



Boletín N° 13



EL GRAN TEMA

LEY #9028

LUCHA CONTRA EL

TABACO



En esta edición:

LEY 9028 UN LOGRO DE LA SALUD PUBLICA EN COSTA RICA	3
Avances del proyecto CLÍNICAS DE CESACIÓN DE FUMADO EN LA CCSS	7
Clínicas de Cesación del fumado del IAFA	9
Entrevista DR. HAROLD SEGURA	11
Historia TESTIMONIO DE DON LUIS	15
El fumado en el entorno social del joven	17
Avances del proyecto LOGROS CON LOS FONDOS DE LA LEY #9028	20
NOTICIAS	24



La lucha contra el fumado ha sido una campaña de salud pública desarrollada en muchos frentes. En esta edición, presentamos el fumado desde varias dimensiones, con el objetivo de mostrar las dificultades y las oportunidades que hay en cada una de ellas.

En la dimensión institucional, incluimos las ideas que orientan el abordaje de la enfermedad desde los diferentes niveles. Aunque se trata de un proceso en construcción, es importante conocer cuáles son las ideas básicas que lo orientan. La entrevista con un siquiátrita especialista en adicción nos ayuda a comprender el enfoque clínico. También describimos el modelo de Clínicas de Cesación de Fumado, uno de los proyectos con mayor expansión geográfica en los próximos dos años en el país.

Desde el punto de vista de la dimensión personal, presentamos testimonios de asegurados que han dejado de fumar a partir del trabajo en las Clínicas para conocer los muchos matices implicados en la relación entre la adicción como enfermedad y la decisión de dejar de fumar como conducta. Conocer el proceso desde la experiencia del fumado nos ayuda a comprender el esfuerzo clínico para dar acompañamiento a los enfermos.

Y, en la dimensión legislativa, presentamos la cronología breve de los movimientos interinstitucionales en conjunto con la sociedad civil que llegaron a la aprobación de la ley anti fumado.

Además, en este boletín presentamos noticias de las muchas acciones del Proyecto de Fortalecimiento para la Atención Integral del Cáncer y que ha permitido, entre otras buenas nuevas, que el Hospital Calderón Guardia alcanzara a la élite mundial en el diagnóstico del cáncer de pulmón por ultrasonido endoscópico.

Apreciamos la lectura de este servicio de información para usted, realizado con el objetivo de elevar el conocimiento sobre las acciones del cáncer en la CCSS. Si usted considera que otras personas pueden beneficiarse de su lectura, apreciamos que nos lo indiquen a nuestro correo, para incluirlo en la lista de distribución.

Dr. Luis Bernardo Sáenz
Director Ejecutivo

Haz clic para ir a la página.

Consulte los datos epidemiológicos más recientes sobre el cáncer (incidencia 2010 y mortalidad 2012)



Visitenos también en:
www.ccss.sa.cr/cancer



LEY 9028

UN TRIUNFO DE LA SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA

El 26 de marzo del 2012, se publicó en el Diario Oficial La Gaceta la **Ley 9028 “Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud”**, luego del intenso debate nacional, que incluyó demostrar que la restricción a la publicidad y la elevación de los impuestos eran acciones colaterales a la campaña de salud para reducir el fumado entre la población.

La conocida como “ley anti tabaco” es amplia en las restricciones al fumado. No permite el fumado en ningún área pública y lo prohíbe también en bares, restaurantes, edificios públicos, incluyendo paradas de buses, casetas de taxi y los lugares de trabajo. La nueva ley también solicita a los fabricantes cubrir por lo menos un 50% del paquete con mensajes sobre los peligros del fumado.

Entre los objetivos de la ley figuran: evitar la iniciación en el tabaquismo, especialmente en la población de niños y adolescentes, y fomentar la educación para la salud, con base en la difusión de los riesgos atribuibles al consumo de productos elaborados con tabaco y los peligros de la exposición al humo de tabaco.

En el capítulo X de dicha ley, se establece la creación del impuesto específico de veinte colones por cada cigarrillo, cigarro, puros de tabaco y sus derivados, cuyos fondos son administrados por la Dirección General de Tributación Directa.

El dinero se destinará a entidades públicas para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo, programas de prevención del fumado y la promoción del deporte.

De los recursos recaudados, un 60% corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social, para que sean utilizados de la siguiente manera:

- a. El diagnóstico, el tratamiento y la prevención de las enfermedades asociadas al tabaquismo.
- b. El fortalecimiento de la red oncológica; con el propósito de que sea utilizado en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación y los cuidados paliativos del cáncer.

Los montos que son destinados a la institución rondan los 22 millones de colones anuales; aunque es un monto considerable, sin embargo la atención de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco representa un gasto fuerte para la CCSS. La atención de pacientes con enfermedades atribuidas al tabaco como los padecimientos del aparato circulatorio y el cáncer tuvo un costo para la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) de ₡70.048 millones en el 2012. En ese periodo se invirtió ₡35.514 millones por concepto de hospitalización, ₡35.500 por consultas médicas, ₡7 213 por la atención de urgencias y ₡773 millones en incapacidades.

La tenacidad de muchos actores sociales y políticos locales e internacionales, lograron el apoyo de los diputados para la aprobación de la ley anti tabaco, considerada una de las mejores leyes de control del tabaco en América Latina.





Ley de fumado: breve cronología "una lucha de muchos años"

Costa Rica avanza, desde el Ministerio de Salud, en control de tabaco y la protección contra el humo de segunda mano. Se promulgan varios decretos y las campañas por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y Ministerio de Salud se extienden a gran parte de la población, para crear conciencia sobre las consecuencias del cigarrillo.

1986 a
1992

Durante el Primer Congreso Internacional de Mujeres de Latinoamérica contra el tabaco, la CCSS presentó las campañas de radio y televisión en contra del tabaquismo y la campaña fue recibida con gran sorpresa y admiración, porque en ningún país participante era posible esa práctica: que en la televisión pasaran mensajes de salud en contra del fumado.

Mayo
1994

1992

La industria tabacalera califica "como una amenaza para sus inversiones" un proyecto de ley (expediente N°11.545) introducido a la corriente legislativa por la diputada Enid Rodríguez, porque restringía el consumo de cigarrillos en centros públicos y lugares de trabajo, prohibía totalmente la publicidad y no respetaba las áreas para fumadores en bares y restaurantes.

1994

Se desarrolló el programa "La Cortesía de Elegir", donde se promocionan las áreas de fumado como alternativa razonable a las propuestas de espacios 100% libres de humo de tabaco. Con esto logran debilitar toda iniciativa que propusiera restringir los lugares permitidos para fumar.

Por primera vez, la CCSS informa los gastos relacionados al tratamiento de enfermedades atribuidas al tabaquismo, lo que motiva que se introduzca el proyecto de ley 13.200 en 1998, que prohibía completamente la publicidad del tabaco. Bajo este nuevo panorama, la industria se anticipa a posibles restricciones en la publicidad y comienza un programa de autorregulación.

1997

Se aprueba la Ley 7501, donde se autoriza la creación de áreas de fumado en todo establecimiento y donde solo se extiende a una hora la restricción a la publicidad en radio y televisión, así como ésta se prohíbe en los lugares para menores de edad.

