

II
Reial Acadèmia de
Medicina de La
Comunitat Valenciana



Pasado, presente y futuro de la atención sanitaria al tabaquismo

Dr. Francisco Carrión Valero

Neumólogo. Hospital Clínic Universitari de València



TABAQUISMO

- ▶ El tabaquismo es una enfermedad crónica, **capaz de causar la muerte prematura a más de la mitad de las personas que la padecen**

Comunitat Valenciana

	No fumador %	Ex fumador %	Fumador ocasional %	Fumador habitual %
ESCV 2001	52,2	11,8	4	32
ESCV 2005	48,8	19,4	4,1	26,8
ESCV 2010	51,7	19,1	4,3	24,8

Comunidad Valenciana 2010. SEXO

	No fumadores %	Ex fumadores %	Fumadores ocasionales %	Fumadores diarios %
Hombres	39,6	25,5	5,6	29,3
Mujeres	63,4	13,1	3	20,5
Total	51,7	19,1	4,3	24,8



Flash Eurobarometer



European
Commission

Survey on Tobacco

Analytical report

Fieldwork: December 2008

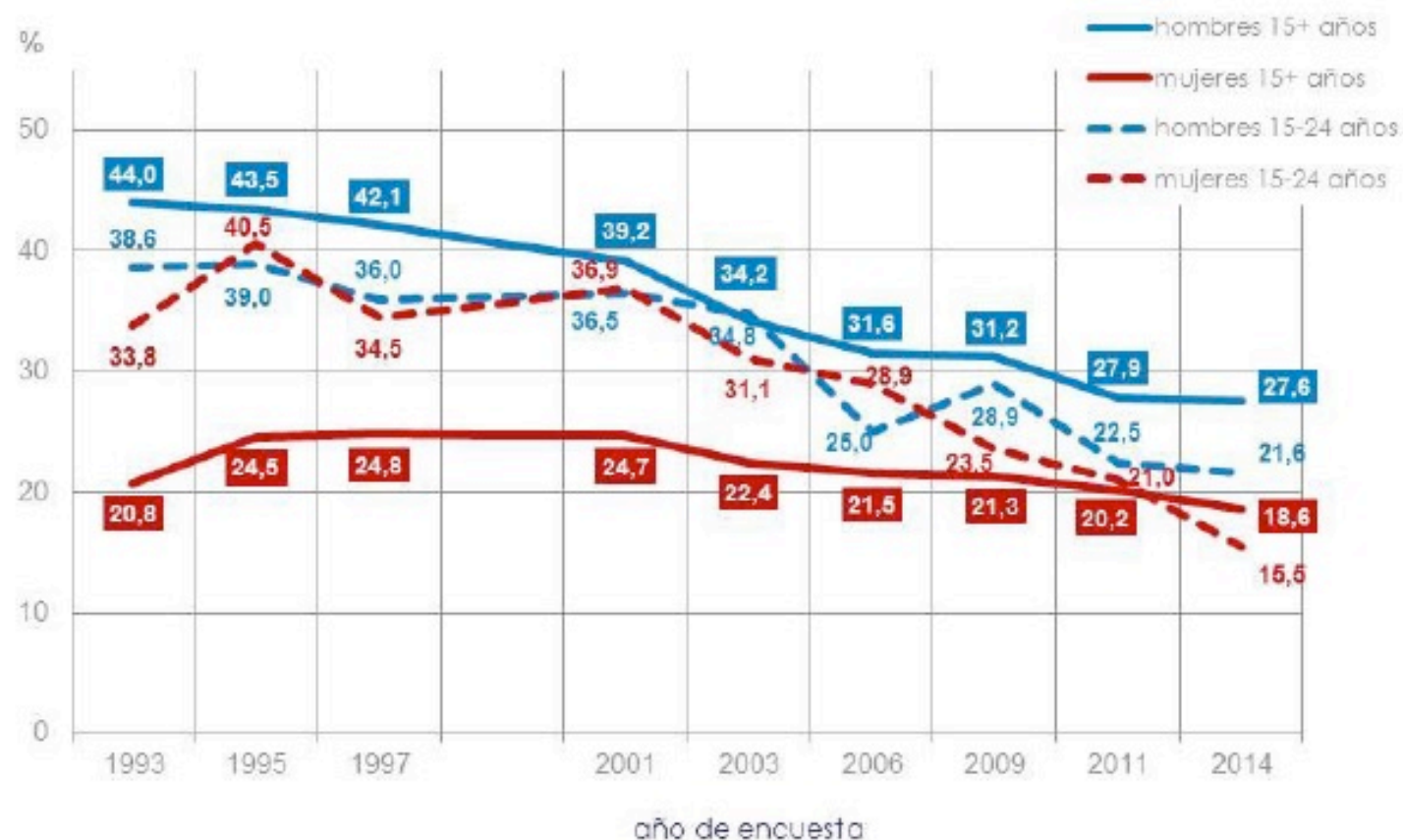
Publication: March, 2009

Introduction

Tobacco is the single largest cause of avoidable death; it accounts for over half a million deaths each year in the EU. It is estimated that 25% of all cancer deaths and 15% of all deaths in the Union could be attributed to smoking¹.

Fumadores diarios

Población adulta*. ENSE/EESE 1993-2014



*16+ años hasta 2009; 15+ años desde 2011

Fuentes: EESE 2014 [INE], ENSE 2003-2011 [MSSSI/INE], EES 2009 [INE/MSSSI] y ENS 1993-2001 [MSSSI]

ESPAÑA, 2012

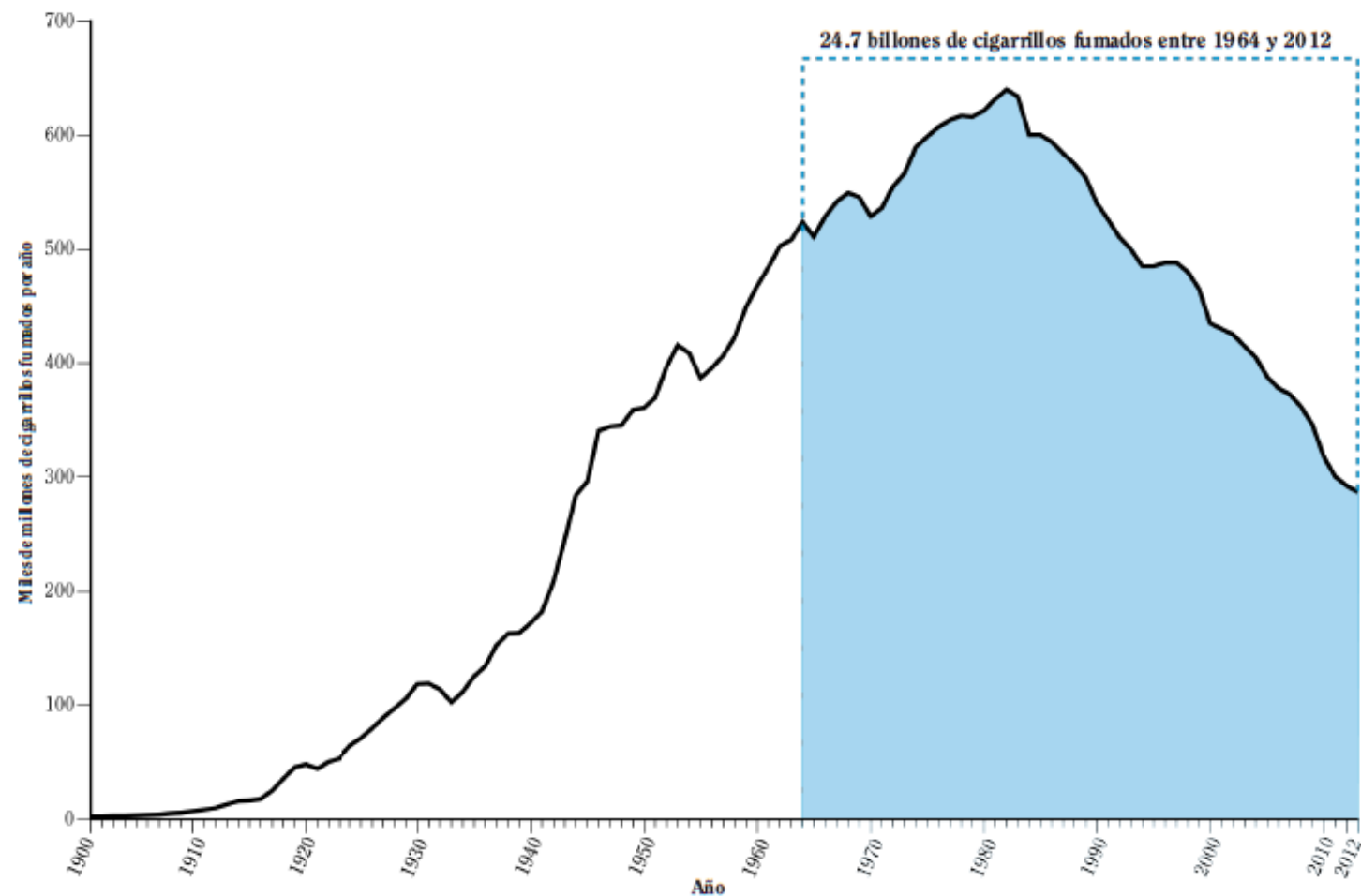
Prevalencia global del tabaquismo 23,62%

60456 muertes, el 15,23% de las ocurridas en España

En el año 2012 han muerto cada día 125 varones y 40 mujeres por causas atribuibles al consumo de tabaco

Gutierrez-Abejón E, et al. Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. Med Clin (Barc) 2016

Figura 2 Consumo total de cigarrillos, Estados Unidos, 1900–2012



Fuente: Miller 1981; Departamento de Agricultura de los EE. UU. 1987, 1996, 2005, 2007a,b; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades 2012.

Nota: Los datos que se muestran son el consumo total de cigarrillos anual. Esto difiere de la Figura 2.1, que reporta el consumo anual per cápita en adultos (18 años de edad o más).

EEUU 1999. MORTALIDAD POR CÁNCER EN MUJERES

Lugar	Número de muertes	% total
Pulmón	68000	25,0
Mama	43300	15,9
Colon	28800	10,6
Páncreas	14700	5,4
Ovario	14500	5,3
Linfoma	12900	4,7
Otros	89900	33,0

ESPAÑA 2010. MORTALIDAD

Cáncer	Total	Hombres	Mujeres
Pulmón	20723	17279	3444
Mama	6369	76	6293
Colon	11238	6526	4712
Próstata	5875	5875	-----
Estómago	5851	3601	2250

Antes de nacer. Consecuencias

Wisborg K. Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. Am J Epidemiol 2001.

- *Mortalidad al nacer (OR 2), en el primer año (OR 1,8)*
- *Dejar de fumar antes de la semana 16 evitaría el 25% de RN muertos y el 20% de mortalidad en la infancia*



Tabaquismo antes de nacer

Dejar de fumar antes de la semana 16 evitaría el 25% de recién nacidos muertos y el 20% de la mortalidad en el primer año

750 muertes evitables cada año en España

Wisborg K. Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. Am J Epidemiol 2001

SPECIAL ARTICLE

☐ Recorte rectangular

50-Year Trends in Smoking-Related Mortality in the United States

Michael J. Thun, M.D., Brian D. Carter, M.P.H., Diane Feskanich, Sc.D.,
Neal D. Freedman, Ph.D., M.P.H., Ross Prentice, Ph.D., Alan D. Lopez, Ph.D.,
Patricia Hartge, Sc.D., and Susan M. Gapstur, Ph.D., M.P.H.

