



Lineamientos de la Comisión Técnica del Cáncer de Pulmón

Fecha: 02 de marzo de 2014

Código: L-GM-2528-2014

Elaborado por: Coordinación Técnica de Cáncer, Grupo Cáncer de Pulmón

Para: Profesionales en Medicina, Enfermería, Odontología y auxiliares de enfermería del I nivel de atención.

Título: Intervención en los pacientes consumidores de tabaco atendidos en el primer nivel de atención.

Justificación:

Según la OMS el consumo de tabaco mata a más de 5 millones de personas al año y es responsable de la muerte de 1 de cada 10 adultos. Esta se encuentra entre los cinco principales factores de riesgo asociados a múltiples enfermedades con alta mortalidad. El 11% de las muertes por cardiopatía isquémica (la principal causa mundial de muerte) es atribuible al consumo de tabaco. Se considera que el consumo de tabaco es un factor de riesgo altamente prevenible.¹

La cesación de fumado está reconocida como la medida preventiva más importante contra muchas enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer de pulmón, siendo este uno de los principales tumores que afectan la población costarricense.

Costa Rica actualmente dispone de la Ley 9028: “Ley General del Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos para la Salud”. En el artículo 29 inciso "a" de dicha ley, se indica que la Caja Costarricense del Seguro Social debe fortalecer la red oncológica fomentando intervenciones en la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y los cuidados paliativos del cáncer.

Aunado a lo anterior, la Junta Directiva acordó en la sesión N° 8317 del 22 de enero de 2009, declarar el cáncer como de interés institucional. En este contexto, en la sesión 8610 del 15 de noviembre del 2012 se aprueba el Plan Institucional para la Atención del Cáncer (PIAC) 2012-2016, el cual instrumenta una serie de acciones para fortalecer la prevención, detección temprana y atención oportuna del cáncer en todos los centros de atención de la Caja Costarricense del Seguro Social.²

Basados en este contexto, la detección e intervención del consumo del tabaco es una acción preventiva fundamental en los servicios de salud institucional.^{3 4 5 6 7 8 9 10}

¹ Organización Mundial de la Salud (2013) ¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública? Consultado en sep,20,2013 en www.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html.

² Caja Costarricense de Seguro Social (2012). Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2012-2016. San José, Costa Rica: Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS.

³ Baris, Enis. Brigden, Linda. Prindiville, Joanne. et al. (2010, June). Research priorities for tobacco control in developing countries: a regional approach to a global consultative process. BMJ, pp. 217-223.

⁴ Da Costa, Vera. Koifman, Sergio. (1998). Smoking in Latin America: a major public health problem. Cad Saude Publica, Rio de Janeiro, 14, 99-108.

⁵ Beyer, Joy. Lovelace, Chris. Yürekli, Ayda (2001). Poverty and Tobacco. *Tobacco Control*, 10, 210-211.

⁶ Pan American Health Organization (1992). Tobacco or health: Status in the Americas. Washington: PAHO.

⁷ Shafey, Omar. Dolwick, Suzanne. Guindon, Enmanuel (2003). Tobacco Control Country Profiles 2003. Atlanta: American Cancer Society.

⁸ Consultado en www.globalbridges.org Healthcare Alliance for Tobacco Dependence Treatment



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MEDICA

Teléfonos: 2539-0941/ 2539-0942/ 2539-0804 Fax: 2223-44-05

Objetivo:

Brindar a los profesionales de salud y a los auxiliares de enfermería del primer nivel de atención criterios para la detección de personas consumidoras de tabaco e inducir la cesación.

