La Presidenta de la Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana tiene el honor de invitarle a la Mesa Redonda, perteneciente al Ciclo: Debates en Salud Pública 2019, con motivo del Día Mundial sin tabaco

"Tabaco y salud pulmonar:

Avanzando en el control del tabaquismo en la Comunitat Valenciana"

Tabaquismo y Salud Pulmonar: EPOC

Dr. Francisco Carrión Valero

Académico Correspondiente

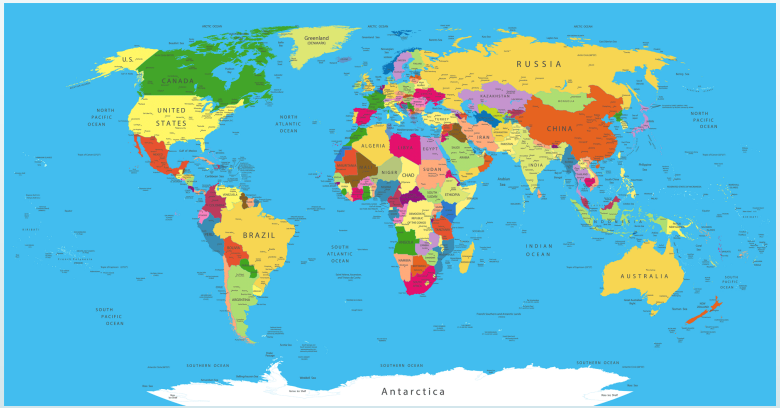
Servicio de Neumología. Hospital Clínic Universitari i Universitat de València

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad frecuente, prevenible y tratable. El consumo de tabaco es la principal causa de la EPOC en nuestro medio, de forma que el 85% de los casos son debidos al consumo de tabaco y el 20% de los fumadores pueden desarrollar EPOC a lo largo de su vida. La exposición al humo del tabaco antes de nacer, en la infancia y en la adolescencia puede afectar al crecimiento de los pulmones[1]. En la edad adulta, el tabaquismo pasivo también contribuye a la sintomatología y al desarrollo de la EPOC.

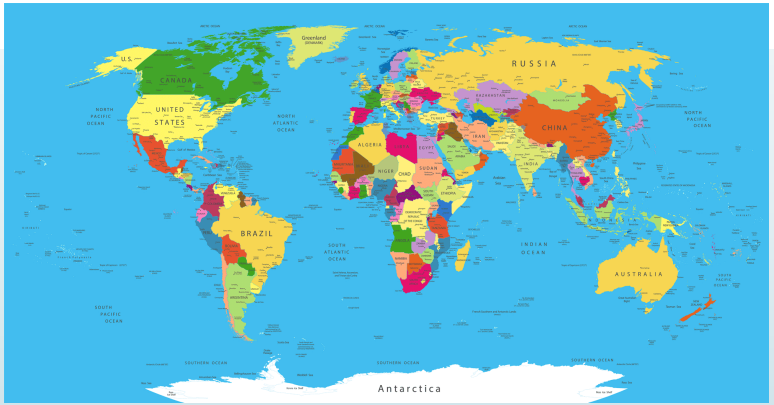
Global Burden of Disease (GBD) 2010

En el mundo, 328.615.000 personas padecen EPOC

Hombres 168 millones
Mujeres 160 millones



En el año 2016 murieron 2,9 millones de personas en el mundo como consecuencia de la EPOC, la 6.ª causa de muerte. La Organización Mundial de la Salud ha pronosticado que en el año 2030 será responsable del 8,3% de todas las muertes que sucedan y será la 3.ª causa de muerte[3].



*2.185.764 casos de EPOC entre los 21,4 millones de españoles de 40 a 80 años

Hombres 1.571.868

Mujeres 628.108

*1.595.000 españoles, el 73% de los pacientes, no conoce que la padece, no reciben tratamiento **y siguen fumando**

