

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL EUROPEAN RESPIRATORY JOURNAL (MARZO 2010-17 FEBRERO 2011)



EUROPEAN RESPIRATORY *journal*

OFFICIAL SCIENTIFIC JOURNAL OF THE ERS

LORENA MONTERO RIVAS
H.C. Infanta Margarita – Cabra
Servicio Medicina Interna

Referencias bibliográficas al ESTUDIO ECCO

- ***“La planificación anticipada de la atención en enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Obstáculos y oportunidades”***. Heffner, JE. La opinión actual en la medicina pulmonar 2011-17(2),pp103-109
- ***“Actualización sobre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Una Mirada real de un disease Emergente”***. Silva, R. Revista Médica de Chile 2010-138(12),pp 1544-1552
- ***“Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres: EPOC en la Mujer”***.de Torres Tajés, JP;Macario, CC. Archivos de Bronconeumología 2010-46 (Supl. 3), pp 23-27

GENERALIDADES



EUROPEAN RESPIRATORY *journal*

OFFICIAL SCIENTIFIC JOURNAL OF THE ERS

Eur Respir J . Marzo 2010 a 17 febrero 2011	Nº Artículos
Total Artículos publicados en Eur. Respir. J.	622
Eur Respir J - Epoc	37
Eur Respir J - Epoc y Tratamiento	13
Eur Respir J - Epoc y Fisiopatología	17
Eur Respir J - Epoc y Calidad de vida	10
Eur Respir J - Epoc y Fenotipos	1
Eur Respir J - Epoc y Comorbilidad	5

GENERALIDADES SEGÚN NIVEL DE IMPACTO Datos SCOPUS



EUROPEAN RESPIRATORY *journal*

OFFICIAL SCIENTIFIC JOURNAL OF THE ERS

Document title	Author(s)	Citations
Guidelines of the European Respiratory Society and the European Society of Thoracic Surgeons for the management of malignant pleural mesothelioma	Scherpereel, A. , Astoul, P. , Baas, P. , et cols.	17
European Respiratory Society guidelines for the diagnosis and management of lymphangioleiomyomatosis	Johnson, S.R. , Cordier, J.F. , Lazor, R. , et cols	9
Prevalence and clinical correlates of bronchoreversibility in severe emphysema	Han, M.K. , Wise, R. , Mumford, J. , et cols	5
Respiratory medicines for children: Current evidence, unlicensed use and research priorities	Smyth, A.R. , Barbato, A. , Beydon, N. , et cols	3
The European Respiratory Society, 1990-2010: A 20-year anniversary story of success	Siafakas, N.M.	3
Incidence and outcome of weaning from mechanical ventilation according to new categories	Funk, G.-C. , Anders, S. , et cols	3

GENERALIDADES SEGÚN NIVEL DE IMPACTO Datos SCOPUS



EUROPEAN RESPIRATORY *journal*

OFFICIAL SCIENTIFIC JOURNAL OF THE ERS

Document title	Author(s)	Citations
Recent trends in COPD prevalence in Spain: A repeated cross-sectional survey 1997-2007	Soriano, J.B. , Ancochea, J. , et cols	<u>2</u>
School air quality related to dry cough, rhinitis and nasal patency in children	Crimi, C. , Noto, A. , et cols	<u>2</u>
The occupational contribution to severe exacerbation of asthma	Simoni, M. , et cols	<u>2</u>
No evidence for interstitial lung oedema by extensive pulmonary function testing at 4,559 m (European Respiratory Journal (2010) 35, (812-820))	Henneberger, P.K. , et cols	<u>1</u>
Paediatrics in Vienna	Dehnert, C. , Luks , et cols	<u>1</u>
A European survey of noninvasive ventilation practices	Brand, P.L.P. , Ratjen , et cols	<u>1</u>
Are smokers with acute cough in primary care prescribed antibiotics more often, and to what benefit? An observational study in 13 European countries	Stanton, N. , et cols	<u>1</u>



Impact of changes in physical activity on health-related quality of life among patients with COPD

C. Esteban*, J.M. Quintana#, M. Aburto*, J. Moraza*, M. Egurrola*,
J. Pérez-Izquierdo*, S. Aizpiri*, U. Aguirre# and A. Capelastegui*

- OBJETIVO evaluar si los cambios en la actividad física regular (AF) afectan la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con EPOC.
- 611 pacientes (edad media 67.2 ±8,4 años, FEV149.7± 14.6) completaron el Cuestionario Respiratorio de St. George (SGRQ), el Cuestionario Enf. Respiratorias Crónicas (CRQ) y la Escala de salud SF-36
- AF, definida por los pacientes, referida a caminar de forma regular , se clasificó como bajo, moderado y alto.
- Después de 5 años, 391 pacientes completaron el estudio.

