	<p align="center">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA COORDINACIÓN TÉCNICA DE CÁNCER</p>	<p>FECHA DE EMISIÓN: 2020</p>
<p align="center">LINEAMIENTO INTERVENCIÓN DE LAS PERSONAS CONSUMIDORAS DE TABACO ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CCSS.</p>		<p>VERSIÓN: 02 CÓDIGO: L.GM.CTC.12052 020</p>

Actualizado por:

- Dra. Mónica Araya Rojas Patóloga
- Dr. Jad Abdas Chakhtour Patólogo
- Dr. Luis Arroyo Wong Radiólogo
- Dr. Ronald Badilla González Oncólogo Médico
- Dr. Manuel Caballero Barba Radiólogo
- Dr. Cristian Campos Fallas Neumólogo
- Dr. Esteban Cantillo Quirós Enfermero Oncólogo
- Dra. Ana Maria Casco Jarquín Patóloga
- Dra. Wing Ching Chan Cheng Neumóloga
- Dra. Melissa Juárez Villegas Oncóloga Médico
- Dra. Melissa Masís Quesada Neumóloga
- Dra. Felicia Montero Arias Neumóloga
- Dra. Raquel Rojas Vigott Oncóloga Médica

Revisado y conformidad con documento final:

- Dra. Geovanna Mora Mata, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

Aval de implementación:

- Dr. Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico.

Dirigido a:

- Profesionales en Medicina, Enfermería y Odontología y Auxiliares de Enfermería del I Nivel de Atención.

Fecha de elaboración: 2 de marzo de 2014.

Fecha de actualización: 10 de diciembre de 2019.

Fecha de nueva actualización: 2023.

JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud OMS, el consumo de tabaco mata a más de 8 millones de personas al año y es responsable de la muerte de 1 de cada 10 adultos. Este 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 tabaco 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 a la población costarricense.

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

El Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública 2019-2022, en el Área Estratégica de Salud y Seguridad Social, define como intervención estratégica "el Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles", con los objetivos de:

- Reducir la tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles.
- Mejorar la calidad de la atención al paciente oncológico.

El Plan Estratégico Institucional 2021-2022 de la CCSS define como de desafíos:

"Las enfermedades no transmisibles (ENT), conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, IRC, entre otras.

"Para controlar las ENT y reducir el impacto en los individuos y la sociedad, será importante centrarse en la reducción de los factores de riesgo asociados a ellas, aplicando un enfoque integral el cual propicie la colaboración de todos los sectores, (salud, finanzas, transporte, educación, agricultura y planificación, entre otros), para reducir los riesgos asociados y fortalecer las estrategias en promoción de impacto positivo y promover las intervenciones preventivas. Por ejemplo, podría prevenir las enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo II, mediante proyección y reducción de los factores de riesgo común, tales como: tabaquismo, dieta poco saludable, inactividad física, consumo nocivo de alcohol, entre otros.

Aunado a lo anterior, dentro de las principales medidas de intervención, el reforzamiento del Primer Nivel de Atención resulta fundamental. A este nivel, le corresponde ser la puerta

¹ Organización Mundial de la Salud (2013) [¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública?](http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html) Consultado en oct 2019 en www.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html.

de entrada a la red de prestación de servicios de salud y coordinar la continuidad de la atención de la persona durante su curso de vida; enfocando sus acciones primordialmente hacia la promoción de la salud (educación para la salud y fomento de entornos favorables), prevención de la enfermedad (vacunación, y suplementos alimentarios, detección temprana y abordaje oportuno de riesgos y problemas de salud)."

Para atender estos desafíos, se establecen los ejes estratégicos de:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Prestación de los servicios de salud ... con oportunidad y calidad.

Los objetivos, los resultados esperados y algunas líneas de acción estratégicas de cada uno de estos objetivos de los ejes estratégicos son:

Objetivo 1: Aumentar la promoción de estilos de vida saludables y la cultura del autocuidado de la salud en las comunidades y con los usuarios, así como la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas.

- Resultado esperado: Mejorados los estilos de vida de la población.
- Líneas de acción estratégicas:
 - Abordaje integral y articulado de las principales causas, eventos y factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población.
 - Impulso de una mayor participación interinstitucional e intersectorial en las acciones desarrolladas por la Institución en promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
 - Implementación de acciones de educación en salud, con participación social, sobre estilos de vida saludables, entornos saludables, el auto cuidado de la salud y el uso adecuado de los servicios.
 - Priorización de las labores de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con enfoque en las personas, familias y comunidades y curso de vida.

Objetivo2: Reducir la carga de la enfermedad y morbi-mortalidad, asociada a padecimientos crónicos no transmisibles y degenerativos, trastornos mentales, violencia y traumatismos, con una visión integral y articulada.

- Resultado esperado: Reducida la carga de la enfermedad en la población.
- Líneas de acciones estratégicas:
 - Desarrollo de acciones para el abordaje de los factores que pueden incidir en el riesgo de dependencia y discapacidad en grupos de alto riesgo y en la población en situación de desventaja.
 - Fortalecimiento del modelo de atención y la capacidad de gestionarlo, con un enfoque centrado en el usuario y curso de vida, bajo criterios de eficiencia, calidad y oportunidad.
 - Promoción de la igualdad y la equidad en la atención de la salud y en el financiamiento de los programas y servicios, con énfasis en poblaciones vulnerables (trastornos mentales, consumidores de sustancias psicoactivas, entre otros).