A Lung Cancer

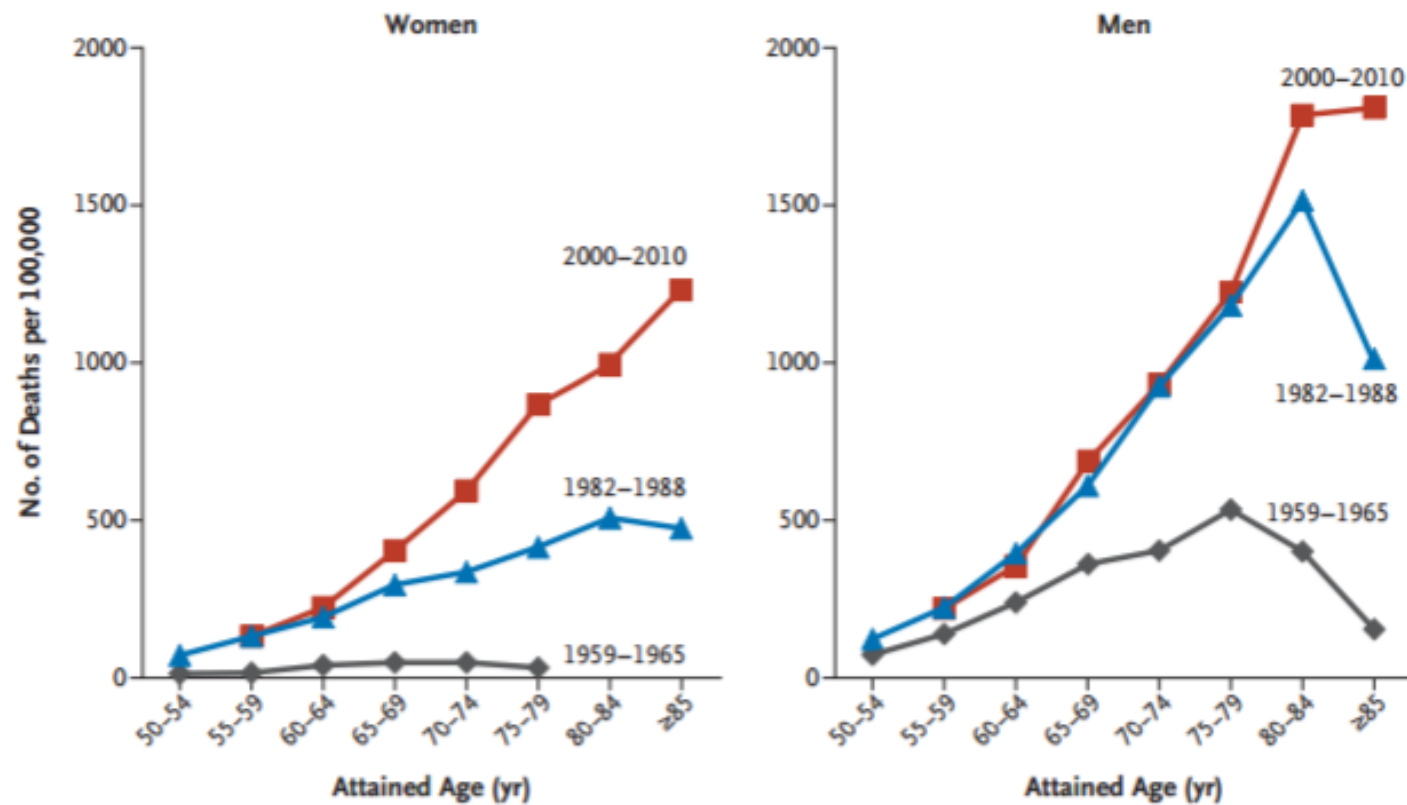


Figure 1. Changes in Rates of Death from Lung Cancer and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) over Time among Current Female and Male Smokers in the Three Time Periods.

Data were obtained from the first Cancer Prevention Study (CPS I) for the period from 1959 to 1965, from the second Cancer Prevention Study (CPS II) for the period from 1982 to 1988, and from five contemporary cohort studies for the period from 2000 to 2010.

B COPD

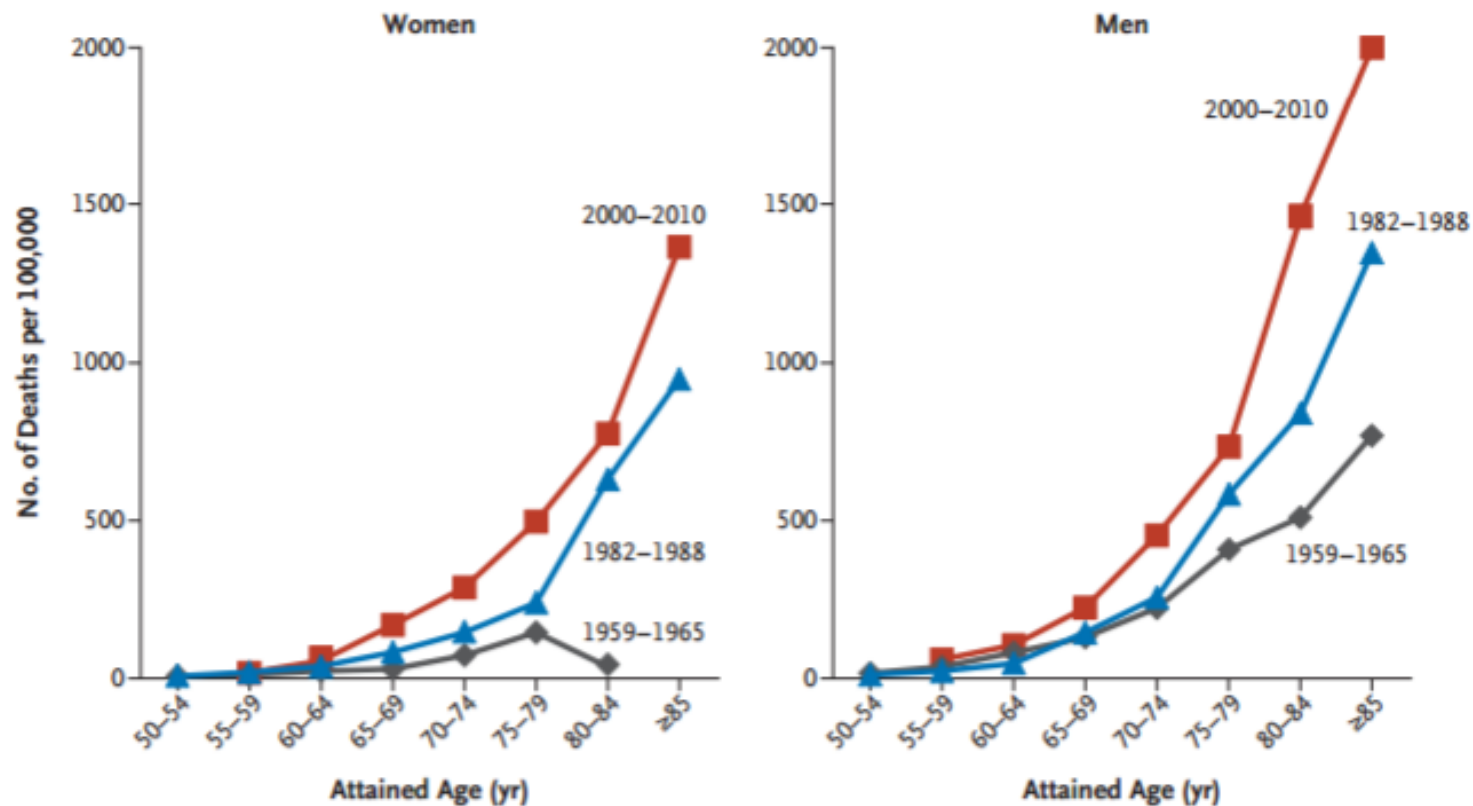


Figure 1. Changes in Rates of Death from Lung Cancer and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) over Time among Current Female and Male Smokers in the Three Time Periods.

Data were obtained from the first Cancer Prevention Study (CPS I) for the period from 1959 to 1965, from the second Cancer Prevention Study (CPS II) for the period from 1982 to 1988, and from five contemporary cohort studies for the period from 2000 to 2010.

SPECIAL ARTICLE

Smoking and Mortality — Beyond Established Causes

Brian D. Carter, M.P.H., Christian C. Abnet, Ph.D., Diane Feskanich, Sc.D.,
Neal D. Freedman, Ph.D., Patricia Hartge, Sc.D., Cora E. Lewis, M.D.,
Judith K. Ockene, Ph.D., Ross L. Prentice, Ph.D., Frank E. Speizer, M.D.,
Michael J. Thun, M.D., and Eric J. Jacobs, Ph.D.

ABSTRACT

BACKGROUND

Mortality among current smokers is 2 to 3 times as high as that among persons who never smoked. Most of this excess mortality is believed to be explained by 21 common diseases that have been formally established as caused by cigarette smok-

RESULTS

During the follow-up period, there were 181,377 deaths, including 16,475 among current smokers. Overall, approximately 17% of the excess mortality among current smokers was due to associations with causes that are not currently established as attributable to smoking. These included associations between current smoking and deaths from renal failure (relative risk, 2.0; 95% confidence interval [CI], 1.7 to 2.3), intestinal ischemia (relative risk, 6.0; 95% CI, 4.5 to 8.1), hypertensive heart disease (relative risk, 2.4; 95% CI, 1.9 to 3.0), infections (relative risk, 2.3; 95% CI, 2.0 to 2.7), various respiratory diseases (relative risk, 2.0; 95% CI, 1.6 to 2.4), breast cancer (relative risk, 1.3; 95% CI, 1.2 to 1.5), and prostate cancer (relative risk, 1.4; 95% CI, 1.2 to 1.7). Among former smokers, the relative risk for each of these outcomes declined as the number of years since cessation increased.

Las Consecuencias del Tabaquismo en la Salud—50 Años de Progreso

Informe de la Dirección General de Servicios
de Salud de los EE. UU.

2014



Tabla 1 Muertes prematuras causadas por el tabaquismo y la exposición al humo de segunda mano, 1965–2014

Causa de muerte	Total
Cánceres relacionados con el tabaquismo	6 587 000
Enfermedades cardiovasculares y metabólicas	7 787 000
Enfermedades pulmonares	3 804 000
Afecciones relacionadas con el embarazo y el nacimiento	108 000
Incendios residenciales	86 000
Cánceres pulmonares causados por la exposición al humo de segunda mano	263 000
Cardiopatías coronarias causada por exposición al humo de segunda mano	2 194 000
Total	20 830 000

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud, datos no publicados.

Hallazgos principales del informe

1. Por un siglo, la epidemia del consumo de cigarrillos ha causado una tragedia enorme pero evitable en la salud pública. Desde el primer informe de la Dirección General de Servicios de Salud en 1964, se pueden atribuir al consumo de cigarrillos más de 20 millones de muertes prematuras.
8. Desde el informe de la Dirección General de Servicios de Salud de 1964, se ha comprobado la eficacia de programas y políticas integrales de control del tabaquismo para controlar el consumo del tabaco. Se pueden obtener logros adicionales con el uso completo, obligatorio y sostenido de estas medidas.
10. Durante 50 años los informes de la Dirección General de Servicios de Salud sobre el tabaquismo y la salud han proporcionado fundamentos científicos importantes fundamentales para que se tomen medidas de salud pública dirigidas a reducir el consumo del tabaco y prevenir las enfermedades y las muertes prematuras relacionadas con el tabaquismo.

Diabetes: En informes anteriores de la Dirección General de Servicios de Salud se halló que el tabaquismo complica el tratamiento de la diabetes y que los fumadores con diagnóstico de diabetes tienen un mayor riesgo de enfermedad renal, ceguera y complicaciones circulatorias que pueden causar amputaciones. En este informe se concluye que el tabaquismo es una causa de diabetes tipo 2 y que el riesgo de diabetes es 30–40 % mayor para los fumadores activos que para los no fumadores (Capítulo 10). Es más, el riesgo de diabetes aumenta a medida que aumenta la cantidad de cigarrillos que se fuman.

por cada fumador (Figura 2). Los costos anuales atribuidos al tabaquismo en los Estados Unidos se encuentran entre los \$289 000 millones y los \$333 000 millones, incluidos al menos \$130 000 millones por atención médica directa de adultos, más de \$150 000 millones de pérdida de la productividad debido a muerte prematura y más de \$5000 millones de pérdida de la productividad por muerte prematura, debido a la exposición al humo de segunda mano (Capítulo 12).

La ex directora general de la OMS, Gro Brundtland, tenía razón en 1999 cuando señaló la necesidad de evaluar las medidas actuales desde la perspectiva de nuestros nietos y sus hijos (Asma et al. 2002). Cuando las generaciones futuras vean nuestras medidas actuales y conocimiento sobre la epidemia del tabaquismo, ¿mostrarán las iniciativas actuales el compromiso con la salud pública y la

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States

Prabhat Jha, M.D., Chinthanie Ramasundarahettige, M.Sc.,
Victoria Landsman, Ph.D., Brian Rostron, Ph.D., Michael Thun, M.D.,
Robert N. Anderson, Ph.D., Tim McAfee, M.D., and Richard Peto, F.R.S.

N ENGL J MED 368;4 NEJM.ORG JANUARY 24, 2013

The New England Journal of Medicine

CONCLUSIONS

Smokers lose at least one decade of life expectancy, as compared with those who have never smoked. Cessation before the age of 40 years reduces the risk of death associated with continued smoking by about 90%.