RESUMEN DE RESULTADOS

- Los pacientes AF baja al inicio del estudio y que aumentaron su actividad mejoraron sus puntuaciones SGRQ en 15,9 y CRQ en un 8,7 puntos.
- Los pacientes que pasa de moderada a alta actividad mejoraron sus puntuaciones SGRQ un 18,4 y sus resultados un 14,8 CRQ.
- Aumentos más pequeños se observaron en los pacientes que mantiene un alto nivel de AF.
- Mantener un bajo nivel de ejercicio o disminución del mismo se asoció con una significativa disminución de la CVRS.
- Entre los pacientes con EPOC, la reducción del tiempo dedicado una AF o el mantenimiento de un nivel bajo de actividad puede provocar una reducción en su CVRS, mientras que un aumento de la PA puede mejorar los parámetros de la CVRS.



Impact of changes in physical activity on health-related quality of life among patients with COPD

C. Esteban*, J.M. Quintana[#], M. Aburto*, J. Moraza*, M. Egurrola*, J. Pérez-Izquierdo*, S. Aizpiri*, U. Aguirre[#] and A. Capelastegui*

TABLE 1 Baseline characteristics of study participants by survival status over a 5-yr follow-up period

	Survivors	Non-survivors	p-value
Subjects	445 (72.8)	166 (27.2)	
Age yrs	65.5±8.6	70.1±7.0	<0.0001
FEV₁ L	1.45±0.46	1.13±0.38	<0.0001
FEV₁ % pred	52±14	43.6±14	<0.0001
FEV₁/VC %	51.1±10.2	47.3±10.1	<0.0001
BMI kg·m⁻²	27.9±4.3	27.5±4.3	0.28
Pack-yrs	44.9±27.9	55.6±29.4	<0.0001
Current smokers	101 (22.7)	29 (17.5)	0.26
Dyspnoea			<0.0001
I	43 (9.7)	1 (0.6)	
II	243 (54.6)	63 (37.9)	
III	147 (33.0)	86 (51.8)	
IV-V	12 (2.7)	16 (9.6)	
COPD severity			<0.0001
GOLD stage II	249 (56)	55 (33.1)	
GOLD stage III	182 (40.9)	85 (51.2)	
GOLD stage IV-V	14 (3.15)	26 (15.7)	
Level of physical activity			<0.0001
Low	50 (11.2)	45 (27.1)	
Moderate	231 (51.9)	98 (59.0)	
High	164 (36.8)	23 (13.9)	
SGRQ			
Activity	50.4±21.1	62.0±18.6	<0.0001
Impact	30.4±19.5	38.9±17.5	<0.0001
Symptoms	40.5±20.9	47.0±20.7	0.0005
Total SGRQ	38.2±18.2	47.3±16.1	<0.0001
Hospitalisations in the 2 yrs prior to baseline[#]			
0	309 (69.4)	78 (47)	
1–2	115 (25.8)	62 (37.3)	
≥3	21 (4.7)	26 (15.6)	
Comorbidities	1.6±1.25	1.5±1.20	0.37

Data are presented as n (%) or mean ±sd, unless otherwise stated. FEV₁: forced expiratory volume in 1 s; % pred: % predicted; VC: vital capacity; BMI: body mass index; COPD: chronic obstructive pulmonary disease; GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; SGRQ: Saint George's Respiratory Questionnaire. *: p<0.0001.



