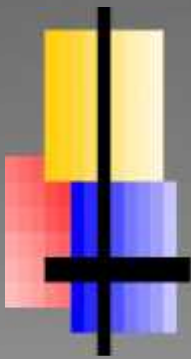


"
Reial Acadèmia de
Medicina de La
Comunitat Valenciana



"Día mundial
del tabaquismo"

EL TABAQUISMO PASIVO



Francisco Carrión Valero
Neumólogo
Hospital Clínic Universitari de València

TABAQUISMO PASIVO. DEFINICIÓN

- Exposición de los no fumadores a los productos de la combustión del tabaco en espacios cerrados



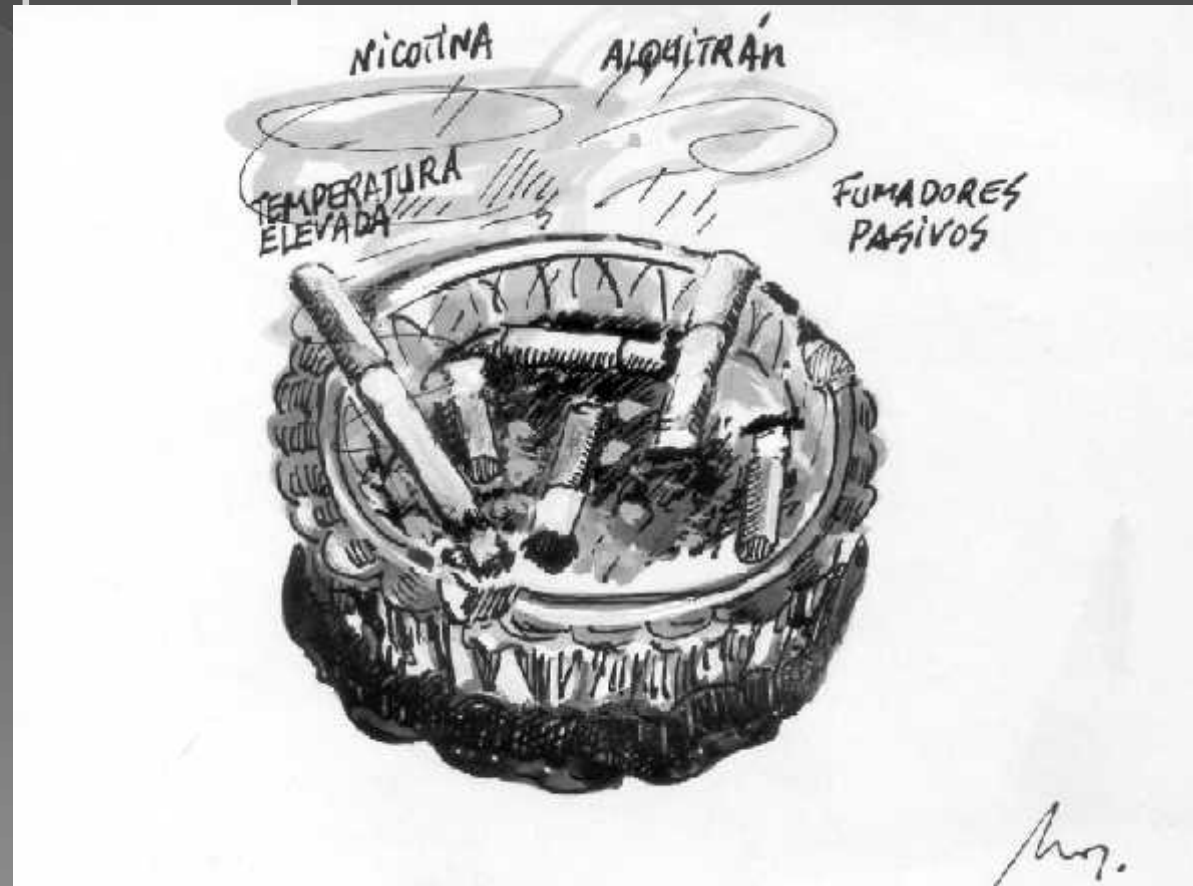
TABAQUISMO PASIVO

- Tercera causa evitable de muerte en los países desarrollados, después del tabaquismo activo y del alcoholismo



GR Lesmes. Passive smoking. The medical and economic issues. Am J Med 1992; 93 (Supl 1A):38-42

El tabaquismo pasivo. La corriente secundaria



El tabaquismo pasivo. Literatura en español

REVISIÓN

El tabaquismo pasivo en la infancia

F. Carrión Valero y C.A. Jiménez Ruiz*

Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario, Valencia.
*Unidad de Tabaquismo, Servicio de Neumología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

(Arch Bronconeumol 1999; 35: 39-47)

ARCHIVOS DE
BRONCONEUMOLOGÍA

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

El tabaquismo pasivo. Literatura en español

REVISIÓN

El tabaquismo pasivo en la infancia. Nuevas evidencias

F. Carrión Valero¹, C. Pellicer Ciscar²

¹*Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario, Valencia. Facultad de Medicina, Universitat de València*

²*Unidad de Neumología, Hospital Francesc de Borja, Gandía (Valencia)*

[*Prev Tab* 2002; 4(1): 20-25]



El tabaquismo pasivo. Literatura en español

REVISIÓN

El tabaquismo pasivo en adultos

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

Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario. Facultad de Medicina. Universitat de València. Valencia.

*Sección de Neumología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.



ARCHIVOS DE
BRONCONEUMOLOGÍA

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

EDITORIALES

Tabaquismo pasivo en el lugar de trabajo

Francisco Carrión-Valero

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



Localizador web
Artículo 120.121

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

TABAQUISMO PASIVO EN LA INFANCIA

- Las enfermedades causadas pueden ser consecuencia de la **exposición antes de nacer o después del nacimiento**
- Es probable que ambas tengan un efecto perjudicial, independiente y adicional



TABAQUISMO Y EMBARAZO. CONSECUENCIAS

- ☞ Reducción de peso
- ☞ Alteraciones endocrinas
- ☞ Mutaciones del ADN
- ☞ Aumento riesgo embarazo ectópico
- ☞ Aumento de complicaciones obstétricas y mortalidad peri-natal
- ☞ Alteración pruebas funcionales respiratorias



SÍNDROME DE TABACO FETAL

Antes de nacer...