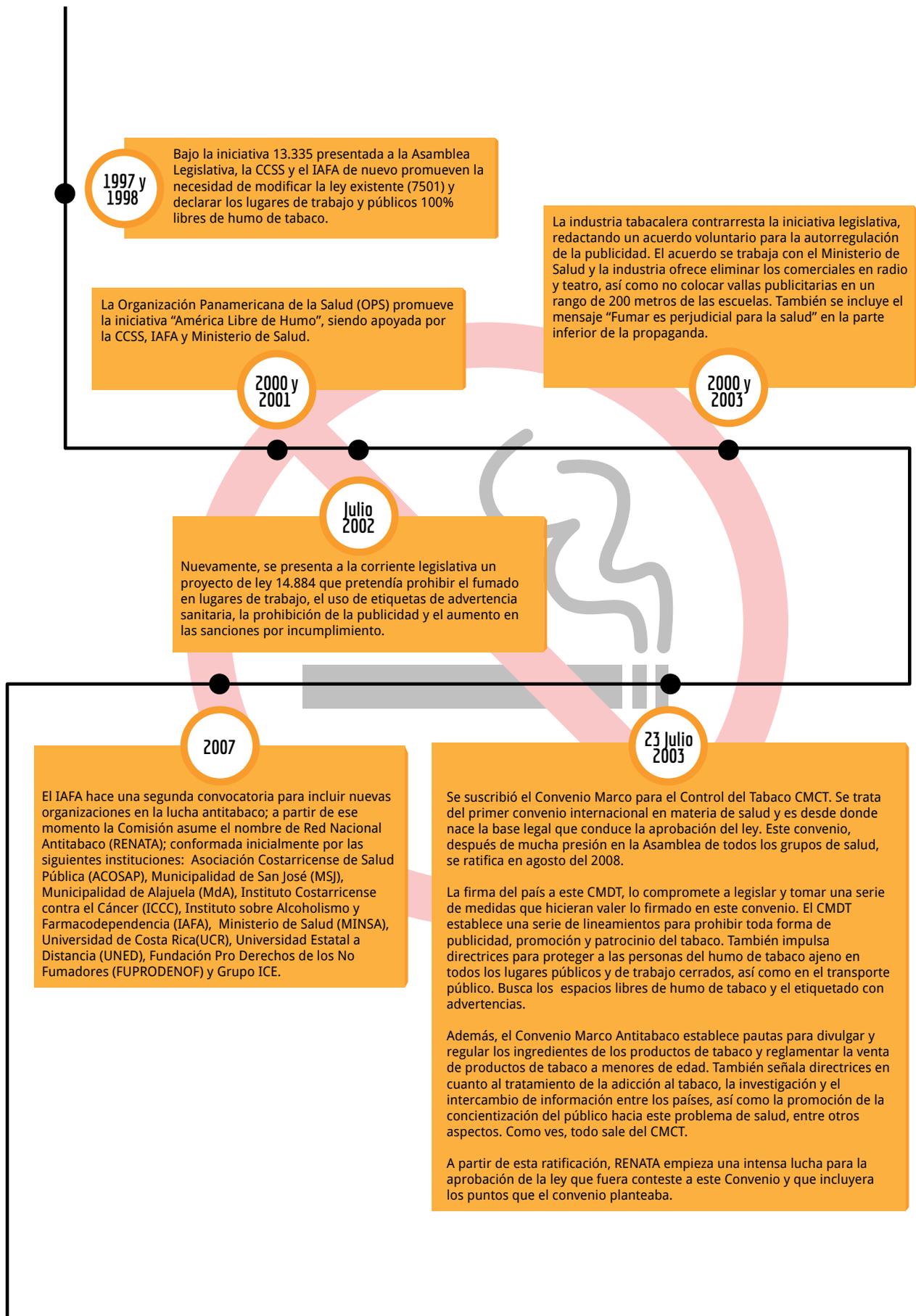
1995

1996

La CCSS y el IAFA inician campañas en medios de comunicación justificando cómo la publicidad causaba que los niños empezaran a fumar. Un estudio demostró el aumento en el consumo de cigarrillos en la población joven.

1997

Se lanza el programa "Prohibido Vender Cigarrillos a Menores", programa que previene la venta de cigarrillos a menores de edad y educa a los comerciantes sobre la Ley 7501.





La RED impulsa la presentación de un proyecto de ley (17.371) que busca crear espacios 100% libres de humo de tabaco, eliminar completamente la publicidad, incluir advertencias sanitarias con pictogramas, aumentar los impuestos y modificar las sanciones por incumplimiento, entre otros aspectos.

La participación intensa en esta etapa fue de MINSA, FUPRODENOF, UCR, CCSS, IAFA, ACEM, UNED y Escuela de Salud Pública de la UCR los que concentraron la lucha legislativa y educativa.

Un aspecto destacado es que Costa Rica es el único país que logró incluir el tema de impuestos en la misma ley, y además con uso específico en la lucha antitabaco.

El proyecto de ley se logró introducir a la corriente legislativa con el número 17371, por el diputado. Dr. Orlando Hernández del PAC.

Mayo
2009

Setiembre
2010

La abogacía realizada por la Red Nacional Antitabaco (RENATA) en el Plenario Legislativo resultó con el apoyo de 51 diputados de 57 a favor del proyecto 17.371. Las entrevistas y consultas hechas a los legisladores demostraron general apoyo a la iniciativa legislativa, además que manifestaron públicamente que el proyecto debía aprobarse por el beneficio que trae a la salud de la población costarricense.

Mediante el cabildeo parlamentario se obtuvo el respaldo de diputados de diferentes fracciones políticas de la Asamblea Legislativa y, específicamente, de los miembros de la Comisión de Asuntos Sociales, donde estuvo asignada la discusión del proyecto.

En cuanto a la Comisión Permanente de Asuntos Sociales, donde se analizó el proyecto, la RED logró el apoyo unánime de los nueve diputados que la integraban y de los tres que fueron asignados a una subcomisión de salud, por parte de esa Comisión, para rendir un informe sobre el proyecto.

El trabajo de lobby político y campañas para hacer presión, se mantuvo durante los meses siguientes y hacer las denuncias cuando hubo que hacerlas. Se buscó incluso el apoyo de organizaciones internacionales que trabajan en el tema para ejercer esta presión, con diputados aliados.

Enero
2012

La Asamblea Legislativa aprobó en segundo debate la Ley del Control de Tabaco y sus efectos Nocivos en la Salud el 27 de febrero del 2012, con 45 de los 47 votos de los diputados presentes.

Consulte la Ley del Control de Tabaco y sus
efectos Nocivos en la Salud
(27 de febrero del 2012)



Visitenos también en:

<http://goo.gl/p1HbaL>



Avances del proyecto CLÍNICAS DE CESACIÓN DE FUMADO EN LA CCSS

En marzo del 2005, el Hospital México pidió la capacitación del IAFA con la idea de crear la clínica de cesación de fumado. Hasta el momento, no había mandato institucional para que hubiera unidades de ese tipo; sin embargo, a la Dra. Win Ching Chan Cheng le pareció necesaria, tras ver en su consulta de neumología, la consecuencia del fumado en los pacientes severos que llegaban a consulta.

La idea nació porque llegaban pacientes con afecciones relacionadas con el tabaco al área de neumología, padecimientos como la exacerbación de asma y bronquitis crónica. El 15% de casos de obstrucción pulmonar crónica son de fumadores. Había que hacer algo para que los pacientes tuvieran contención antes de que llegaran en estado tan crítico y así, surgió la idea de un equipo interdisciplinario para apoyar el no fumado.

La mayoría de los casos recibidos era casos severos y, según los testimonios de los pacientes, ellos no sabían que debían dejar de fumar; nunca antes, el personal médico les había dicho claramente que debía dejar de fumar para evitar problemas futuros.

Los médicos no recibían el tema tabaquismo en la universidad. El médico sabe que el cigarro es un factor de riesgo y sabe calcular la afectación, pero no sabía la importancia de su participación en la prevención. Había necesidad y la disposición, clave básica para el desarrollo de la Clínica; es decir, la disposición de las personas de participar.

Todo el equipo interesado recibió capacitación, los neumólogos, la psiquiatra y una trabajadora social y participaron, como oyentes, en la clínica del IAFA. Ahora tenemos casi nueve años, cuatro grupos por año.

Después de comenzar el Hospital México, un grupo del Hospital Calderón Guardia se capacita con ellos, mientras que el equipo del San Juan de Dios fue al IAFA. La Clínica de Hospital San Rafael de Alajuela, la más reciente que abrió servicio, llevó el curso teórico en IAFA y luego fueron de oyentes al Hospital México, con el fin de asimilar la dinámica de trabajo desde la experiencia.

En Cartago, había una experiencia previa a partir del esfuerzo de una persona con un proceso aislado. Por lo tanto, la del México se considera la primera con un enfoque interdisciplinario, como actualmente se piensa desarrollar en el resto del país.