Impact of changes in physical activity on health-related quality of life among patients with COPD

C. Esteban*, J.M. Quintana[#], M. Aburto*, J. Moraza*, M. Egurrola*, J. Pérez-Izquierdo*, S. Aizpiri*, U. Aguirre[#] and A. Capelastegui*

TABLE 2 Baseline characteristics of the 391 survivors who completed the three health-related quality of life instruments after 5 yrs of follow-up

	Level of physical activity			p-value
	Low [#]	Moderate [†]	High ⁺	
Subjects n	41	207	143	
Age yrs	65.8 ± 8.6 ⁺	67.3 ± 7.1 ⁺	61.9 ± 9.7 ^{#,†}	<0.0001
FEV₁ L	1.36 ± 0.50	1.43 ± 0.44 ⁺	1.56 ± 0.48 [†]	0.01
FEV₁ % pred	51.4 ± 16.3 ^{†,+}	51.9 ± 13.6 ^{#,+}	53.3 ± 13.7 ^{#,†}	<0.0001
BMI	28.2 ± 6.7	27.9 ± 3.9	28.0 ± 4.1	0.94
Pack-yr smoking habit	46.4 ± 28.2	43.7 ± 30.2	44.0 ± 25.1	0.85
Comorbidities	2.2 ± 1.4 ^{†,+}	1.7 ± 1.2 [#]	1.5 ± 1.2 [#]	0.003
Dyspnoea				<0.0001
I	0	7 (3.4)	32 (22.4)	
II	11 (26.8)	117 (56.5)	85 (59.4)	
III	26 (63.4)	80 (38.6)	25 (17.5)	
IV-V	4 (9.8)	3 (1.5)	1 (0.7)	
GOLD stage				0.90
I	21 (51.2)	117 (56.5)	85 (59.4)	
II	19 (46.3)	84 (40.6)	54 (37.8)	
III-IV	1 (2.4)	6 (2.9)	4 (2.8)	
Smoking status				0.30
Current smoker	7 (17.7)	39 (18.8)	39 (27.3)	
Ex-smoker	31 (75.6)	158 (76.3)	99 (69.2)	
Never-smoker	3 (7.3)	10 (4.8)	5 (3.5)	
Hospitalisations for COPD exacerbation in the 2 yrs prior to enrolment				0.001
0	22 (53.6)	136 (65.7)	117 (81.8)	
1	11 (26.8)	46 (22.2)	19 (13.3)	
≥2	8 (19.5)	25 (12.1)	7 (4.9)	

Data are presented as mean ± SD or n (%), unless otherwise stated. FEV₁: forced expiratory volume in 1 s; % pred: % predicted; BMI: body mass index; GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; COPD: chronic obstructive pulmonary disease. [#]: low physical activity; [†]: moderate physical activity; ⁺: high physical activity. [#], [†] and ⁺ indicate differences among the three physical activity categories using Scheffé test for multiple comparisons for continuous variables at p < 0.05. Chi-squared tests were used for the comparison of proportions among the three physical activity categories.



Impact of changes in physical activity on health-related quality of life among patients with COPD

C. Esteban*, J.M. Quintana[#], M. Aburto*, J. Moraza*, M. Egurrola*, J. Pérez-Izquierdo*, S. Aizpiri*, U. Aguirre[#] and A. Capelastegui*

TABLE 3 Baseline health-related quality of life across physical activity categories as measured by two disease-specific and one generic instrument

	Level of physical activity			p-value
	Low [#]	Moderate [¶]	High ⁺	
Subjects n	41	207	143	
SGRQ				
Activity	64.1 ± 18.9 ^{¶,†}	52.2 ± 20.7 ^{#,†}	43.5 ± 20.5 ^{#,¶}	<0.0001
Impact	40.3 ± 21.1 ^{¶,†}	31.2 ± 19.0 ^{#,†}	25.9 ± 17.6 ^{#,¶}	<0.0001
Symptoms	45.5 ± 25.7 ⁺	42.4 ± 20.0 ⁺	35.8 ± 20.4 ^{#,¶}	0.004
Total SGRQ	48.4 ± 19.3 ^{¶,†}	39.4 ± 17.7 ^{#,†}	32.9 ± 16.8 ^{#,¶}	<0.0001
CRQ				
Mastery	18.8 ± 6.8 ⁺	20.2 ± 5.6 ⁺	21.9 ± 5.6 ^{#,¶}	0.002
Dyspnoea	22.1 ± 9.0 ⁺	25.2 ± 8.2	26.4 ± 7.9 [#]	0.01
Fatigue	15.9 ± 5.8 ^{¶,†}	18.7 ± 5.5 [#]	19.5 ± 5.4 [#]	0.001
Emotional function	33.6 ± 10.8	35.5 ± 9.9	36.9 ± 8.7	0.1
Total CRQ	90.3 ± 27.8 ⁺	99.5 ± 25.0	104.8 ± 23.3 [#]	0.003
Medical outcomes study SF-36				
Physical component summary score	40.6 ± 8.1 ^{¶,†}	45.7 ± 7.4 [#]	47.3 ± 7.8 [#]	<0.0001
Mental component summary score	46.5 ± 15.1 ⁺	49.6 ± 11.0	51.4 ± 9.3 [#]	0.03
Physical functioning	44.7 ± 23.4 ^{¶,†}	64.0 ± 20.2 ^{#,†}	72.7 ± 18.9 ^{#,¶}	<0.0001
Role physical	62.2 ± 41.9 ^{¶,†}	80.5 ± 33.8 [#]	81.8 ± 33.1 [#]	0.004
Bodily pain	62.1 ± 31.7	71.8 ± 27.4	73.4 ± 25.4	0.06
General health	42.0 ± 24.9 ⁺	47.0 ± 21.4	51.6 ± 22.0 [#]	0.02
Vitality	51.6 ± 24.9 ^{¶,†}	62.0 ± 22.4 [#]	67.8 ± 23.7 [#]	0.0003
Social functioning	76.8 ± 26.4 ⁺	83.4 ± 21.4	87.3 ± 20.3 [#]	0.01
Role emotional	65.0 ± 44.7 ^{¶,†}	83.1 ± 34.9 [#]	87.6 ± 30.0 [#]	0.001
Mental health	70.7 ± 26.6 ⁺	75.9 ± 21.9	80.1 ± 18.7 [#]	0.02