Fundamento del lineamiento:

El tabaquismo es una enfermedad crónica y constituye uno de los problemas de salud que se presenta con más frecuencia en la Atención Primaria. Se asocia a muchas enfermedades como las cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades del sistema respiratorio. También se relaciona con síntomas como¹¹:

- Tos y sensación de falta de aire
- Menos tolerancia al ejercicio físico
- Mal aliento
- Dientes manchados y alteraciones de las encías
- Mayor probabilidad de pérdida de piezas dentales
- Arrugas y menopausia precoz en las mujeres
- Insomnio
- Garganta irritada
- Voz más grave en las mujeres
- Resfríos más frecuentes, más severos y más prolongados
- Alteraciones de la circulación sanguínea
- Disminución del olfato

Además, aumentan los riesgos de enfermar de los familiares y de personas alrededor del fumador. Se ha determinado que:¹²

- Los niños de padres fumadores tienen alrededor de un 50% más de riesgo de presentar enfermedades respiratorias bajas, asma bronquial, tos y otitis media recurrente.
- Las personas que no fuman pero tienen esposos fumadores, tienen un 24% más de riesgo de contraer cáncer pulmonar que aquellas no expuestas al humo de tabaco
- Las embarazadas que fuman tienen hasta dos veces más posibilidades de presentar un parto prematuro y hasta 10 veces más riesgo de tener niños pequeños para su edad gestacional. Un riesgo de 20 a 60% mayor de muerte fetal. Algunos de estos riesgos también se asocian a embarazadas expuestas al humo de tabaco.

Múltiples estudios han demostrado la asociación entre el cigarrillo y el cáncer. Uno de los más grandes, el “American Cancer Society Second Cancer Prevention Study, CPS-II” ha demostrado la relación entre el hábito de fumar y el cáncer pulmonar. También se ha demostrado la relación de éste con otros tipos de cáncer.¹³

⁹ Consultado en www.separ.es

¹⁰ Prochaska, JO. DiClemente, CC. Norcross JC. (1992).). In search of how people change. Applications to addictive behaviors.. The American Psychologist, 47, 1102-1114.

¹¹ Ministerio de Salud de Chile. Organización Panamericana para la Salud (2003). La cesación del consumo de tabaco. Santiago, Chile.

¹² *Idem*

¹³ *Idem*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MEDICA

Teléfonos: 2539-0941/ 2539-0942/ 2539-0804 Fax: 2223-44-05

**Porcentaje de la mortalidad por cáncer atribuible al consumo del tabaco,
según sexo y tipo de cáncer**

<i>Tipo de Cáncer</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Pulmón	90%	79%
Laringe	81%	87%
Boca	92%	61%
Esófago	78%	75%
Páncreas	29%	34%
Vejiga	47%	37%
Riñón	48%	12%
Estómago	17%	25%
Leucemia	20%	20%
Cuello de útero	-	31%

Fuente: Cigarette Smoking: A Clinical Guide to Assessment and Treatment. 1992¹⁴.

La experiencia ha señalado que existen numerosas medidas efectivas para el control del tabaco a nivel de salud pública; por ejemplo “los espacios libres de humo de tabaco”, los aumentos de impuestos a los cigarrillos entre otros.

A nivel individual, se ha demostrado que el registro sistemático del consumo de tabaco en el expediente de salud de cada paciente y el consejo para la cesación por parte del profesional de forma oportunista, debe constituirse en una práctica rutinaria generalizada en la atención primaria ya que esta es una de las aproximaciones más eficientes.^{15 16 17 18 19}

Los profesionales y técnicos de la salud pueden establecer una diferencia en la detección de las personas fumadoras. Todo personal que brinde atención directa debe proveer intervención para la cesación de consumo de tabaco, ya que la evidencia muestra una fuerte relación entre el consejo anti tabáquico y el incremento de las tasas de abstinencia.

Este consejo puede hacerse mediante intervenciones breves. Los objetivos de ésta son:^{20 21}

1. Identificar y registrar a todos los fumadores que llegan a la consulta
2. Brindar una opinión explícita sobre la importancia de dejar de fumar
3. Identificar al tabaco como un problema de salud y explicitarlo en cada consulta
4. Estimular la motivación para promover la cesación del fumado
5. Proveer herramientas eficaces para lograr dejar de fumar

¹⁴ Idem pp. 14

¹⁵ Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III (2003). Evaluación de la eficacia y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: Rumagraf.

¹⁶ Consultado en www.who.int/tobacco

¹⁷ Consultado en www.globalbridges.org Healthcare Alliance for Tobacco Dependence Treatment

¹⁸ Consultado en www.tobaccofreekids.org

¹⁹ Consultado en www.separ.es

²⁰ Fiore, Michael et al (1996). The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA, 275, 1270-1280.