- Implementación de acciones para el diagnóstico oportuno de las enfermedades crónicas, neoplásicas, obesidad y de otros síndromes relacionados al deterioro funcional.
- Fortalecimiento de la gestión clínica de los establecimientos con enfoque de red mediante el desarrollo de programas integrales, guías y protocolos de atención con un enfoque bioético, considerando la implementación de prácticas basadas en la evidencia y los sistemas de información.
- Control y atención efectiva, integral e interdisciplinaria de las personas con enfermedades crónicas, mediante intervenciones basadas en evidencias que coadyuven a prevenir complicaciones.
- Abordaje de la atención de las personas, con criterios de calidad y oportunidad, definiendo una espera razonable para recibir los servicios.
- Implementación de una organización de los servicios en Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud que permita mejorar la continuidad de la atención de la población por medio de la coordinación entre establecimientos y la complementariedad de recursos.
- Fortalecimiento del Primer Nivel convirtiéndolo en el eje coordinador de la atención primaria en salud, con capacidad resolutoria para la mayoría de los problemas de salud de la población y mejorando el acceso a los servicios.
- Optimización de los servicios del tercer nivel mediante la creación de núcleos de atención especializada para todo el país, que sirvan como centros nacionales de referencia evitando la duplicidad de servicios en otros establecimientos.

El Plan Táctico 2019-2022 de la Gerencia Médica en el eje temático 2, de "Prevención y Atención del Cáncer", plantea como objetivo "Mejorar la calidad de atención al paciente oncológico".

Basados en este contexto, la detección e intervención del consumo del tabaco es una acción preventiva fundamental en los servicios de salud institucional²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹ y en particular en el primer nivel de atención, la principal puerta de entrada de la población a la prestación de servicios de salud de la CCSS. Es por ello, que este lineamiento va orientado a la intervención de las personas consumidoras de tabaco atendidas en el primer nivel de atención de la Institución.

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 inducción para la cesación.

²Baris, 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.

³Da Costa, Vera. Koifman, Sergio. (1998). Smoking in Latin America: a major public health problem. Cad Saude Publica, Rio de Janeiro, 14, 99-108.

⁴Beyer, Joy. Lovelace, Chris. Yürekli, Ayda (2001). Poverty and Tobacco. *Tobacco Control*, 10, 210-211.

⁵Pan American Health Organization (1992). Tobacco or health: Status in the Americas. Washington: PAHO.

⁶Shafey, Omar. Dolwick, Suzanne. Guindon, Emmanuel (2003). Tobacco Control Country Profiles 2003. Atlanta: American Cancer Society.

⁷Consultado en www.globalbridges.org Healthcare Alliance for Tobacco Dependence Treatment

⁸Consultado en www.separ.es

⁹Prochaska, JO. DiClemente, CC. Norcross JC. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. The American Psychologist, 47, 1102-1114.

FUNDAMENTACIÓN DEL LINEAMIENTO

El tabaquismo es un problema de Salud Pública a nivel mundial y en Costa Rica. Se han demostrado efectos directos sobre la salud, como factor contribuyente de muchas enfermedades.

Más de 7 millones de las defunciones se deben al consumo directo y 1.2 millones consecuencia de la exposición involuntaria al humo del tabaco. Aproximadamente 1,100 millones de adultos en el mundo fuman; de ellos, el 80% vive en países de bajo y mediano ingreso económico, donde la carga de morbilidad asociada a este producto es más alta. De acuerdo con estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es responsable de la muerte de 1 de cada 10 adultos. El tabaquismo es la principal causa evitable de muerte en los países desarrollados.¹⁰ El consumo de tabaco tiene un costo económico enorme que incluye los elevados costos sanitarios de tratar las enfermedades que causa y la pérdida de capital humano debido a su morbilidad.

Si las tendencias de fumado actual continúan, en 2030, 1 de cada 6 adultos morirá por causa del tabaco. 500 millones de personas vivas hoy eventualmente morirán como consecuencia del fumado; un 50% de ellas lo hará en edades medias, perdiendo de 20 a 25 años productivos de vida.¹¹

Las estadísticas de diversos países revelan que el consumo del tabaco comenzó a aumentar sostenidamente en los inicios del siglo XX y se intensificó desde la Primera Guerra Mundial. En muchas regiones a nivel mundial, el tabaco y el alcohol son las drogas que se utilizan por primera vez y se estima que el fumado de cigarrillos es la primera conducta de elección por parte de jóvenes, donde uno de cada cinco individuos comienza a fumar a los 10 años o antes.¹²

La dependencia al tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM- IV).

