



*Implementación de Programa de Cesación Tabáquica en
APS
Ley del Cáncer*

Dra. Lidia Amarales
Magister en Salud Pública
Experta en Tabaquismo (SEPAR)
Broncopulmonar Infantil

Nuestro problema de tabaco

Chile es el país con mas alta
prevalencia de tabaquismo en el
continente

Prevalencia actual
Chile: 32,5%

Dependencia Severa
Chile: 22,3 %

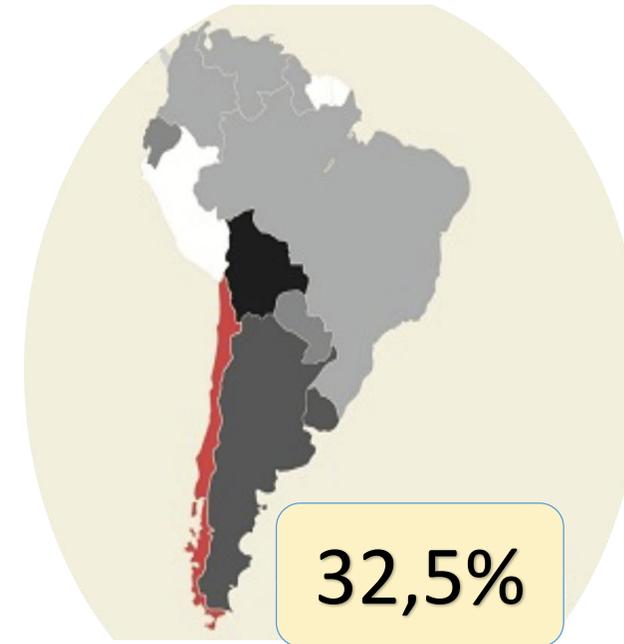
NEDU bajos/ NEDU altos

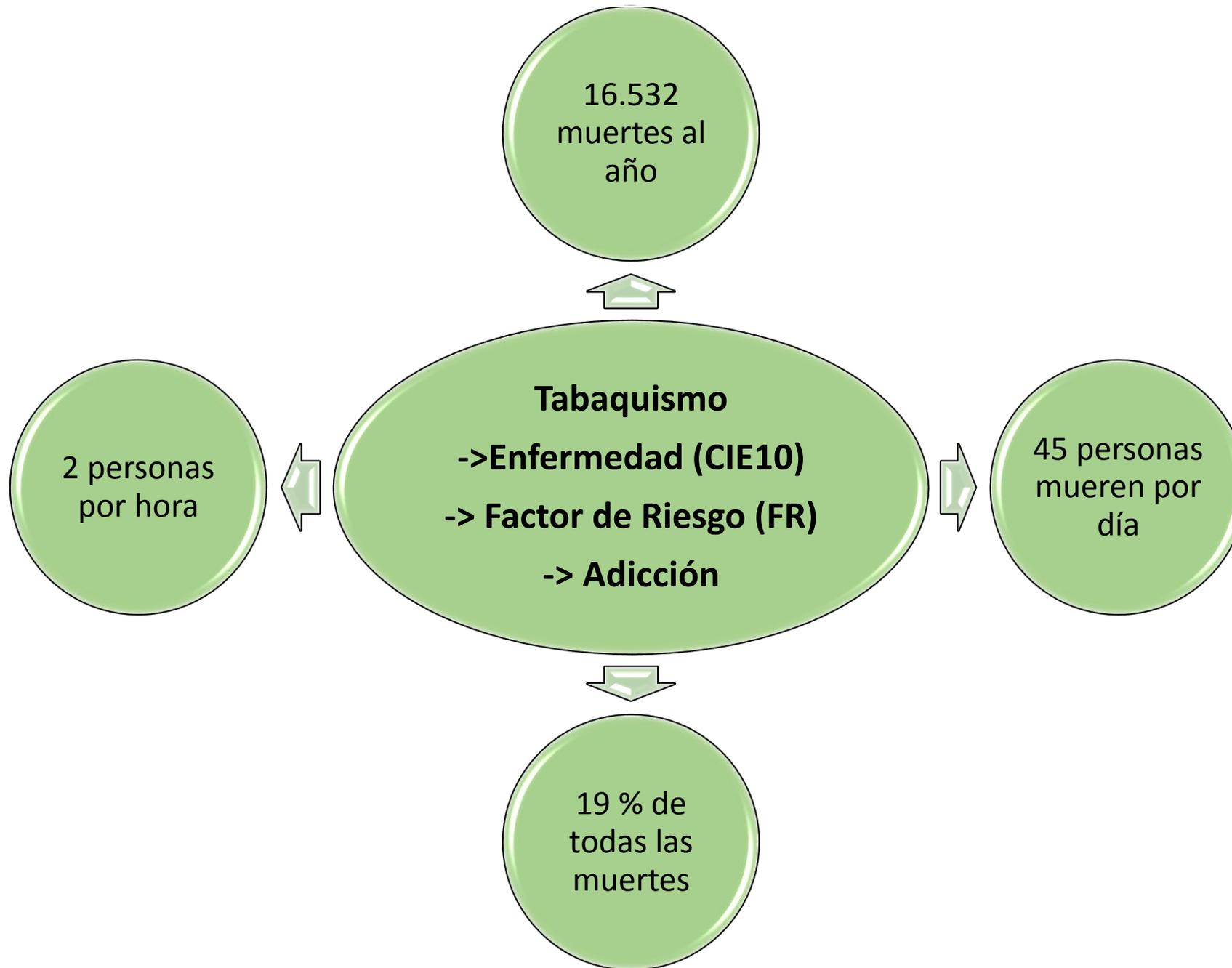
Mayor consumo: 26,5 /19,2

Dependencia severa: 36,2% /19,5%

Mediana cigarrillos diarios: 10 / 5 (≈7)