Tras cinco clínicas en operación, el Hospital Blanco Cervantes ya tiene capacitación y equipos necesarios y se está a la espera de que comience a funcionar.

Clínicas de Cesación de Fumado actuales en la CCSS

- Hospital San Rafael de Alajuela: teléfono 24-36-10-14
- Hospital México: teléfono 22-42-69-97
- Hospital San Juan de Dios: teléfono 24-57-84-47
- Hospital Calderón Guardia: teléfono 22-12-10-00, extensión 4882

La meta es que a partir del 2014, ir ampliando progresivamente, el número de clínicas de cesación de fumado y que cada uno de los centros hospitalarios tengan al servicio de la población una clínica de esta envergadura con el propósito de reducir poco a poco esta adicción en la población costarricense, contar con 21 clínicas al finalizar el año.



¿De dónde surgen las Clínicas de Cesación de Fumado?

El objetivo general de las clínicas es proporcionar tratamiento con abordaje conductual a los consumidores de tabaco para que puedan abandonar su dependencia a la nicotina y llevar un estilo de vida más saludable. Se les ayuda a desarrollar habilidades y destrezas para lograr y mantener la cesación y generar redes de apoyo social tanto de los participantes en el grupo de terapia como fuera de él.

En la terapia de cesación del tabaquismo, para lograr su abandono, se enfatiza el aspecto obsesivo característico del consumo de los productos derivados del tabaco. Se le enseña al fumador a controlar el pensamiento obsesivo por fumar y se le da la confianza para que desarrolle y ponga en práctica esta capacidad durante el resto de su vida.

Las clínicas van dirigidas a personas fumadoras que están contemplando la posibilidad y/o preparándose para dejar de fumar, que expresan o solicitan ayuda para intentarlo. Pueden venir derivados de una consejería breve o venir espontáneamente de la comunidad

La intervención es ejecutada por todo el grupo, conducido por un facilitador, con o sin cofacilitadores, previamente capacitado en la conducción de grupos, siguiendo un esquema establecido.

Los médicos que trabajan en medicina preventiva y atención primaria estarían en una posición ideal para intervenir en los pacientes con diferentes grados de motivación y adicción, recomendación sugerida por la mayor parte de consensos mundiales.

Claro que, en el primer nivel de atención, el paciente consulta generalmente por causas diferentes al tabaquismo, pero es un buen momento para abordarlo. El médico de este nivel podría realizar las intervenciones a su alcance y con gran éxito.

Las clínicas son uno de los componentes de la estrategia general propuesto por la institución, el cual centra atención en:

Intervención breve:

Es la intervención para promover la cesación tabáquica en los fumadores, que puede hacerse en todos los niveles de atención, pues es práctica, sencilla y puede ser implementada por cualquier integrante de un equipo de salud. Además, es útil para todo fumador, independientemente del género, edad, grupo racial, condiciones clínicas y etapa de cambio en la que se encuentre

Clínica de Cesación de Fumado:

Es intervención de mayor intensidad de carácter grupal, con componentes de autoayuda y usualmente de carácter multimodal. Se considera que debe tener una duración mínima de 8 sesiones. Debe ser dirigido cada sesión por un equipo multidisciplinario formado con un mínimo de 2 personas por sesión, uno de ellos debe ser un profesional y el otro podría no serlo. Idealmente debe contar con el apoyo de un nutricionista, terapeuta, psicólogo, psiquiatra, educador físico, trabajador social entre otros.

¿Cuál es el requisito de ingreso a la Clínica?

Primero la voluntad de ingresar y luego se pasa un test para saber si está listo para entrar. Porque si la gente tiene una psicopatología pronunciada, se va a decepcionar porque solo la experiencia de la clínica no le va a funcionar cuando no ha resuelto la otra enfermedad.

¿Cuál es el enfoque del primer nivel?

Se va emitir un lineamiento y se va a evaluar el proceso. El escenario ideal para la primera intervención breve es durante el curso de una consulta médica general, donde el paciente es particularmente permeable al consejo médico o al de cualquier personal de salud.

El método del consejo breve se basa en las siglas «ABCD» para que sea fácil de asimilar y fácil de aplicar. Consiste en: A. averiguar, B. breve intervención, C. consejo de cesación de fumado, y si no es capaz de dejar de fumar, viene el paso siguiente, D. derivarlo a una consulta más especializada.

¿Cuáles trabajadores de Salud pueden realizar las Intervenciones?

Todos los trabajadores de salud son llamados a realizar los esfuerzos a su alcance para realizar las intervenciones en aquellos pacientes que buscan dejar de fumar, motivando a aquellos que aún no están motivados, aconsejando sobre los daños a la salud del tabaquismo y estimulando a los que están en el proceso de dejar de fumar. Los médicos, las enfermeras, los odontólogos u otros profesionales de salud pueden llevar a cabo estas intervenciones.



- Clínicas de Cesación del fumado del IAFA -

USTED PUEDE SUGERIR LAS CLÍNICAS DEL IAFA TAMBIÉN

¿Qué personal atiende?

Las clínicas de cesación son dirigidas por profesionales expertos en el tratamiento de las adicciones del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA, especializados en este tipo de intervención clínica.

¿Cuánto cuesta la participación?

Las clínicas son totalmente gratuitas; se programan cuatro al año.

¿Quién puede asistir?

Toda persona mayor de edad consumidora de tabaco del país, que tenga interés en dejar de fumar y lograr abstinencia de su tabaquismo.

¿Cómo es el procedimiento?

El tratamiento es de tipo grupal, 4 veces al año, los días jueves de 1:00 p.m. a 3:00 p.m., por espacio de nueve semanas (sesiones).

¿Dónde se puede pedir información?

Hay una línea gratuita al 800 4232800

¿Hay que sacar cita?

Para participar, los interesados deben contactar a los encargados de las clínicas, de manera previa, al teléfono 2224-6122, extensiones 124, 129 o 130 con Mariana Rojas o Griselda Hernández, o asistir a la institución a Consulta de Orientación.



En ese momento, se les indicará la fecha de inicio y, por lo general, se les ofrecerá las instrucciones de ingreso, como por ejemplo, completar el llenado de un instrumento diagnóstico (CICLI) que permite seleccionar y ubicar a los participantes en grupos homogéneos, con el fin de facilitar su recuperación y abordaje.

Cuando sea necesario, de acuerdo al resultado del instrumento diagnóstico, el tratamiento podrá ser individual, con énfasis en Psicología o Medicina (General o Psiquiatría). De igual manera, con base en el CICLI, se podrá establecer si la persona irá a requerir de algún tipo de apoyo psicoterapéutico o medicamentoso en el manejo de la problemática de fondo.



DEJAR DE FUMAR

CCSS promoverá la intervención de fumadores desde el primer nivel.

Si el asegurado reporta consumo de tabaco, irá a una charla breve para reconocer el riesgo y motivarlo a la cesación del fumado.

Además de la vía rápida de atención, la directriz también establece la obligatoriedad de hacer una explicación razonada y motivacional de toda persona que llegue al ebáis y sea identificado como fumador, con el fin de explicarle la importancia de dejar el fumado cuanto antes, para evitar el enganche de la adicción y el deterioro de la función pulmonar.

La charla brinda una opinión explícita sobre la importancia de dejar de fumar, permite que el paciente identifique al tabaco como un problema de salud y lo motiva para promover la cesación del fumado. Se ha demostrado que la intervención breve de 3-5 minutos puede ser suficiente para la cesación del fumado.

Con esta técnica de intervención rápida, se busca que las personas que fuman puedan reconocer el riesgo del fumado para su salud, valorar los beneficios para dejarlo y, con ese nuevo conocimiento, orientar su voluntad para comenzar el proceso de dejar de fumar.

Por ejemplo, el tabaquismo en la mujer puede provocar una reducción de la fertilidad e incrementa el riesgo de menopausia precoz, contribuye a la pérdida de calcio óseo y, en fase postmenopáusica, agrava la osteoporosis en las mujeres, entre otros problemas.