El tabaquismo en la EPOC. Magnitud

Entre el 30% y el 70% de los pacientes con EPOC siguen fumando

**IBERPOC*

**Shahab L et al. Thorax 2006*

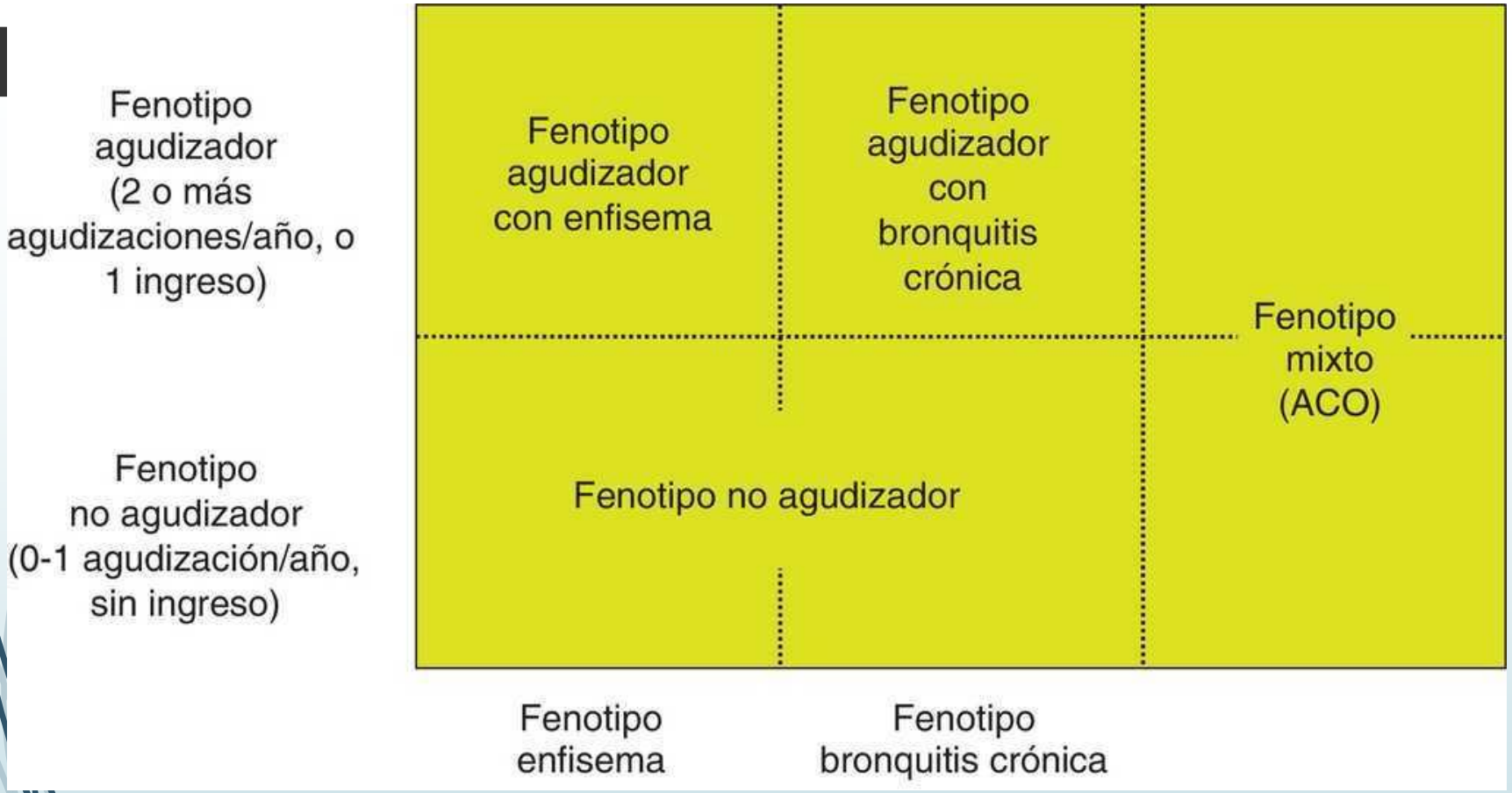
El 20% de los pacientes con EPOC que están ingresados en los hospitales españoles siguen fumando

**Pozo F et al. Estudio AUDIPOC. Arch Bronconeumol 2010*

A pesar de que ayudar abandonar el tabaco es la intervención más importante en la EPOC, no ha sido una prioridad entre los neumólogos europeos hasta ahora[6] y, como consecuencia, más de la tercera parte de los pacientes con EPOC siguen fumando. El tratamiento del tabaquismo es una intervención muy coste-efectiva, que contribuye a reducir el riesgo de desarrollar EPOC y limita su progresión cuando la enfermedad ya está establecida[6–8]. En un estudio multicéntrico internacional, el 40% de los participantes con EPOC moderada a grave eran fumadores[9]. En el mismo sentido, según datos del estudio AUDIPOC, casi el 25% de los pacientes ingresados por una exacerbación de EPOC son fumadores activos[10].

GesEPOC
guía
española
de la EPOC

La Guía española de la EPOC (GesEPOC) fue la primera guía clínica en EPOC en proponer un tratamiento guiado por fenotipos clínicos, un enfoque que ha sido adoptado por las guías nacionales de EPOC en diversos países europeos[14]. GesEPOC define el fenotipo clínico como «aquellos atributos de la enfermedad que solos o combinados describen las diferencias entre individuos con EPOC con relación a parámetros que tienen significado clínico», y recomienda identificar el fenotipo e indicar un tratamiento diferente y específico en cada caso. En la edición 2017 GesEPOC reconoce 4 fenotipos: *1)* no agudizador, *2)* EPOC-asma (ACO), *3)* agudizador con enfisema y *4)* agudizador con bronquitis crónica.