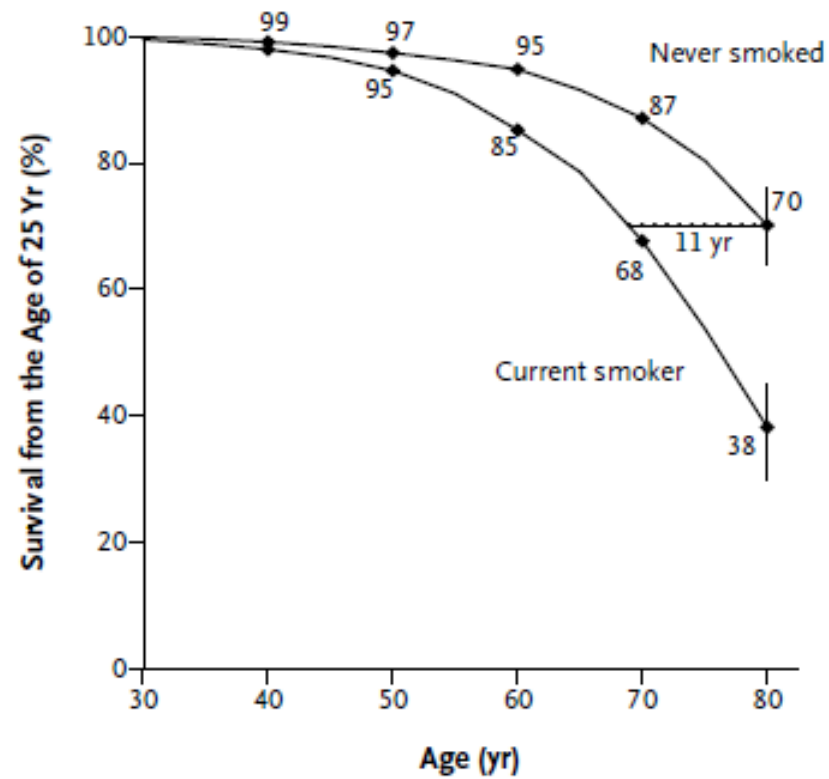
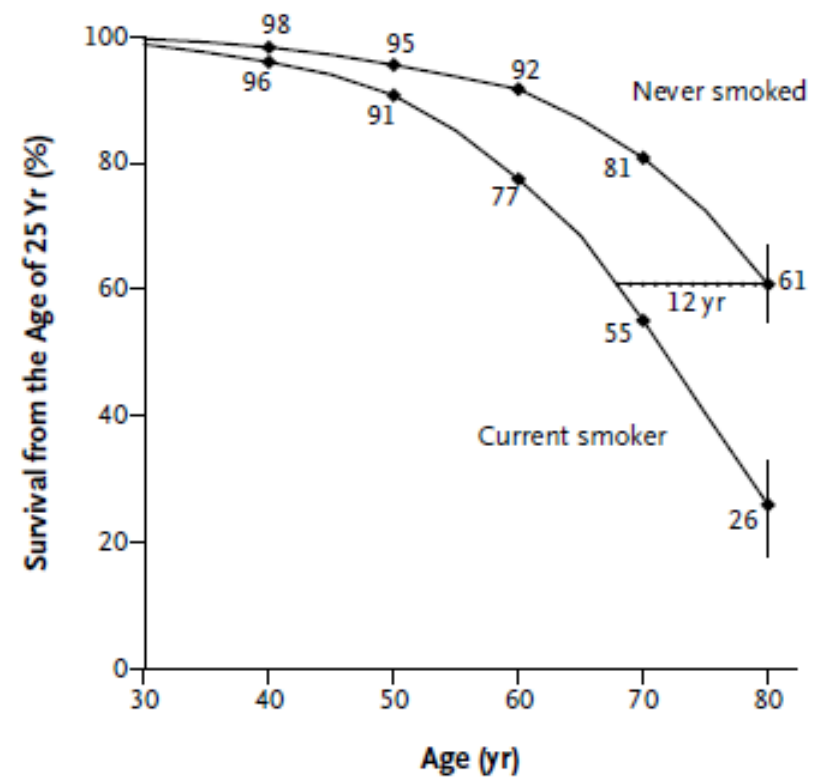
A Women**B Men**

Figure 2. Survival Probabilities for Current Smokers and for Those Who Never Smoked among Men and Women 25 to 80 Years of Age.

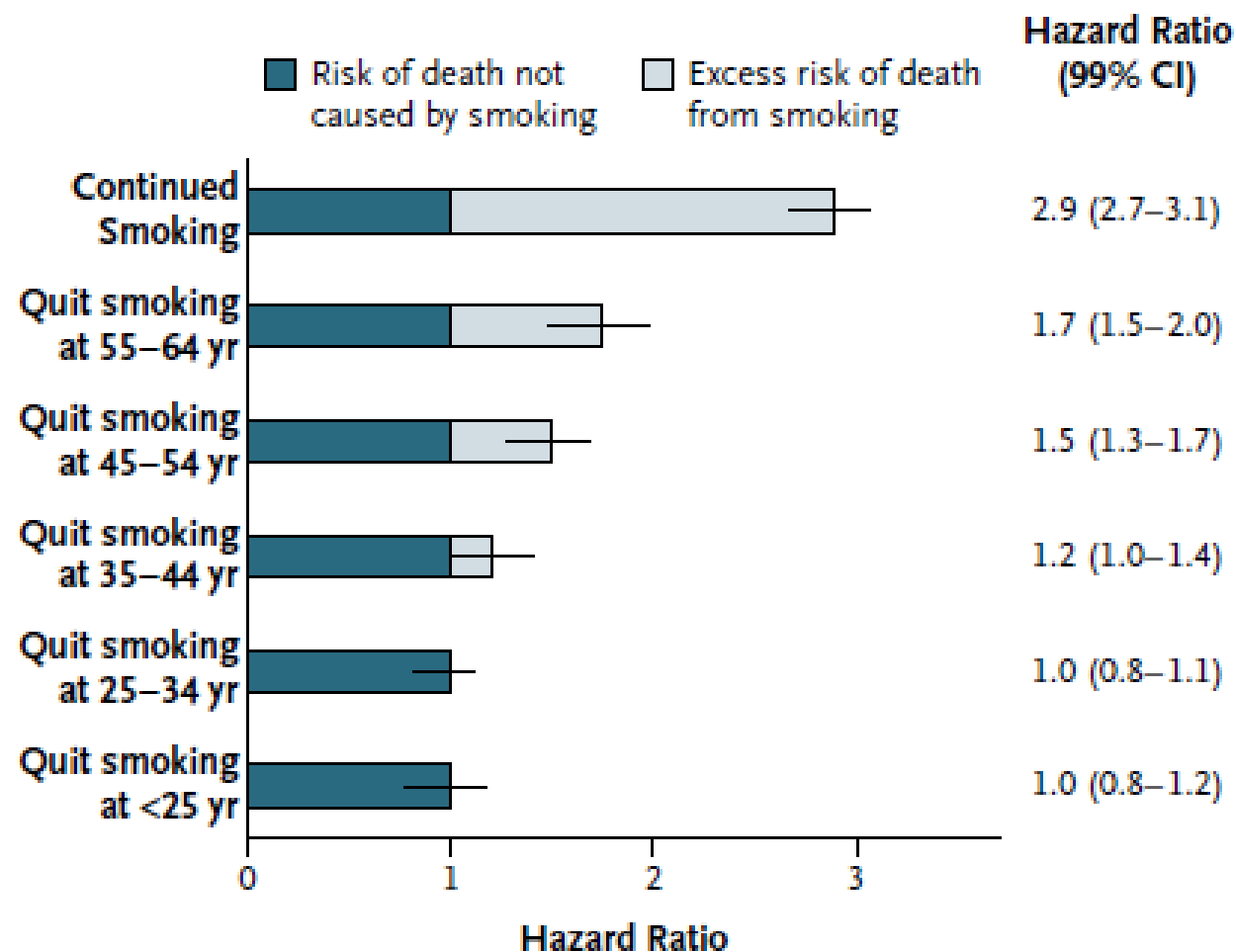
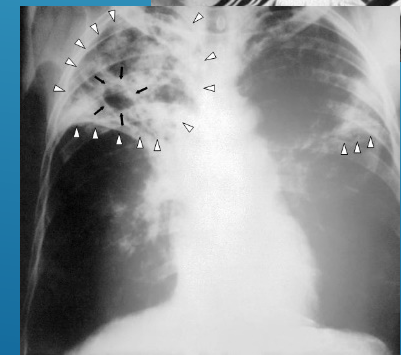
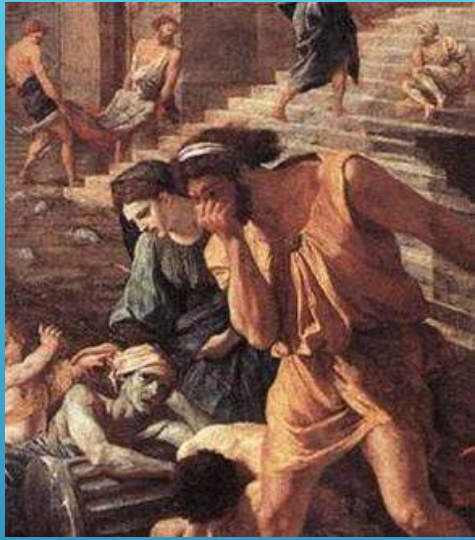
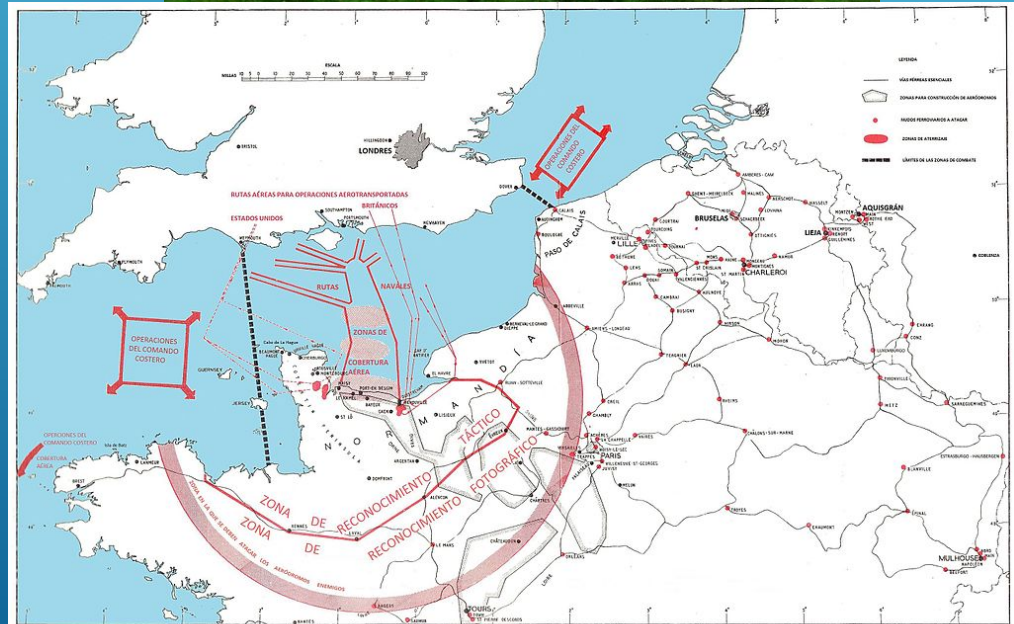
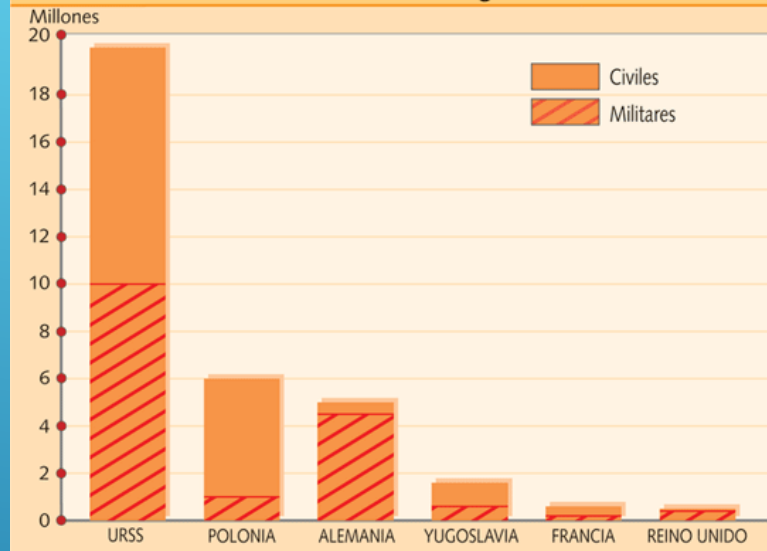


Figure 4. Risks of Death for Participants Who Continued to Smoke and for Those Who Quit Smoking According to Age at the Time of Cessation.





Muertos durante la guerra



PLAN AÉRO PARA LOS DESEMBARCOS DE NORMANDÍA, 6 DE JUNIO DE 1944

NUESTRA APORTACIÓN AL CONTROL DEL TABAQUISMO EN ESPAÑA



REVISIÓN

El tabaquismo pasivo en la infancia

F. Carrión Valero y C.A. Jiménez Ruiz^a

Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario, Valencia.

^aUnidad de Tabaquismo, Servicio de Neumología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

(Arch Bronconeumol 1999; 35: 39-47)

ARCHIVOS DE
BRONCONEUMOLOGÍA

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Neumología
y Cirugía Torácica (SEPAR) y de la Asociación
Latinoamericana del Tórax (ALAT)

REVISIÓN

El tabaquismo pasivo en adultos

F. Carrión Valero y J.R. Hernández Hernández*

Arch Bronconeumol 2002;38(3):137-46

ARCHIVOS DE
BRONCONEUMOLOGÍA

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Neumología
y Cirugía Torácica (SEPAR) y de la Asociación
Latinoamericana del Tórax (ALAT)

Servicio
*Sección

EDITORIALES

Tabaquismo pasivo en el lugar de trabajo

Med Clin (Barc). 2006;126(1):17-8 17

Francisco Carrión-Valero

Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario, Facultad de Medicina, Valencia, España.