Data are presented as mean ± SD, unless otherwise stated. SGRQ: St George's Respiratory Questionnaire; CRQ: Chronic Respiratory Questionnaire; SF-36: short form-36. #: low physical activity; ¶: moderate physical activity; +: high physical activity. #, ¶ and + indicate differences among the three physical activity categories using Scheffé test for multiple comparisons for continuous variables at p < 0.05.



Impact of changes in physical activity on health-related quality of life among patients with COPD

C. Esteban*, J.M. Quintana[#], M. Aburto*, J. Moraza*, M. Egurrola*, J. Pérez-Izquierdo*, S. Aizpiri*, U. Aguirre[#] and A. Capelastegui*

TABLE 4 Relationship of changes in physical activity and health-related quality of life status (HRQoL) at 5 yrs and changes from baseline

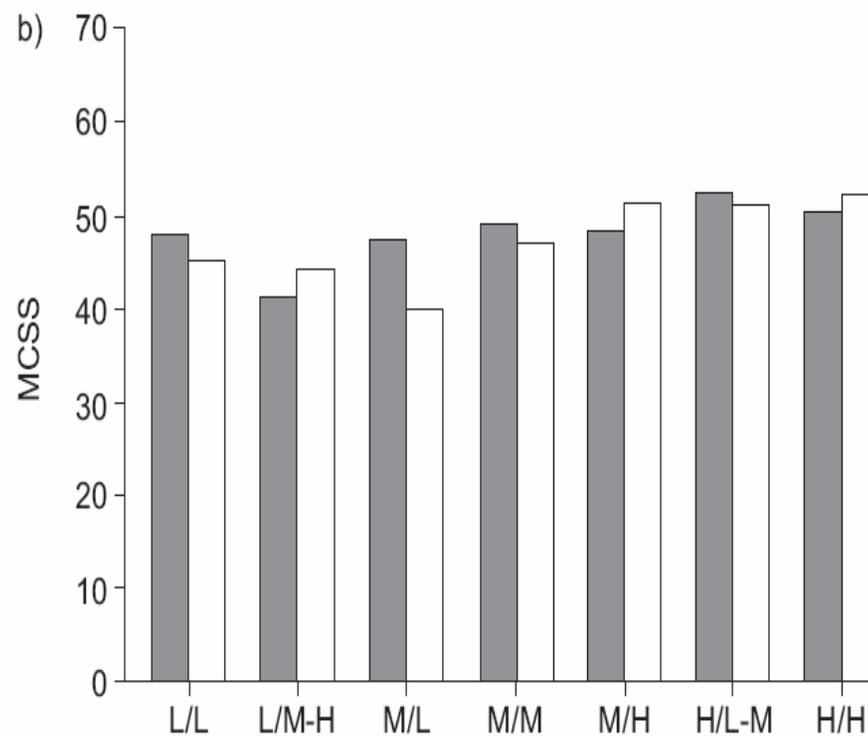
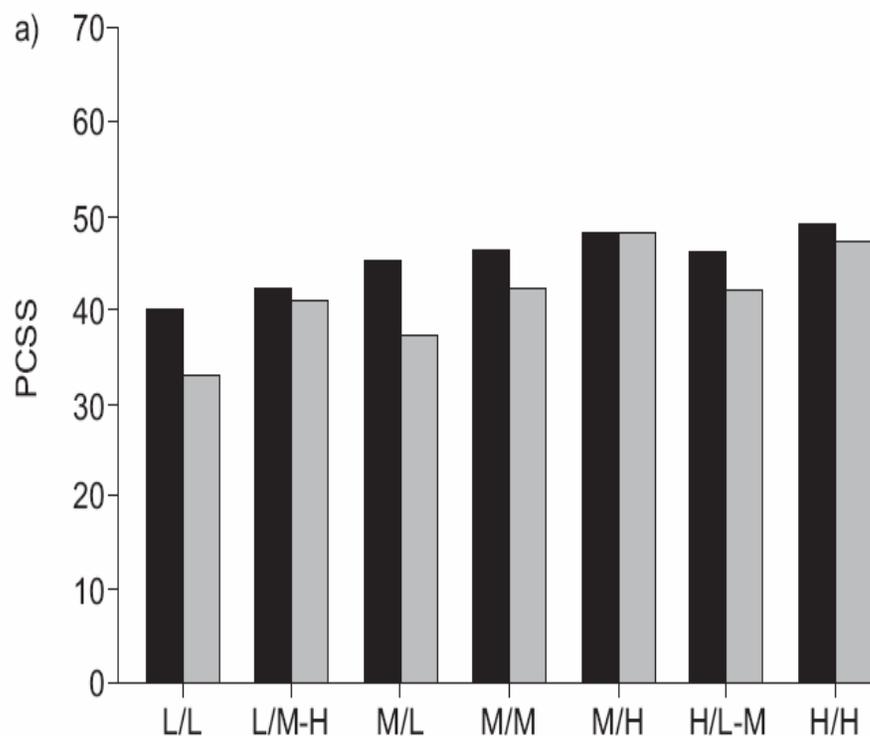
Baseline level of PA	PA after 5 yrs of follow-up	Total SGRQ		Total CRQ		SF-36 PCSS		SF-36 MCSS	
		Score at 5 yrs	Difference versus baseline	Score at 5 yrs	Difference versus baseline	At 5 yrs	Difference versus baseline	At 5 yrs	Difference versus baseline
Low	Low: 15 [*]	57.8±22.6	-10.6±17.5 ^{§,i}	81.7±31.8	-11.5±19.8 ^f	31.1±5.2	-8.2±5.1 ^{f,§§}	48.3±12.4	-2.4±8.6