Fenotipo agudizador (2 o más agudizaciones/año, o 1 ingreso)
Fenotipo no agudizador (0-1 agudización/año, sin ingreso)
Fenotipo agudizador con enfisema
Fenotipo agudizador con bronquitis crónica
Fenotipo mixto (ACO)
Fenotipo no agudizador
Fenotipo enfisema
Fenotipo bronquitis crónica

Nivel de gravedad

*FEV1
*Disnea escala mMRC
*Nivel de actividad física (minutos diarios)
Exacerbaciones, descenso PFR, hospitalizaciones y mortalidad
*Hospitalizaciones en los 2 años previos
Riesgo de mortalidad futura

GesEPOC. Objetivos del tratamiento

Reducir los síntomas crónicos de la enfermedad
Disminuir la frecuencia y gravedad de las agudizaciones
Mejorar el pronóstico

GesEPOC. Medidas generales

Abandono del tabaco
Adecuada nutrición
Actividad física regular
Evaluación y tratamiento de las comorbilidades
La vacunación

GesEPOC, 2014. **Tratamiento farmacológico según fenotipos y niveles de gravedad**

Fenotipo	Estadio de gravedad			
	I	II	III	IV
No agudizador	LAMA o LABA SABA o SAMA*	LAMA o LABA LAMA+ LABA	LAMA + LABA	LAMA + LABA + teofilina
Mixto EPOC-asma	LABA + CI	LABA + CI	LAMA + LABA + CI	LAMA + LABA + CI (valorar añadir teofilina o IPE4 si expectoración y agudizaciones)
Agudizador con enfisema	LAMA o LABA	LABA+ CI LAMA + LABA LAMA o LABA	LAMA + LABA + CI	LAMA + LABA + CI (valorar añadir teofilina)
Agudizador con BC	LAMA o LABA	LABA + CI LAMA + LABA LAMA o LABA (LAMA o LABA) + IPE4	LAMA + LABA + (CI o IPE4) (LAMA o LABA) + CI + IPE4 (valorar añadir carbocisteína)	LAMA + LABA + (CI o IPE4) LAMA + LABA + CI + IPE4 (valorar añadir carbocisteína) Valorar añadir teofilina Valorar añadir antibiótico

GOLD. Actualización 2015

GOLD. Actualización 2015

*EPOC es la 4ª causa de muerte en el mundo

1990 6ª causa de muerte

2020 3ª causa de muerte

Sigue exposición, reducción otras causas de muerte

*Causa mayor de morbilidad en el mundo

*ES PREVENIBLE Y TRATABLE

GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF COPD (UPDATED 2015)

GOLD. Actualización 2015

FACTORS THAT INFLUENCE DISEASE DEVELOPMENT AND PROGRESSION

*Across the world, cigarette smoking is the most commomly encountered risk factor for COPD

GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF COPD (UPDATED 2015)

GOLD. Actualización 2015

CHAPTER 3. THERAPEUTIC OPTIONS

***Key points**

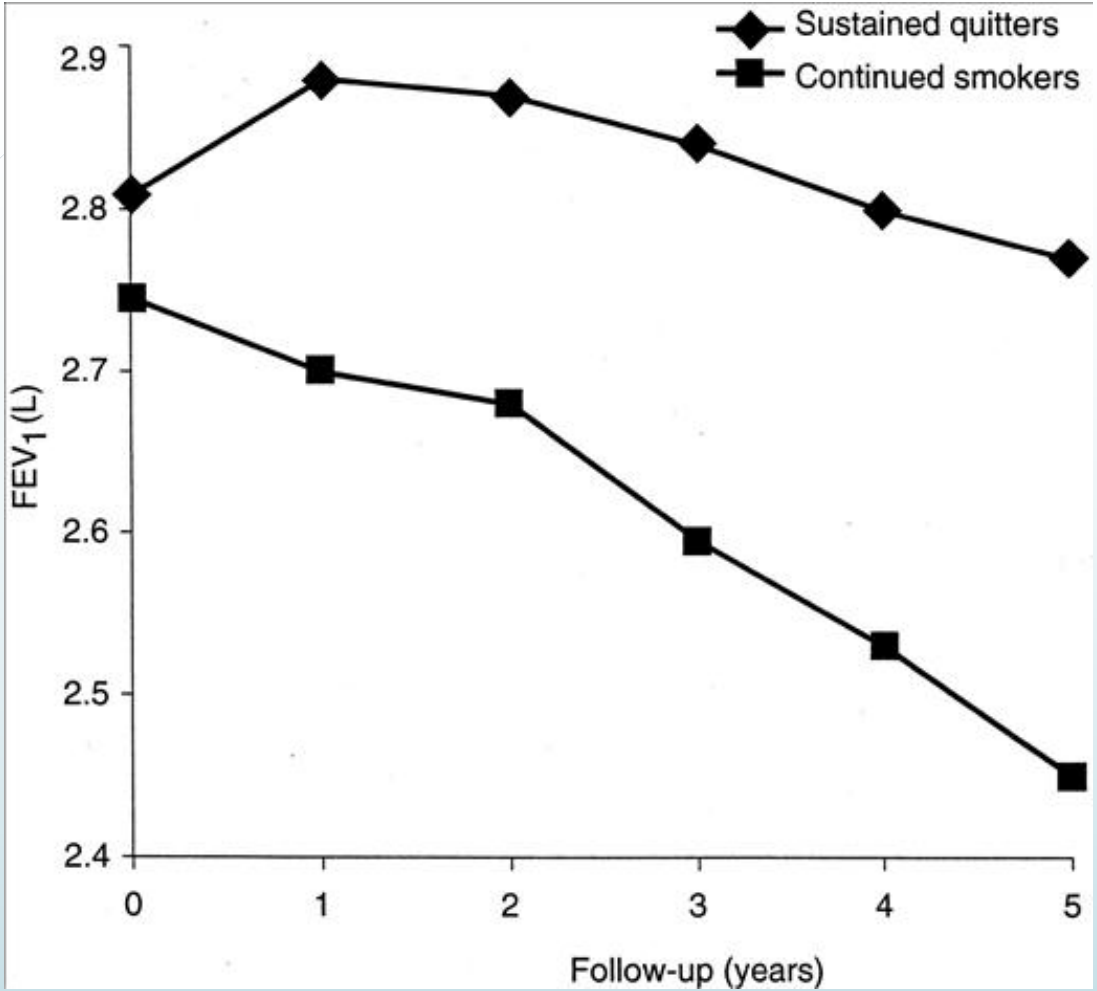
In patients who smoke, smoking cessation is very important. Pharmacotherapy and nicotine replacement reliably increase long-term smoking abstinence rates