Se ha demostrado que el consumo de cigarrillo no es un hábito, sino una adicción y que la droga responsable es la nicotina. La nicotina es una droga con igual o mayor poder de adicción que la cocaína o la heroína, 65-70% de los fumadores quieren dejar la adicción pero no pueden y menos del 3% logran dejarlo sin ayuda. La nicotina libera químicos a nivel cerebral como la dopamina, norepinefrina, acetilcolina, vasopresina, serotonina y betaendorfina que produce efectos "positivos" o estimulantes como placer, supresión del

¹⁰ WHO, (2010). Tobacco Fact sheet N°339. Switzerland. World Health Organization. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>, el 10 de noviembre de 2013

¹¹ Monge Bonilla, Ana. Economía del Tabaco. *Acta méd. costarric. Vol 54 (1), enero-marzo 2012*

¹² Organización Panamericana de la Salud (2002). Tres mediciones fundamentales para revitalizar el control del tabaquismo en Las Américas. Washington, D.C., USA: O.P.S.

United Nations (2004) World Youth Report (Youth and drugs). Recuperado de: <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/ch06.pdf>, el 10 de noviembre de 2013

apetito, estimulación, intensificación del conocimiento cognitivo, cambios en el humor, reducción de ansiedad y tensión.¹³

Desde el siglo XVII se empezó a tener indicios de relación del tabaco con enfermedad; el filósofo FangYizhi indicó que "muchos años de fumar queman los pulmones". En 1761, John Hill advirtió acerca del riesgo de cáncer de nariz para los usuarios de rapé; en 1795, se relacionó con cáncer de labio y entre 1930 y 1940, los médicos de la Alemania Nazi fueron los primeros en mostrar una asociación entre el cáncer de pulmón y el consumo de tabaco. En 1964, se publicó el Primer Informe del Cirujano General acerca del tabaco y su efecto en la salud y en 1981, se realizó el primer estudio importante sobre el consumo pasivo de cigarrillos y el cáncer de pulmón, por Takeshi Hirayama.¹⁴

El humo del tabaco incluye más de 7000 componentes químicos; alrededor de la mitad de los componentes se encuentran originalmente en las hojas de tabaco y la otra mitad son creados por reacciones químicas al quemarse el tabaco. Algunos componentes químicos se introducen durante el proceso de cura, otros son agregados por los productores para darle a su producto un sabor especial o una determinada calidad. De esos compuestos, algunos son carcinógenos, tales como benzopireno, aminas aromáticas, nitrosaminas y emisores de partículas radioactivas alfa (polonio), entre otras.

En el momento de fumar, se absorbe tanto humo lateral como el humo principal, que son los causantes o contribuyentes de enfermedades; hay factores que influyen en mayor riesgo de estas tales como la cantidad inhalada, la profundidad de la inhalación, la duración de la inhalación, el pH del humo y características de la absorción de los componentes individuales.

La ciencia ha demostrado que el consumo de tabaco y la exposición a su humo son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad. El riesgo inminente que representa el tabaco para la salud a nivel mundial y el daño irrefutable que causa se evidencian en muchos artículos científicos.

El consumo de tabaco es una de las principales causas de muerte, más que cualquiera otra sustancia psicoactiva. Se le relaciona con más de 25 enfermedades, entre ellas, el 30% de todos los cánceres (se estima que en un 85% de los casos de cáncer de pulmón es provocado por el tabaquismo), enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica, enfisema y asma; cáncer de labios, de la cavidad oral (boca, lengua y garganta), de la tráquea y es un importante factor de riesgo que contribuye a las enfermedades cardiovasculares.

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 por lo tanto, agrava la osteoporosis en las mujeres en fase postmenopáusica, entre otros problemas.

En el siguiente cuadro, se pueden observar las principales enfermedades asociadas al tabaco o que tienen cierto porcentaje de factor atribuible; cómo se puede notar, el cáncer de

¹³ Escuela de Higiene y Salud Pública de Universidad Johns Hopkins; Organización Panamericana de la Salud. El consumo de cigarrillos y su efecto en la salud, Baltimore, USA, 2010.

¹⁴ Ídem 4

pulmón y el EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) son los que mayor riesgo relativo de sufrir tienen los pacientes que fuman con respecto a los que no lo hacen y además los que tienen mayor riesgo atribuible, esto es que la mayoría de personas que padecen esas enfermedades es porque estuvieron expuestas activa o pasivamente al humo del tabaco.¹⁵

Riesgo de enfermedad causada por el consumo de tabaco

Diagnóstico	Riesgo relativo a los 35 - 64 años de edad		Riesgo atribuido al consumo actual de tabaco (%)	
	Consumo actual	Consumo anterior	Hombres	Mujeres
Cáncer de labio/boca/faringe	2,9	2,0	50	48
Cáncer de esófago	3,4	2,0	54	52
Cáncer de laringe	5,4	2,5	67	66
Cáncer de pulmón	11,5	5,0	83	83
Cáncer de páncreas	1,6	1,0	17	17
Cáncer de riñón	1,5	1,0	15	15
Cáncer de la vejiga urinaria	2,5	1,5	41	29
EPOC*/bronquitis/enfisema**	8,7	4,0	79	78
Cardiopatía coronaria	2,7	1,4	41	40
Otras cardiopatías	1,6	1,2	21	20
Enfermedad cerebrovascular	2,4	1,3	37	36
Hipertensión	1,6	1,2	21	20
Arteriosclerosis	4,1	1,0	52	52
Neumonía	1,8	1,3	27	26
Asma bronquial	1,8	1,3	27	26

Fuente: Kjonstad: Liability of tobacco industry, Noruega 2000⁷.

* EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. ** La bronquitis y el enfisema se indican aparte de la EPOC ya que en la Clasificación Internacional de Enfermedades se atribuyen números distintos a la bronquitis, al enfisema y a la EPOC.

Entre las neoplasias asociadas al consumo de tabaco, se consideran el tumor maligno de la cavidad bucal, de la faringe, esófago, páncreas, cuello de útero (13% de riesgo atribuible), vejiga, riñón y de órganos urinarios. El cáncer de pulmón está definido dentro de los 7 prioritarios en Costa Rica, dado que es la tercera causa de muerte específica por cáncer en hombres y la quinta en mujeres. Es importante hacer notar que el cáncer de cérvix es uno de los más frecuentes en la población femenina costarricense y como se mencionó previamente, también tiene una porción atribuible al tabaco.

En síntesis, de cerca de 10 mil casos diagnosticados de cáncer por año, aproximadamente el 15% es en sitios tumorales relacionados, en mayor o menor grado, con el tabaquismo; sin embargo, este porcentaje se estima aumenta a 18% del total de muertes por cáncer, dado que el cáncer de pulmón y páncreas, que están altamente relacionados con el tabaco, tienen una letalidad alta.

¹⁵ Finn EdlervonEyben et al. Riesgos para la Salud derivados del consumo voluntario e involuntario del tabaco; RevEsp Salud Pública 2003, Vol. 77, N.º 1

Además, aumentan los riesgos de enfermar de los familiares y de personas alrededor del fumador. Se ha determinado que:¹⁶

- 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 o compañeros 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, hasta 10 veces más riesgo de tener niños pequeños para su edad gestacional y 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.¹⁷

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

Tipo de Cáncer	Hombres	Mujeres
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. 1992¹⁸.

La experiencia ha señalado que existen numerosas medidas efectivas para el control del tabaco a nivel de salud pública: en Costa Rica, por ejemplo, “espacios libres de humo de tabaco”, aumentos de impuestos a los cigarrillos, prohibición de patrocinio y publicidad, advertencias sanitarias en las cajetillas, 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

¹⁶Idem

¹⁷Idem

¹⁸Idem pp. 14

profesional de forma oportuna debe constituirse en una práctica rutinaria generalizada en la atención primaria ya que esta es una de las aproximaciones más eficientes.¹⁹²⁰²¹²²²³

Los profesionales en Medicina, Enfermería, Odontología y los Auxiliares de Enfermería, así como otros 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 antitabáquico y el incremento de las tasas de abstinencia.

Este consejo puede hacerse mediante intervenciones breves. Los objetivos de ésta son:²⁴²⁵

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.

Para que la intervención sea efectiva, debe brindar consejos prácticos que permitan reconocer riesgos de recaída, facilitar el desarrollo de habilidades para afrontar y dar apoyo para la cesación²⁶. 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.²⁷²⁸

RELACIÓN CON NORMATIVA VIGENTE

- Ley 5395 Ley General de la Salud, artículos 1 y 3, 30 de octubre de 1973.
- Ley 9028 Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos de la Salud, 26 de marzo de 2012.

¹⁹ 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.

²⁰ Consultado en www.who.int/tobacco

²¹ Consultado en www.globalbridges.org Healthcare Alliance for Tobacco Dependence Treatment

²² Consultado en www.tobaccofreekids.org

²³ Consultado en www.separ.es

²⁴ Fiore, Michael et al (1996). The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA, 275, 1270-1280.

²⁵ 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

²⁶ 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-](http://web.ebscohost.com/dynamed/detail?vid=5&sid=2718d41a-7a64-4452-be84-61e280ba04f5%40sessionmgr4&hid=11&bdata=Jmxhbmc9ZXNmc2l0ZT1keW5hbWVklWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#db=dme&AN=576484)

[61e280ba04f5%40sessionmgr4&hid=11&bdata=Jmxhbmc9ZXNmc2l0ZT1keW5hbWVklWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#db=dme&AN=576484](http://web.ebscohost.com/dynamed/detail?vid=5&sid=2718d41a-7a64-4452-be84-61e280ba04f5%40sessionmgr4&hid=11&bdata=Jmxhbmc9ZXNmc2l0ZT1keW5hbWVklWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#db=dme&AN=576484)

²⁷ Consultado en www.globalbridges.org Healthcare Alliance for Tobacco Dependence Treatment