- K Wisborg. 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

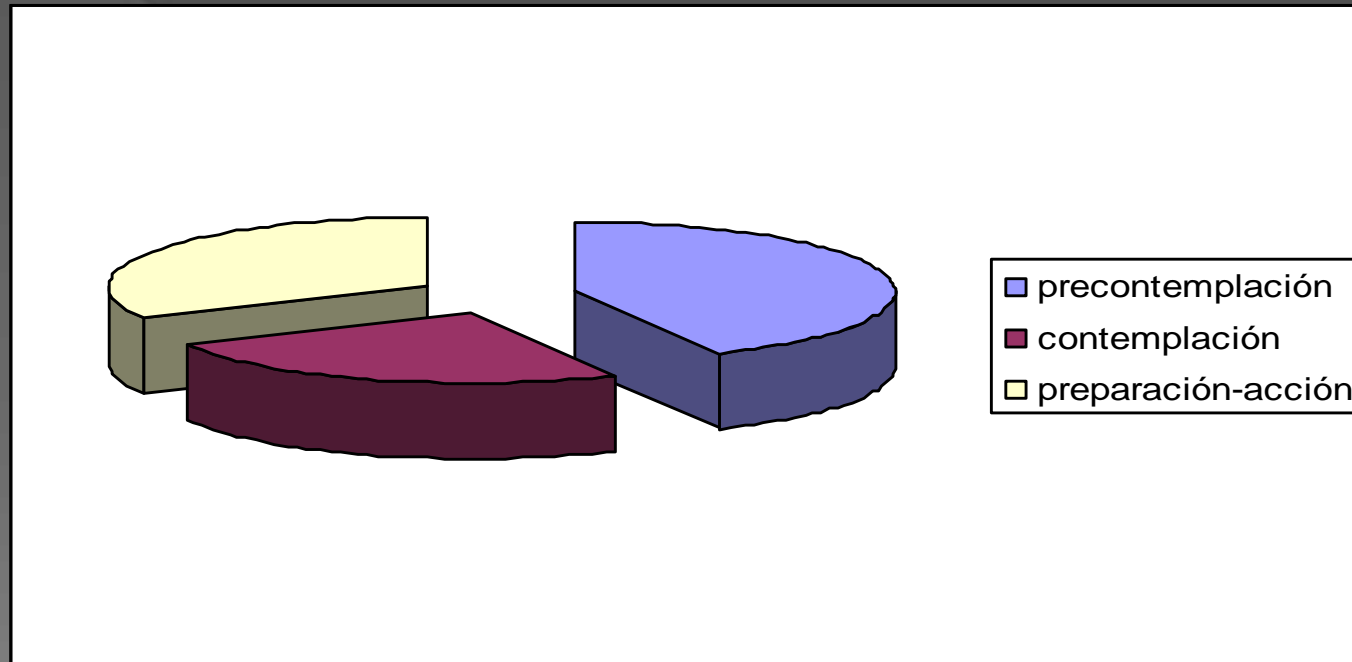
Antes de nacer...

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

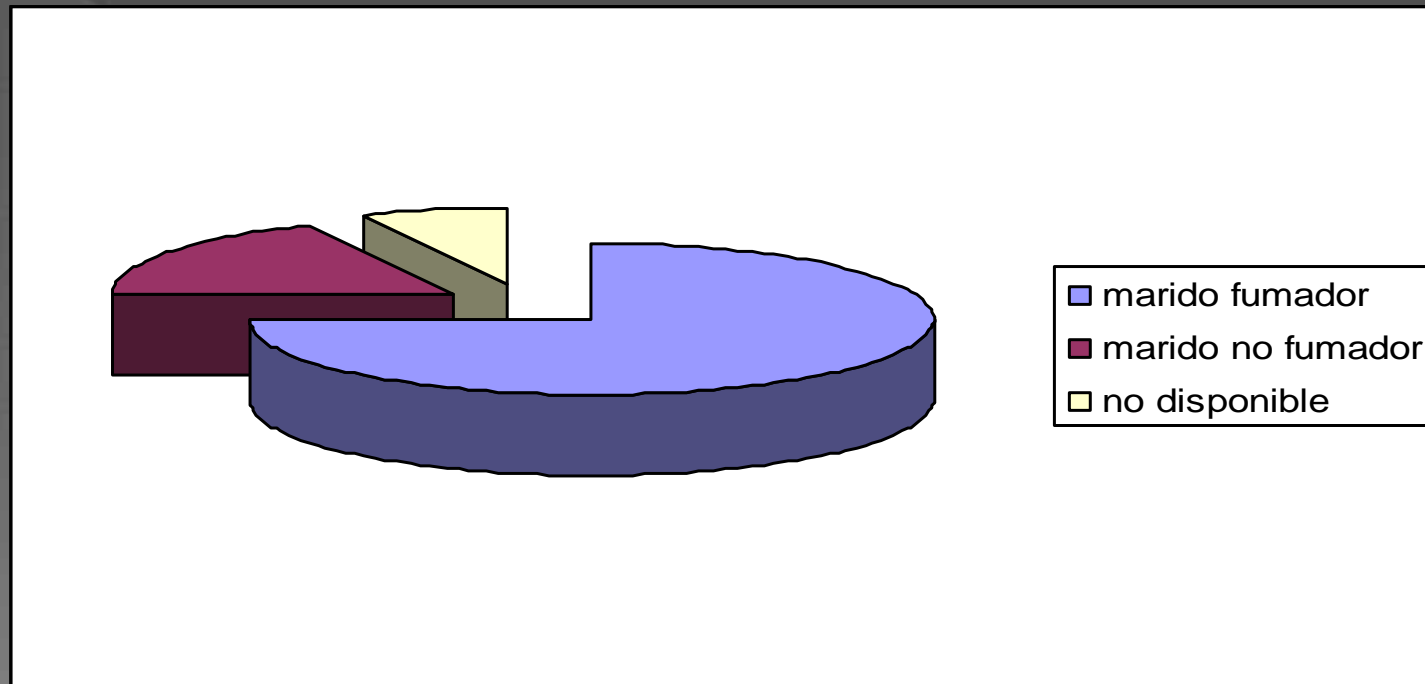
Wisborg K. Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. Am J Epidemiol 2001

TABAQUISMO Y EMBARAZO. CARACTERÍSTICAS



Maya Martínez MR. Aspectos relacionados con el tabaquismo en el embarazo. Tesis Doctoral. Universitat de València, 2010

TABAQUISMO Y EMBARAZO. CARACTERÍSTICAS



Maya Martínez MR. Aspectos relacionados con el tabaquismo en el embarazo. Tesis Doctoral. Universitat de València, 2010

ORIGINAL

PREVALENCIA DE TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO Y FACTORES ASOCIADOS EN ANDALUCÍA, 2007-2012 (*)

Pedro M. Mateos-Vílchez (1), José Manuel Aranda-Regules (2), Gema Díaz-Alonso (3), Pilar Mesa-Cruz (3), Begoña Gil-Barcenilla (3), María Ramos-Monserrat (4), Patricia Moreno-Peral (5), Josefina Castro-Barea (3) y Juan de Dios Luna del Castillo (6).

(1) Unidad de Salud Mental Comunitaria de Marbella. Servicio Andaluz de Salud

(2) Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga. Servicio Andaluz de Salud

(3) Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Salud

(4) Registro del Cáncer de Mallorca (redIAPP). Consejería de Salud de las Islas Baleares

(5) Fundación FIMABIS. Unidad de Investigación del Distrito Sanitario Málaga (redIAPP, grupo SAM-SERAP). Servicio Andaluz de Salud

(6) Universidad de Granada.