49,8 % fumadores tiene intención de
abandonar el tabaco





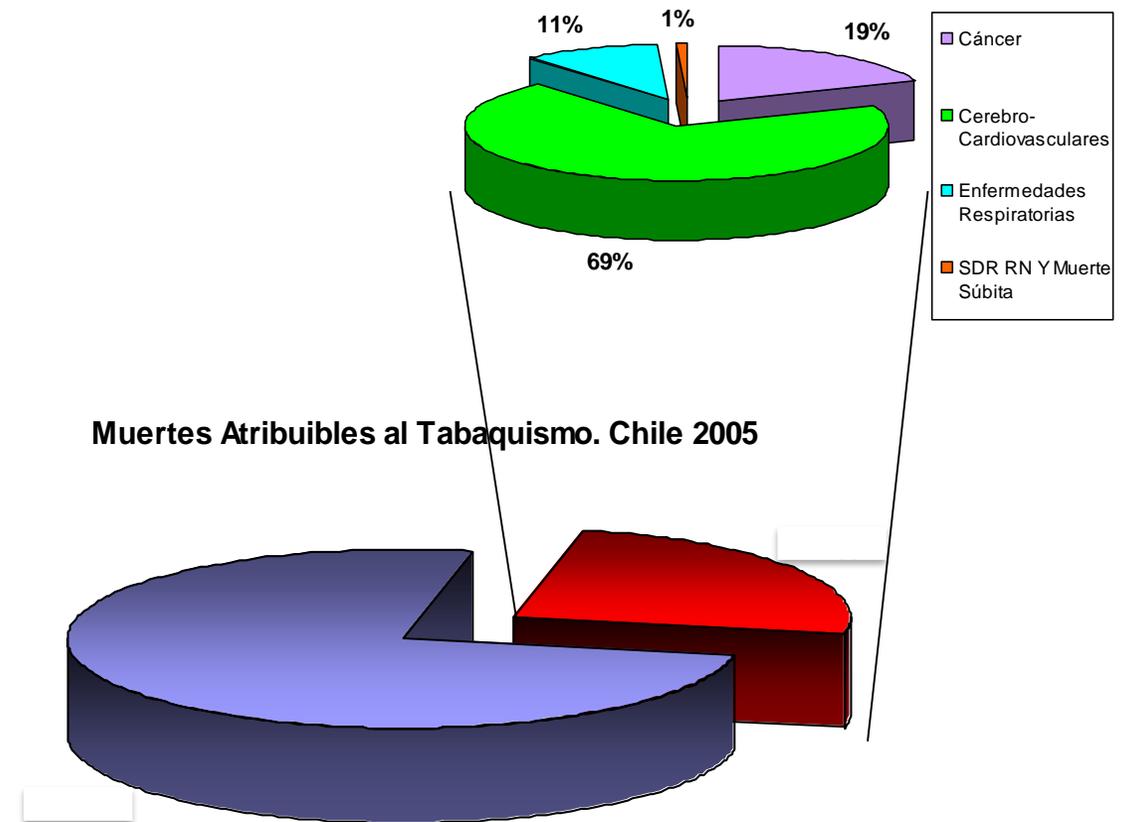
Tabaquismo: muerte y enfermedad

Causas de muerte

Dentro de primeras causas de mortalidad en Chile, atribuidas al tabaquismo

- Sistema Vascolar: 68.9%
 - Enfermedad Cardiovascular: Infarto
 - Enfermedad Cerebrovascular: AVE
- Tumores o cáncer: 19.9%
- Sistema Respiratorio: 10.4%

Muertes Atribuibles al tabaquismo



Patologías AUGE O GES

➔ 65% Factor Riesgo el tabaco

Cerebro
Fumar es la causa principal del accidente cerebrovascular (ACV)

Ojos
El consumo de tabaco triplica el riesgo de padecer cataratas

Boca
Además de causar cáncer de boca, fumar produce periodontitis

Pulmones
El cáncer de pulmón es 23 veces más frecuente en los fumadores

Organo afectado por el cigarrillo

Corazón
El tabaquismo es causa directa de enfermedad coronaria

Estómago
Fumar no sólo causa cáncer; los fumadores también sufren más úlceras

Riñones
El cigarrillo aumenta el riesgo de sufrir cáncer renal

Vejiga
Fumar produce cáncer. El riesgo baja a la mitad a los pocos años de abstinencia

Páncreas
El cigarrillo causa cáncer

Aparato reproductivo
Fumar produce cáncer de cervix y de próstata, además de disfunción eréctil

CIGARRILLO
El fumador ilustrado
Un reciente informe divulgado por el director de Salud Pública de los Estados Unidos expande la lista de enfermedades asociadas al consumo de tabaco. Las que se suman son: leucemia mieloide aguda, cáncer cervical renal, pancreático, uterino y cervical, aneurisma de aorta abdominal, cataratas y periodontitis.