JEFATURA DEL ESTADO

21261 *LEY 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.*

JUAN CARLOS I
REY DE ESPAÑA

combatir a través de diferentes medidas normativas entre las que destaca la aprobación de la Directiva 2003/33/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de mayo de 2003, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de publicidad y de patrocinio de los productos del tabaco, Directiva que, mediante esta Ley, se incorpora a nuestro ordenamiento.

La Constitución Española reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, y encomienda en su apartado 2 a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas. Para

Study of the impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain

Carlos A. Jiménez-Ruiz¹, Juan Antonio Riesco Miranda², Richard D. Hurt³,
Angela Ramos Pinedo⁴, Segismundo Solano Reina⁵, Francisco Carrión Valero⁶



	<u>Global</u>	<u>Trabajo</u>	<u>Ocio</u>
<u>2005</u>	49%	26%	37%
<u>2007</u>	38%	10%	32%
<u>2011</u>	21%	6%	12%

Impact of the Spanish Smoking Law on Exposure to Second-Hand Smoke and Respiratory Health in Hospitality Workers: A Cohort Study

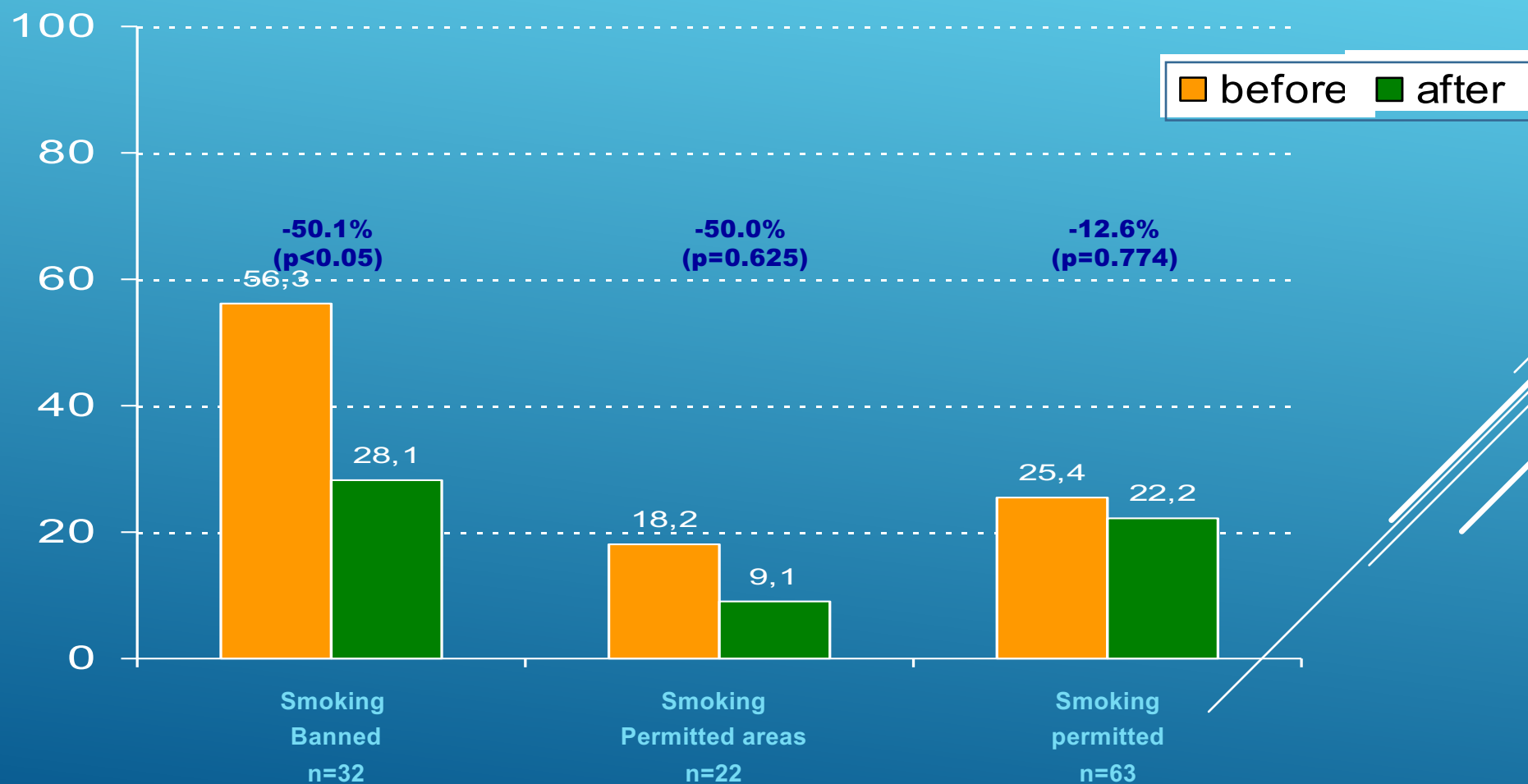
Esteve Fernández^{1,2,3*}, Marcela Fu^{1,2,3}, José A. Pascual^{4,5}, María J. López^{6,7,8}, Mónica Pérez-Ríos^{7,9,10}, Anna Schiaffino^{4,11}, Jose M. Martínez-Sánchez^{1,2,3}, Carles Ariza^{6,7}, Esteve Saltó^{12,13}, Manel Nebot^{4,6,7}, and the Spanish Smoking Law Evaluation Group

PLoS ONE

Generalitat Valenciana: Francisco Carrión (study coordinator), Pepa Pont, José A. Lluch, Elena Pérez;



Proportion (%) of hospitality workers presenting any respiratory symptom before and 12 months after the ban in Spain, according to type of regulation in the venue



ORIGINAL


Epidemiología del tabaquismo pasivo en España antes de la ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Resultados de un estudio de base poblacional

F. Carrión Valero¹, C.A. Jiménez Ruiz², J.A. Riesco Miranda³, J.I. de Granda Orive⁴, S. Solano Reina⁵,
Á. Ramos Pinedo⁶



ARTÍCULO ESPECIAL

Exposición al humo ambiental de tabaco en centros de trabajo antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo

 Localizador web
Artículo 185.384

ORIGINALES

Exposición al humo ambiental del tabaco y concentración de cotinina en saliva en trabajadores de la hostelería (España, 2005)

Research

Impact of the Spanish Smoking Law on Exposure to Secondhand Smoke in Offices and Hospitality Venues: Before-and-After Study

European Journal of Public Health, Vol. 19, No. 6, 662–664

© The Author 2009. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.
doi:10.1093/eurpub/ckp155 Advance Access published on 12 October 2009

Short Report

Comparing salivary cotinine concentration in non-smokers from the general population and hospitality workers in Spain



Two-year impact of the Spanish smoking law on exposure to secondhand smoke: evidence of the failure of the 'Spanish model'

Maria J López,^{1,2,3} Manel Nebot,^{1,2,3} Anna Schiaffino,⁴ Mónica Pérez-Ríos,⁵ Marcela Fu,^{6,7} Carles Ariza,^{1,2,3} Gloria Muñoz,¹ Esteve Fernández,^{6,7} on behalf of the Spanish Smoking Law Evaluation Group*

Generalitat Valenciana

Francisco Carrion, Pepa Pont, José A Lluch

Tob Control 2012 21: 407-411 originally published online June 9, 2011
doi: 10.1136/tc.2010.042275

IMPACT OF THE 2005 AND 2010 SPANISH SMOKING LAWS ON HOSPITAL ADMISSIONS FOR TOBACCO-RELATED DISEASES IN VALENCIA, SPAIN

Carrión Valero F, Quiles Izquierdo J, González Monte C,
Taberner Alberola F, Lluch Rodrigo JA, Chorro FJ, Martín
Moreno JM. 2017; in press.

Evolución de la tasas ajustadas de admisiones hospitalarias por enfermedades asociadas al tabaco en la Comunidad Valenciana

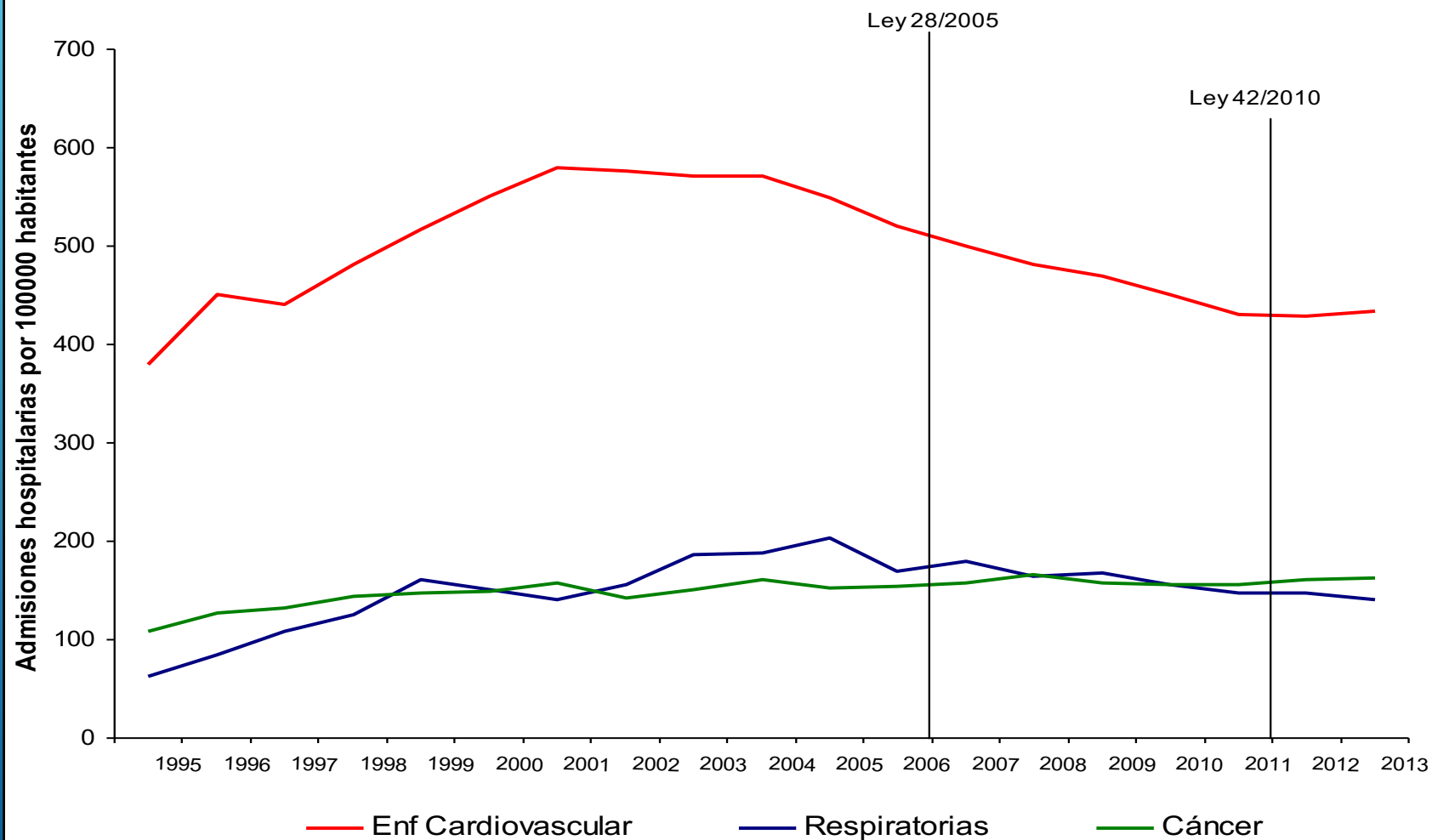
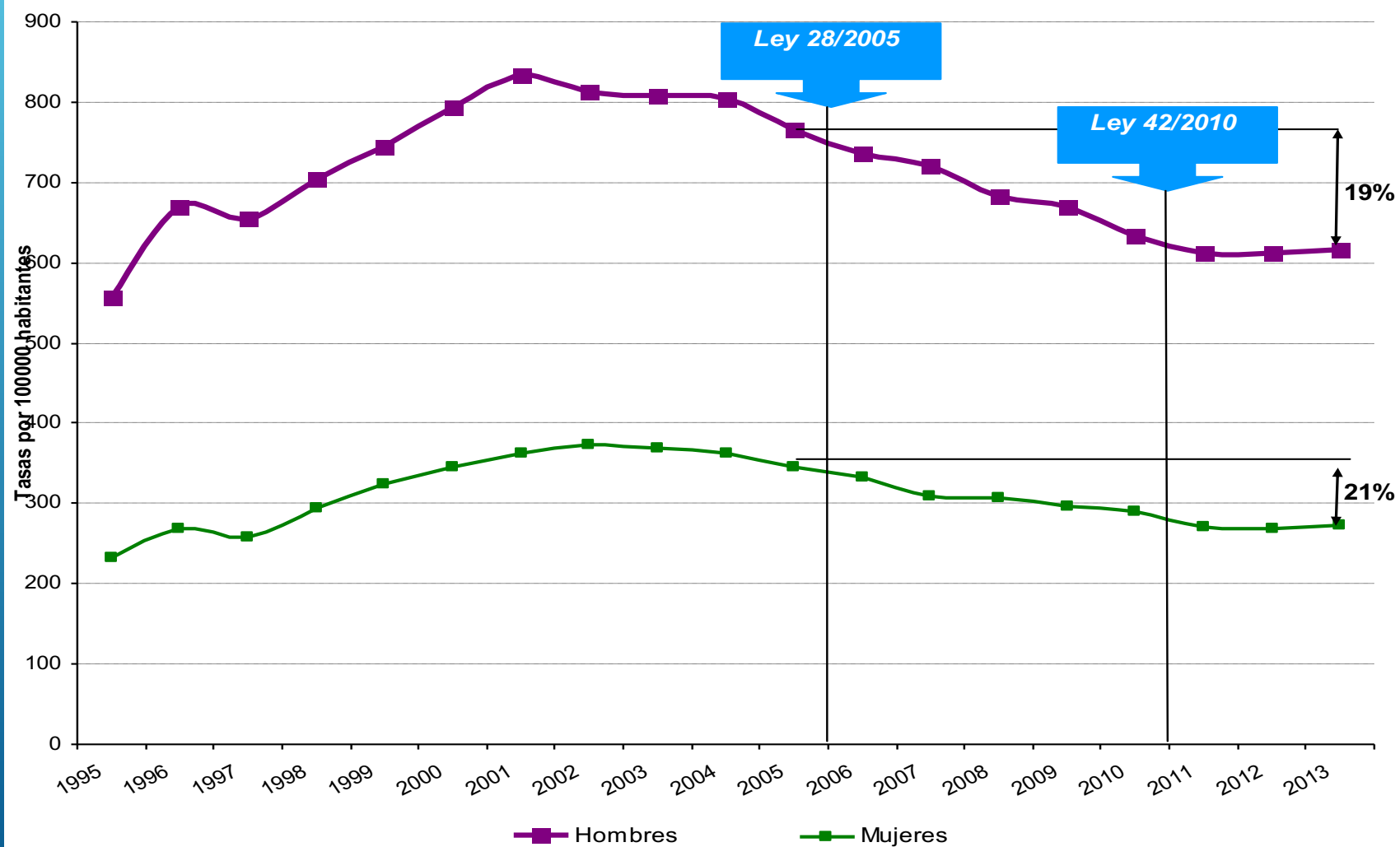