Entrevista

DR. HAROLD SEGURA | Coordinador de la Atención Integral a las Adicciones de la CCSS.



LA ENFERMEDAD DEL TABAQUISMO DEBE SER ABORDADA EN LOS TRES NIVELES.

• El doctor Harold Segura estudió Psiquiatría en la Universidad de Costa Rica y cuenta con una maestría en Drogodependencias de la Universidad de Barcelona. Actualmente, es el Coordinador de la Atención Integral a las Adicciones de la CCSS.

¿Cuál es la diferencia entre el término farmacodependencia y drogodependencia?

Hay drogas, que no son fármacos, presentados de forma natural, como la cannabis y los hongos alucinógenos, con la capacidad de producir trastornos por abuso o dependencia. Y hay otras sustancias, de uso médico, que provocan dependencia.

¿La dependencia al tabaco es la más complicada de todas?

Podría ser más fácil tratar la dependencia a la marihuana o al alcohol. La dificultad solo la podríamos comparar con la dependencia a la morfina y heroína. Entre otras razones, es difícil de tratar por su mecanismo de acción y por los neurotransmisores implicados en esta adicción.

¿Cuál es la visión actual del fumado?

Es una enfermedad crónica de la recompensa y gratificación a nivel cerebral. Tiene múltiples causas y, dentro de esas causas, hay factores de riesgo y de protección, por lo tanto, uno como personal de salud tiene que potencializar el esfuerzo para disminuir ese riesgo. Incluso hay factores genéticos hereditarios. Según la literatura, la predisposición de herencia puede ser del 12% o un poquito más. A partir de allí, influye también la historia de vida de la persona, como la exposición al fumado en los primeros años o en la adolescencia y, en general, a los hábitos del entorno.

¿El fumado debe verse de manera aislada o ligada a otras enfermedades?

El concepto clave es la comorbilidad honorabilidad, muy pocas las personas con un síndrome de dependencia a alguna sustancia la presentan de manera aislada. La mayoría de las veces se presenta en conjunto con un trastorno mental. La literatura habla de más de un 50% a un 60% de dualidad diagnóstica. Para citar los más frecuentes, el fumado puede estar presente junto con un trastorno afectivo, un trastorno ansioso o un trastorno de conducta.

¿Qué tipo de enfermedad es?

Es enfermedad crónica. Es trastorno por uso de sustancias que genera dependencia. Algunos de sus criterios son alteración del comportamiento, del pensamiento, que se trata, sin embargo, no va a tener una recuperación total, sino periodos libres de crisis, periodos de sobriedad o de abstinencia, incluso puede haber algún periodo de alguna recaída.

En comparación, sería algo así como una descompensación de un hipertenso o de un diabético. Si es rápidamente abordado con las técnicas de aprendizaje durante su proceso, va a lograr compensar y va a retornar a ser funcional en diferentes aspectos, como el individual, el de pareja, de familia, laboral y, en general, el social.



¿En términos de salud pública, que implica ver la drogodependencia como enfermedad?

Primero es importante aceptarlo como tal, que primero es importante aceptar el fumado como enfermedad, así rompemos el mito de que la persona desea estar así. Segundo: para el personal de salud, es oportuno romper la visión biológica de la formación académica y que desde estudios básicos se note que el concepto de enfermedad nos lleva a la obligatoriedad de atender a la persona.

Esa diferencia es sutil, pero de suma importancia. Vea esto: no rechazamos o dejamos de lado a un paciente diabético o a un hipertenso, pero sí rechazamos al paciente alcohólico o al fumador. Los rechazamos porque no tenemos formación para abordarlo, por temor y, lo más importante, porque estos pacientes generan muchísima frustración, sobre todo, cuando tienen una recaída.

Los profesionales que trabajamos en esto, requerimos tener alta tolerancia a la frustración, porque implica comprender el dolor de la persona, ser empático y no permisivo, tener claro que hay personas que se pueden recuperar y que ocupan una motivación real para esa motivación, pero que es un proceso.

¿El personal de salud dice no fume pero no dice cómo, con las clínicas se puede dar un método?

El asunto es más integral. La particularidad del sistema tiene grandes dificultades. Falta la homologación de criterios, aumentar la sensibilización general en el tema y dar capacitación al personal de salud para abordar al paciente con las técnicas adecuadas, donde se sientan capaces y confíen en el resultado esperado.

Es más, la mayoría de profesionales de salud consideran que el fumado no es una enfermedad. La mayoría responde que no los tienen que atender ellos. Dicen que existe el IAFA y, por lo tanto, es mejor que los atiendan allá. Eso desconoce, en algunas ocasiones, las dificultades para el paciente, como las geográficas, las limitaciones de horario para el traslado y otros asuntos de orden práctico que limitan la atención si nosotros no asumimos el trabajo.



El segundo punto importante es el factor credibilidad: uno no puede transmitir un mensaje de salud si la persona es tabaquista o si es consumidora de otros tipos de sustancias. Nuestros funcionarios también sufren de los trastornos provocados por la dependencia a algunas sustancias, como el resto de la población, solo que, para dar el mensaje, resulta poco creíble cuando el personal de salud fuma.

Ahora bien, también hay oportunidades valiosas. El consejo médico o de enfermería es validado por el paciente más de lo que pensamos. Si el médico, enfáticamente, de manera clara y sincera, da un mensaje sobre los riesgos del fumado, la gente comienza a incorporar esta información en la toma de sus decisiones y se motiva al cambio. Eso es buenísimo. Basta una pequeña intervención para alcanzar logros, sin embargo, si el personal de salud dice un mensaje de salud y sale del consultorio a fumar, a la vista de los pacientes, el consejo reduce su impacto por falta de credibilidad.



Afortunadamente, el hecho de que la CCSS sea libre del humo tabaco, no solo de forma restrictiva, sino con programas dirigidos a funcionarios, ha potencializando el mensaje social. Esto es importante porque, años atrás, era frecuente ver fumando al personal de salud cerca o en sus centros de salud.

El otro punto es la poca claridad en la oferta de atención por parte del sistema. Es decir, hay trabajo por hacer, pero hay voluntad.

¿A qué se refiere con eso de la poca claridad?

Me refiero a la homologación y a la equidad en la oferta de servicios. En este momento, no necesariamente, se ofrecen los mismos servicios en las diferentes comunidades del país.

Si la proyección de la CCSS es trabajar por ampliar la cobertura de las clínicas de cesación de fumado en todos los hospitales, deberían de fortalecerse las bases de esos sistemas de referencia a las clínicas, iniciando desde procesos de sensibilización y capacitación del recurso humano.

De hecho, estamos trabajando en una propuesta de homologación de servicio, donde el enfoque de atención se aborde desde los primeros niveles de atención, específicamente con técnicas e intervenciones breves, como la entrevista motivacional para la cesación de fumado. Todos los esfuerzos acompañarían la oferta terapéutica de las clínicas de cesación de fumado.

Si nosotros, como Institución, logramos esa accesibilidad total, marcaríamos la diferencia en la oferta de servicios para el abordaje de la enfermedad. Pero, hoy por hoy, todavía hay esa accesibilidad homogénea a los servicios, es algo que tenemos que construir en los próximos años.

¿Cómo sería esa intervención breve?

Desde la coordinación de las adicciones decimos que lo más importante de la atención es las bases de la atención. El primer y el segundo nivel es la puerta de entrada para todo. Con esa idea, es importante pensar qué intervenciones plantear ahí, que sean intervenciones preventivas, pero también de tamizaje y de intervención temprana. La intervención breve, como técnica, se aplica para generar contención a futuro, para que no llegue a desarrollarse el fumado

como un proceso complejo. Implica sensibilización, capacitación y acreditación de los funcionarios en este tipo de intervención, para que pueda replicarlo en todos los niveles locales, llámese áreas de salud, ebáis o demás posibilidades.

¿Cuál es el objetivo?