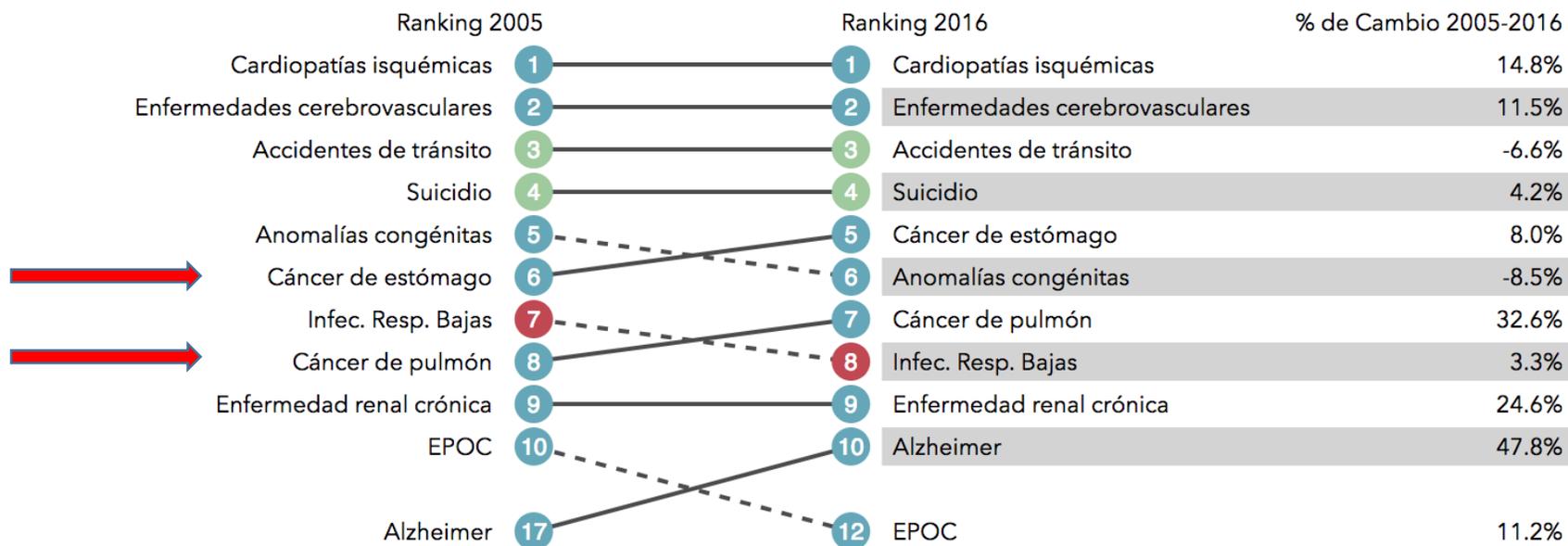
- Infarto Agudo del Miocardio
- **Cáncer o tumores: vejiga, mama, gástrico, etc (total 14)**
- Hemorragia Subaracnoidea o rotura de aneurismas cerebrales
- Ataque cerebrovascular isquémico del adulto
- Fisura Labiopalatina
- Cataratas
- Enfermedades respiratorias:
 - Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
 - Bronquitis Aguda y crónica
 - Infección respiratoria:
 - Neumonía
 - Asma Bronquial, etc



Años Perdidos por Muerte Prematura 2005-2017

¿Qué causa la mayoría de las muertes prematuras?

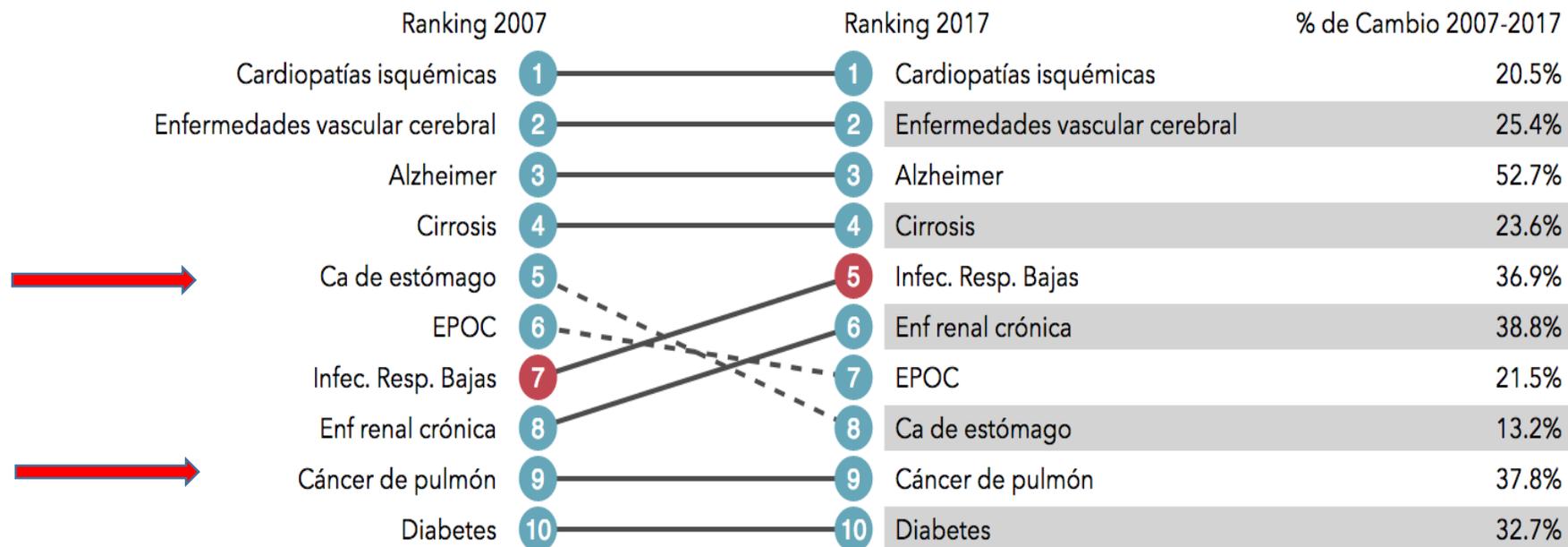
- Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y de la nutrición
- Enfermedades no transmisibles
- Lesiones



10 principales causas de Años Perdidos por Muerte Prematura (APMP) en 2016 y porcentaje de cambio, 2005-2016, todas las edades, número

Mortalidad por causas 2005-2017

¿Qué causa la mayoría de las muertes?