GOLD. Actualización 2015

SMOKING CESSATION es la intervención con la mayor capacidad de influir en la historia natural de la EPOC

Anthonisen NR, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilatador in the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. JAMA 1994; 272:1497-505

*,


Sustained quitters
Continued smokers
2.9
2.8
2.7
2.6
2.5
2.4
FEV1 (L)
0
1
2
3
4
5
Follow-up (years)

KEY POINTS:

- COPD often coexists with other diseases (comorbidities) that may have a significant impact on prognosis.
- In general, the presence of comorbidities should not alter COPD treatment and comorbidities should be treated as if the patient did not have COPD.
- Cardiovascular disease is a major comorbidity in COPD and probably both the most frequent and most important disease coexisting with COPD.
- Osteoporosis and depression are also major comorbidities in COPD, are often under-diagnosed, and are associated with poor health status and prognosis.
- Lung cancer is frequently seen in patients with COPD and has been found to be the most frequent cause of death in patients with mild COPD.
- Gastroesophageal reflux (GERD) is associated with an increased
status.

CHAPTER 6: COPD AND COMORBIDITIES

GOLD. Actualización 2015

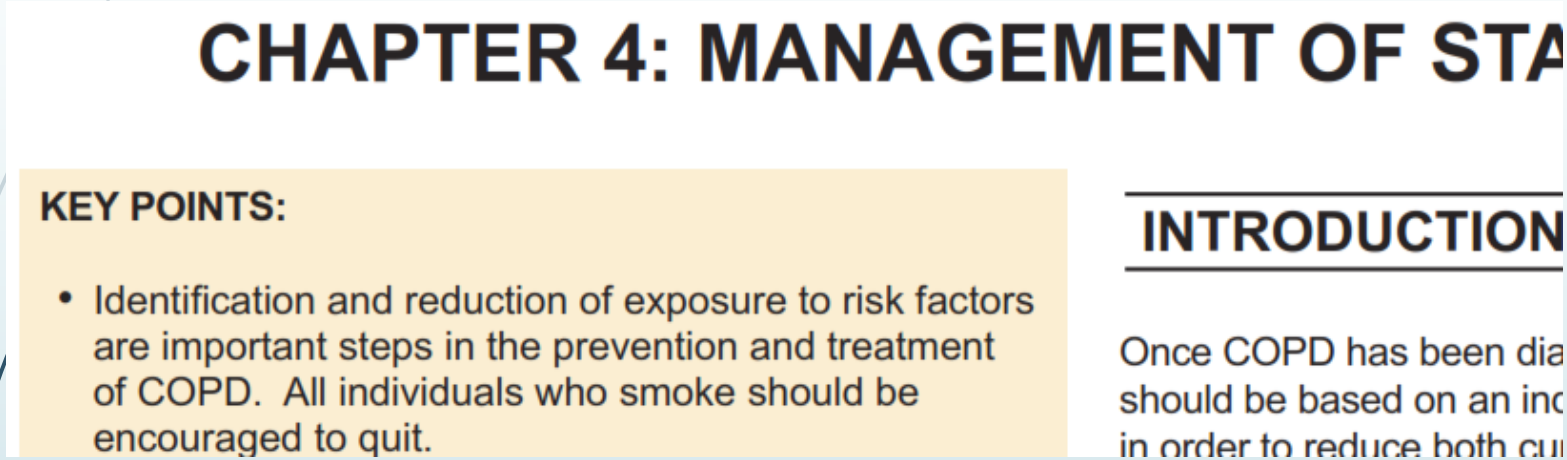
CHAPTER 4. MANAGEMENT OF STABLE COPD

Tobacco Smoke

*Smoking cessation is the key intervention for all COPD patients who continue to smoke (**Evidence A**)

*Regardless of the level of disease severity

GOLD. Actualización 2015



CHAPTER 4: MANAGEMENT OF STA

KEY POINTS:

- Identification and reduction of exposure to risk factors are important steps in the prevention and treatment of COPD. All individuals who smoke should be encouraged to quit.