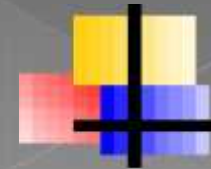
(*) Proyecto financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía: Subvenciones para la financiación de proyectos de investigación en Ciencias de la Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía según resolución de 27 de diciembre de 2004. Expediente 284/04.

En la infancia...

- Enfermedades respiratorias
- Menor peso
- Absentismo escolar
- Enfermedades ORL
- Síndrome de muerte súbita del lactante
- ...

En los adultos...

- Cáncer
- Enfermedades cardiovasculares
- Asma bronquial
- EPOC
- Síntomas respiratorios
- ...



ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN PREESCOLARES

- Tabaquismo de alguno de los padres
OR 1,57
- Tabaquismo materno
OR 1,72
- Tabaquismo de otros miembros de la casa
OR 1,29



RELACIÓN CAUSAL

DP Strachan. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. Thorax 1997;52:905-14

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN ESCOLARES

TABAQUISMO DE ALGUNO DE LOS PADRES

- Asma **OR 1,21**
- Tos crónica **OR 1,40**
- Expectoración crónica **OR 1,35**
- Dificultad respiratoria **OR 1,31**

**AUMENTO DE RIESGO Y PROBABLE
RELACION CAUSAL**

DG Cook, DP Strachan. Thorax 1997

ASMA EN LA INFANCIA. INCIDENCIA

- Hasta los 6 años, **OR 1,31**
- A partir de los 6 años, **OR 1,13**



DP Strachan. Parental smoking and childhood asthma: longitudinal and case-control studies. Thorax 1998;53:204-12

ASMA EN LA INFANCIA. GRAVEDAD

- Asociación entre valores elevados de cotinina en la orina de niños asmáticos y **mayor incidencia de exacerbaciones o peores índices funcionales**

BA Chilmonczyk. Association between exposure to environmental tobacco smoke and exacerbations of asthma in children. NEJM 1993;328:1665-9



ASMA EN LA INFANCIA. GRAVEDAD

- Correlación positiva entre valores elevados de cotinina en la orina de niños e **ingresos hospitalarios por bronquiolitis**

AC Reese. *Relationship between urinary cotinine and diagnosis in children admitted to hospital. ARRD 1992;146:66-70*



ENFERMEDADES OTORRINOLARINGOLÓGICAS

- Otitis media recurrente
OR 1,48
- Supuración del oído medio
OR 1,21



DP Strachan. Parental smoking middle ear disease and adenotonsillectomy in children. Thorax 1988;53:50-6

EL TABAQUISMO PASIVO EN LA INFANCIA...

- Puede representar un gasto médico anual de **4,6 billones americanos de dólares** en EE.UU.



CA Aligna. Tobacco and children. An economic evaluation of the medical effects of parental smoking. Arch Pediatr Adolesc Med 1997; 151:648-53

Systematic reviews and meta-analyses on the effects of active and passive smoking on respiratory health outcomes: the SmokeHaz online resource

Leah Jayes, John Britton, Constantine Vardavas, Jo Leonardi-Bee, on behalf of the Tobacco Control Committee of the European Respiratory Society

Abstract

Published Online
November 19, 2014
UK Centre for Tobacco and
Alcohol Studies, Division of
Epidemiology and Public
Health, University of
Nottingham, Nottingham, UK
(L. Jayes BSc, J. Britton MD,
J. Leonardi-Bee PhD); European
Respiratory Society
Tobacco Control Committee,
Lausanne, Switzerland
(C. Vardavas PhD); and
Department of Social and
Behavioural Sciences, Harvard
School of Public Health,
Boston, MA, USA (C. Vardavas)

Correspondence to:
Miss Leah Jayes, B125 Clinical
Sciences Building, University of
Nottingham, City Hospital
Campus, Hucknall Road,
Nottingham NG5 1PB, UK

Background Active and passive smoking increases the risk of respiratory disease in adults and children, but communication of the magnitude of these effects in a manner that is accessible and usable by public and policy makers presents a challenge. We have therefore developed a unique online resource, SmokeHaz, which summarises the effect of smoking on a range of health outcomes, focusing on respiratory diseases.

Methods We conducted a series of definitive systematic reviews and meta-analyses of longitudinal, nested case-control, and cohort studies. We identified eligible studies using electronic databases (Medline, Embase, and Web of Science, published from 1985 to 2013), conference proceedings, websites, reference lists of reviews and studies, and through contact with experts. No language restrictions were imposed. Random effect meta-analyses were used to pool the findings. Heterogeneity was explored with subgroup analyses, and publication bias was assessed with funnel plots.

Findings We included a total of 216 articles, none of which disclosed tobacco industry funding. Our reviews confirmed substantially increased risks of lung cancer (risk ratio 10.9, 95% CI 8.3–14.4, n=34), chronic obstructive pulmonary disease (4.0, 3.2–5.1, n=22), and asthma (1.6, 1.1–2.4, n=8) among adult smokers, though these effects were all strongly related to quantity smoked. Exposure to passive smoking significantly increased the risk of several respiratory diseases in childhood, including asthma, wheeze, lower respiratory infections, and reduced lung function, and in adults lung cancer (1.4, 1.2–1.7, n=13). In addition to these expected findings, our reviews showed that active smoking significantly increased the risk of asthma exacerbations, sleep apnoea (2.0, 1.02–3.8 n=2), and tuberculosis (1.6, 1.2–2.1, n=4), and that passive smoking increased the risk of tuberculosis in adults (1.44, 1.02–2.01, n=2).



Passive Smoking Impairs Histone Deacetylase-2 in Children With Severe Asthma

Yoshiki Kobayashi, MD; Cara Bossley, MD; Atul Gupta, MD; Kenichi Akashi, MD; Lemonia Tsartsali, MD; Nicolas Mercado, PhD; Peter J. Barnes, DM, DSc, FCCP; Andrew Bush, MD; and Kazuhiro Ito, PhD

Background: Parental smoking is known to worsen asthma symptoms in children and to make them refractory to asthma treatment, but the molecular mechanism is unclear. Oxidative stress from tobacco smoke has been reported to impair histone deacetylase 2 (HDAC2) via phosphatidylinositol-3-kinase (PI3K) signaling activation, which could contribute to corticosteroid-insensitive inflammation in children with severe asthma. This novel mechanism will be a treatment target in children with severe asthma and stresses the need for a smoke-free environment for asthmatic children.