Entre otras cosas, que los adolescentes, la población de mayor vulnerabilidad y foco de atención terapéutica por múltiples factores, no consuman tabaco. Y que, si consumen, lo dejen rápidamente. Implica hacer un esfuerzo por retrasar lo mayor posible la edad de inicio o eliminarlo de todo. Busca intervenir de manera temprana para no esperar a que la dependencia llegue a ser de tanta complejidad como para que haya que buscar una intervención de grupos.



¿Cuáles fases se contemplan?

La primera fase sería la de «intervención breve» que es sesión informativa y entrevista motivacional. La segunda fase es una «intervención intensiva» con profesional entrenados en el tema, como médicos generales, de familia o promotores de salud entrenados o siquiátras con formación especial. Debe ser un personal con cierto conocimiento porque hay una estructuración sobre cómo hacerlo.

Si la persona, aún así, se le dificulta el progreso, se estudia la comorbilidad. Si es ansioso o presenta algún otro problema de fondo, se refiere a consulta



para esa otra patología. Si compensa esa parte, se puede trabajar el fumado.

Si aún así, el cuadro sigue complejo y el médico podría valorar el uso de medicamento para manejar la dependencia a la nicotina. Sin embargo, eso está en revisión. Yo soy del criterio que el medicamento debe ser abierto para toda la población que está en supervisión.

El siguiente paso de complejidad sería la «terapia de grupo», entre esas está la modalidad de las Clínicas de Cesación de Fumado que, a nivel internacional, tienen una clara estructuración sobre qué trabajar y cómo hacerlo. Es un protocolo de la Organización Mundial de la Salud.

Está claro que, en las clínicas, el grupo fortalece el proceso individual y hace múltiples mediaciones de sus compañeros para la motivación, pero también está claro que el médico debe darle su abordaje individual y valorar la intensidad a la enfermedad como tal.

¿Por qué la convicción para dejar de fumar es tan importante?

La motivación al cambio es importante no solo para dejar de fumar sino para cambiar cualquier conducta que uno tiene en la vida, sea la que sea que uno desea cambiar.

La literatura destaca que no solo es necesario un deseo para dejar de fumar sino de una firme convicción. ¿De qué se trata eso?

No solo porque alguien me dice que debo de hacerlo. El deseo debe venir de un compromiso personal. Por ejemplo, la gente dice, si hoy por hoy no tengo ningún signo de cáncer, no le voy a creer al médico y voy a seguir fumando. Sin embargo, podría hacer el ejercicio de proyectarse a futuro y decir que si llego a tener cáncer, qué va pasar. Así, por ejemplo, pensaría... voy a morir... voy a dejar a mi hijo... qué pasará con la familia... De esta forma, con esta proyección, por ejemplo, se busca generar un compromiso real como motivación adicional al deseo de cambio.

Hay muchas otras fuentes de motivación que acompañan la convicción. Por ejemplo: ahorrar

casi medio millón de colones al año en vez de fumar una cajetilla de cigarros cada día, no querer ser rechazado por oler mal, verse con los dientes manchados, buscar una relación de pareja con una persona intolerante al fumado, generar un impacto positivo en la salud de mis seres queridos por ejemplo la salud de un hijo, entre otros.

¿Es información que va ligada a una acción a partir de una relación motivacional?

Sí, luego de comprender la información basada en riesgos y beneficios, sigue el componente motivacional y dentro del cual hay múltiples razones para dejar de fumar. Luego de comprender el componente motivacional, llega el momento del compromiso, decidir la fecha para dejar de fumar, que no puede ser mayor de un mes de manifestado el compromiso y que debe ser una fecha relevante y validada como tal. Y el tiempo es también importante. Si no es un mes, el compromiso manifiesto no es real. Para algunas personas, por ejemplo, esa fecha coincide con el día que nació el hijo, por eso es muy importante, si es posible, que cuando uno quiere dejar de fumar, elegir una fecha simbólica.

Recordemos que, desafortunadamente, cada año, el 85% de las personas que dejan de fumar por si solos, sin ayuda y apoyo profesional, fracasan en el intento. En fenómeno opuesto, de todos los fumadores actuales, más del 60% manifiestan que desean dejar de fumar. Esa diferencia es un verdadero reto para el sistema de salud.





Historia
TESTIMONIO DE DON LUIS

Todos los médicos me decían que debía dejar de fumar, pero nadie me decía cómo

Soy Luis, fumé durante 55 años. Comencé a los diez. Mis papas fumaban. Yo veía que los grandes fumaban y yo quería ser grande. Durante algún tiempo fueron dos cajetillas diarias, pero la mayor parte de los años fumaba entre 12 o 15 cigarros al día. Esa mi cuota. Al principio, tosía porque no sabía cómo fumar y, al final, tosía porque ya no tenía aire para los pulmones. Ahora estoy bien y puedo contar mi historia para que otros puedan dejar el cigarrillo. Si yo pude, cualquier puede hacerlo.

Al tabaco le debo muchas enfermedades y yo no me daba cuenta de cuánto de todo aquello era producto del cigarro. Tan persistente era mi tos que, si caminaba un poquito, me estaba asfixiando. Mi hija vivía a cien metros de mi casa, yo iba a verla un momentito y,

cuando regresaba, llegaba a sostenerme de la verja porque ya no podía respirar. El olfato lo tenía perdido. No olía ni el propio humo del cigarro. Yo no tenía necesidad de comer. Si tenía a mano un vaso de café y el cigarro, podía pasar el día sin ingerir un solo alimento; no me hacía ninguna falta. Eso no es todo, las piernas las sentía como piedras; se inflamaban, me dolían.

Muchas veces intenté dejar el cigarro porque yo sabía que era malo y porque la gente me lo sugería. Pero siempre fracasaba. Tras unos días de intentarlo, regresaba otra vez al cigarro. Hice todo lo que pude. Incluso hasta fui a ver al "Brujo de Tamanca" para que me ayudara, pero el tabaco siempre ganó. Siempre me pregunté por qué los doctores decían que debía dejar de fumar, pero ellos no me decían cómo hacerlo. Cuando escuché de la Clínica de Cesación de fumado en Alajuela y supe que esa era mi última oportunidad: era todo o nada, si no podía hacerlo esta vez, no lo intentaría más.

En la vida había tenido fuerzas para afrontar muchos retos, pero no para dejar el cigarro. Yo le digo a la gente que soy una buena madre soltera. Al nacer mi tercer hijo, mi esposa falleció. En ese momento, teníamos un varón de cinco y una muchachita de cuatro. Cuando regresé a la casa, sabía qué hacer con la recién nacida, pues los otros partos habían sido por cesárea y yo me había encargado del cuidado de los niños mientras María se recuperaba. Ahora, era diferente, debía llevar la casa completa, ayudar con las tareas y organizar, en general, los placeres y los deberes de mis hijos. Además debía administrar la plata y en eso siempre me ayudó mi esposa que era tan buena administradora. Sí, he tenido muchas dificultades y problemas en la vida, pero mi mayor orgullo es que siempre he sido una buena madre soltera. Yo sé que es importante transformar las dificultades en beneficios, hice todo lo que pude para hacerme cargo de mi familia, pero con el cigarro no pude, no pude dejarlo. Necesitaba ayuda, pero nunca antes me ofrecieron algo que funcionara.

Entré a la Clínica el 2 de febrero de 2012 y lo logré. Pero, tuve una recaída. Un problema muy fuerte me llevó otra vez al tabaco y regresé a los 12 cigarros diarios. Después de unos meses, otra vez en la rutina de fumado de antes, fui a una cita médica por las várices, porque los pies estaban inflamados y yo trabajo de pié y ahí llegué a un punto límite: el doctor vascular periférico me dijo: "yo no voy a perder el tiempo con usted, no puedo hacer





nada, mientras que usted esté fumando, no puedo operarlo, inyectarlo, no puedo hacer nada. Voy a mandarle una crema para que se unte y una crema para que no le piquen las piernas. Es lo único que puedo hacer.” Ese fue un detonante para mí, un instante que me envalentonó.