²⁸ Consultado en www.separ.es

- Norma para la Atención a Personas con Cáncer de Pulmón, Decreto Ejecutivo N° 38376-S.
- Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública 2019-2022.
- Plan Estratégico Institucional 2019-2022, aprobado por la Junta Directiva de la CCSS en sesión N° 9010, artículo 33, 2018.
- Plan Táctico de la Gerencia Médica 2019-2022, CCSS, 2019.
- Plan de Acción para la Implementación del Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica de la CCSS, aprobado por la Junta Directiva de la CCSS en sesión N° 8353, artículo 3, 4 de junio de 2009 (oficio PE-23.817-2009).
- Declaratoria de Interés y Prioridad Institucional del Cáncer, N° 8317, artículo 9, 2009.
- Directriz para la Implementación de las Clínicas de Cesación del Fumado en los Hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social, 25 de agosto de 2014 (oficio GM-MDA-39017-14).
- Lineamiento Intervención en los Pacientes Consumidores de Tabaco Atendidos en el Primer Nivel de Atención, Código L-GM-2528-2014, aval de implementación otorgado el 6 de marzo de 2014 (oficio GM-MDA-2613-14).
- Informe sobre el Abordaje del Cáncer en Costa Rica, Contraloría General de la República con referencia al Plan Nacional de Cáncer 2007-2016, DFOE-SOC-IF-01-2011, 2011.
- Nombramiento del Director Ejecutivo del Proyecto Fortalecimiento del Cáncer, Junta Directiva de la CCSS, sesión N° 8371, artículo 3, acuerdo 3, 13 agosto de 2009.

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), el "US Public Health Service Model 5 As" (anexo 2) y el modelo "ABCD"²⁹ presentado por Health Alliance for Tobacco Dependence Treatment (anexo 3).

En cada consulta:

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" (anexo1), ¿desde cuándo fuma?, ¿cuántos cigarrillos consume por día? 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, proceda con 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:

²⁹www.globalbridge.com

- 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 ayudarlo..."
 - 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 ..."
3. Brinde consejo o asesoría: explique a todos los fumadores sobre los riesgos y beneficios que gana si deja de fumar. Personalice el consejo de acuerdo con los síntomas o la situación emocional y social del paciente. Dé información sobre los riesgos de recaída. Anote los puntos del asesoramiento.
 4. Proporcione soporte en la cesación: establezca, con el usuario, un día D (Dejar), organice un seguimiento, suministre apoyo farmacológico si está disponible y tiene el conocimiento para prescribirlo, provea material de autoayuda y ofrezca sitios web de ayuda para dejar de fumar o líneas de instituciones u organizaciones de apoyo.
 5. Refiera al paciente a la Consulta de Intervención Intensiva de su área de salud para que el profesional a cargo pueda realizar una mayor inducción al paciente que aún no desea dejar de fumar o está muy indeciso a hacer un cambio (fase de precontemplación o contemplación) y a una Clínica de Cesación de Tabaco a la persona se encuentra en la etapa de preparación o con antecedentes de recaídas frecuentes, para que tenga un abordaje más integral por un equipo interdisciplinario. (anexo 5: Programas de Cesación de Tabaco en los Hospitales Nacionales, Regionales, Periféricos o Áreas de Salud).
 6. Registre en el expediente de salud si el paciente fuma utilizando el código CIE10: F172 (trastornos mentales y de comportamiento por el uso de tabaco, síndrome de dependencia).

RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO DEL LINEAMIENTO

- Profesionales en Medicina, Enfermería y Odontología y Auxiliares de Enfermería del I Nivel de Atención.

RESPONSABLES DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL LINEAMIENTO

- Directores de Áreas de Salud.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL LINEAMIENTO

- Los indicadores están definidos en la Ficha Técnica "Detección y Manejo del Consumo de Tabaco", elaborada por la Dirección Compra de Servicios de Salud, véase anexo 6 y también, se encuentra en la dirección <https://www.ccss.sa.cr/fichas>.

CONTACTO PARA CONSULTAS

- Dra. Wing Ching Chan Cheng, wchan@ccss.sa.cr
- Dr. Esteban Cantillo Quirós, ecantill@ccss.sa.cr

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lineamiento Intervención en los Pacientes Consumidores de Tabaco Atendidos en el Primer Nivel de Atención. Código: L-GM-2528-2014. CCSS.
2. Organización Mundial de la Salud (2013) ¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública? Consultado en sep,20,2013
[enwww.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html](http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html).
3. 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.
4. 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.
5. Da Costa, Vera. Koifman, Sergio. (1998). Smoking in Latin America: a major public health problem. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro, 14, 99-108.
6. Beyer, Joy. Lovelace, Chris. Yürekli, Ayda (2001). Poverty and Tobacco. *Tobacco Control*, 10, 210-211.
7. Pan American Health Organization (1992). *Tobacco or health: Status in the Americas*. Washington: PAHO.
8. Shafey, Omar. Dolwick, Suzanne. Guindon, Enmanuel (2003). *Tobacco Control Country Profiles 2003*. Atlanta: American Cancer Society.
9. Consultado en www.globalbridges.org (Healthcare Alliance for Tobacco Dependence Treatment).
10. Consultado en www.separ.es
11. Prochaska, JO. DiClemente, CC. Norcross JC. (1992). In search of how people change. Application to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 47, 1102-1114.
12. Ministerio de Salud de Chile. Organización Panamericana para la Salud (2003). *La Cesación del Consumo de Tabaco*. Santiago, Chile.
13. Fiore, Michael et al (1996). The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA*, 275, 1270-1280.
14. 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.
15. 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.
16. Consultado en www.who.int/tobacco
17. Consultado en www.tobaccofreekids.org
18. Consultado en www.treattobacco.net

19. Barrueco, M. Hernández, M.A. Torrecilla, M (2003). Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Madrid: ERGON.