CHEST 2014; 145(2):305–312



European Heart Journal (2014) **35**, 590–598
doi:10.1093/eurheartj/eh538

CLINICAL RESEARCH
Prevention and epidemiology

Passive smoking and smoking cessation among patients with coronary heart disease across Europe: results from the EUROASPIRE III survey

Christof Prugger^{1,2*}, Jürgen Wellmann², Jan Heidrich², Dirk De Bacquer³, Marie-Cécile Perier¹, Jean-Philippe Empana¹, Željko Reiner⁴, Zlatko Fras^{5,6}, Catriona Jennings⁷, Kornelia Kotseva⁷, David Wood⁷, and Ulrich Keil²,
on behalf of the EUROASPIRE Study Group



European Journal of Public Health, Vol. 18, No. 6, 622–625

© The Author 2008. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.
doi:10.1093/eurpub/ckn066 Advance Access published on 2 August 2008

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



Evolución de la exposición pasiva GLOBAL

DISMINUCIÓN del 11,6%

49,5% NO fumadores Expuestos 2005

37,9% NO fumadores Expuestos 2007

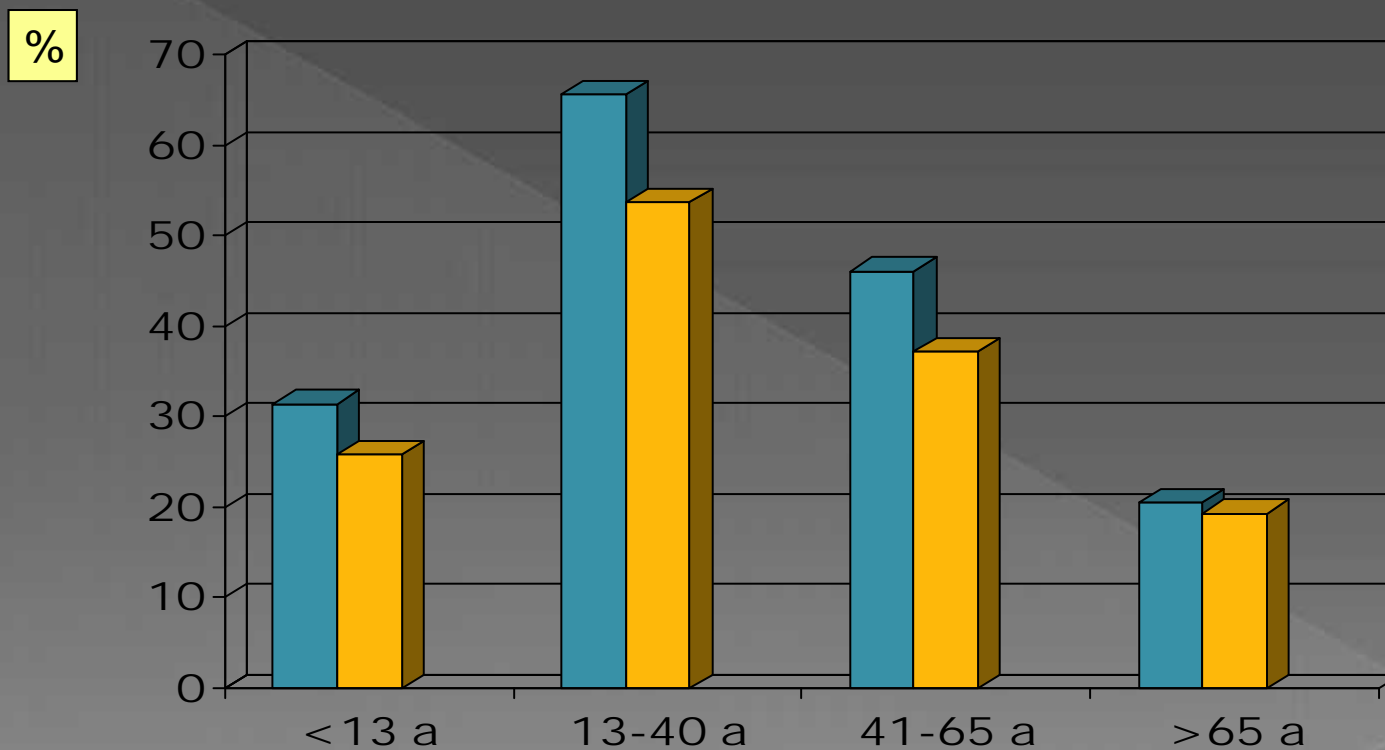
Impacto de la 1ª Ley: Reducción del 23%

Evolución de Exposición Pasiva. GLOBAL

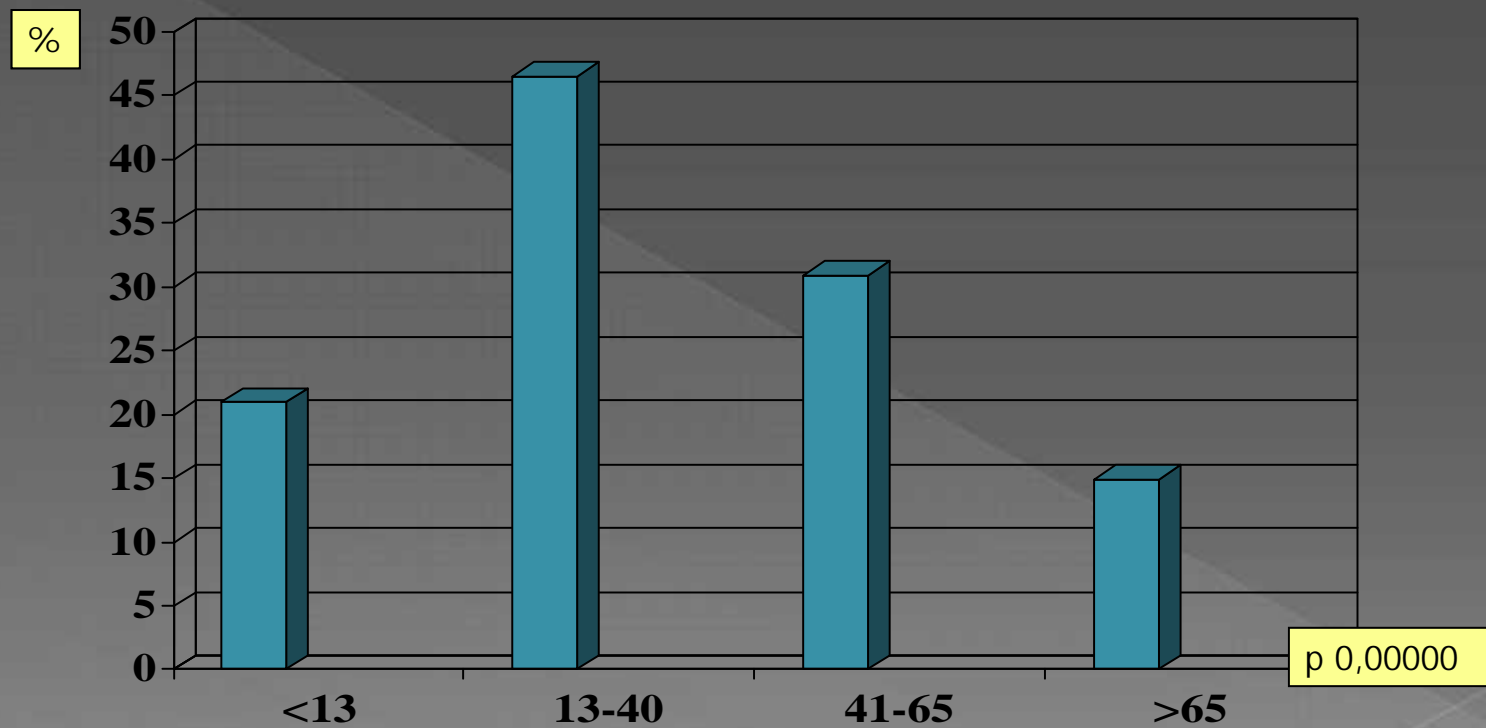
Comunitat Valenciana, 2007

35,7% NO fumadores Expuestos

Exposición pasiva GLOBAL. 2005-2007



Exposición pasiva 2007. OCIO



Tabaquismo pasivo. Entornos