INTRODUCTION

Once COPD has been dia
should be based on an inc
in order to reduce both cu

Non-pharmacologic management of COPD

Tabla 4.3

Essential	*Recommended*	*Depending on Local G*
Smoking cessation (can include pharmacologic treatment)	Physical activity	Flu vaccination Pneumococcal vaccinati
Smoking cessation (can include pharmacologic treatment) Pulmonary rehabilitation	Physical activity	Flu vaccination Pneumococcal vaccinati

POSICIONAMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA EPOC BASADO EN LA GOLD

(Los medicamentos se mencionan en orden alfabético y, por lo tanto, no necesariamente en el orden de preferencia)

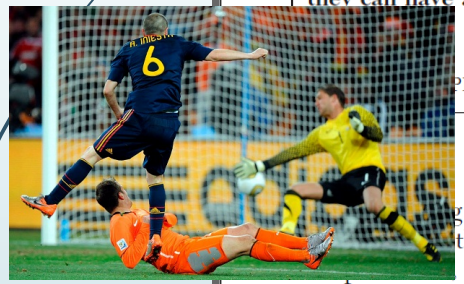
GRUPO DE PACIENTES	PRIMERA LINEA	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	OTROS TRATAMIENTOS POSIBLES (Puede utilizarse solos o en combinación con los de las otras dos columnas)
PACIENTE A **Bajo riesgo y pocos síntomas** **GOLD 1 Leve FEV_1** ≥80% **o GOLD 2 Moderada FEV_1** < 80 % y ≥ 50% **Exacerbaciones por año** ≤1 **CAT** <10 **mMRC** 0-1	**SAMA** **o** **SABA**	**LAMA** **o** **LABA** **o** **SABA + SAMA**	**Teofilina**
PACIENTE B **Bajo riesgo y más síntomas** **GOLD 1 Leve FEV_1** ≥80% **o GOLD 2 Moderada FEV_1** < 80 % y ≥ 50% **Exacerbaciones por año** ≤1 **CAT** ≥10 **mMRC** >2	**LAMA** **o** **LABA**	**LAMA + LABA**	**SABA y/o SAMA** **Teofilina**
PACIENTE C **Alto riesgo y pocos síntomas** **GOLD 3 Grave FEV_1** ≥80% **o GOLD 4 Muy Grave FEV_1** > 30% **Exacerbaciones por año** ≥2 **CAT** <10 **mMRC** 0-1	**CI+ LABA** **o** **LAMA**	**LAMA + LABA** **o** **LAMA + Inhibidor de PDE-4** **o** **LABA + Inhibidor de PDE-4**	**SABA y/o SAMA** **Teofilina**
PACIENTE D **Alto riesgo y pocos síntomas** **GOLD 3 Grave FEV1** ≥80% o **GOLD 4 Muy Grave FEV_1** > 30% **Exacerbaciones por año** ≥2 **CAT** ≥10 **mMRC** >2	**CI+ LABA** **y/o** **LAMA**	**CI + LAMA + LABA** **o** **CI + LAMA + Inhibidor de PDE-4** **o** **LAMA + LABA** **o** **LAMA + Inhibidor de PDE-4**	**Carbocisteina** **Acetilcisteína** **SABA y/o SAMA** **Teofilina**

CI: CORTICOIDES INHALADOS; **IPDE4**: INHIBIDOR DE LA FOSFODIESTERASA 4; **LABA:** $ß_2$ AGONISTA DE LARGA DURACIÓN; **LAMA:** ANTICOLINERGICO DE LARAGA DURACIÓN; **SABA:** $ß_2$ AGONISTA DE LARGA DURACIÓN; **SAMA:** ANTICOLINERGICO E CORTA DURACIÓN.

2017 GOLD

La reciente actualización del Documento GOLD (*Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2017 report*), ha supuesto un avance considerable para facilitar la prevención y el tratamiento de la EPOC. La aportación más importante sintetiza las opciones terapéuticas para los grupos de gravedad A-D. Aunque el documento completo incluye el abordaje del tabaquismo en todos los escenarios, el resumen ejecutivo que se ha publicado en las más importantes revistas neumológicas, solo le dedica 10 líneas en todo el manuscrito[12]

GOAL



Smoking Cessation*

Stephen I. Rennard, MD, FCCP; and David M. Daughton, MS

Cessation of cigarette smoking is the single most important therapeutic intervention that is effective in reducing the symptoms of COPD and in preventing its onset. Smoking cessation is, therefore, a major goal in efforts to mitigate the burden of this disease. This review will consider the pharmacologic and behavioral therapies that have been used to assist smokers in overcoming their addiction. These strategies assist a significant minority of smokers to stop smoking and, thus, they can have an important positive impact on COPD as well as on other health outcomes.

(CHEST 2000; 117:360S–364S)

PD; nicotine replacement; smoking cessation

g is the most important risk the development of COPD.[1] In smoking accounts for as much as 80 to 85% of cases of COPD. Although there is considerable variation among individuals in susceptibility to cigarette smoke,[2,3] on the whole, as many

tine, termed nicotinic receptors (as distinct from the other major class of cholinergic receptors, namely, muscarinic receptors), are also present in the mammalian nervous system.