Low	Moderate/high: 26 [§]	40.9±23.0	8.1±17.1 ^{*,+}	89.3±31.4	0.6±13.9	37.8±7.6	-3.5±8.7	47.3±14.8	3.2±14.0
Moderate	Low: 19 ⁺	59.0±17.0	-12.4±10.0 ^{§,i}	81.9±25.4	-11.4±10.7 ^{f,§§}	33.7±7.3	-10.2±5.3 ^{f,§§}	44.8±13.7	-3.8±12.2
Moderate	Moderate: 152 [§]	40.9±19.2	-1.8±16.2	99.5±26.6	-0.8±16.3	39±8.9	-6.4±8.7 ^{§§}	50.4±11.7	0.5±10.8
Moderate	High: 36 ^f	29.4±20.3	7.8±14.8 ^{*,+,§,§§}	106.3±30.5	6.6±16.6 ^{*,+}	44.3±7.7	-3.1±8.7 ^{*,+}	52.4±11.2	3.2±9.5
High	Low/moderate: 56 ^{*,§}	41.8±21.2	-4.9±20.0 ^f	102.1±24.7	0.5±16.9	38.8±9.6	-7.0±9.8 ^{§§}	52.9±10.4	0.2±11.4
High	High: 87 ^{§§}	28.2±15.9	2.1±14.4	110.5±22.7	3.7±16.4 ⁺	44±7.4	-4.3±8.1 ^{*,+,§,§§}	53.2±9.9	2.5±13.4

Data are presented as n or mean±SD. PA: physical activity; SGRQ: St George's Respiratory Questionnaire; CRQ: Chronic Respiratory Questionnaire; SF-36: short form-36; PCSS: physical component summary scale; MCSS: mental components summary scale. Positive values indicate an improvement in HRQoL, negative values indicate a decline in HRQoL. SGRQ score improvements have been changed to positive values and impairment has been changed to negative values. *, §, +, §, §, §§ and §§ indicate differences among the seven physical activity categories by Scheffé test for multiple comparisons at p<0.05 for continuous variable.