	<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

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

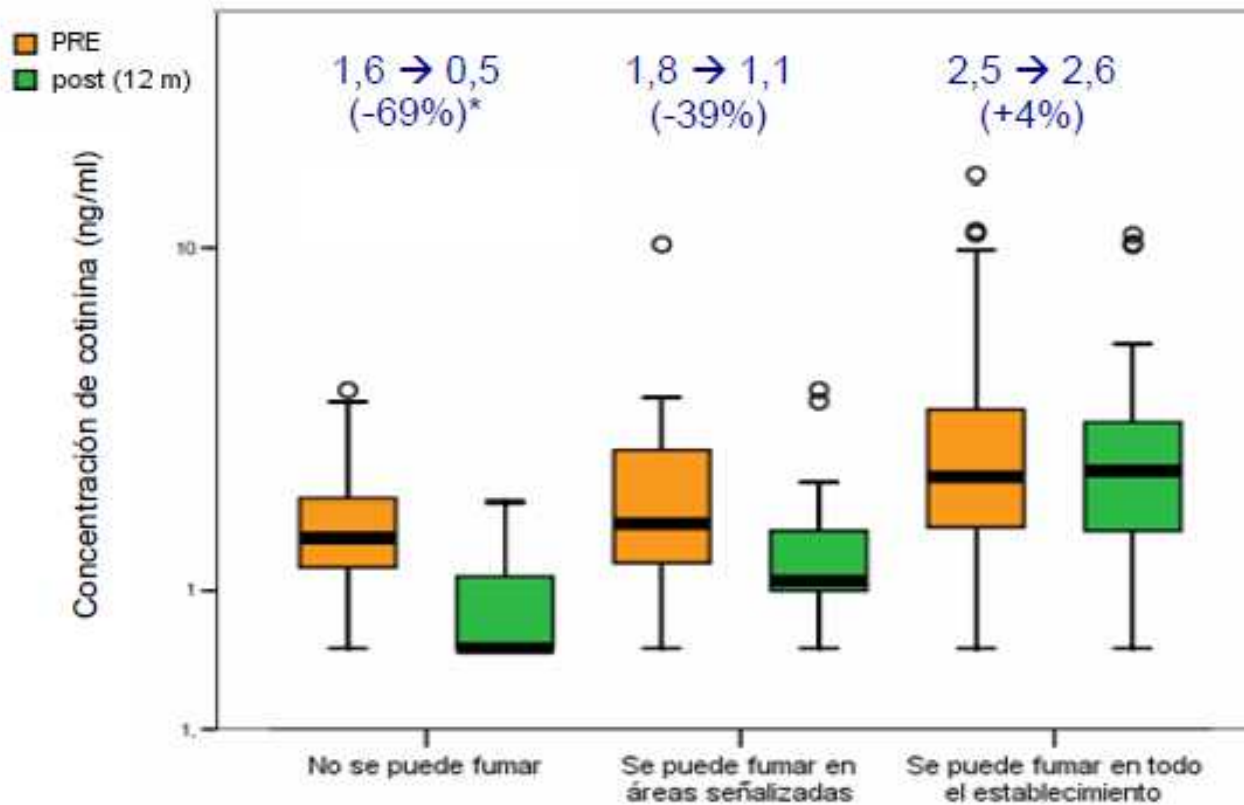


Material y métodos

- Entre octubre y diciembre de 2005 se formó una cohorte de 431 trabajadores de la restauración-hostelería



Concentración de cotinina (ng/ml) antes y después de la ley (12 m) según tipo de establecimiento (117 no fum)



Self-reported exposure to secondhand smoke at work in hospitality workers before and 12 months after the ban

	n	Baseline median (IQR)	Follow-up median (IQR)	P value*	% difference
Spain (n=117)					
Self-reported SHS exposure at work (h/day)					
<i>Type of regulation</i>					
Smoking banned	30	3.0 (0.0-8.0)	0.0 (0.0-0.0)	0,000	-100,0
Smoking permitted in designated areas	19	8.0 (0.0-9.0)	1.0 (0.0-8.0)	0.055	-35.9
Smoking permitted (no restriction)	58	8.0 (0.7-10.0)	10.0 (8.0-12.0)	0,000	35.8
Andorra and Portugal (n=20)					
Self-reported SHS exposure at work (h/day)	19	8.0 (4.5-8.0)	8.0 (8.0-9.5)	0.180	0.0
Self-reported exposure SHS outside work (h/day)	19	0.04 (0.0-0.6)	0.1 (0.0-1.01)	0.463	150.0

IQR: interquartile range; * Wilcoxon signed rank test

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 Canton, Pepa Pont, Jose A Lluich