Figura 1
Evolución de la tasas ajustadas de admisiones hospitalarias por
Enfermedades Cardiovasculares en la Comunidad Valenciana



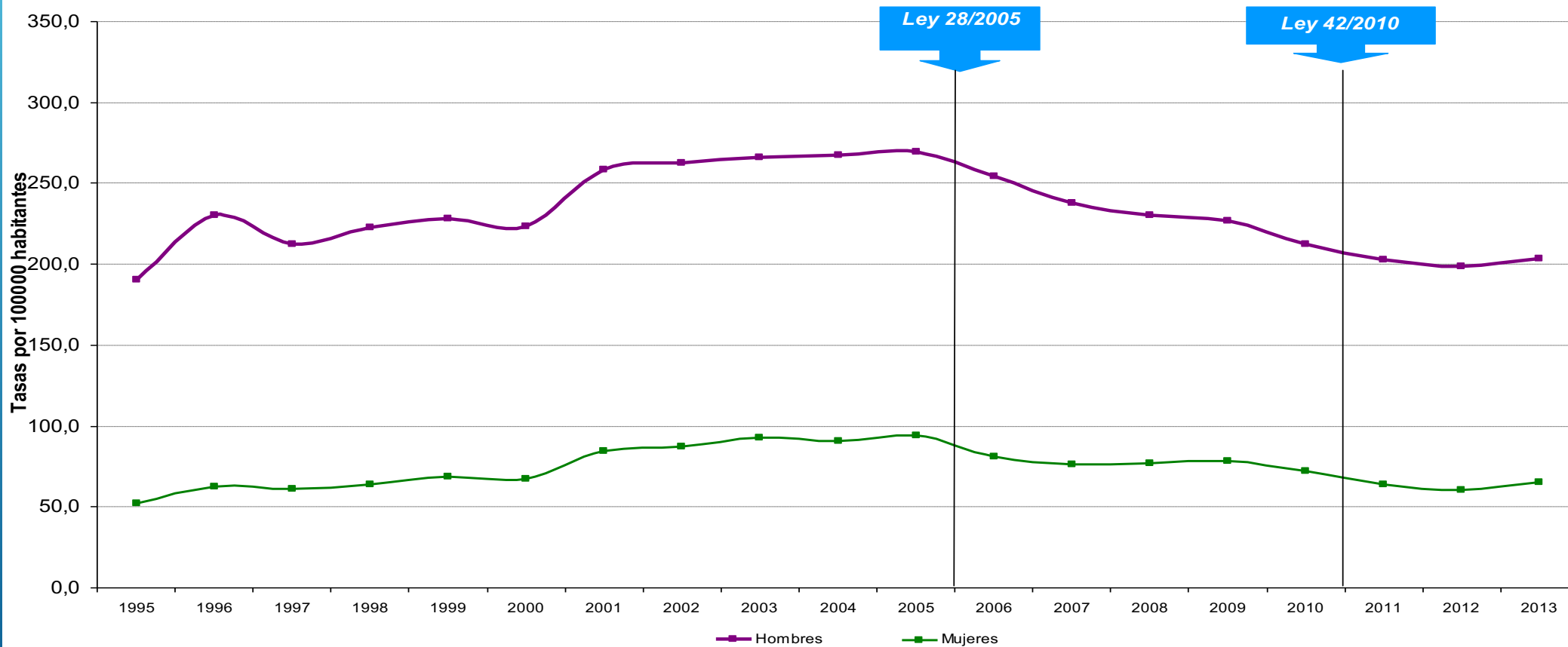
IMPACT OF THE 2005 AND 2010 SPANISH SMOKING LAWS ON HOSPITAL ADMISSIONS FOR ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN VALENCIA, SPAIN

Carrión Valero F, Quiles Izquierdo J, González Monte C, Taberner Alberola F, Lluch Rodrigo JA, Martín Moreno JM, Chorro FJ. 2017; in press.

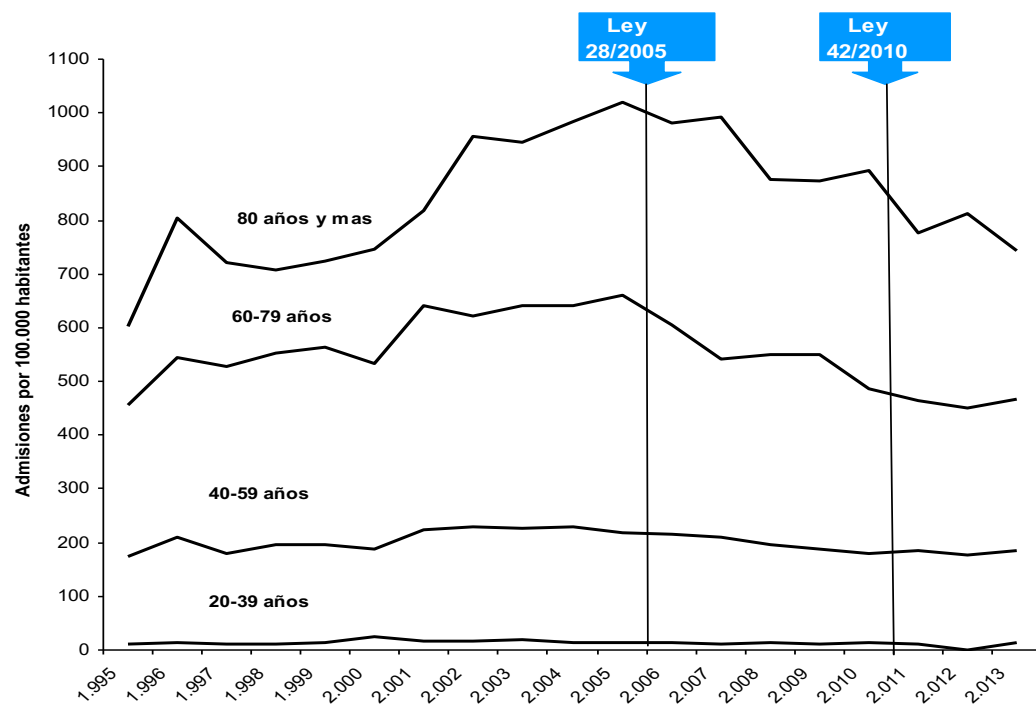
Estudio de 23339 casos de infarto agudo de miocardio en 19 años

Año	Nº de admisiones	Tasa bruta por 100.000 habitantes	Tasa ajustada por 100.000 habitantes*
1995	3486	86,9	90,9
1996	4199	104,7	109,6
1997	4034	100,3	102,5
1998	4243	105,4	107,8
1999	4559	111,5	111,7
2000	4587	110,1	110,1
2001	5549	132,0	129,9
2002	5791	133,8	132,3
2003	6187	138,4	136,7
2004	6242	138,8	137,1
2005	6603	143,1	141,1
2006	6290	130,9	127,7
2007	6032	123,9	119,2
2008	6135	122,0	117,3
2009	6253	122,7	116,4
2010	5982	117,0	108,5
2011	5719	111,8	101,9
2012	5651	110,2	98,6
2013	5987	117,1	102,9

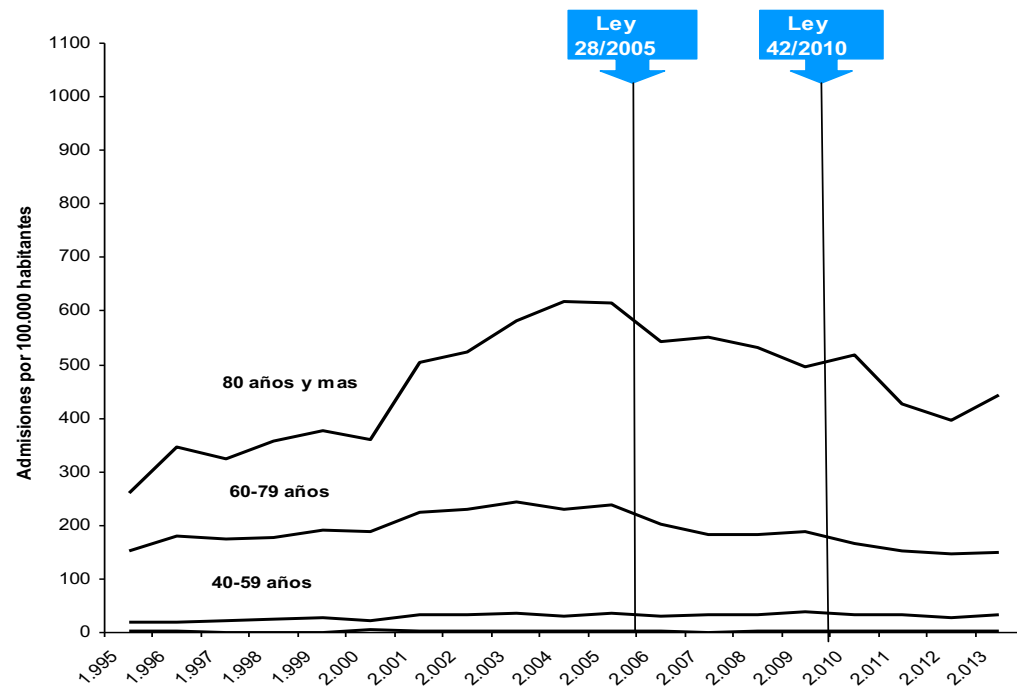
Evolución de la tasas ajustadas de admisiones hospitalarias por IMA en población de 20 años y más en la Comunidad Valenciana



