente la durata della cessazione a più lungo termine (oltre il 20%). GSP può essere aggiunto al percorso chirurgico 6-8 settimane prima della data dell'operazione (11) o 4 settimane prima e 4 settimane dopo (12). La percentuale di persone che interrompono al momento dell'operazione è superiore al 50%. Altri programmi meno intensivi e più brevi sono stati testati senza alcun effetto su questi outcomes (13), mentre alcuni possono avere un effetto intermittente e di minore entità sul fumare in se(14).

GSP descrive l'intervento per smettere di fumare eseguito da personale qualificato. L'introduzione spesso comporta un dialogo motivazionale seguito da un programma strutturato di educazione del paziente, che comprende insegnamento e addestramento o gestione di tentazioni e situazioni di rischio, prevenzione delle ricadute, dipendenza, terapia sostitutiva con nicotina (gratuita) e sintomi di astinenza.

Inoltre il programma include l'impostazione di una data di fine e una pianificazione per il futuro.

I pazienti sono seguiti anche alla fine del programma e per ulteriori 6 e/o 12 mesi. Il follow-up include anche la valutazione della soddisfazione del paziente(15).

Indicatori per la registrazione

Si riferiscono direttamente agli standard OMS II e III per la promozione della salute negli ospedali (16):

- Documentazione dello stato di fumo al primo contatto con i servizi ospedalieri o sanitari
- Informazioni fornite (aumento del rischio per i fumatori, intervento e relativa riduzione del rischio),
- Avvio GSP (o riferimento in base alle linee guida locali)
- Risultato (cessazione del fumo)

Gli indicatori dovrebbero essere seguiti nel tempo attraverso audit delle cartelle cliniche.

Traduzione a cura del dr. Alessandro Conte- Referente HPH AAS3- 09/07/2019

References

- (1) AGREE II Instrument May 2009. www.agreetrust.org (Assessed May 24-2011)
- (2) Boel T, Kannegaard PN, Goldstein H, Andersen T. Smoking, alcohol over-consumption and obesity before elective surgery. Prevalence and patient motivation for risk reduction. Ugeskr Laeger 2004;166:3297-3300.
- (3) Moller AM, Villebro NM. Preoperative smoking intervention: What do patients think? A qualitative study. Ugeskr Laeger 2004;166:3714-8.
- (4) Lindstrom D, Tønnesen H, Adami J. Smoking cessation in surgical interventions. Dramatic drop in the risk of postoperative complications. Lakartidningen 2010;2:2634-5.
- (5) Tønnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB, Møller AM. Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. Br J Anaesth 2009;102:297-306.
- (6) Warner DO. Perioperative abstinence from cigarettes: physiologic and clinical consequences. Anesthesiology 2006;104:356-67.
- (7) Etter JF, Perneger TV. Measurement of self reported active exposure to cigarette smoke. J Epidemiol Community Health 2001;55:674-80.
- (8) From AM, Herlitz J, Berndt AK, Karlsson T, Hjalmarson A. Are patients truthful about their smoking habits? A validation of self-report about smoking cessation with biochemical markers of smoking activity amongst patients with ischaemic heart disease. J Intern Med 2001;249:145-51.

- (9) Tønnesen H, Svane J, Lenzi L, Kopecky J, Suurorg L, Bukholm IRK, et al. Handling Clinical Health Promotion in the HPH DATA Model: Basic Documentation of Health Determinants in Medical Records of tobacco, malnutrition, overweight, physical inactivity & alcohol. Submitted to BMC Med Inform Decis Mak, 2011.
- (10) Tønnesen H, Christensen ME, Groene O, O'Riordan A, Simonelli F, Suurorg L, et al. An evaluation of a model for the systematic documentation of hospital based health promotion activities: results from a multicentre study. BMC Health Serv Res 2007;7:145.
- (11) Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. Lancet 2002;359:114-7.
- (12) Lindström D, Azodi OS, Wladis A, Tønnesen H, Linder S, Nasell H, Ponzer S, Adami J. Effects of a perioperative smoking cessation intervention on postoperative complications: a randomized trial. Ann Surg 2008;248:739-45.
- (13) Thomsen T, Tønnesen H. Review: Long-term effect of a perioperative smoking cessation programme. Clin Health P 2011;1:22-26.
- (14) Thomsen T, Villebro N, Moller AM. Intervention for preoperative smoking cessation (review). Cochrane Database Syst Rev 2010 (7).
- (15) www.SCDB.dk (Assessed May 24-2011) (16) Groene O. (Ed.). Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2006