ANEXOS

ANEXO 1: CÁLCULO DEL TABAQUISMO (PAQUETES/AÑOS)³⁰

El cálculo de tabaquismo se realizará aplicando la siguiente ecuación (*):

Cantidad de cigarrillos fumados por día x la cantidad de años fumado/20

Ejemplos:

1. 20 cigarrillos por día por 10 años: 1 paq/día x 15 años= 10 paq/año.
2. 20 cigarrillos por día por 15 años: 1 paq/día x 15 años= 15 paq/año.
3. 10 cigarrillos por día por 40 años: 0.5 paq/día x 40 años= 20 paq/año.
4. 30 cigarrillos por día por 20 años: 1.5 paq/día x 20 años= 30paq/año.
5. 40 cigarrillos por día por 30 años: 2 paq/día x 30 años= 60 paq/año.

Los pacientes pueden tener un historial de consumo variable a través de su vida, este puede ser en decreciendo o increciendo. Sugerimos 2 formas de realizar el cálculo de consumo cuando hay variaciones de consumo:

Opción No.1

Ejemplo: Un masculino de 60 años, que inició a fumar a los 15 años

Fumó 1 paq/día por 15 años (15paq/año), luego fumó 2 paq/día por 25 años (50paq/día), y ahora fuma desde hace 5 años $\frac{1}{4}$ paq/día (1.25 paq/año).

Resultado correcto y acumulado sería: $15+50+1.25=66.25$ paq/año.

Sería un error el siguiente cálculo: si le pregunta cuanto fuma actualmente y hace el cálculo automatizado: sería que ha fumado por 45 años y $\frac{1}{4}$ paq/día daría: 11.25 paq/año.

Opción No.2

También ocurre que a veces el paciente ha disminuido el consumo recientemente (aproximadamente durante el último año), por lo que es conveniente calcular el consumo (paq/año) en función del número de cigarrillos promedio fumado durante la mayor parte de su vida.

Ejemplo:

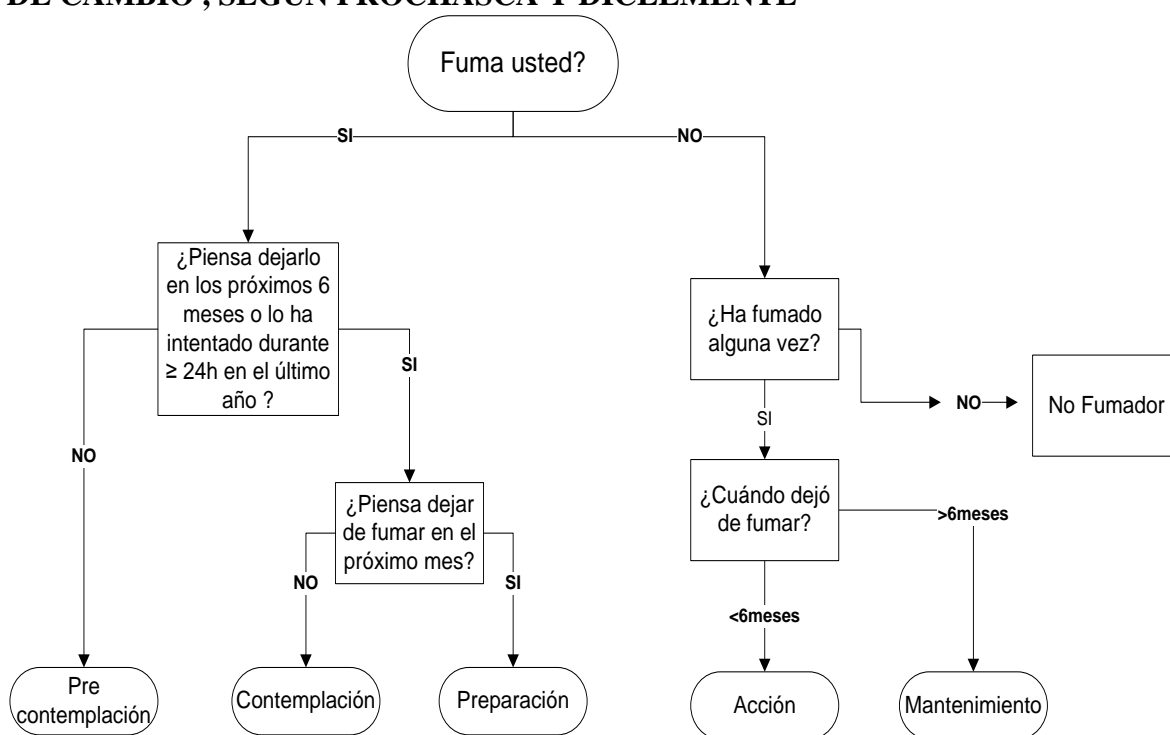
³⁰Torrecilla, M. et al (2002). Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de Consenso. MEDIFAM, 12, 484-492.

Un paciente de 65 años, que fuma desde los 10 años, en promedio 1 y ½ paquete por día, pero lleva 6 meses que fuma ¼ paq por día:

Fórmula: 55 años de consumo x30/20= 82.5paq/año, ya que la cuantificación del riesgo verdadero corresponde al consumo real de los últimos 55 años. Sino se realiza así, la ecuación podría quedar erróneamente 55 años de consumo x5/20= 13.75paq/año, que no representaría un riesgo o la necesidad de sospechar un probable cáncer de pulmón.