10 principales causas de muerte en 2017 y porcentaje de cambio, 2007-2017, todas las edades, número

<http://www.healthdata.org/chile?language=149>

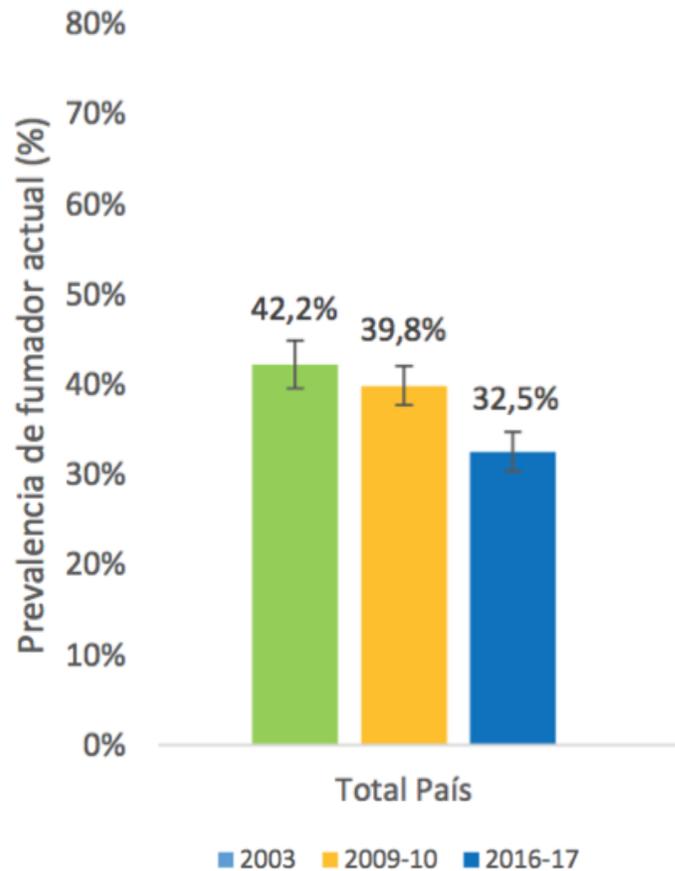
Plan Nacional de Cáncer 2008-2018

- Consumo de tabaco, entre otros FR, aumentan la probabilidad de producir cáncer
- Chile 8.012 personas anualmente son diagnosticadas de cáncer provocada por tabaquismo,
 - 3.026 de cáncer de pulmón
 - 4.986 de otros cánceres.
- 30-40% de los cánceres son prevenibles
- Tabaco, así como la dieta y la composición corporal son los mayores FRs para este problema de salud.
- Según estimaciones de OMS, la 1/2 de consumidores actuales morirán entre los 35 y 69 años de edad, siendo estas muertes **absolutamente prevenibles, ya que al menos el 30% de todas las muertes por cáncer son atribuibles al tabaquismo.**

➔ **El consumo de tabaco es la principal causa prevenible de cáncer y de muerte por cáncer .**