Me sentía frustrado, pero me emergió el orgullo. ¿Cómo es posible que, por un pinche cigarro, un médico me diga que no puede atenderme, que no puede hacerme nada? Recordé lo que aprendí en la Clínica, sobre las recaídas y todo el proceso, y me convencí otra vez. Me dije: ¡Este es el momento! ¡Hoy es el último día que fumo! Y, por fin, lo logré. No he fumado más a partir de ese momento. En la Clínica te dicen que todo parte de la convicción y supe, que ese momento era el mío, el inquebrantable, el que había esperado toda la vida.

Hoy en día todo es al revés: me quiero, me respeto, me estimo, me veo bien y me siento buenísimo y, procuro, a través de mi ejemplo, impulsar a las personas a se curen del tabaquismo. Se puede curar pero con mucha energía, mucha entereza, mucha valentía para decir no al cigarro y sí a la vida.

Yo me siento orgulloso de haber dado ejemplo a mi hijo que, al ver mi esfuerzo, también participa en la clínica de cesación. Pero más orgulloso, me siento de tener dentro de la caja personas como el doctor García, que están completamente entregados a este programa, que a cualquier hora del día o de la noches que uno los llame porque tiene una situación inmediatamente les responde el teléfono. El siempre está anuente a atendernos. El me abrió las puertas de la clínica y me ha enseñado a vivir sin cigarro. Yo sé que la Clínica es un equipo interdisciplinario y a todos debemos agradecernos, pero yo me identifiqué más con él y fue mi apoyo cuando yo más lo necesitaba.



Doble logro. Don Luis inspiró a su hijo para que él dejara de fumar.



El Dr. Luis Efrén García Briceño es el encargado de la Clínica de Cesación de Fumado en Alajuela.



En el siguiente enlace, usted puede ver otro testimonio en video. Esta vez es una abogada que, finalmente, alcanzó su deseo de dejar de fumar, gracias al apoyo de la Clínica de Cesación de Fumado de Alajuela, la más reciente del país.

<http://youtu.be/-PvIZOEu4Is>



- El fumado en el entorno social del joven -

- Aunque los adolescentes son centro de atención de la salud pública porque es la etapa en la vida en la cual en la mayoría de los casos da inicio el hábito del fumado, un estudio de la CCSS nos dice que, para verlos como grupo poblacional sujeto de atención en salud, es importante verlos en función de su integralidad y no solo de su riesgo al estar expuestos y seducidos por el cigarrillo.
- Jóvenes están expuestos al consumo de sustancias ilícitas y lícitas como alcohol o tabaco, lo que favorece la violencia, la delincuencia, el acoso escolar y las conductas sexuales riesgosas.

La vulnerabilidad de los jóvenes costarricenses al consumo de drogas ilícitas y lícitas como el alcohol y el tabaco quedó en evidencia en la investigación sobre factores mentales y sociales relacionados con la práctica del fumado, realizada para la Caja Costarricense de Seguro Social a finales del 2013.

De acuerdo con el estudio, esa situación hace a la población joven, especialmente a la que tiene entre los 13 y los 20 años de edad, ser víctima de violencia, delincuencia, acoso escolar o “bullying” y conductas sexuales con riesgo para las salud.

El estudio pretendió identificar los factores de riesgo y de protección, el perfil de consumo de tabaco y otras drogas en la población, cuya edad oscila entre los 10 y los 20 años. También se buscó conocer su estilo de vida y el contexto sociodemográfico, socioeconómico, cultural y ambiental así como los canales y medios de comunicación empleados para comunicarse y obtener información.

Metodología lúdica

En el estudio participaron hombres y mujeres insertas y no insertas en el sistema educativo residentes en



áreas urbanas y rurales de difícil acceso, indígenas de diferentes etnias entre ellas: Bibris, Cabécares, Gnobes, Malekus y Borucas, migrantes y personas de toda condición socioeconómica, incluso los que tienen menos recursos como los jóvenes que residen en zonas marginales.

Con ese objetivo, se realizaron 28 talleres participativos: siete en San José y tres en cada provincia, con la finalidad de extraer información que permitiera al grupo investigador efectuar el diagnóstico requerido.

En el equipo de trabajo participaron antropólogos, psicólogos, educadores especiales, científicos cognitivos, además de facilitadores locales y equipos de apoyo logístico.

En los talleres se empleó una metodología lúdica, mediante la cual a través del juego y las dinámicas de grupos y utilización de instrumentos proyectivos, se logró capturar las representaciones sociales relacionadas con el consumo de tabaco y otras drogas así como su estilo de vida.



Se emplearon diversas técnicas entre ellas: técnicas de mapeo: "Mi presupuesto diario", construcción de metas historia y esquematización: "Mi fiesta ideal", ejercicios de priorización de necesidades: "la isla desierta" y análisis de tendencias: "técnicas del epitafio".

Los principales resultados

De acuerdo con la investigación existen grandes diferencias entre la población de 10 a 12 años y la población, cuya edad está comprendida entre los 13 y los 20 años; para efectos del análisis se dividieron en dos grupos.

La investigación determinó que en ambos grupos de edad, se considera de altísimo riesgo para el consumo de cigarrillos el hecho de que en el hogar algún miembro de la familia sea fumador.

Los participantes también estiman que la permisibilidad de fumar en casa, en las escuelas y la aceptación social de esta droga es uno de los factores de riesgo más fuerte que los hace más vulnerables a su consumo. Ambos grupos señalaron que uno de los aspectos que eleva el riesgo de fumar es la facilidad con la que consiguen los cigarrillos.

Otro de los aspectos considerado por los participantes del estudio y que facilita el consumo de tabaco y otras drogas es la edad de inicio y la presión de grupo que se produce para que se inicie su práctica.



La curiosidad que lleva probar el tabaco sin percatarse de la dependencia que genera, es uno de los aspectos que para la población de 10 a 12 años tiene un riesgo medio, mientras que para los de 13 a 20 es alto porque la mitad usa tabaco y otras drogas en forma regular y muchos la probado por curiosidad.

Uno de los aspectos críticos señalados por los dos grupos, especialmente por los de 13 a 20, es que a pesar de que en el país la publicidad de cigarrillo está regulada en los medios de comunicación convencionales, ellos tienen acceso a los medios digitales que no poseen ninguna regulación.

Otros de los hallazgos más importantes de la investigación es que para la población objetivo, la adquisición de estilos de vida saludable no es una prioridad y casi no la mencionaron durante los talleres.

El consumo de televisión se concentra en la televisión pagada y existe una fuerte tendencia al uso de Facebook, Twitter, celular para comunicarse con sus pares, lo cual está relacionado con la bajada de aplicaciones y de música.

La radio es empleada básicamente para escuchar música, aunque un porcentaje importante no la utiliza. Sin embargo, se debe mencionar que el empleo de MP3 para bajar música hace que no tengan la costumbre de escuchar la radio para consumir su música favorita. Tampoco emplean los periódicos como medio informativo.

Con tales hallazgos, los especialistas consideran de vital importancia abordar los factores de riesgo a los que está expuesta la población adolescente y joven desde un enfoque integral, ya que solo así se podrá tener un mayor impacto en la reducción de fumadores y, al mismo tiempo emplear medios no convencionales de comunicación si se quiere realmente conectarse con ellos.





Avances del proyecto LOGROS CON LOS FONDOS DE LA LEY #9028

Gestión de proyectos

En el mes de marzo 2012 entró en vigencia la Ley 9028, Ley General para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud y fue a partir del 7 de abril de ese mismo año, se inició con el cobro de 20 colones de impuesto por cada cigarrillo. Del total recaudado por dicho impuesto le corresponde a la CCSS el 60% . Este dinero genera un fondo que se utilizará para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo y el fortalecimiento de la Red Oncológica Nacional.

Con el fin de cumplir los objetivos planteados en dicha Ley, el Proyecto de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS procedió a realizar un portafolio de proyectos a financiar con estos fondos y cuenta con la propuesta de ejecución de fondos.

Este portafolio se conforma con 59 proyectos a la fecha, programados del 2013 al 2018. Contiene proyectos de equipamiento, infraestructura, compra de medicamentos, capacitación e intervenciones.