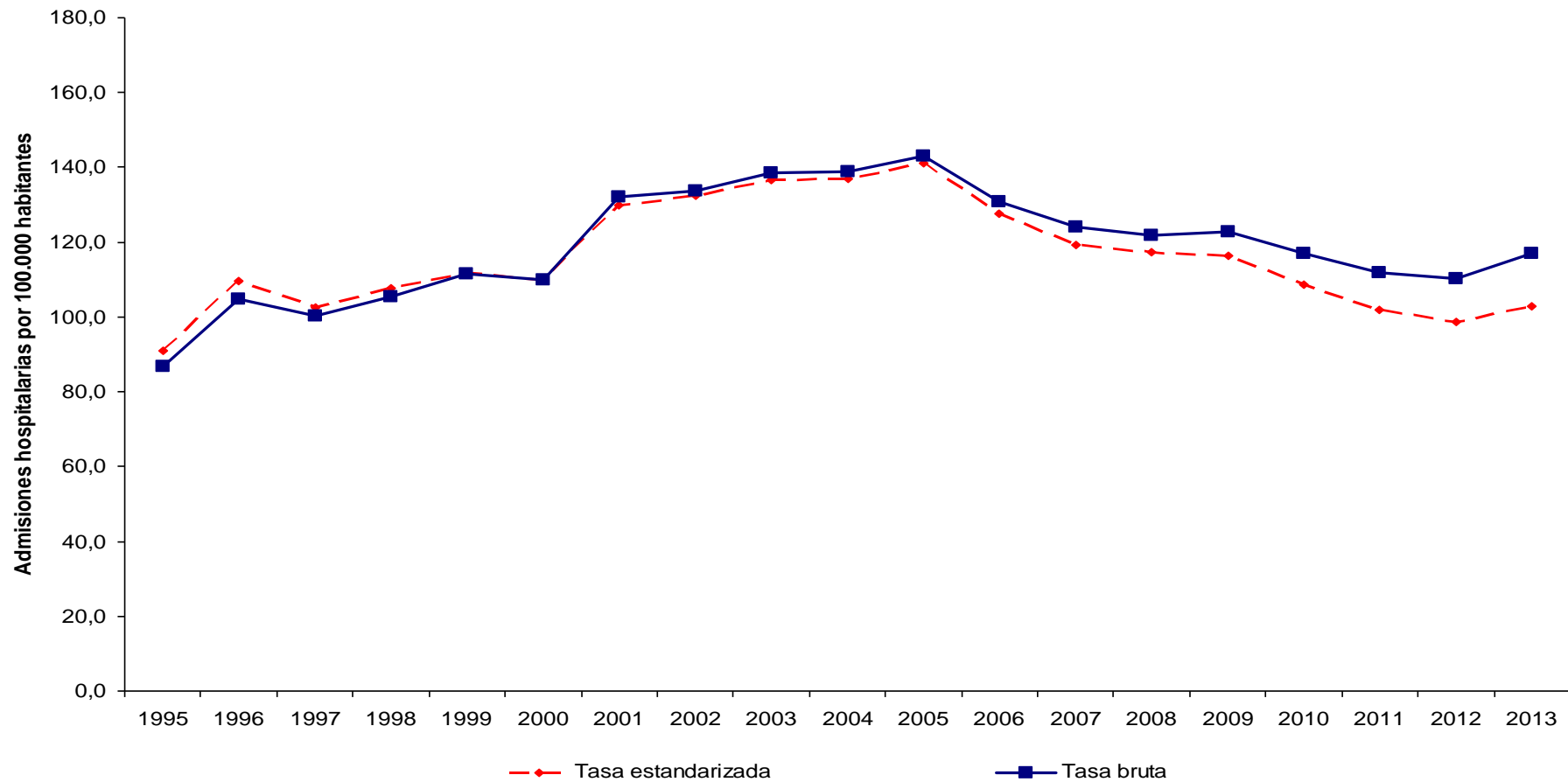
Tob Control 2012 21: 407-411 originally published online June 9, 2011
doi: 10.1136/tc.2010.042275

El infarto agudo de miocardio en la Comunitat Valenciana

Análisis de 23.339 casos en 19 años

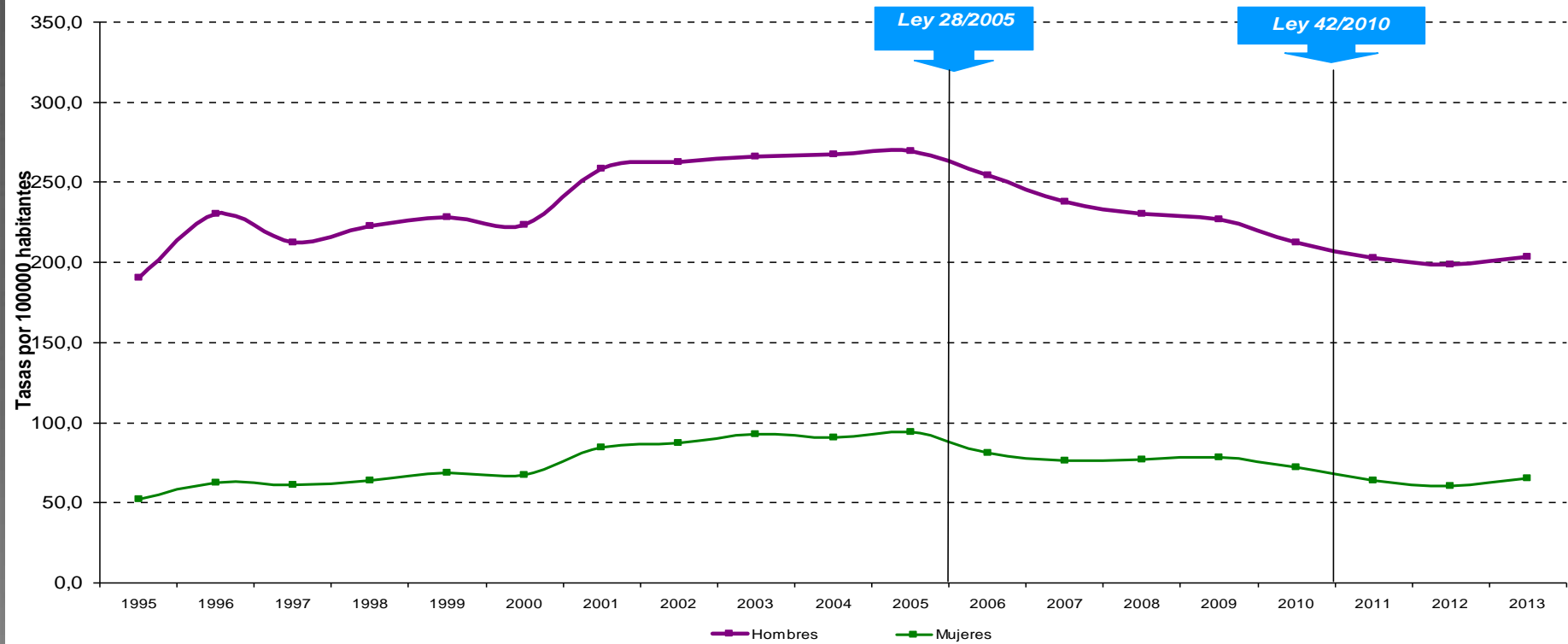
Año	Nº de admisiones	Tasa bruta por 100.000 habitantes	Tasa ajustada por 100.000 habitantes*
1995	3486	86,9	90,9
1996	4199	104,7	109,6
1997	4034	100,3	102,5
1998	4243	105,4	107,8
1999	4559	111,5	111,7
2000	4587	110,1	110,1
2001	5549	132,0	129,9
2002	5791	133,8	132,3
2003	6187	138,4	136,7
2004	6242	138,8	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