²¹ A US Public Health Service report (2000). A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: A US Public Health Service. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline. Panel Staff, and Consortium Representatives. JAMA, 283, 3244-3254



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MEDICA

Teléfonos: 2539-0941/ 2539-0942/ 2539-0804 Fax: 2223-44-05

Para que la intervención sea efectiva, debe brindar consejos prácticos que permitan reconocer riesgos de recaída y desarrollo de habilidades para afrontar y dar apoyo para la cesación²². Se ha demostrado que con una intervención breve de 3-5 minutos puede ser efectiva para la cesación.

Hay una relación entre la intensidad de la intervención y el resultado del abandono tabáquico. Incluso si los pacientes no están preparados para hacer un serio intento de abandono en el momento de la atención, el profesional puede hacer intervenciones breves para aumentar la motivación e incrementar las posibilidades de éxito en futuros intentos.^{23 24}

Descripción del Lineamiento

La siguiente información se ha adaptado de los "Flujogramas de abordaje para establecer las etapas de cambios según Prochaska y DiClemente"(anexo 1), según el "US Public Health Service Model 5 As" (anexo 2) y según el modelo "ABCD"²⁵ presentado por Health Alliance for Tobacco Dependence Treatment. (anexo 3.)

En cada consulta se debe:

1. Pregunte al paciente por historia de consumo de tabaco, aplicando el "Flujograma de abordaje para establecer las Etapas de Cambio según Prochaska y DiClemente" (véase anexo 1) pregunte además ¿Desde cuándo fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día consume? Anote esta información en el expediente de salud, incluyendo la fase en que se encuentra el paciente.
2. Si la persona consume tabaco independientemente de la etapa en que se encuentre, debe procederse a una intervención breve. Esta es una estrategia de corta duración de 3 a 5 minutos. La interacción con el paciente debe tener las siguientes características:
 - a. Ser *claro*: por ejemplo "...como funcionario de salud, le aconsejo que deje de fumar, es lo mejor que puede hacer por su salud y nosotros podemos ayudarle..."
 - b. Ser *positivo*, pues el objetivo es que el paciente tome una decisión positiva para cambiar una conducta poco saludable.
 - c. Ser *personalizado*: relacionar los efectos del tabaco con la situación clínica de cada paciente con circunstancias personales o con su entorno familiar: Por ejemplo "...fumar es perjudicial para cualquier persona pero en su situación está relacionado con su enfermedad, afecta a su familia en ..."

²² Dynamed (2013). Counseling for tobacco cessation. Consultado en sep,20,2013 en <http://web.ebscohost.com/dynamed/detail?vid=5&sid=2718d41a-7a64-4452-be84-61e280ba04f5%40sessionmgr4&hid=11&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1keW5hbWVklWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#db=dme&AN=576484>

²³ Consultado en www.globalbridges.org Healthcare Alliance for Tobacco Dependence Treatment

²⁴ Consultado en www.separ.es

²⁵ www.globalbridge.com



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MEDICA

Teléfonos: 2539-0941/ 2539-0942/ 2539-0804 Fax: 2223-44-05

3. Brinde consejo o asesoraría: Explique a todos los fumadores sobre los riesgos y beneficios que gana si deja de fumar. Personalice el consejo de acuerdo a los síntomas o la situación emocional y social del paciente. De información sobre los riesgos de recaída. Anote los puntos del asesoramiento.
4. Dar soporte en la cesación, establecer un día D (Dejar), organizar un seguimiento, dar apoyo farmacológico si está disponible y tiene el conocimiento para prescribirlo, dar material de autoayuda y ofrecer sitios web de ayuda para dejar de fumar o líneas de instituciones u organizaciones de apoyo.
5. Refiera al paciente a un centro o programa especializado en cesación de tabaco, esto si usted considera que no puede ayudarlo o ha recaído a pesar de su apoyo. (Ver Anexo No. 4: Programas de Cesación de Fumado en los Hospitales Nacionales y Regionales).
6. Se deberá registrar en el expediente de salud como un diagnóstico si el paciente fuma.