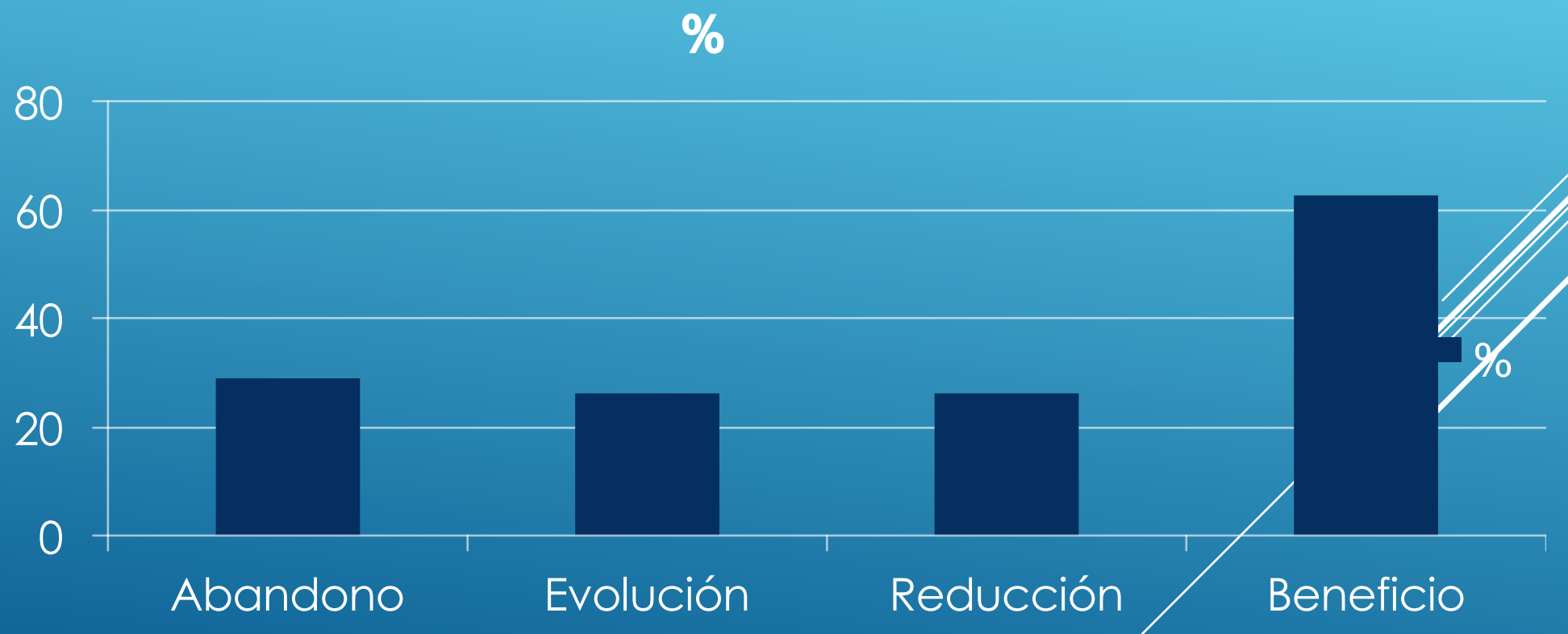
Evolución de la tasa de admisiones por IAM en hombres



Evolución de la tasa de admisiones por IAM en mujeres



Resultados de la intervención a la pareja Maya Martínez M, 2010



“ Los neumólogos han
tenido un papel relevante en
las campañas informativas
sobre los peligros
del tabaco. ”

CIEN AÑOS
DE
NEUMOLOGÍA

1900 ÷ 2000

Jesús Sauret Valet

El tabaquismo, una enfermedad

REVISIONES

El tabaquismo, la principal enfermedad de los países desarrollados

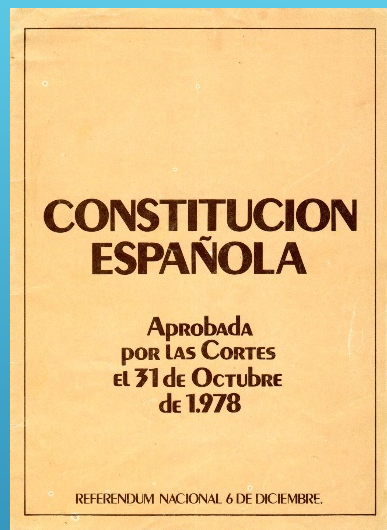
F. Carrión Valero

Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Vol. 3 Núm. 1 • Marzo 2001



**Prevención del
Tabaquismo**



LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Jefatura del Estado
«BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986
Referencia: BOE-A-1986-10499

TEXTO CONSOLIDADO

Última modificación: 13 de junio de 2015

TÍTULO I

Del sistema de salud

CAPÍTULO I

De los principios generales

Artículo tres.

1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

LAS SEIS MEDIDAS DE LA OMS

Vigilar el consumo de tabaco y las medidas de prevención.

Proteger a la población del humo de tabaco.

Ofrecer asistencia a las personas que deseen dejar de fumar.

Advertir de los peligros del tabaco.

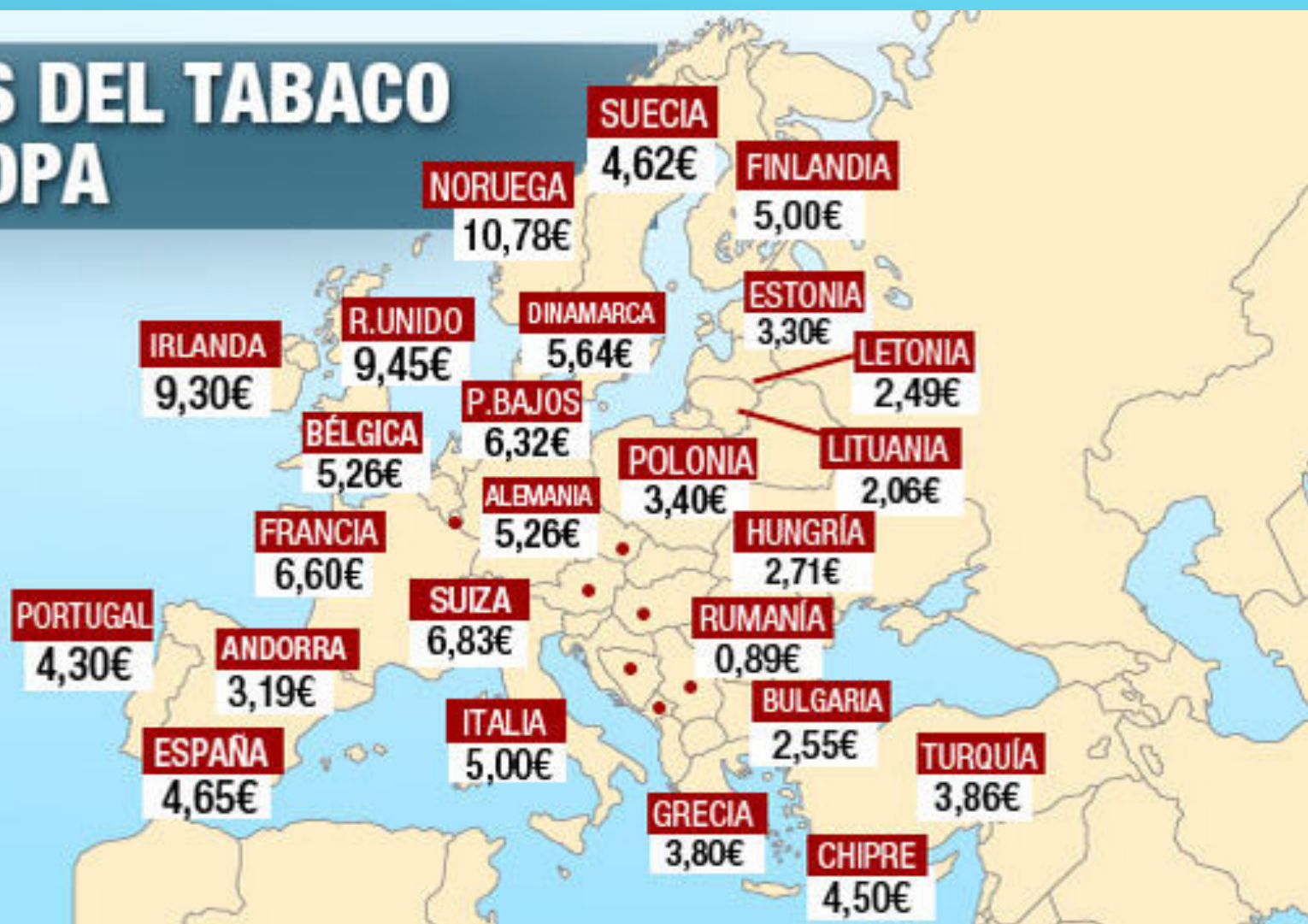
Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.

Aumentar los impuestos al tabaco.

(OMS, julio 2015)

PRECIOS DEL TABACO EN EUROPA

- AUSTRIA 4,70€
- LUXEMBURGO 4,80€
- ALBANIA 1,49€
- CROACIA 3,06€
- ESLOVENIA 3,60€
- ESLOVAQUIA 3,58€
- REP. CHECA 3,51€