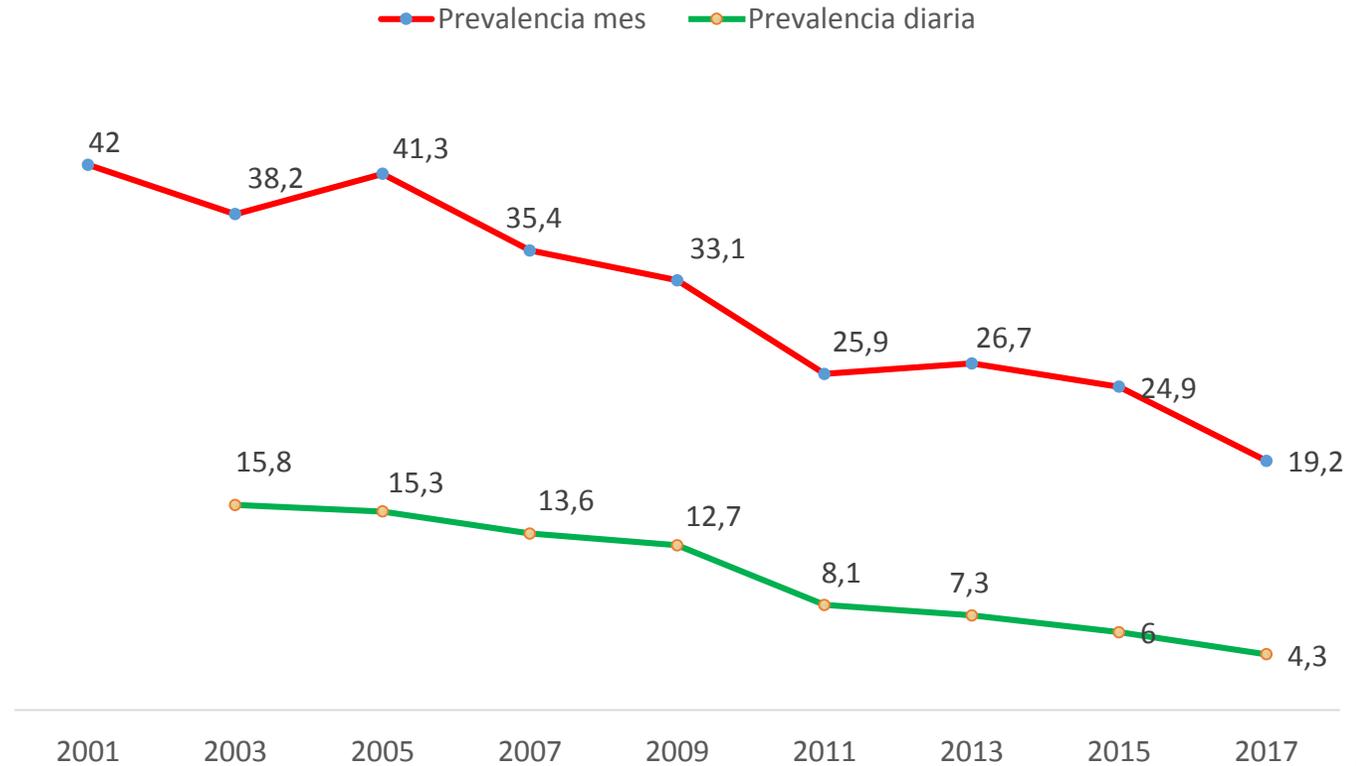
Evolución de prevalencia de tabaco

Población general



Fuente: ENS 2003-2016/17

Población escolar

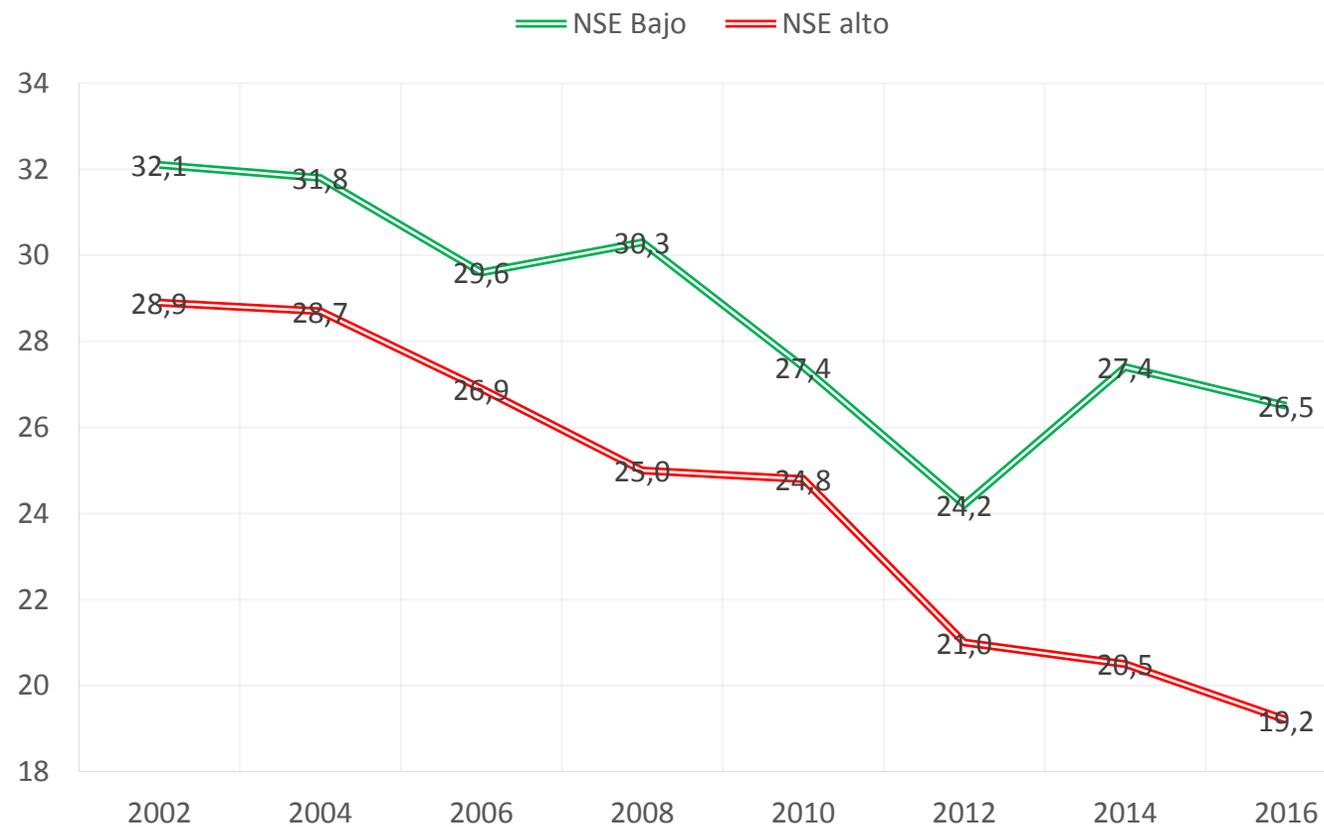


Fuente: XI Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017. SENDA.