Impact of changes in physical activity on health-related quality of life among patients with COPD

C. Esteban*, J.M. Quintana[#], M. Aburto*, J. Moraza*, M. Egurrola*, J. Pérez-Izquierdo*, S. Aizpiri*, U. Aguirre[#] and A. Capelastegui*



a) Evolution of short form (SF)-36 physical component summary scale (PCSS) in relation to changes in physical activity. b) Evolution of short form (SF)-36 mental component summary scale (MCSS) in relation to changes in physical activity. L/L: from low to low physical activity; L/M-H: from low to moderate or high physical activity; M/L: from moderate to low physical activity; M/M: from moderate to moderate physical activity; M/H: from moderate to high physical activity; H/L-M: from high to low or moderate physical activity; H/H: from high to high physical activity. &: PCSS at baseline; &: PCSS at 5 yrs; &: MCSS at baseline; h: MCSS at 5 yrs.



Impact of changes in physical activity on health-related quality of life among patients with COPD

C. Esteban*, J.M. Quintana#, M. Aburto*, J. Moraza*, M. Egurrola*, J. Pérez-Izquierdo*, S. Aizpiri*, U. Aguirre# and A. Capelastegui*

- Referencias sobre las que se basa este estudio:
 - Garcia-Aymerich J, Félez MA, Escarrabil J, et al. Physical activity and its determinants in severe chronic obstructive pulmonary disease. *Med Sci Sport Exerc* 2004; 36: 1667–1673.
 - Pitta F, Troosters T, Probst VS, et al. Physical activity and hospitalization for exacerbation of COPD. *Chest* 2006; 129: 536–544.
 - Garcia-Aymerich J, Lange P, Benet M, et al. Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a population based cohort study *Thorax* 2006; 61: 772–778.



Impact of changes in physical activity on health-related quality of life among patients with COPD

C. Esteban*, J.M. Quintana#, M. Aburto*, J. Moraza*, M. Egurrola*, J. Pérez-Izquierdo*, S. Aizpiri*, U. Aguirre# and A. Capelastegui*

fuerza

- Gran tamaño de la cohorte (611 pacientes),
- Pacientes fueron reclutados en consultas externas
- Largo período de seguimiento (5 años)
- Uso de tres cuestionarios diferentes (2EPOC)
- No recibía ningún daño especial por tratamientos o intervenciones.
- TT^a de base indicado por su MAP en cual no recibía pautas a seguir.
- Comparar los niveles de AF respecto a CVRS de los EPOC y población general, realizando ajustes estadísticos en un esfuerzo por prevenir los factores de confusión de sesgar los resultados.

Limitación

- La confusión y la causalidad inversa es posible en este estudio, ninguna causalidad o direccionalidad de los resultados se puede deducir.
- Se utilizó un cuestionario para establecer el nivel de AF en lugar de una particular medida, como un acelerómetro o podómetro.
- Auto-informes de los sujetos del estudio puede sobreestimar o subestimar AF.
- No incluye otras actividades.
- Pequeño tamaño de muestra en algunas de las categorías de AF.
- Factores no estudiados : 97% ♂