The administration of nicotine is associated with a number of effects. Important among these is the

Rennard SI et al. Smoking cessation. Chest 2000; 17:360S-364S

Otras referencias…

- *Fletcher C, et al. The natural history of chronic bronchitis and emphysema. New York, NY: Oxford University Press 1976; 1-272*
- *Buist AS, et al. The effect of smoking cessation and modification on lug function. ARRD 1976; 114:115-22*

Más referencias

- *Tønnesen P, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: **A high priority**, integral components of therapy. Eur Respir J 2007; 29:390-417*
- *Pederson LL, et al. The effects of counseling on smoking cessation among patients hospitalized with COPD: randomized clinical trial. Int J Addict 1991; 26:107-19*

El congreso de los ratones

…

Propuso el elocuente Rosqueso
echarle un cascabel, y de esta suerte
al ruido escaparían de la muerte

…

Félix María Samaniego

Además…

El efecto beneficioso de dejar de fumar en el curso del declinar del FEV1 y en el pronóstico de la EPOC están bien establecidos en la literatura.

Sin embargo, los datos sobre las hospitalizaciones son limitados y **no se ha conocido con certeza, en qué medida es posible prevenir ingresos hospitalarios,** con intervenciones como ayudar a dejar de fumar.

Un estudio danés…

19709 participantes///14.4 años///1260 ingresos

Dejar de fumar se asoció con una significativa reducción del riesgo de ingreso hospitalario. Relative hazard (HR) 0,57, IC 95%: 0.33-0.99

Godtfredsen NS, et al. Risk of hospital admision for COPD following smoking cessation and reduction: a Danish population study. Thorax 2002; 57:967-72

COPD. Smoking characterists

En el estudio IBERPOC, 1023 fumadores, 153 (15%) tenían EPOC y el 34% nunca había intentado dejarlo

hombres, OR 2,18 (1.21-3.95)
<estudios, OR 1.96(1.23-3.14)
>dependencia física, p <0.001

≥46 años, OR 1.97 (1.18-3.31)
>consumo OR 3.70 (2.42-5.65)
>CO aire espirado, p <0.0001

Jiménez Ruiz CA, et al. Smoking characteristics: Differences in attitudes and dependence between healthy smokers ans smokers with COPD. Chest 2001; 119:1365-70

El tratamiento

La eficacia de NRT, bupropion y vareniclina para dejar de fumar en sujetos sanos (!) ha sido bien estudiada en numerosos ensayos clínicos controlados, pero **sorprendentemente pocos han sido los realizados en pacientes con EPOC**

Nicotine sublingual tablets in COPD

Ad libitum, eficaz frente a placebo

6m: 23% *vs* 10%

12m: 17% *vs* 10%

Tønnesen P, et al. Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD using nicotine sublingual tablets and behavioral support. Chest 2006; 130:334-42

En el Instituto KAROLINSKA, Stockholm

El programa incluye 2 semanas de hospitalización

Tasas de abstinencia

*Intervención: 1 año 52%, 3 años 38%

*Control: 1 año 7%, 3 años 10%

Sundblad BM, et al. High rate of smoking abstinence in COPD patients: Smoking cessation by hospitalitation. Nicotine Tob Res 2008; 10:883-90

Bupropion SR en la EPOC

Eficaz frente a placebo

26 semanas 16% vs 9%

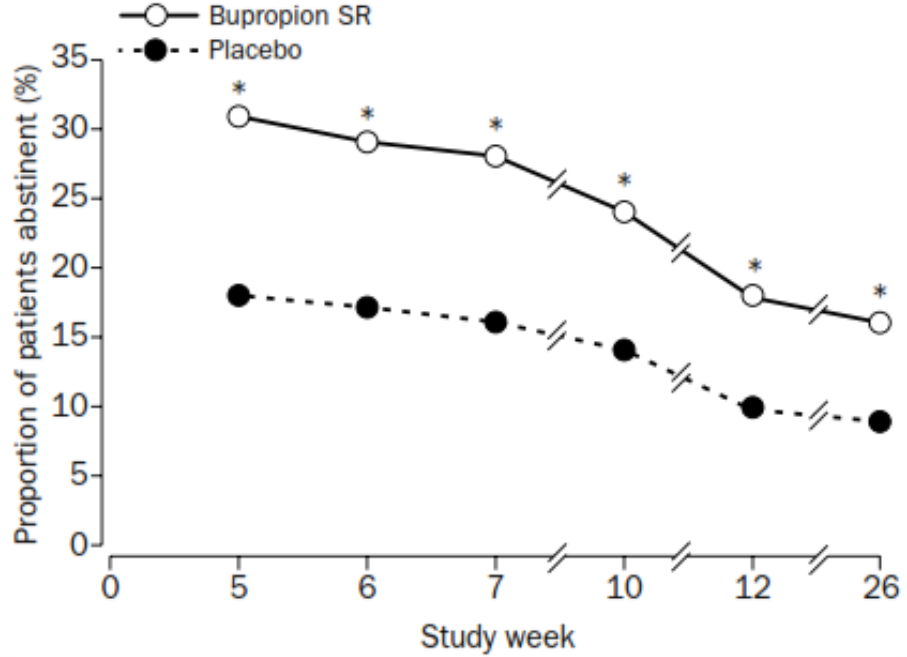


Figure 2: **Rates of continuous abstinence for weeks 4–12 and 4–26**

*p<0·05.