Tabaquismo: aumenta brecha socioeconómica

PREVALENCIA TABAQUISMO DIARIO*



NSE BAJO/NSE ALTO**

- Mayor prevalencia
 - Pendiente de tasa menor: 5,6pp / 9,7pp
 - Aumento de brecha de 3,2 pp a 7,3 pp
 - NSE bajos: gasto anual \$640.000 → 21,3% ingreso (+-\$3.000.000 sueldo anual)
 - NSE altos: \$320.000 anual
- 1,9% ingresos (+-\$16.800.000 anual)

*Fuente: XI Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2014. SENDA

**PNUD



Estrategia MPOWER OPS- 2017

Chile ha cumplido todas las medidas MPOWER salvo ofrecer cesación tabáquica

Países	Fecha de ratificación o adhesión	M	P*	O	W*	E*	R*	Número total de intervenciones muy costoefectivas	Número total de intervenciones
Antigua y Barbuda	5-Jun-2006							0	0
Argentina	Solo firma	2010	2011		2012			3	4
Bahamas	3-Nov-2009							0	0
Barbados	3-Nov-2005	2012	2010		2017			2	3
Belice	15-Dic-2005							0	0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	15-Sep-2005				2009			1	1
Brasil	3-Nov-2005	2016	2011	2002	2003	2011		3	5
Canadá	26-Nov-2004	2007*	2007	2008	2011			2	4
Chile	13-Jun-2005	2007*	2013		2006			3	4
Colombia	10-Abr-2008	2012	2008			2009		2	3
Costa Rica	21-Ago-2008	2010	2012		2013			2	3
Cuba	Solo firma							0	0
Dominica	24-Jul-2006							0	0
Ecuador	25-Jul-2006		2011		2012			2	2
El Salvador	21-Jul-2014		2015	2016	2011			2	3
Estados Unidos de América	Solo firma	2007*		2008				0	2
Granada	14-Ago-2007							0	0
Guatemala	16-Nov-2005		2008					1	1
Guyana	15-Sep-2005		2017		2017	2017		3	3
Haití	Solo firma							0	0
Honduras	16-Feb-2005		2010					1	1
Jamaica	7-Jul-2005		2013	2016	2013			2	3
México	28-May-2004			2013	2009			1	2
Nicaragua	9-Abr-2008							0	0
Panamá	16-Ago-2004	2012	2008	2009	2005	2008		3	5
Paraguay	26-Sep-2006							0	0
Perú	30-Nov-2004		2010		2011			2	2
República Dominicana								0	0
Saint Kitts y Nevis	21-Jun-2011							0	0
Santa Lucía	7-Nov-2005				2017			1	1
San Vicente y las Granadinas	29-Oct-2010							0	0
Suriname	16-Dic-2008		2013			2013		2	2
Trinidad y Tabago	19-Ago-2004		2009		2013			2	2
Uruguay	9-Sep-2004	2007*	2005		2005	2014		3	4
Venezuela (República Bolivariana de)	27-Jun-2006		2011		2004			2	2
		10	19	7	18	6	2		

- M (Monitor)** Monitorear el consumo de tabaco y la aplicación de políticas de control del tabaco
- P (Protect)** Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco
- O (Offer)** Ofrecer ayuda para abandonar el uso del tabaco
- W (Warn)** Advertir sobre los peligros del tabaco
- E (Enforce)** Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
- R (Raise)** Aumentar los impuestos al tabaco

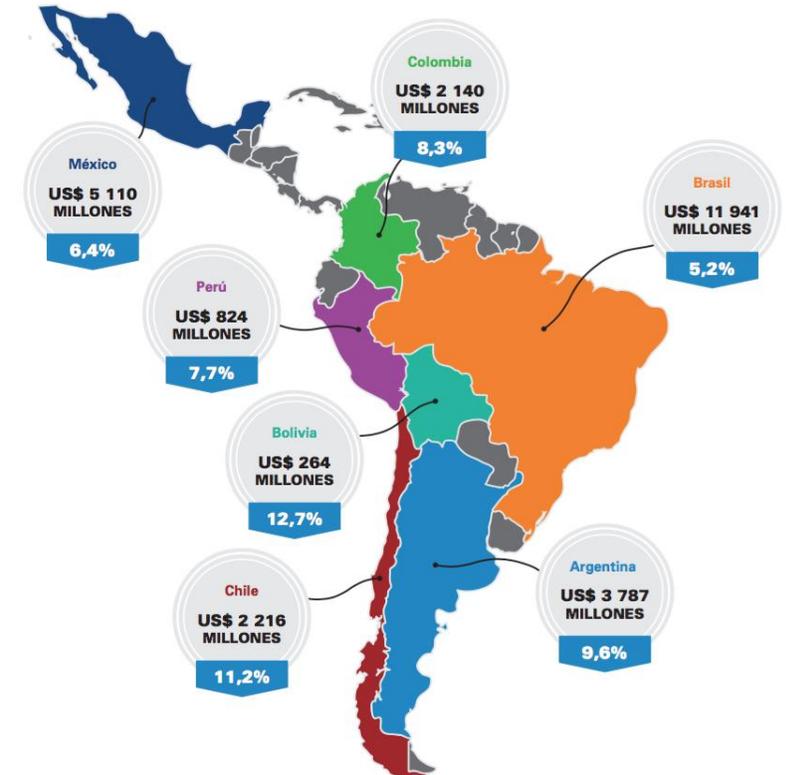


COSTOS DEL TABAQUISMO

➤ **Sobre U\$ 2.216 millones (2018)** le cuesta al sistema de salud chileno la atención de enfermedades asociadas al tabaco, en fumadores activos*:

- 0.86 % del PIB (América Latina: 0.5%)
- 11,2 % del Gasto de Salud (América Latina 7%)

➤ Pérdida anual de 428.588 años de vida por muerte prematura y discapacidad**



Fuente:

*Informe del Control del Tabaco. OPS 2018

**Carga de Enfermedad atribuible al tabaquismo en Chile. Pichón-Riviere A. et al. IECS-MINSAL- U de la Frontera. Abril 2014