Acatamiento:

El acatamiento es obligatorio para todos los profesionales de medicina, enfermería, odontología y auxiliares de enfermería del I nivel de atención.

Responsable del cumplimiento: Directores de Áreas de Salud

Rige a partir de su publicación aprobado por Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica.

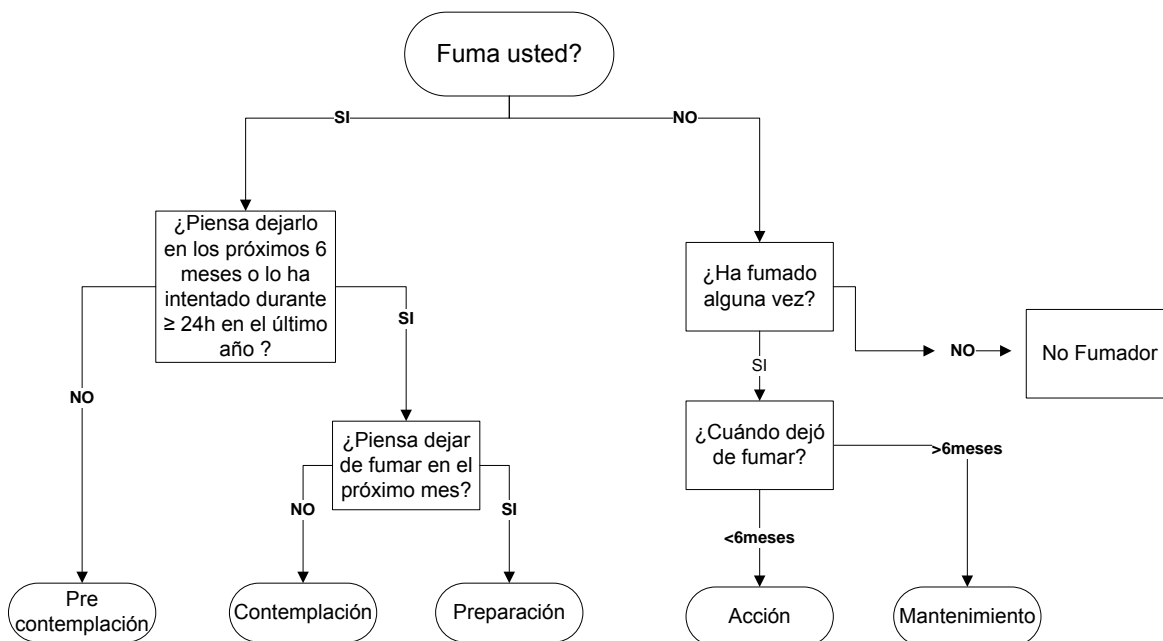


CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MEDICA

Teléfonos: 2539-0941/ 2539-0942/ 2539-0804 Fax: 2223-44-05

Anexo No.1

Flujograma de Abordaje para establecer las Etapas de Cambio Según Prochaska y DiClemente²⁶



Anexo No.2

Modelo de las 5 As²⁷ por US Public Health Service

1. **A**veriguar siempre en todos los/las pacientes sobre su hábito tabáquico y registrarlo en la historia clínica (Conocer el estado del fumador e identificarlo)
2. **A**consejar a todas las personas fumadoras que dejen de fumar (Realizar un consejo antitabáquico claro)
3. **A**preciar la disposición del paciente fumador/a para hacer un intento de dejar de fumar (Identificar en qué etapa de cambio se encuentra según el modelo de Prochaska y DiClemente en anexo No.1.

²⁶ Prochaska, JO. DiClemente, CC. Norcross JC. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. The American Psychologist, 47, 1102-1114.