**Actualmente el cálculo en paquetes/ año se realiza automáticamente en EDUS (véase sección de “antecedentes” y haga “clic” en ícono de cigarro).*

ANEXO 2: FLUJOGRAMA DE ABORDAJE PARA ESTABLECER LAS ETAPAS DE CAMBIO , SEGÚN PROCHASCA Y DICLEMENTE³¹



El paciente que ya dejó de fumar por más de un año ya no está en etapa de mantenimiento, por lo cual debe anotar que está inactivo o es exfumador y cuántos años lleva sin fumar (recordar que aún hay riesgo hasta los 15 años después de haber cesado el consumo de tabaco). *Aun estando inactivo debe realizar el cálculo paq/año para cuantificar el riesgo.*

³¹Prochaska, JO. DiClemente, CC. NorcrossJC. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. The American Psychologist, 47, 1102-1114.

ANEXO 3: MODELO DE LAS 5 AS³²POR 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 1).
4. **A**yudar al paciente interesado en dejarlo (Elaborar un programa de tratamiento).
5. **A**cordar seguimiento (Elaborar un plan de seguimiento).

ANEXO 4: ABCD PROPUESTO POR HEALTH ALIANCE FOR TOBACCO DEPENDENCE TREATMENT³³

1. **A**verigüe (Conozca el estado del fumador) ¿Fuma actualmente? ¿Desde cuándo fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día consume?
2. **(B) B**reve consejo-asesoría (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. Dé información sobre la etapa de recaída y documente el asesoramiento).
3. **(C) C**esación, proporcione soporte en la cesación: establezca con el usuario un día D (Dejar), organice un seguimiento, suministre apoyo farmacológico, provea material de autoayuda y ofrezca sitios web de ayuda para dejar de fumar o líneas gratuitas.
4. **(D) D**erive, 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.

ANEXO 5: PROGRAMAS DE CESACIÓN DE FUMADO EN LOS HOSPITALES NACIONALES, REGIONALES Y ÁREAS DE SALUD*

CLÍNICAS DE CESACIÓN DE TABACO CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	
HOSPITALES O ÁREAS DE SALUD	TELÉFONOS PARA BRINDAR INFORMACIÓN AL USUARIO
Hospital México	2242-6708, 2242-6997
Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia	2212-1000, ext.4446
Hospital San Juan de Dios	2547-8778
Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera	2523-3600, ext.3105, 3139
Hospital de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes	25227754, 25227755

³²Fiore, Michael et al (1996). The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA, 275, 1270-1280.

³³Consultado en www.globalbridges.org Healthcare Alliance for Tobacco Dependence Treatment

Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva	2523-5817
Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE)	2232-8233 , ext: 463
Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres	2232-2155, 2242-6300 ext.2356, 2628
Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut	2216-6464
Hospital Maximiliano Peralta Jiménez (Cartago)	2550-1989
Hospital San Rafael de Alajuela	2436-1029
Hospital San Vicente de Paul (Heredia)	2562-8100, ext.8142, 8140, o 2562-8140
Hospital Enrique Baltodano Briceño (Liberia)	2690-2300 , ext.1116
Hospital Fernando Escalante Pradilla (Pérez Zeledón)	2785-0759
Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria (Puntarenas)	2630-8000, ext.4013, 4113
Hospital San Carlos	2401-1258, 2401-1394, 2401- 1200, ext.1258, 1394
Hospital Tony Facio Castro (Limón)	2758-2222, ext.1459
Hospital William Allen Taylor (Turrialba)	2558-1325
Hospital de Los Chiles	2471-2000, ext.4249, 4263
Hospital de Ciudad Neily	2785-9600, ext.2200
Hospital de Golfito Manuel Mora	2775-7810, 2775-7894
Hospital de Guápiles	2710-6801 , ext. 1548, 2017
Hospital Carlos Luis Valverde Vega (San Ramón)	2456-9700, 2456-9861
Hospital de Osa Tomas Casas Casajús	27868003, 27868148 ext. 300, 320, 250
Hospital La Anexión (Nicoya)	2685-8343, 2685-8459, ext. 1223
Hospital Maximiliano Terán Valls (Quepos)	2774-9500, ext. 1255
Hospital San Francisco de Asís (Grecia)	2437-9529
Hospital San Vito	2773-1111 2773-1100, ext.1103,
Hospital Upala	2470-0058 , ext.1504
CAIS de Cañas	2668-4418, 2668-4360
Clínica Dr. Clorito Picado (Tibás)	2547-3300, ext. 403
Clínica de Aserrí	2214-4000, ext.1062
Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez (Goicoechea)	2224-6511, 2224-6355, ext.131
Clínica San Rafael de Puntarenas	2661-0522, ext.227, 229
Clínica Catedral Noreste	2221-1053

Información actualizada a octubre del 2019.

El Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia dispone de terapias y consultas de cesación de tabaco en la sede central y varias regionales: 800-IAFA-800 (800-4232-800) o 2224-6122, para los pacientes no asegurados o que cursen simultáneamente con otras adicciones asociadas (alcoholismo o uso de otras drogas lícitas o ilícitas).