Frecuentación hospitalaria por IAM en la Comunidad Valenciana



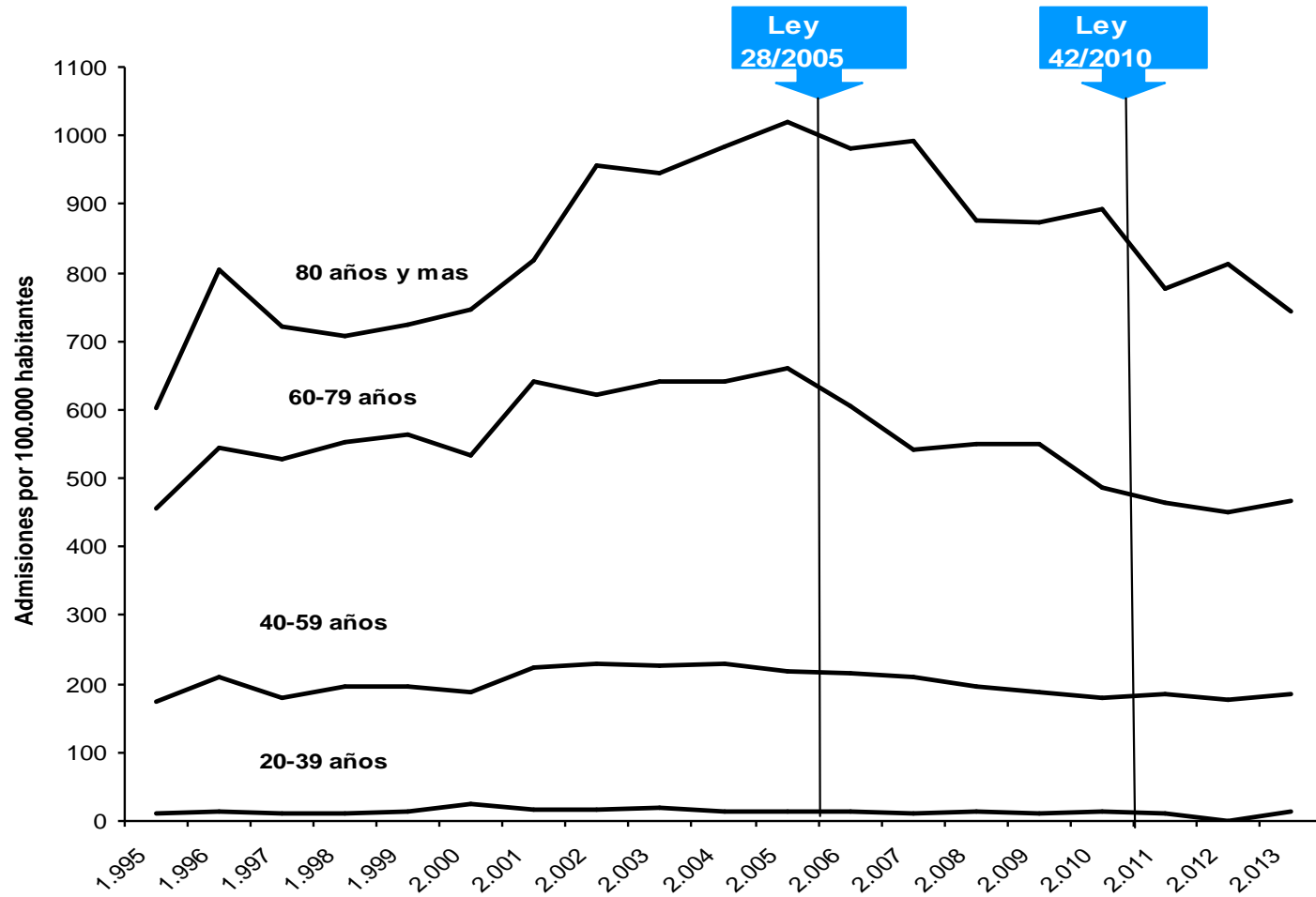
Año	Hombres			Mujeres		
	Nº de admisiones	Tasa bruta	Tasa estandarizada *	Nº de admisiones	Tasa bruta	Tasa estandarizada *
1995	2592	177,4	190,6	891	56,7	52,3
1996	3122	213,7	230,7	1075	68,4	62,8
1997	2955	198,0	212,4	1077	67,4	61,4
1998	3113	208,6	223,0	1126	70,4	64,1
1999	3285	214,3	228,0	1248	76,2	68,9
2000	3269	208,3	223,3	1237	73,9	67,5
2001	3926	242,2	258,3	1621	94,5	84,7
2002	4087	242,2	262,4	1703	96,4	87,1
2003	4302	245,2	266,3	1881	103,1	93,0
2004	4382	245,1	267,4	1865	100,7	90,4
2005	4591	247,2	269,8	2010	105,2	94,4
2006	4497	235,6	254,7	1791	91,7	81,4
2007	4285	223,0	237,9	1747	87,9	76,5
2008	4336	216,9	230,6	1798	88,1	76,8
2009	4375	216,5	227,1	1878	90,8	78,5
2010	4190	207,1	212,6	1792	86,2	72,0
2011	4098	202,7	203,0	1621	77,8	64,2
2012	4090	201,8	198,6	1561	74,6	60,7
2013	4268	211,5	203,8	1719	82,2	65,2