Tashkin DP, et al. Smoking cessation in patients with COPD: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial. Lancet 2001; 357:1571-5

Vareniclina en la EPOC

En EPOC leve o moderada: Eficaz frente a placebo

Abstinencia 12m: 18,6% *vs* 5,6%,
OR 4,04 (IC95% 3.13-7.67), p <0.0001

Tashking DPO, et al. Effect of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD. A randomized controlled trial. Chest 2011; 139:591-9

Vareniclina en la EPOC

En EPOC grave o muy grave. Estudio abierto de seguimiento

Abstinencia 24 semanas:
parches de nicotina 44,1% *vs* vareniclina 61%.
OR 1.98 (IC95% 1.25-3.12), p 0.003

Jiménez Ruiz CA, et al. Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications. Nicotine Tob Res 2012; 14:1035-9

Coste-efectividad

Tratamiento del tabaquismo en la EPOC

Cuidados usuales *(abstinencia 1,4% al año)*
Intervención mínima (*2,6% al año)*
TCC intensa (*6% al año)*
TCC intensa + tto farmacológico (*12,3% al año)*

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

Coste-efectividad

Tratamiento del tabaquismo en la EPOC

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

Arch Bronconeumol. 2013;49(8):354–363

ELSEVIER DOYMA

ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGIA

www.archbronconeumol.org

Normativa SEPAR

Tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Diagnóstico del tabaquismo en fumadores con EPOC

EPOC de reciente diagnóstico

Con EPOC previamente diagnosticada

En la EPOC de reciente diagnóstico

Número de paquetes/año
Grado de motivación para dejar de fumar
Grado de dependencia física a la nicotina
    Heaviness Smoking Index
Test de la recompensa
Analizar intentos previos de abandono
CO aire espirado

En la EPOC previamente diagnosticada

Consumo de tabaco

CO aire espirado >5ppb

Cotinina

Index of Heaviness Smoking

Análisis de los intentos previos

En la EPOC previamente diagnosticada

Grado de motivación. Escala analógico-visual

0….1….2….3….4….5….6….7….8….9….10

Ausencia total de motivación ----------→ Máxima motivación

Hall K, et al. Motivational interviewing techniques-facilitating behaviour change in the general practice setting. Aust Fam Physician 2012; 41:660-7

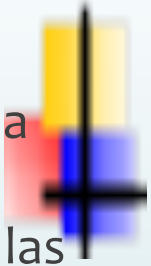
En la EPOC previamente diagnosticada

Valorar el estado de ánimo. *Screening* de la depresión

Durante el último mes,

a) ¿Ha tenido algún sentimiento de tristeza, desánimo o se ha sentido deprimido?

b) ¿Se ha sentido a menudo sin ganas y sin interés por hacer las cosas que antes le proporcionaban gusto y bienestar?



Arbol B, et al. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: Cross-sectional study. BMJ 2003; 327:1144-6

En la EPOC previamente diagnosticada

Grado de tabaquismo

Grado de dependencia física

Grado de motivación y auto-eficacia

Valoración del estado de ánimo

LAS CONCLUSIONES DEL METAANÁLISIS, Eur Resp J, 2009

Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials

R. Strassmann*, B. Bausch*, A. Spaar*, J. Kleijnen#,¶, O. Braendli+ and M.A. Puhan*,§

ABSTRACT: The aim of this study was to rank order the effectiveness of smoking cessation interventions for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients.

We searched 10 databases to identify randomised trials of smoking cessation counselling (SCC) with or without pharmacotherapy or nicotine replacement therapy (NRT). We conducted a network meta-analysis using logistic regression analyses to assess the comparative effectiveness of smoking cessation interventions while preserving randomisation of each trial.

The analysis of 7,372 COPD patients from six out of eight identified trials showed that SCC in combination with NRT had the greatest effect on prolonged abstinence rates *versus* usual care (OR 5.08, p<0.0001) *versus* SCC alone (2.80, p=0.001) and *versus* SCC combined with an antidepressant (1.53, p=0.28). The second most effective intervention was SCC combined with an antidepressant (3.32, p=0.002) *versus* SCC alone (1.83, p=0.007), with no difference between antidepressants. SCC alone was of borderline superiority compared with usual care (1.81, p=0.07).

A small body of evidence suggests that SCC combined with NRT is more effective than other combinations and single smoking cessation treatments in COPD, but substantially more research is needed for this most important COPD treatment.

KEYWORDS: Chronic obstructive pulmonary disease, mortality, network meta-analysis, prolonged abstinence rates, randomised trials, smoking cessation

AFFILIATIONS
*Horten Centre for patient-orie research and knowledge transf University of Zurich, and
+Division of Pneumology, Univ Hospital of Zurich, Zurich, Switzerland.
#Kleijnen Systematic Reviews York, UK.
¶School for Public Health and Primary Care, CAPHRI, Univers Maastricht, Maastricht, The Netherlands.
§Dept of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Health, Baltimore, MD, USA.