Compromisos país

Convenio Marco Control del Tabaco

- ✧ Aumento de los impuestos
- ✧ Limitar acceso de menores de edad
- ✧ Prohibiciones de Publicidad y Promoción
- ✧ Advertencias Sanitarias
- ✧ Ambientes Libres del Humo de Tabaco
- ✧ Empaquetado y etiquetado
- ✧ Educación y formación del público
- ✧ **Apoyo a fumadores para dejar de fumar**

Objetivos Sanitarios 2011-2020

- ✧ “ Se necesita incorporar la **terapia de cesación tabáquica para aumentar la disponibilidad de apoyo para los fumadores que deseen dejar de fumar**, a bajo costo, considerando que es una acción de salud costo efectiva (MINSAL 2010)”
- ✧ “ Esto debiese realizarse en la Atención Primaria, para aumentar la cobertura y disminuir las brechas de inequidad en el acceso a este servicio de parte de la población más vulnerable a los efectos deletéreos del tabaquismo”



Comparación con otras sustancias

50% de chilenos
quiere abandonar
tabaquismo

Sustancia	Accesibilidad	Dependencia	Letalidad
Tabaco	Grande	80%	Alta
Alcohol	Grande	6%	Media
Marihuana	Media	11%	Baja
Cocaína	Media	22%	Alta
Heroína	Baja	35%	Alta

Nicotina y adicción

Tabaquismo: 200 veces mas daño que cocaína y 5 veces mas adicción

La nicotina frente a otras drogas en relación con diversos factores asociados a la adicción	
<p>→ DEPENDENCIA ENTRE LOS CONSUMIDORES</p> <p>→ DIFICULTAD EN LOGRAR LA ABSTINENCIA</p> <p>→ TOLERANCIA</p> <p>→ SEVERIDAD SÍNDROME DE ABSTINENCIA</p> <p>→ IMPACTO SOCIAL</p>	<p>nicotina > heroína > cocaína > alcohol > cafeína (alcohol = cocaína = heroína = nicotina) > cafeína (alcohol = heroína = nicotina) > cocaína > cafeína alcohol > heroína > nicotina > cocaína > cafeína efectos graves debidos a las muertes secundarias (nicotina), a los accidentes (alcohol) o al crimen (heroína, cocaína); ningún impacto sustancial para la cafeína</p>
<p>→ MORTALIDAD</p> <p>→ IMPLICACIÓN EN LA VIDA COTIDIANA</p> <p>→ INTOXICACIÓN</p> <p>PREVALENCIA</p>	<p>nicotina > alcohol > (cocaína = heroína) > cafeína (alcohol = cocaína = heroína = nicotina) > cafeína alcohol > (cocaína = heroína) > cafeína > nicotina cafeína > nicotina > alcohol > (cocaína = heroína)</p>

Gorgojo, L., & González, J. (2003). EVALUACIÓN DE LA EFICACIA ,EFECTIVIDAD Y COSTE-EFECTIVIDAD DE LOS DISTINTOS ABORDAJES TERAPEUTICOS PARA DEJAR DE FUMAR. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) .Instituto de Salud «Carlos III» del Ministerio de Sanidad y Consumo. España. Madrid.



Intervención en Sistemas de Salud: recomendaciones

- Tratamientos de cesación son altamente costo-efectivo y deben ser proporcionados a todos los fumadores = A
- **Intervenciones de cesación intensivos y menos intensivo son especialmente eficaces y rentables. Fumadores deben tener fácil acceso = B**
- **Tratamientos de cesación deben tener garantía financiera porque mejora utilización y tasas generales de abstinencia = B**
- **Recursos suficientes deben asignarse para reembolso de apoyo clínico y tratamiento medicamentoso = C**
- Guías Clínicas deben tener estándar de calidad y deben incluir mediciones de resultado = C

Fiore, M., & et al. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service.



Coste- efectividad terapia de cesación

- ✧ El coste por año de vida ganado con el tratamiento del tabaquismo se ha estimado en US\$ 3.539, mayor que el coste de la inversión.
- ✧ HA (US\$52000)
- ✧ Papanicolaou
- ✧ Se recomienda
- ✧ El ahorro en salud es de 10 veces el coste de la inversión ***
- ✧ → Consideración



coste-efectivos **

10 veces partes de la inversión

10 veces la asistencia sanitaria.

Fuente:
*Fiore, M., & et al. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service.

**Warner KE, Mendez D, Smith DG. The financial implications of coverage of smoking cessation treatment by managed care organizations. Inquiry 2004;41:57-69.

***Halpern MT, Dirani R, Schmier JK. Impacts of a smoking cessation benefit among employed populations. J Occup Environ Med 2007;49:11-21.

Evaluación social CSF Comuna Pei

- Evaluación económica ex ante con enfoque costo-beneficio demuestra evidentes:
 - Índice beneficio- costo de 3,46, lo que significa que por cada US\$1 gastado se r US3,4.
 - Beneficios sociales del programa *RespiraLibre* corresponde a US\$646.182.
 - Valor Actual Neto (VAN) Social es de US\$ 359.760, por lo tanto es altamente programa
- El programa logra liberar recursos en el sistema de salud y mejoraría la vida y economía de los usuarios. Además sería una ganancia para la asistencia, al optimizar su uso.
- **Conclusión:** la evaluación económica beneficio- coste del “Programa de Prevención y Tratamiento Integral de Tabaquismo” resulta ser un buen precedente para la realización y posterior expansión de esta estrategia de cesación