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

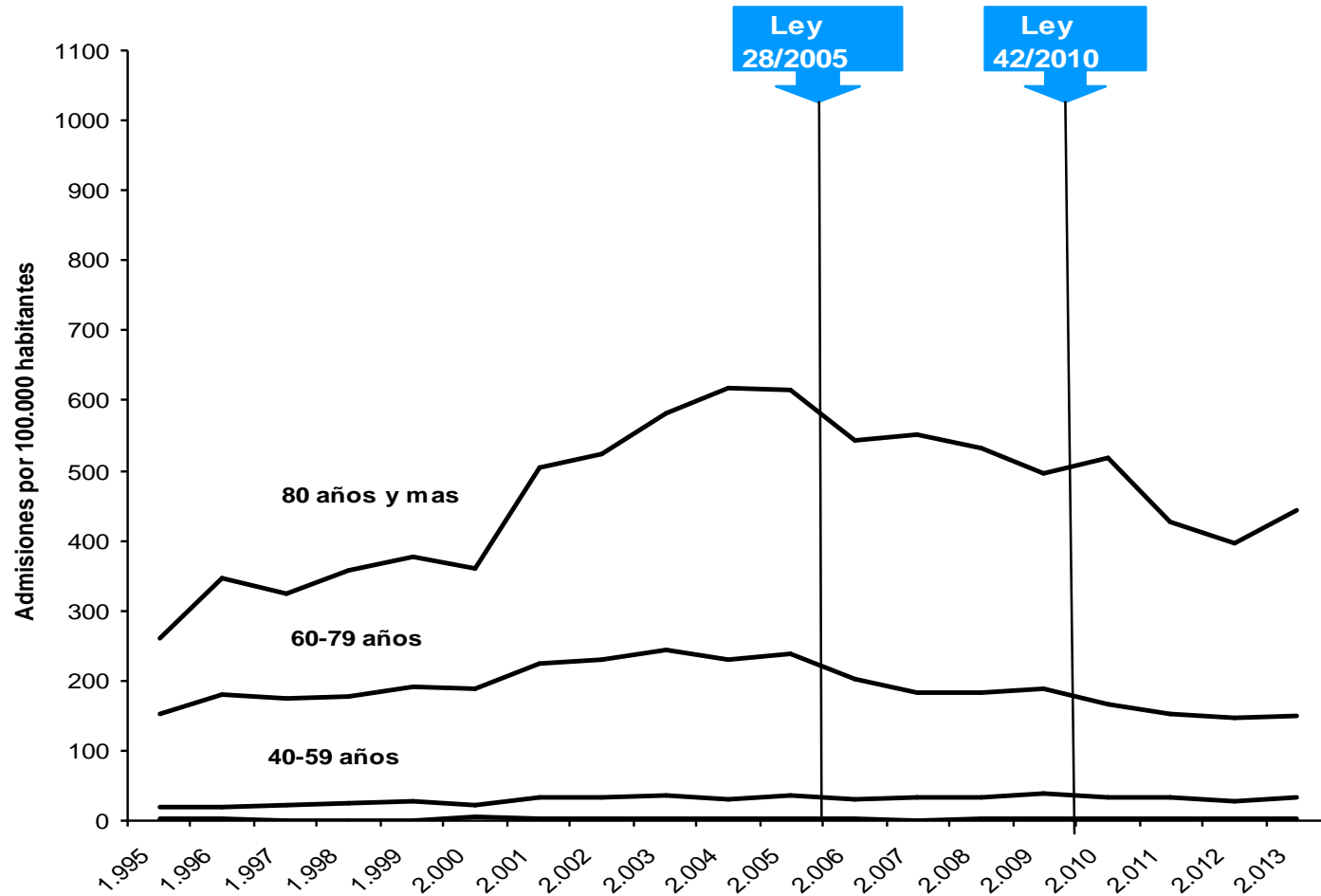


Año	Hombres				Mujeres			
	20-39 años	40-59 años	60-79 años	80 años y más	20-39 años	40-59 años	60-79 años	80 años y más
1995	12,1	175,2	456,6	603,1	1,6	18,0	151,4	260,4
1996	12,7	209,6	544,8	804,9	1,2	18,9	180,3	345,2
1997	10,5	178,7	527,6	720,4	0,8	22,7	174,2	322,9
1998	11,2	195,7	552,5	707,5	1,2	23,6	177,3	357,2
1999	14,6	196,2	564,1	723,6	0,5	26,6	191,8	376,0
2000	24,4	187,1	533,6	746,8	4,5	22,1	187,6	360,0
2001	15,2	223,6	640,1	817,2	2,1	33,6	223,8	503,1
2002	16,9	228,3	621,4	955,1	2,7	33,0	230,1	524,7
2003	18,4	226,3	640,9	943,9	2,4	34,9	242,7	580,8
2004	14,8	229,3	640,5	984,3	2,9	29,4	230,9	617,7
2005	14,3	217,3	661,7	1019,5	3,0	37,1	238,1	616,1
2006	14,3	215,1	605,4	982,4	3,7	30,0	203,6	543,1
2007	11,6	210,7	540,6	991,6	0,8	31,9	183,0	551,9
2008	12,4	195,5	550,5	877,0	2,5	32,9	183,6	531,1
2009	11,0	187,7	548,9	873,8	2,4	39,5	189,3	496,0
2010	13,2	180,2	487,3	893,9	2,8	32,3	165,7	517,3
2011	12,4	183,8	464,9	775,6	1,5	31,9	152,1	425,8
2012	1,05	176,8	451	813,9	1,7	29	146,7	394,9
2013	14,1	186,1	468,4	743	1,7	33,7	150,3	442,2

Evolución de la tasa de admisiones por IAM en hombres



Evolución de la tasa de admisiones por IAM en mujeres



Editorial

Impacto de la legislación que prohíbe fumar en lugares públicos en la reducción de la incidencia de síndrome coronario agudo en España



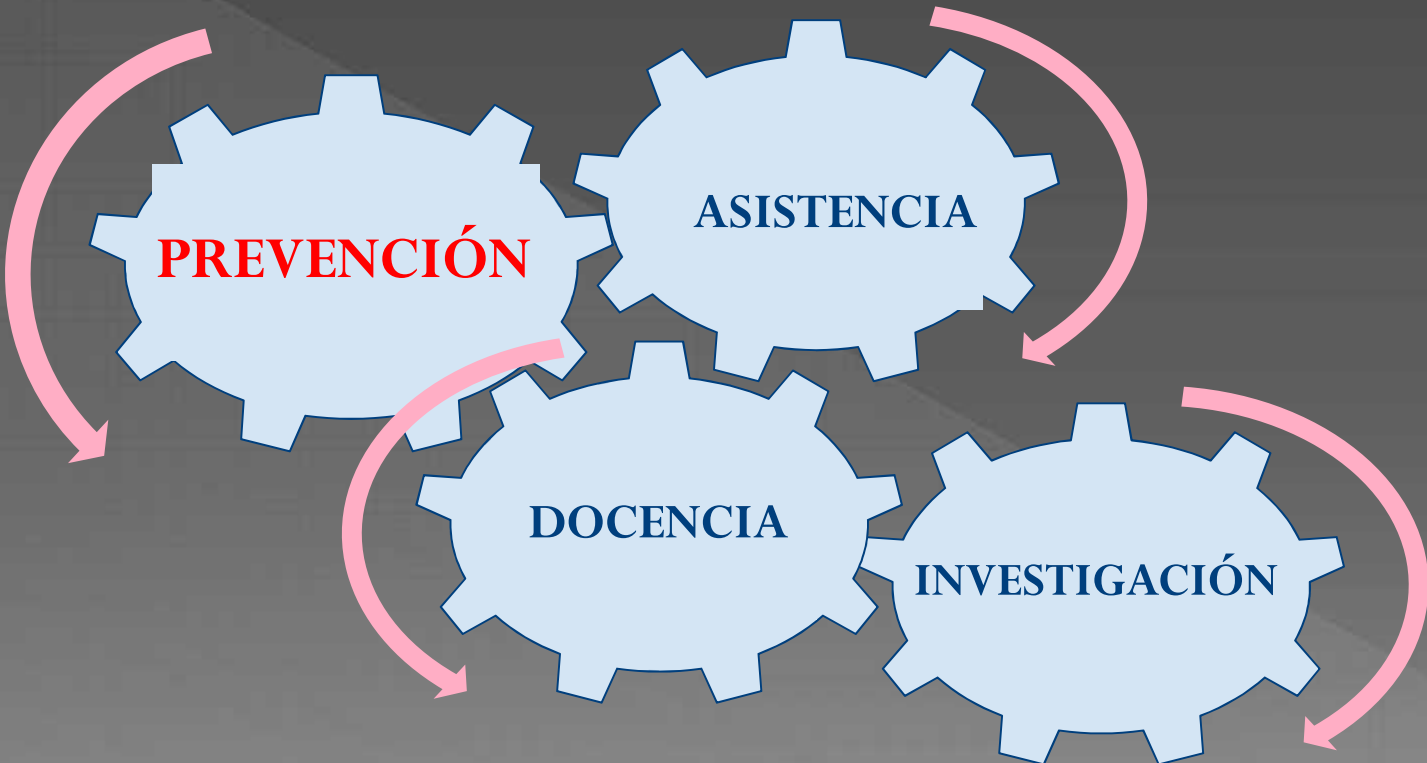
Laws Restricting Smoking in Public Places Reduce the Incidence of Acute Coronary Syndrome in Spain

Jaime Fernández de Bobadilla^{a,*}, Regina Dalmau^a y Enrique Galve^b, en representación del grupo «Legislación del Tabaco y Síndrome Coronario Agudo en España»[◇]

^a Servicio de Cardiología, Hospital La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España







Gracias por su atención