²⁷ Fiore, Michael et al (1996). The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA, 275, 1270-1280.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MEDICA

Teléfonos: 2539-0941/ 2539-0942/ 2539-0804 Fax: 2223-44-05

4. Ayudar al paciente interesado en dejarlo (Elaborar un programa de tratamiento)
5. Acordar seguimiento (Elaborar un plan de seguimiento)

Anexo No.3

ABCD

*Propuesto por Health Alliance for Tobacco Dependence Treatment.*²⁸

1. Averiguar (Conocer el estado del fumador) ¿Fuma actualmente? ¿Desde cuándo fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día consume?
2. **(B) Breve consejo-asesorar** (Explique a todos los fumadores sobre: riesgo, beneficios que ganara si deja de fumar, personalice el consejo de acuerdo a los síntomas o la situación psico-social del paciente. Dar información sobre la etapa de recaída y documentar el asesoramiento.
3. **(C) Cesación**, dar soporte en la cesación: establecer un día D (Dejar), organizar un seguimiento, dar apoyo farmacológico, dar material de autoayuda y ofrecer sitios web de ayuda para dejar de fumar o líneas gratuitas.
4. **(D) Derivar**, refiera al paciente a un centro o programa especializado en cesación de tabaco, esto si usted considera que no puede ayudarlo o ha recaído a pesar de su apoyo (Ver Anexo No.4: Hospitales con Programas de Cesación de Fumado)

Anexo No.4

Programas de Cesación de Fumado en los Hospitales Nacionales y Regionales*

- Hospital México: 2242-6997//2242-6708
- Hospital Calderón Guardia: 2212-1000, ext: 4882// 2212-1064
- Hospital San Juan de Dios: 25478447
- Hospital San Rafael de Alajuela: 2436-1014//2436-1097
- Hospital Max Peralta: 2550-1964

*Información actualizada hasta agosto del 2013, la CCSS está elaborando un proyecto para implementar Clínicas de Cesación de Fumado a nivel de todos los hospitales de la institución, mientras ocurre la implementación los pacientes se manejarán de acuerdo al área de atracción.

Además el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia dispone de cursos y consultas de cesación de fumado en la sede central y varias regionales: 800-IAFA-800 (800-4232-800) o 2224-6122

²⁸ Consultado en www.globalbridges.org Healthcare Alliance for Tobacco Dependence Treatment



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MEDICA

Teléfonos: 2539-0941/ 2539-0942/ 2539-0804 Fax: 2223-44-05

Fuentes Recomendadas

1. Organización Mundial de la Salud (2013) ¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública? Consultado en sep. 20, 2013 en: www.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html.
2. Caja Costarricense de Seguro Social (2012). Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2012-2016. San José, Costa Rica: Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS.
3. Baris, Enis. Brigden, Linda. Prindiville, Joanne. et al. (2010, June). Research priorities for tobacco control in developing countries: a regional approach to a global consultative process. British Medical Journal, pp. 217-223.
4. Da Costa, Vera. Koifman, Sergio. (1998). Smoking in Latin America: a major public health problem. Cad Saude Publica, Rio de Janeiro, 14, 99-108.
5. Beyer, Joy. Lovelace, Chris. Yürekli, Ayda (2001). Poverty and Tobacco. Tobacco Control, 10, 210-211.
6. Pan American Health Organization (1992). Tobacco or health: Status in the Americas. Washington: PAHO.
7. Shafey, Omar. Dolwick, Suzanne. Guindon, Enmanuel (2003). Tobacco Control Country Profiles 2003. Atlanta: American Cancer Society.
8. Consultado en www.globalbridges.org (Healthcare Alliance for Tobacco Dependence Treatment).
9. Consultado en www.separ.es
10. Prochaska, JO. DiClemente, CC. Norcross JC. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. The American Psychologist, 47, 1102-1114.
11. Ministerio de Salud de Chile. Organización Panamericana para la Salud (2003). La cesación del consumo de tabaco. Santiago, Chile.
12. Fiore, Michael et al (1996). The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA, 275, 1270-1280.
13. A US Public Health Service report (2000). A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: A US Public Health Service. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. JAMA, 283, 3244-3254.
14. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Gobierno del Principado de Asturias (2009). Intervención en Tabaquismo desde Atención Primaria de Salud. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
15. Consultado en www.who.int/tobacco
16. Consultado en www.tobaccofreekids.org
17. Consultado en www.treattobacco.net
18. Barrueco, M. Hernández, M.A. Torrecilla, M (2003). Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Madrid: ERGON.