ANEXO 6: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL LINEAMIENTO (<https://www.ccss.sa.cr/fichas>)



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

FICHAS TÉCNICAS 2019 – 2023
EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SALUD

Código: 4.3-18

Versión: 1_2018

Fecha: 15/11/2018

DETECCIÓN Y MANEJO DEL CONSUMO DE TABACO

4.3-18-1 Porcentaje de personas atendidas a quienes se les investiga por fumado.

4.3-18-2 Porcentaje de personas fumadoras de tabaco a quienes se les calcula la cantidad de paquetes/año.

4.3-18-3 Porcentaje de personas fumadoras de tabaco en etapa de preparación, referidas a la clínica de cesación.

Indicador	4.3-18-1	4.3-18-2	4.3-18-3
Ámbito de aplicación	Primer nivel	Primer nivel	Primer nivel
Dimensión	Continuidad	Continuidad	Continuidad
Meta	Construcción de línea base (año 2019)	Construcción de línea base (año 2019)	Construcción de línea base (año 2019)
Intervención	PREVENCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE TABACO		



POBLACIÓN BLANCO

Indicador 4.3-18-1 | Personas de 15 años y más atendidas en el año evaluado.

Indicador 4.3-18-2 | Personas fumadoras de 15 años y más, atendidas en el año evaluado.

Indicador 4.3-18-3 | Personas fumadoras de 15 años y más, en etapa de preparación para la cesación de fumado, atendidas en el año evaluado.



DEFINICIONES

Fumador | Persona que consume al menos un cigarrillo de tabaco por día.

Paquetes/año | Unidad de medida estándar del consumo de tabaco, que se calcula según la siguiente fórmula (resultado redondeado al primer decimal):

$$\frac{\text{Cantidad de cigarrillos fumados por día} \times \text{la cantidad de años fumado}}{20}$$

Etapas de preparación | Se refiere al momento en que la persona fumadora ha tomado conciencia de dejar el consumo de tabaco y está dispuesta a hacerlo en el transcurso de un mes, según las etapas de cambio de Prochasca y DiClemente (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2014) (Anexo 1).



FORMA DE CÁLCULO

Indicador 4.3-18-1 |

$$\frac{\text{Número de consultas de primera vez a personas a quienes se les investiga por fumado}}{\text{Número de consultas de primera vez a personas de 15 años y más en el año evaluado}} \times 100$$

Indicador 4.3-18-2 |

$$\frac{\text{Número de consultas de primera vez a personas fumadoras con cálculo de la cantidad de paquetes año}}{\text{Número de consultas de primera vez a personas fumadoras de 15 años y más en el año evaluado}} \times 100$$

[Indicador 4.3-18-3 |](#)

$$\frac{\text{Número de consultas de primera vez a personas fumadoras, en etapa de preparación referidas a una clínica de cesación de fumado}}{\text{Número de consultas de primera vez a personas fumadoras de 15 años y más en etapa de preparación en el año evaluado}} \times 100$$

 **METODOLOGÍA**[Indicador 4.3-18-1 |](#)

La evaluación se realiza a partir del listado de personas de 15 años y más que consultan de primera vez en el año, utilizando una muestra o el total de expedientes (si el EDUS lo permite), para verificar en el apartado de antecedentes si la persona fuma o no.

[Indicador 4.3-18-2 |](#)

La evaluación se realiza a partir del listado de personas fumadoras que consultan de primera vez en el año, utilizando una muestra o el total de expedientes (si el EDUS lo permite), para verificar en el apartado de antecedentes el consumo en paquetes/año.

[Indicador 4.3-18-3 |](#)

La evaluación se realiza a partir del listado de personas fumadoras atendidas en etapa de preparación, utilizando una muestra o el total de expedientes (si el EDUS lo permite), para verificar si se emitió la referencia a la clínica de cesación.

[Criterios de evaluación |](#)

El expediente cumple cuando:

[Indicador 4.3-18-1 |](#)

En cualquier consulta del año evaluado se consigna el dato positivo o negativo de fumado.

[Indicador 4.3-18-2 |](#)

En cualquier consulta del año evaluado se consigna el consumo de tabaco medido en paquetes/año.

[Indicador 4.3-18-3 |](#)

El fumador en etapa de preparación es referido a una clínica de cesación.

 **FUENTES:**

El listado de las consultas de primera vez se extrae de forma automatizada del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) empleando las herramientas institucionales disponibles.

El criterio de extracción del listado es:

[Indicador 4.3-18-01 |](#)

Edad: 15 años y más.

[Indicador 4.3-18-02 |](#)

- Edad: 15 años y más.
- Tabaquismo positivo, tomado del apartado definido en la sección de antecedentes.
- Diagnóstico CIE-10:
 - F17.2 Dependencia de nicotina.

[Indicador 4.3-18-03 |](#)

Listado de personas fumadoras consignadas en etapa de preparación, tomado del apartado definido en la sección de antecedentes.



Anexos

Anexo 1: Flujograma de abordaje para establecer las etapas de cambio según Prochaska y DiClemente1