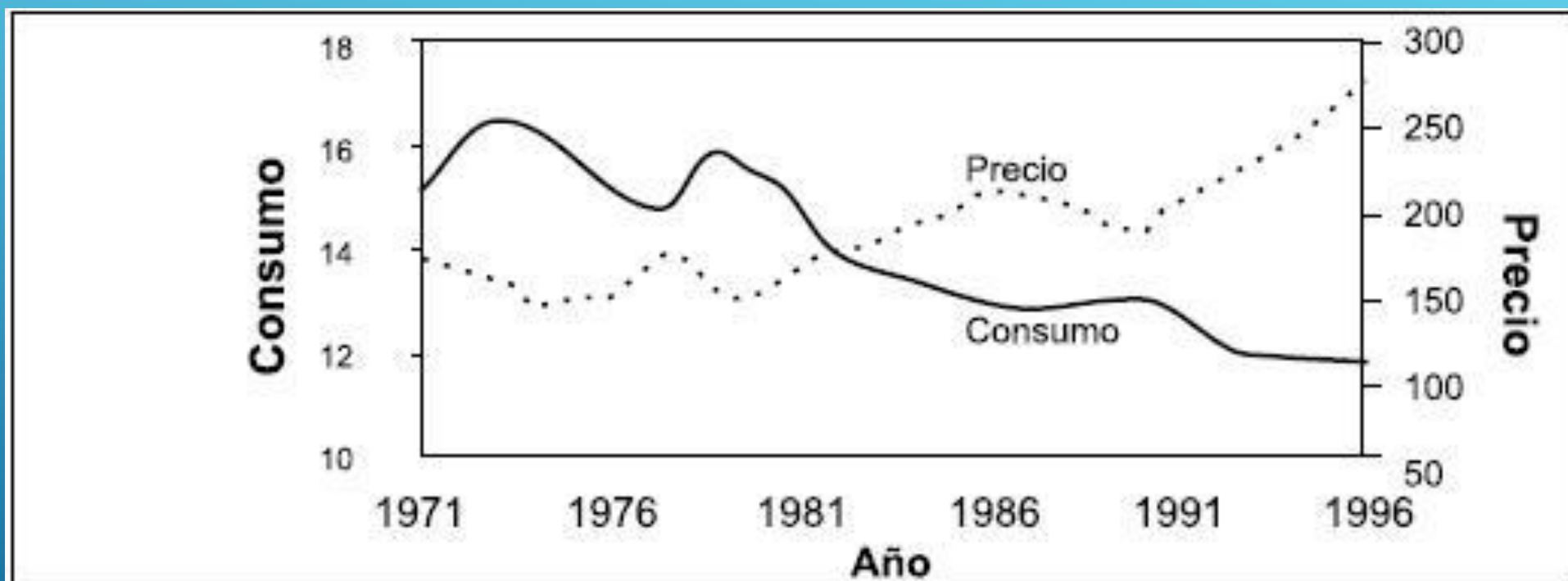
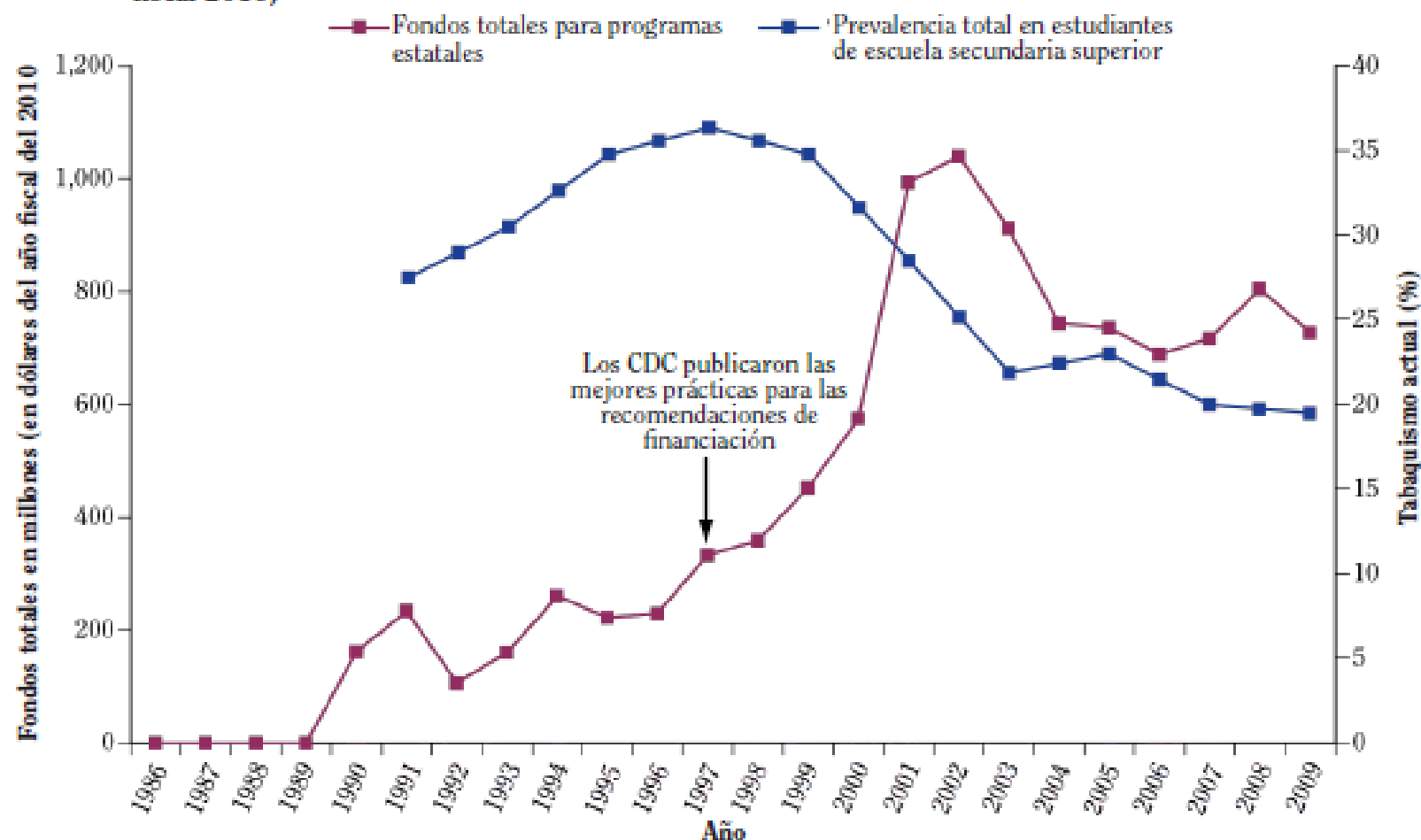
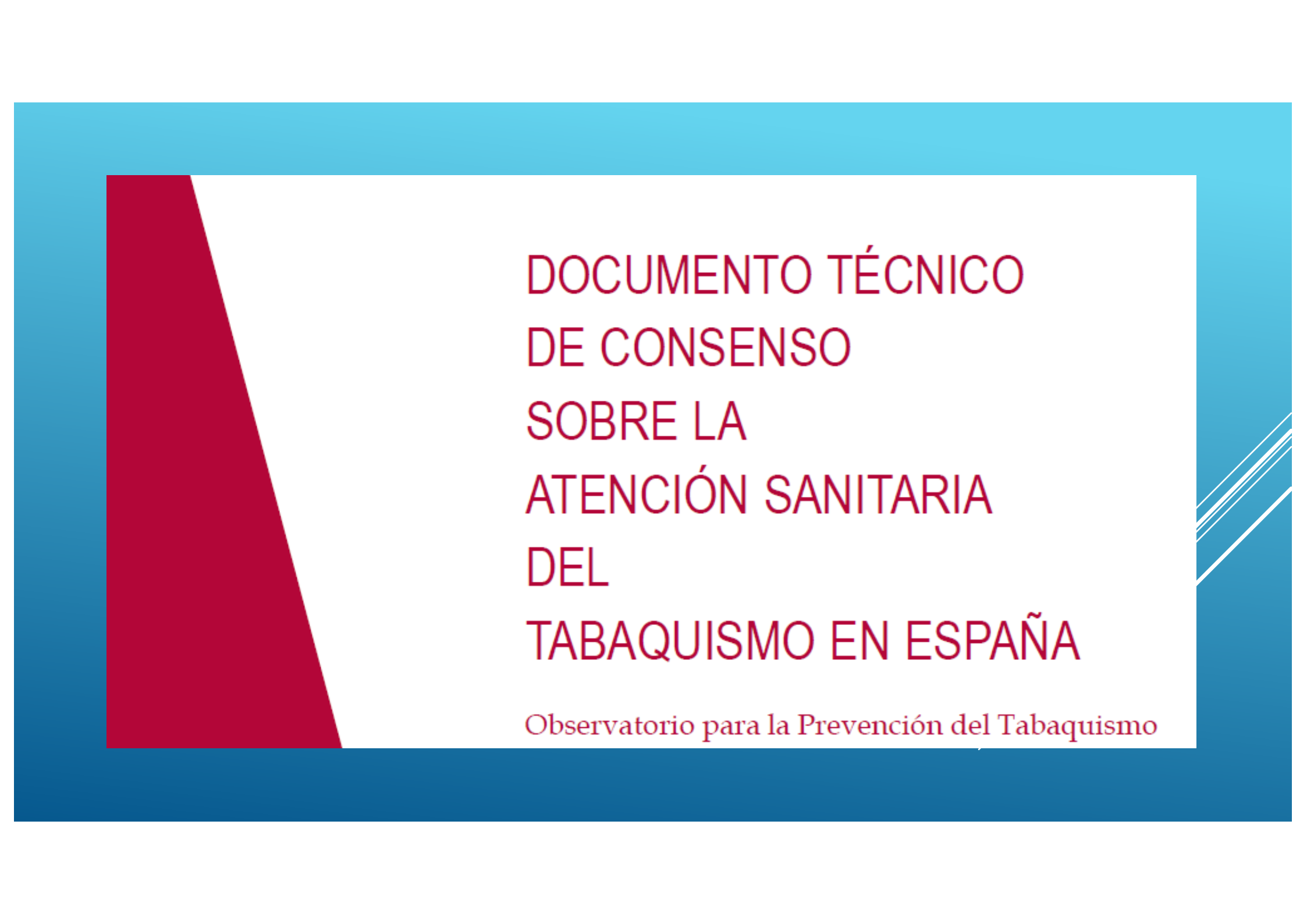


FIGURA 7. Impuestos y consumo de cigarrillos. Consumo versus precio en Reino Unido (1971-1996).

Figura 4 Fondos totales para programas estatales de control del tabaquismo, 1986–2010 (ajustado a dólares del año fiscal 2010)



Fuente: Proyecto ImpactTEEN; Universidad de Illinois en Chicago; CDC, Encuesta de Conductas de Riesgo en Jóvenes, 1991–2009.
 Fumador actual se define como estudiantes de escuela secundaria superior que fumaron ≥ 1 de los últimos 30 días—Estados Unidos.
 Nota: CDC = Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.



DOCUMENTO TÉCNICO DE CONSENSO SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA DEL TABAQUISMO EN ESPAÑA

Observatorio para la Prevención del Tabaquismo

TABLA 2**Recomendaciones a los distintos sistemas sanitarios para la asistencia a los fumadores**

- Cada centro sanitario debería poner en marcha un sistema de identificación y registro de pacientes que fuman, cuando acuden a consulta.
- Todos los sistemas sanitarios deberían proporcionar educación, recursos y respuestas para promover intervenciones para ayudar a dejar de fumar.
- Los centros sanitarios deberían dedicar personal que proporcione tratamientos para ayudar a dejar de fumar, y asegurarse que se proporciona dicho tratamiento al evaluar las actividades realizadas.
- Los hospitales deberían promover políticas que apoyen y proporcionen servicios para ayudar a dejar de fumar.
- Los sistemas sanitarios deberían incluir los tratamientos para el abandono del tabaco (de tipo conductual y farmacológico), como una parte más de los servicios que prestan a sus usuarios.
- Los sistemas sanitarios deberían recompensar a los clínicos por proporcionar tratamientos efectivos para la cesación tabáquica, e incluir estas intervenciones entre las obligaciones de los sanitarios.

Fuente: Fiore *et al.*, 2000

Ambitos de intervención en los diferentes niveles asistenciales para una ordenación eficiente de la atención sanitaria del tabaquismo en España

De acuerdo con la evidencia disponible, se recomienda que la implicación de los distintos profesionales de la salud en proporcionar intervenciones para ayudar a dejar de fumar se base en criterios como son: el acceso a quienes fuman, la capacitación profesional para la tarea, la experiencia y el interés de los profesionales, más que en la disciplina profesional en que se encuadra cada profesional. La evidencia científica disponible no favorece a ninguna disciplina profesional de forma contundente sobre otra, aunque es evidente que cada una deberá actuar en el ámbito que le es propio (35).

señalar que la definición final de una respuesta asistencial de mínimos comunes, en nuestro país pueda:

1. Estar basada en criterios de coste-efectividad.
2. Incluir la ayuda para dejar de fumar en la cartera de servicios de Atención Primaria y Especializada (hospitalaria, servicios de salud mental, servicios de atención a drogodependencias, etc.).
3. Disponer de un protocolo de intervención básico, consensuado entre administraciones públicas y sociedades científicas, para cada uno de los distintos niveles de intervención: comunitario, atención primaria, atención especializada, unidades especializadas de tabaquismo, servicios telefónicos, programas de tratamiento por Internet y nuevas tecnologías, etc.
4. Incluir unos criterios claros de derivación desde la Atención Primaria a otros dispositivos especializados.
5. Tener en cuenta criterios de riesgo sanitario, equidad, atención a las desigualdades de género y cobertura poblacional para la definición de los recursos que ofrecen tratamiento intensivo del tabaquismo, capaz de

TABLA 3**Principales grupos de pacientes susceptibles de ser atendidos en una unidad de tabaquismo**

1. Personas que, después de haber realizado tres o más intentos serios de abandono del consumo de tabaco, correctamente tratados por un profesional sanitario, no han logrado dejar de fumar.
2. Personas con enfermedades psiquiátricas que, estando controladas, deseen abandonar el tabaco.
3. Pacientes que presentan serios problemas de salud relacionados con el uso del tabaco (cardiopatía isquémica descompensada o de menos de 3 meses de evolución, EPOC, hipertensión arterial descompensada, arritmias cardíacas graves no controladas, enfermedad vascular no controlada, etc.).
4. Personas que han padecido otros trastornos adictivos.
5. Fumadoras embarazadas que deseen dejar de fumar y no puedan conseguirlo sin ayuda especializada.
6. Poblaciones de alto riesgo socio-sanitario.

Fuentes: Adaptado de Jiménez-Ruiz. 2001; Jiménez-Ruiz 2003.

– Pacientes en situación de hospitalización

El tabaquismo está implicado en muchos de los problemas de salud que ocasionan la hospitalización, en particular las vasculopatías, la enfermedad respiratoria y ciertos cánceres. El ingreso en el hospital brinda una oportunidad de ayudar a las personas a dejar de fumar. Las personas ingresadas en el hospital pueden estar más dispuestas a recibir ayuda en un momento

TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

RECOMENDACIONES

SEPAR

Se dispone de diferentes recursos que han demostrado elevada eficacia, efectividad y eficiencia

Atención y prestación de servicios en materia de tabaquismo

José I. de Granda, Francisco Carrión, Soledad Alonso, Francisca L. Márquez, Juan A. Riesco, Ítalo Sampablo, Francisco J. Álvarez, Miguel Barrueco, José M. Carreras, Carlos A. Jiménez, Isabel Nerín, Alfonso Pérez Trullén, Juan L. Rodríguez Hermosa, Pedro J. Romero, Leopoldo Sánchez Agudo, Ignacio Sánchez, Segismundo Solano, José L. Álvarez-Sala

Área de Tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Guía de tratamiento del tabaquismo



EditorialRespira



Sociedad Española
de **Neumología**
y **Cirugía Torácica**
SEPAR



Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Traducción al español: *Guía de tratamiento del tabaquismo*. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010.

Las recomendaciones actualizadas de esta Guía de Práctica Clínica, con el patrocinio del Public Health Service, ofrecen la esperanza de conseguir dejar el tabaco a 7 de cada 10 fumadores que visitan a un médico cada año. La Guía insta a todos los profesionales sanitarios, todos los planes de salud y todas las instituciones sanitarias a dar la máxima prioridad a la dependencia del tabaco durante estas visitas. Por favor, haga usted dos preguntas fundamentales a sus pacientes: ¿Fuma usted?” y ¿quiere usted dejar de fumar?, seguidas por la utilización de las recomendaciones de esta Guía.

Coste-efectividad de los tratamientos del tabaquismo

Los tratamientos del tabaquismo no sólo son clínicamente efectivos, sino que también son coste-efectivos. Los tratamientos del tabaquismo, desde el consejo de los profesionales sanitarios a los programas farmacológicos intensivos realizados por especialistas, son coste-efectivos en relación con otras intervenciones médicas tales como el tratamiento de la hipertensión, la hiperlipemia y otras intervenciones preventivas tales como la mamografía periódica^{224, 225, 226}. De hecho, se ha considerado que el tratamiento del tabaquismo es el patrón de referencia del coste-efectividad de la asistencia sanitaria²²⁵. Los tratamientos del tabaquismo siguen siendo

Estrategias de sistemas. 1.1 . Implantación de un sistema para la identificación de los consumidores de tabaco en todos los centros sanitarios.