En este último componente de intervenciones podemos mencionar la acciones de divulgación dirigidas a la población escolar y colegial, programas de clínicas de cesación de fumado y proyectos enfocados en la rehabilitación cardiaca.

Los proyectos programados del 2013 al 2018, ascienden a los 77.216 millones de colones. Para el 2014 ya se encuentran en licitación los siguientes proyectos:

- Equipos de angiografía digital en el Hospital México, Hospital San Juan de Dios y Hospital Calderón Guardia.
- Equipo de Terapia Superficial en el Hospital México.
- Equipo Simulador en el Hospital México.
- 9 Equipos Rayos X para diferentes hospitales.
- 25 Ventiladores Pulmonares para toda la red hospitalaria.





Hospital Calderón Guardia alcanza la élite mundial en el diagnóstico de cáncer de pulmón por ultrasonido

El hospital Calderón Guardia alcanzó a la élite mundial en el diagnóstico del cáncer de pulmón por ultrasonido endobronquial lineal, lo que permite ofrecer tratamiento personalizado más rápido, más preciso, con menor riesgo, y mínimamente invasivo.

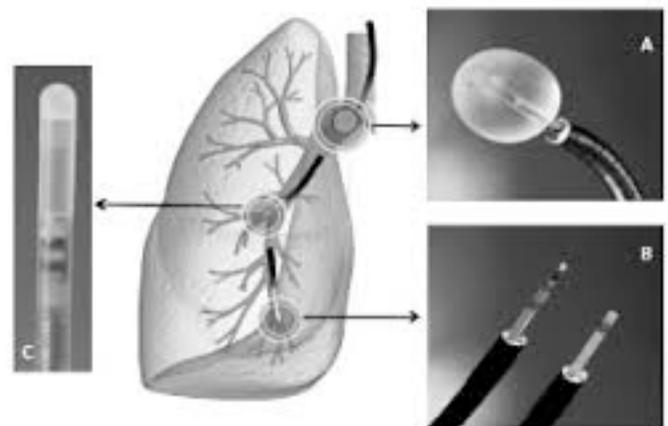
En el cáncer de pulmón, determinar el grado de avance del cáncer es el proceso mediante el cual los médicos determinan si el cáncer se ha extendido a otros sitios fuera del pulmón como los ganglios linfáticos o incluso a otros órganos, lo que establece el tratamiento más adecuado: si el paciente va a cirugía o si va a quimioterapia.

La puesta en marcha de la técnica ha sido posible gracias a la capacitación de la doctora Melissa Masís en Barcelona, España, la compra de un instrumento médico de la más alta tecnología y el trabajo en equipo de varios especialistas, que incluye, entre otros, a citotecnólogos médicos patólogos, anestesistas y a los enfermeros de broncoscopia.

El ultrasonido endobronquial consiste en introducir un tubo delgado a través de la tráquea y bronquios, para activar allí el ultrasonido localizado en la punta del instrumento, con el objetivo de ver, a través de los tejidos internos, las masas o los ganglios engrandecidos, que son sospechosos de ser cancerígenos.

Una vez encontrada la zona de sospecha, se despliega la aguja fina guiada por ultrasonido lineal, que avanza suavemente hasta la masa o el ganglio, con el propósito de aspirar un pequeño trozo de tejido, para luego ser analizado y establecer el diagnóstico.

Así, gracias a la sonda de ultrasonido introducida en la tráquea, se logra una imagen clara de los ganglios linfáticos adyacentes al árbol traqueobronquial y, gracias a la aguja con aspiración, se puede lograr lo que antes solo se podía hacer con cirugía: una biopsia extremadamente segura y certera de ganglios linfáticos y masas mediastinales.



“Yo veo la aguja entrando en la masa para tomar muestra y con eso me garantizo que la muestra del tejido sea exactamente de la parte que es sospechosa. La otra forma de hacerlo sería por cirugía regular, abriendo al paciente, con el riesgo que eso implica” dice la doctora Masís.

El ultrasonido endoscópico bronquial fue adquirido con fondos del Proyecto de Fortalecimiento para la Atención del Cáncer en la red de la CCSS. El costo es de \$131.182.19 (Son €66 902 916). Dentro de la red de atención de la CCSS, el hospital México ya cuenta con el instrumento de ese tipo.

Area de Salud de Cartago eleva capacidad para diagnosticar y tratar lesiones precancerosas en útero

El área de salud de Cartago fortalecerá la capacidad para la detección de lesiones precancerígenas en útero, gracias a la incorporación de una especialista ginecóloga, la adquisición de alta tecnología y la puesta en marcha de un agresivo plan para ampliar los exámenes de Papanicolaou en la zona.

Cuando la doctora Karla Arias Marrochi asumió la consulta ginecológica en el área de salud, desde el año pasado, además del trabajo clínico, ella actualizó a los médicos generales de los 21 Ebáis de la zona en la toma del Papanicolaou, el manejo y el seguimiento de las lesiones precancerígenas en útero.

Además del nuevo recurso humano, el área de salud adquirió nuevo instrumental médico especializado en el diagnóstico y tratamiento de lesiones en útero, con el fin elevar la calidad de la atención en el área de salud, sin que haya necesidad de enviar a la paciente para ser tratada en el hospital Max Peralta.

Para el diagnóstico, se usa el colposcopio, lupa electrónica que ya está en operación, y dos equipos terapéuticos ambulatorios con el cual se hacen las curaciones, uno en frío (instrumento de criocirugía) y otro en calor (leep con evacuador), que están en proceso de compra y entrarán, muy pronto, en operación.

Según el plan de acción diseñado, los resultados del Papanicolaou regresan con el diagnóstico del Laboratorio Nacional de Citologías al área de salud directamente, con el propósito de que, ante algún examen alterado, se convoque a la paciente a la consulta de ginecología con prioridad, para ser evaluada por la especialista Arias Marrochi.

Luego del tratamiento respectivo en el área de salud, la paciente regresa al ebáis, donde es atendida por los médicos generales que le dan seguimiento y control respectivo, con la satisfacción que queda libre de cáncer de cérvix por esa lesión tratada, aunque deba seguir cuidándose y haciéndose el Papanicolaou para detectar futuras lesiones hasta los 65 años.

“Esta intervención temprana es importantísima porque es ambulatoria, lo cual es más cómodo para la paciente y más eficiente para la Institución, evitando la presencia de lesiones cancerosas donde sería necesaria una cirugía ya a nivel hospitalario, así como tratamientos de radioterapia entre otros” según menciona la doctora Arias Marrochi.

El instrumental médico fue adquirido con fondos del **Proyecto de Fortalecimiento para la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS**, los cuales se destinan a formación, infraestructura, equipamiento y educación en salud.

El costo del colposcopio adquirido para Cartago es de \$7 600 (₡3 876 000), este equipo se suma a la adquisición realizada en el 2012, de 20 colposcopios, 8 criocirugía y 6 leep con evacuador para la atención del cáncer de cérvix en todo el país.





CCSS adquirió equipo endoscópico para la detección temprana de cáncer en vías digestivas

La Caja Costarricense de Seguro Social adquirió un lote de endoscopios de la más alta tecnología existentes en el mercado para mejorar la caracterización y detección temprana de enfermedades de las vías digestivas en Alajuela, Grecia y Limón.

Los equipos adquiridos son de tan avanzada tecnología óptica que, en combinación con programas computadorizados, tienen la capacidad de resaltar las formas y los vasos sanguíneos de la superficie mucosa las vías digestivas para darle al médico mayor definición de imagen para hacer mejores diagnósticos.

Además de la imagen, el endoscopio ofrece otra ventaja: junto a la cámara de alta definición, se dispone de un chorro de agua para eliminar la mucosidad, sangre, u otras sustancias del área de estudio, con lo cual se consigue hacer la exploración completa de todo lo que pueda parecer digno de observación.

Junto a esos beneficios para la detección temprana de lesiones, el equipo tiene otro beneficio: es más fácil de usar. Los comandos facilitan las maniobras del médico y viaja dentro del cuerpo con tres niveles de flexibilidad, por lo tanto, el tiempo de ingreso es más rápido y eso ofrece más oportunidad de revisión.