CORRESPONDENCE
M.A. Puhan
Dept of Epidemiology
Johns Hopkins Bloomberg Sch Public Health
615 N. Wolfe St
21205 Baltimore

NECESIDAD DE SEGUIR INVESTIGANDO

		COPDmmandments
Prevention	I	Help eliminate smoking and pollution
Diagnosis	II	Perform a spirometry in smokers and subjects with respiratory symptoms
	III	Accurately diagnose disease
	IV	Assess dyspnea, BMI, functional capacity and exacerbation risk
	V	Check for comorbidites especially heart disease, cancer, osteoporosis, depresion and gastric reflux
Treatment	VI	Promote vaccination
	VII	Promote exercise
	VIII	Insitute specific therapy
	IX	Supervize correct use of inhalers
Monitoring	X	Plan follow-up and measure response

El estudio VALENCIAs

Hipótesis

Objetivo principal y Objetivos secundarios

Metodología:

- *estudio abierto de seguimiento*

Recogida de datos durante 2016

- *en centros de la Comunitat Valenciana*
- *atención primaria, urgencias y neumología*

Tamaño muestral estimado *500 pacientes*

Seguimiento de los sujetos *1 año*

VALENCIA, LAS VALENCIAS……..

Valencia, València, del latín Valentia, no está sóla en el mundo

Hay Valencias **en todos los continentes**

En España se siguen de nombre compuesto, como Valencia de Don Juan, en León

La más poblada está en Venezuela, con 2.899.137 habitantes en 2013 (área metropolitana 3.963.358 habitantes)

La Valencia de Venezuela

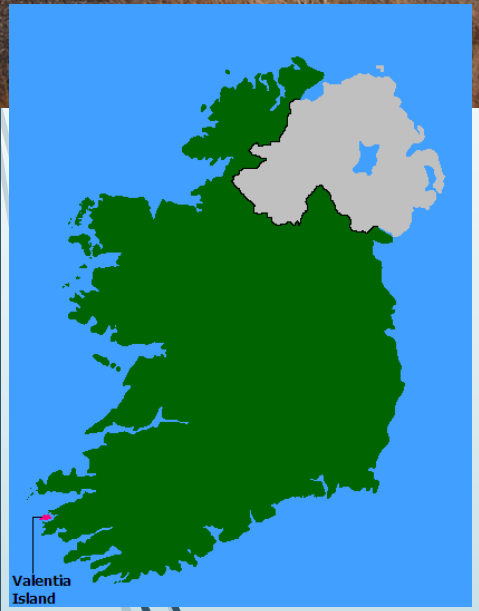
Fundada el 25 de marzo de 1555 por *Alonso Arias de Villasinda*, natural de Valencia de Don Juan

Capital y ciudad más poblada del Estado de Carabobo, en la región central del país

Capital de Venezuela en tres ocasiones, 1812, 1830 y 1858

Allí nació *Bartolomé Celli*, líder mundial en EPOC

I ♥ East Valencia
PHILIPPINES



I ♥ Valencia
VENEZUELA

OBSERVACIONES

El tratamiento del tabaquismo es la intervención terapéutica más importante y coste-efectiva en la EPOC. La eliminación del consumo de tabaco es la única medida preventiva y eficaz para detener la evolución progresiva de esta enfermedad[7,8], y tiene un impacto determinante en la reducción de la mortalidad. Por ello resulta tan sorprendente la alta tasa de tabaquismo en los pacientes con EPOC y la escasa atención que hasta ahora se ha realizado de manera rutinaria por los especialistas.

OBSERVACIONES

Aunque la mayoría de fumadores desea dejar de fumar, muy pocos reciben atención sanitaria para este fin. Recientemente, el Eurobarómetro de la Comisión Europea[2] ha documentado que en España solo uno de cada 10 fumadores que deja de fumar lo hace con ayuda de su médico, una cifra muy inferior a la de otros países europeos, como el Reino Unido.

OBSERVACIONES

En definitiva, aunque el EPOC-tabaquismo no cumple de manera estricta los criterios establecidos para ser un fenotipo de la enfermedad, al no ser un atributo de la misma, la evidencia soporta el concepto de que la identificación del «EPOC-tabaquismo» en la clasificación inicial puede contribuir a mejorar el tratamiento de los enfermos, ya que es capaz de clasificar a los pacientes en un subgrupo con valor pronóstico que permite determinar la terapia más adecuada, incluyendo el tratamiento sistemático y rutinario del tabaquismo. Por ello y en cumplimiento del primero de los diez mandamientos de la EPOC[15] abogamos por incluirlo en la clasificación inicial.

Mayo, 2018

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR

ARCHIVOS DE Bronconeumología

www.archbronconeumol.org

Editorial

Tabaquismo en pacientes con EPOC, ¿un nuevo fenotipo clínico?

Smoking In COPD Patients: A New Clinical Phenotype?

Francisco Carrión Valero[a,*], Susana Paulos Dos Santos[a] y Bartolomé R. Celli[b]

[a] *Servicio de Neumología, Hospital Clínic Universitari, Departamento de Medicina, Universitat de València, Valencia, España*
[b] *Pulmonary and Critical Care Division, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, EE. UU.*

Muchas gracias
Moltes gràcies