Prevención del Tabaquismo

19022017
Volumen 19 · Número 2 · Abril/Junio 2017
Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

sumario

Editorial

El Artículo 14 del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo: la asignatura pendiente en España
María Arantxa Iglesias Saez

Originales

Propuesta de cesación del tabaco para la Atención Primaria de Salud (APS) en Chile, bajo un enfoque costo-beneficio
Lidia Amaral, María José Prieto, Esteban Montero Álvarez, Pablo Villar, Benjamín Sáez, Loreto Caballero

Motivos para seguir fumando en pacientes ingresados en un Servicio de Neumología
Carmen Álvarez-Vegara, Isabel del Cabello-Lizaso, Carlos Folgado-López, Miguel Ángel Romero-Molina, Daniel López-Padilla, Victoria Vilanova-Garrido, José Ignacio de Grande-Orive

Revisión

Efectos del tabaco sobre la psoriasis y la artritis psoriásica
Esa Balón de Higos Martínez, Ángela Ramos Pineda

Carta al Director

¿Podemos defender el uso del cigarrillo electrónico para ayudar a dejar de fumar?
Tara Pereira Brea, Carlos Rabado Castedo, Lutz Valdez Caudado

Normas de Publicación



Programa Piloto de Cesación Tabáquica en la Atención Primaria de Salud.

MINSAL 2018

Componentes:

- Diagnóstico de patrón de consumo a través de instrumentos de tamizaje
- Intervenciones preventivas para reducir el consumo de tabaco, motivar a tratamiento y referir asistidamente
- Intervenciones para cesar el consumo, donde se incluye evaluación médica, intervención farmacológica (bupropión o vareniclina) e intervención psicosocial
- Capacitación
- Registro y evaluación.



MESA CIUDADANA
Sociedad Civil

Capacitaciones

- **Capacitación Universal:** sensibilización sobre tabaquismo a funcionarios no profesionales
- **Capacitación Selectiva:** en tabaquismo y Consejería Breve a profesionales clínicos
- **Capacitación Intensiva :** en cesación tabáquica a profesionales que integrarán Clínicas de Cesación en cada CESFAM
- **Implementación de Programa Piloto:** orientada a apoyar la implementación del Programa en cada CESFAM, hacer seguimiento a los profesionales y usuarios de grupos pilotos de tratamiento integral de cesación.

Evaluación resultados cesación preliminar

CESFAM	Comuna Lo Prado (4 CESFAM)		Comuna Peñalolén (6 CESFAM)		Comuna Macul (3 CESFAM)		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Usuarios Ingresados	143	100%	87	100%	162	100	392	100%
Abandono terapia	42	29,4%	18	20,7%	70	43,2%	130	33%
Reducción tabaquismo	28	19,6%	16	18,4%	1	0,6%	45	11%
Cesación total	73	51,0%	53	60,9%	91	56,2%	217	55%

Plan Nacional de Cáncer

**“Suspensión del
consumo de tabaco
disminuye el riesgo de
padecer cáncer”**

- A 5 años de cesación tabáquica
 - ✓ riesgo de muchos cánceres disminuye en 50% (boca, garganta, esófago y vejiga)
 - ✓ cáncer de cuello uterino se iguala a una mujer no fumadora
- A 10 años de cesación tabáquica:
 - ✓ riesgo de morir por cáncer de pulmón es aproximadamente $\frac{1}{2}$ de riesgo que tiene una persona que continúa fumando
 - ✓ riesgo de cáncer de laringe y páncreas disminuye considerablemente

Plan Nacional del Cáncer

Es imperativo prevenir el consumo de tabaco llamando a favorecer la capacitación en consejería antitabaco a los funcionarios de salud facilitando el acceso y disponibilidad de los cursos y la necesidad de la implementación de intervenciones que apoyen la cesación del consumo de tabaco en la Red Asistencial de Salud, dentro del marco de la estrategia MPOWER de la OMS



Plan Nacional del Cáncer

PLAN DE ACCIÓN: Incluir **Cesación Tabáquica** en todos los centros de salud de la APS → **Línea Estratégica 4.7.1: “Promoción, educación y prevención primaria”**

➤ Objetivo 1.4

➤ “Ampliar y facilitar el acceso a acciones de promoción de la salud y de factores de protección de la salud y del cáncer asociados a comportamientos individuales”

➤ “Objetivo específico al que se vinculan Factores de riesgo y protección”

➤ Estrategias de intervención e iniciativas:

➤ **Gestión y articulación de la red de salud**

✓ Implementación de iniciativas en APS

✓ Planes nacionales en factores de riesgo y protección



Mesa Ciudadana Tabaco o Salud

- Participación de la Sociedad Civil: incluir a Organizaciones de Prevención de Cáncer como Mesa Ciudadana Tabaco o Salud
- Ser participantes de la Comisión Nacional del Cáncer
- **Necesario y perentorio la implementación de una oferta de cesación tabáquica en toda la APS del país, como lo insta el CMCT y mandatan los Objetivos Sanitarios 2020.**



Mesa Ciudadana Tabaco o Salud

Incluir la Cesación Tabáquica en todos los centros de salud de la Atención Primaria de Salud (APS) de Chile

- “Ampliar y facilitar el acceso a acciones de promoción de la salud y de factores de protección de la salud y del cáncer, asociados a comportamientos individuales”
→ **Dependencia al tabaco, con una oferta universal de cesación en la APS**
- “ Realizar estrategias de intervención e iniciativas que se vincula al Factor de Riesgo mas importante del Cáncer”
→ **Tabaquismo**
- “Estrategia de intervención: gestión y articulación de la red de salud
→ **Implementación de Programa de Cesación Integral en APS**



Muchas Gracias