La compra representa un monto de tanto miles de colones tomados de los fondos del proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS y representa un salto cualitativo importante en el diagnóstico de lesiones tempranas en zonas donde esos cánceres tienen sobre incidencia y mortalidad.

Las imágenes endoscópicas de alta definición de imagen han revolucionado la capacidad institucional de diagnosticar y tratar a los asegurados, pues facilita el examen detallado de las paredes de las vías digestivas, con lo cual se pretende mejorar los índices de detección temprana.

Esto lleva a lograr resultados diagnósticos inmediatos, lo que puede permitir tomar decisiones clínicas importantes sin demoras.

La nueva tecnología de alta definición, combinada con la cromoendoscopia (separación de colores para ver zonas con mayor contraste), mejora considerablemente nuestras opciones endoscópicas diagnósticas y terapéuticas.





NOTICIAS

CCSS anunció el diseño de vía rápida para pacientes con sospecha de cáncer de pulmón.



La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) tiene nuevas instrucciones para el manejo de los pacientes con sospecha de cáncer de pulmón. La conducción en red de los casos acortará a menos de dos meses el tiempo entre la detección de la sospecha en el Ebáis y el estudio definitivo en el hospital, donde se descarta el padecimiento o se comienza el tratamiento.

La neumóloga Wing Chan Cheng, líder clínica del grupo técnico que diseñó la ruta de vía rápida entre los niveles de atención, afirma que el beneficio será de gran impacto “porque disminuir el tiempo de respuesta, puede aumentar la oportunidad de vida de los pacientes”, dado que el cáncer de pulmón no presenta síntomas en etapas tempranas.

La directriz de la CCSS uniforma los criterios de referencia de los pacientes desde los Ebáis hacia los servicios de Neumología y Cirugía de Tórax en los hospitales, establece prioridades para el acceso rápido a exámenes de alta tecnología, y propone el estudio de cada caso realizado por un grupo de especialistas para decidir el abordaje clínico idóneo.

“Este trabajo en cáncer de pulmón es parte de un proceso mayor que está en marcha y busca la definición de métodos para la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de todos los cánceres prioritarios de la Institución” afirma la doctora Marjorie Obando, coordinadora de la Coordinación Técnica del Cáncer de la CCSS.

La elaboración de estos lineamientos han sido el fruto del esfuerzo y compromiso de diferentes especialistas que formaron parte del grupo consultor de la Coordinación Técnica de Cáncer.

“Luego de aprobados, el diseño de la vía rápida para la persona con sospecha de cáncer de pulmón entra a la fase de divulgación en cada una de las unidades responsables de su ejecución que tomará unos meses”, dice el Dr. Estaban Cantillo, miembro del comité técnico del Cáncer de la CCSS.





Respuesta inmediata a diagnóstico tardío

- Cuando hay signos sospechosos, el paciente se priorizará para estudios con el fin de confirmar el diagnóstico, determinar la extensión de la enfermedad y comenzar el tratamiento.

La directriz es importante porque, usualmente, los pacientes con cáncer de pulmón se diagnostican en estado avanzado. Según la especialista Chan Cheng, esto sucede en parte, porque el cáncer de pulmón no presenta síntomas en etapas tempranas, sumado a que los enfermos, principalmente tabaquistas, poco relacionan los síntomas leves, como tos persistente, con la gravedad y el estado de urgencia de la enfermedad.

En fases precoces de la enfermedad, el cáncer de pulmón no produce ningún tipo de síntomas o son muy inespecíficos. El diagnóstico temprano es generalmente accidental, pues se diagnostica por pruebas que se realizan para descubrir otros problemas de salud.

La mayoría de las veces, el cáncer de pulmón se diagnostica cuando los síntomas obligan al paciente a acudir al médico, por síntomas considerados tardíos dentro del avance del cáncer, por lo que suele diagnosticarse en etapas avanzadas.

Los síntomas más comunes son tos persistente y dolor torácico que tiende a empeorar. Entre otros síntomas, también se consideran de sospecha: tos con flemas y sangre, pérdida de peso acelerada o falta de aire.

Ministerio de salud ofrece programa de cesación de fumado por mensaje de texto



El servicio de mensajes es abierto a todo interesado, gratuito y muy interactivo, aspecto importante cuando se trata de relacionarse con éxito con los jóvenes.

La dinámica es así: los jóvenes fumadores entre 18 y 35 años con deseos de dejar de fumar se inscriben y, de inmediato, comienza un sistema de mensajes para ayudarlo a vencer las distintas etapas de la cesación de fumado, de acuerdo con sus propias necesidades.

Por ejemplo, si un día el joven sufre ansiedad, envía un mensaje diciendo el síntoma y el sistema le responde con diferentes formas para afrontarla.



De acuerdo con Daisy Corrales, Ministra de Salud, la mensajería de texto de este proyecto es el canal para difundir contenidos que tienen una base teórica comprobada para apoyar a las personas que decidan dejar de fumar.

De este modo, los funcionarios de la CCSS pueden animar a los asegurados para darles seguimiento a los casos y también, a los no asegurados con los que tengan contacto, para que se inscriban sigan el proceso porque es tan completo que puede hacerse de manera individual.

Otro tipo de materiales que los servicios de salud pueden usar son estos videos a los que pueden ingresar haciendo click en el título:



[Campañā Anti-fumado #1](#)



[Campañā Anti-fumado #2](#)



[Campañā Anti-fumado #3](#)



[Campañā Anti-fumado #4](#)

Algunas familias salen fortalecidas tras el cáncer infantil gracias al abordaje integral de la enfermedad.



El abordaje integral permite el acompañamiento de trabajo social y psicología desde el momento mismo del diagnóstico para estabilizar a la familia tras el impacto de la noticia de la enfermedad.

En ese sentido, la intervención de educación psicológica está orientada a la adaptación del niño y de su familia a los tratamientos largos y agresivos, para ayudar a recuperar el funcionamiento cotidiano y, en términos generales, a mejorar la calidad de vida.

El abordaje integral permite dar contención a las familias tras el impacto de la noticia de la enfermedad y facilita el aprendizaje de habilidades que hacen más fuerte a los miembros de las familias para enfrentar las dificultades futuras.



El fenómeno de aprendizaje a partir de la experiencia traumática de enfermedad, lo notan los especialistas de trabajo social del Hospital Nacional de Niños de manera reiterada, pues ellas hacen una intervención de las familias desde el comienzo del diagnóstico hasta el alta médica.

Para la trabajadora social Ligia Marín, el cáncer altera la armonía en la familia con tensión y ansiedad, por que las familias requieren orientación de los especialistas de psicología y trabajo social para saber cómo manejar la situación imprevista, dolorosa y difícil de llevar, además de reorganizar la dinámica familiar.

La especialista ha visto que la intervención familiar por el cáncer provoca un beneficio en algunas familias cuyo efecto perdura en el tiempo. Especialmente, se nota que la unión de los padres se fortalece, porque se apoyan mutuamente en búsqueda de ayuda y comprensión, lo cual aumenta el aprecio mutuo.

Además, se ha detectado que las parejas toleran mejor los problemas menores de la vida cotidiana, que antes ocasionaban conflictos familiares, y ahora son enfrentados con mayor capacidad de resolución y con más armonía entre todos los miembros.



Edición por:
Dr. Alejandro Calderón C.
Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del
Cáncer en la Red.
José Mairena
Dirección de Comunicación de CCSS.

Diseño Gráfico donado como parte de su
proyección social a la comunidad por:
Francisco Leitón Sandoval
E-mail: escribeme@lylpro.com

Copyright
© 2014 CCSS.
Todos los derechos
reservados.

Contacto
E-mail:
ai_cancer@ccss.sa.cr
Teléfono:
[\(506\) 2222-3353](tel:(506)2222-3353)

Esta información puede ser
usada en presentaciones,
conferencias o boletines
institucionales, consignando
la fuente, como se describe
en cada uno de los
documentos.