Acción	Estrategias para implementar
Implantar en la consulta un sistema que asegure que a todos los pacientes y en todas las visitas clínicas se les interrogará y documentará el consumo de tabaco	<p>Cambio de sistemas en los consultorios: Ampliar los signos vitales para incluir el uso del tabaco, o implantar un sistema alternativo de identificación universal.</p> <p>Profesional responsable: Profesional de enfermería, practicante, recepcionista u otra persona responsable de la recogida de signos vitales. Se debe formar a este personal sobre la importancia de esta actividad y debe cumplir con una función modélica como no fumadores.</p> <p>Frecuencia de utilización: Todas las visitas de todos los pacientes, cualquiera que sea la razón de su visita^a.</p>

Estrategias de sistemas 4. Promover políticas hospitalarias que apoyen y proporcionen servicios a los pacientes ingresados para el tratamiento del tabaquismo.

Acción	Estrategias para implementar
Proporcionar tratamiento del tabaquismo a todos los usuarios ingresados en el hospital	<p data-bbox="875 571 1928 767">Implantar un sistema para identificar y documentar el consumo de tabaco en todos los pacientes hospitalizados.</p> <p data-bbox="875 858 1928 1129">Identificar al personal sanitario para realizar los servicios de consulta para el tratamiento del tabaquismo durante el ingreso en todos los hospitales, y reembolsarles por la realización de estos servicios.</p> <p data-bbox="875 1220 1928 1399">Ofrecer tratamientos del tabaquismo a todos los pacientes hospitalizados que sean consumidores de tabaco.</p>

Pacientes
hospitalizados

Los análisis Cochrane del 2007 revelaron que la intervención intensiva⁴²⁰ (contacto con enfermos hospitalizados más seguimiento durante al menos 1 mes) se asoció a una tasa de abandono significativamente mayor en con las condiciones control (RP = 1,65, IC del 95% = 1,44-1,90, 17 estudios).
Hallazgos adicionales específicos de la colaboración Cochrane:

Pacientes:

- Urgencias
- Hospitalización
- Preanestesia
- Consultas externas: neumología, cardiología, CCV, oncología, neurología, medicina interna, OBSTETRICIA

Usuarios:

Visitantes, acompañantes

Trabajadores sanitarios



Tabla 1. Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. España, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Millones de euros	69.400	68.034	64.138	61.710	61.947
Porcentaje sobre PIB	6,4%	6,4%	6,2%	6,0%	5,9%
Euros por habitante	1.493	1.458	1.370	1.321	1.332

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Licitació número 382/2016. Acord marc per al subministrament de medicaments d'ús humà per al tractament de fibrosi pulmonar idiopàtica. [2016/8167]

1. Entitat adjudicadora

a) Organisme: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, director general de Recursos Humans i Econòmics

Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública

Licitación número 382/2016. Acuerdo marco para el suministro de medicamentos de uso humano para el tratamiento de fibrosis pulmonar idiopática. [2016/8167]

1. Entidad adjudicadora

a) Organismo: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, director general de Recursos Humanos y Económicos

<i>Lot</i>	<i>Ordre</i>	<i>Descripció lot (principi actiu i quantitat/concentració)</i>		<i>Unitat</i>	<i>Consum anual (unitats)</i>	<i>Preu unitari sense IVA</i>	<i>Import anual sense IVA</i>	<i>IVA 4 %</i>	<i>Import anual (IVA Incl)</i>
1	1	NINTEDANIB	100 mg	Càpsules	3.864	15,71 €	60.703,44 €	2.428,14 €	63.131,58 €
1	2	NINTEDANIB	150 mg	Càpsules	28.044	23,56 €	660.716,64 €	26.428,67 €	687.145,31 €
2	1	PIRFENIDONA	267 mg	Càpsules	199.477	5,22 €	1.041.269,94 €	41.650,80 €	1.082.920,74 €
						Total	1.762.690,02 €	70.507,61 €	1.833.197,63 €

ARTÍCULO ESPECIAL

Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar*

Grupo de Trabajo sobre el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial Pulmonar de la Sociedad Europea de Cardiología

Miembros del Grupo de Trabajo: Nazzareno Galiè, Coordinador^a (Italia), Adam Torbicki (Polonia), Roby Barst (Estados Unidos), Philippe Darteville (Francia), Sheila Haworth (Reino Unido), Tim Higenbottam (Reino Unido), Horst Olschewski (Alemania), Andrew Peacock (Reino Unido), Giuseppe Pietra (Suiza), Lewis J. Rubin (Estados Unidos) y Gerald Simonneau, Co-coordinador (Francia)

Situación HURS

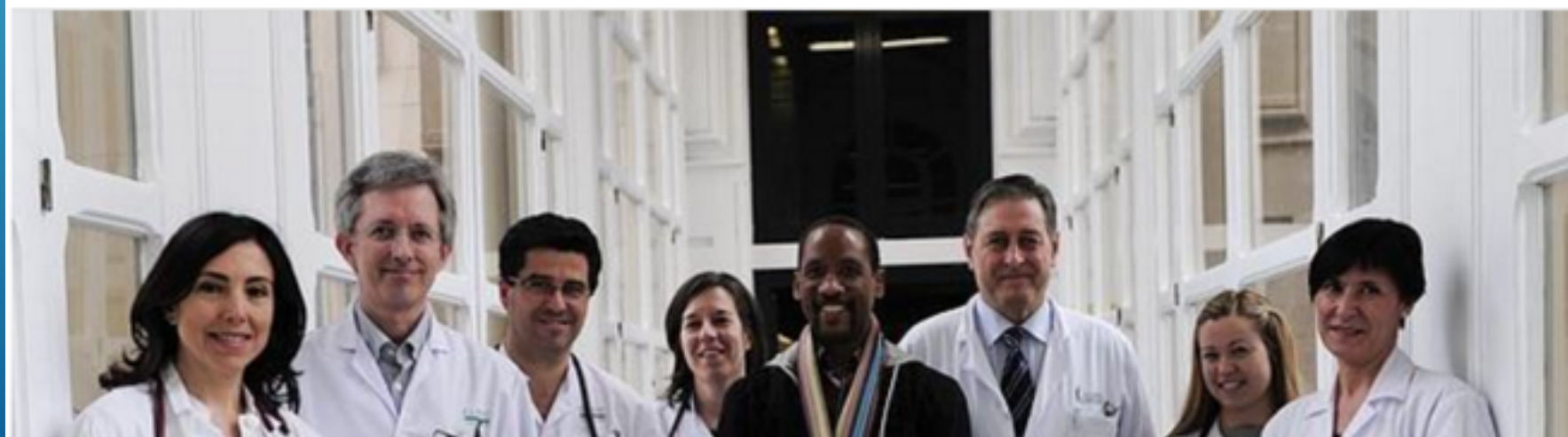
FARMACO	N (%)	Coste día HURS	Coste año HURS	Diferencia vs Macitentan
Ambrisentan 10mg/24h	6 (40%)	66,78 €	24.374,92 €	
Ambrisentan 5mg/24h	9 (60%)	33,79 €	12.333,35 €	
AMBRISENTAN MEDIA		46,92 €	17.148,43 €	-7.226,27 €
Bosentan 125/12h (Tracleer)	24 (50%)	79,50 € 54,66	29.019,90 € 19950	
Bosentan 62.5/12h (T HURS)	17 (35,4%)	39.75 € 27, 33	14.508,75 € 9975	
Bosentan 31,25/12h (T HURS)	7 (14,6%)	19.87 € 13,67	7.254.37 € 4985,7	
TRACLEER MEDIA HURS		56.72 €	20.705,18 € 14204	-3.669,52 € -10.169
BOSENTAN EFG MEDIA HURS		32.79 €	11.969.77 €	-12.404,93 €

SOCIEDAD

¿Cuánto cuesta un trasplante?

N. R. C. / MADRID | Día 04/09/2014 - 04.47h

- Cambiar un riñón sano por otro enfermo cuesta 39.000 euros y es el trasplante más económico. El precio del de pulmón, el más caro, alcanza los 135.000 euros



Tratamiento del tabaquismo en la EPOC.

Coste-efectividad

La combinación de TCC intensa y tratamiento farmacológico, es la forma de tratamiento del tabaquismo en la EPOC más eficaz y con mejor relación coste-efectividad.

Comparado con el tratamiento usual, **el coste por año de vida ganado ajustado por calidad es 2400 euros**

Hoogendoorn M, et al. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. Thorax 2010; 65:711-8

3_noviembre_2016

Aula Magna

Facultad de Medicina de Valencia

TABAQUISMO Y EPOC



**8ª JORNADA
VALENCIANA
"TABAQUISMO
Y RESPIRACIÓN"**

**8ª JORNADA VALENCIANA
"TABAQUISME I RESPIRACIÓ"**

INSCRIPCIÓN GRATUITA (Plazas limitadas)

Inscripción gratuita a través del siguiente enlace:
<http://goo.gl/forms/RnHqY4ys6Hs00Fz1>

Información e inscripciones en:

Delegación Pfizer:
delegacion.valencia@pfizer.com

Secretaría de la Fundación de
Investigación del Hospital Clínico
Universitario de Valencia - INCLIVA:
formacion@incliva.es

Solicítale la acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las
Profesiones Sanitarias.

COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidentes:

Francisco Camión Valero

Vocales:

Ana Arbúzar Martínez
Inmaculada Fontana Sanchis
Pedro Plaza Valia
Joan M. Quiles Izquierdo
Carmen Saiz Sánchez





**7ª JORNADA VALENCIANA
"TABAQUISME I RESPIRACIÓ"**

16:40-17:00 h

**Un reto para España 2030.
¿Es posible un país sin humo de tabaco?**

Dr. Joan M. Quiles i Izquierdo

*Cap de la Unitat d'Educació per a la Salut.
Direcció General de Salut Pública. Valencia*



**8ª JORNADA VALENCIANA
"TABAQUISME I RESPIRACIÓ"**

16:20-16:40 h

**Un reto para España 2030. ¿Es posible un
país sin humo de tabaco?**

Dr. Juan Ignacio Subías Ruiz de Villa

*Neumólogo. Hospital General Universitario. Castellón
Diputado en Les Corts Valencianes*

16:40-17:00 h

I. TEXTOS APROVATS

B. RESOLUCIONS I MOCIONS

1. Resolucions

Resolució 948/IX, sobre el tabaquisme, aprovada pel Ple de les Corts en la sessió de 4 d'abril de 2017

PRESIDÈNCIA DE LE CORTS

D'acord amb l'article 95.1 del Reglament de les Corts, s'ordena publicar en el *Butlletí Oficial de les Corts* la Resolució 948/IX, sobre el tabaquisme, aprovada pel Ple de les Corts en la sessió de 4 d'abril de 2017.

Palau de les Corts
València, 4 d'abril de 2017

El president
Enric Morera i Català

I. TEXTOS APROBADOS

B. RESOLUCIONES Y MOCIONES

1. Resoluciones

Resolución 948/IX, sobre el tabaquismo, aprobada por el Pleno de Les Corts en la sesión de 4 de abril de 2017

PRESIDENCIA DE LES CORTS

De acuerdo con el artículo 95.1 del Reglamento de Les Corts, se ordena publicar en el *Butlletí Oficial de les Corts* la Resolución 948/IX, sobre el tabaquismo, aprobada por el Pleno de Les Corts en la sesión de 4 de abril de 2017.

Palau de les Corts
València, 4 de abril de 2017

El presidente
Enric Morera i Català



17:00-18:00 h

LA ESTRATEGIA VALENCIANA DE PREVENCIÓ I CONTROL DEL TABAQUISME. EPIC-T-CV

Moderadores:

Dr. Juan Beltrán Garrido

Subdirector general. Direcció General de Atenció Sanitària

Dr. Joan Paredes i Carbonell

Subdirector general. Direcció General de Salut Pública

Ponentes:

17:30-17:45 h

La situación del tabaquismo en la Comunitat Valenciana

Dr. Joan Quiles i Izquierdo

Jefe de la Secció de Educació para la Salut

Direcció General de Salut Pública. València

17:45-18:00 h

La atención al tabaquismo en el entorno de la atención primaria

Dr. Joan Antoni Ribera Osca

Médec de família. Centre de Salut. Alcàsser. València

18:00-18:15 h

La atención al tabaquismo en el entorno hospitalario

Dr. Francisco Carrión Valero

Neumólogo. Hospital Clínic Universitari. València.

Profesor de Medicina. Universitat de València



FA VINT ANYS QUE SÓC AL CLÍNIC

Vint anys i encara tinc força,
i no tinc l'ànima morta,
i em sento bullir la sang.

I encara em sento capaç

...

Fa vint anys que tinc vint anys
Joan Manuel Serrat, 1984

EL TABACO ES UNA AMENAZA PARA TODOS



**DIGAMOS NO
AL TABACO**

**PROTEJAMOS LA SALUD,
REDUZCAMOS LA POBREZA,
PROMOVAMOS EL DESARROLLO**

31 DE MAYO: DÍA MUNDIAL SIN TABACO

#NoTobacco