Prevention of panic attacks and panic disorder in COPD

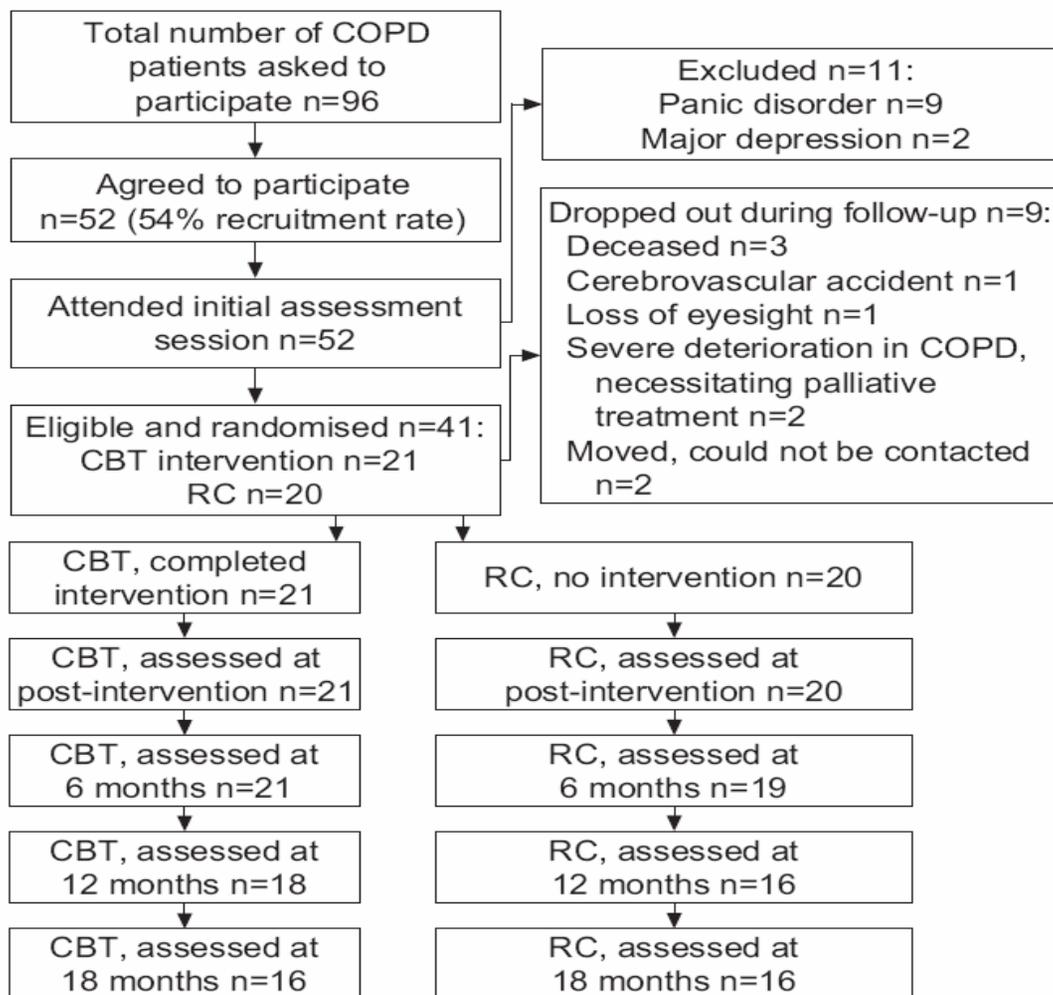
N. Livermore^{*,#}, L. Sharpe[#] and D. McKenzie^{†,+}

- ESTUDIO La influencia de una terapia cognitivo-conductual (TCC) sobre el desarrollo o empeoramiento de ataques de pánico y los síntomas de ansiedad pacientes con EPOC.
- 41 pacientes con EPOC, que había sido objeto de rehabilitación pulmonar, fueron asignados al azar a una intervención de TCC (4 sesiones) o a un cuidado diario.
- Los **objetivos primarios** fueron la reducción de ataques de pánico, trastorno de pánico y síntomas de ansiedad.
- Los **objetivos secundarios** fueron los síntomas depresivos, cogniciones catastróficas sobre las dificultades para respirar, calidad de vida y reingresos hospitalarios.
- RESUMEN DE RESULTADOS
 - 12 (60%) participantes del grupo de atención de rutina experimentaron por lo menos un ataque de pánico 6 meses siguientes, dos (17%) de estos llegaron a ser diagnosticados de trastorno de pánico, mientras **que ninguno de los participantes del grupo TCC experimentaron ataques de pánico durante el seguimiento.**
 - Reducciones significativas en los síntomas de ansiedad y catastrofismo en el grupo de TCC durante el seguimiento y con un menor número de reingresos hospitalarios entre los 6 - y 12 meses.
- **El estudio proporciona evidencia de que una breve intervención TCC en los pacientes con EPOC puede prevenir el desarrollo-empeoramiento del pánico y la ansiedad.**

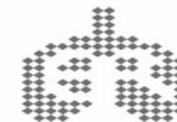


Prevention of panic attacks and panic disorder in COPD

N. Livermore^{*,#}, L. Sharpe[#] and D. McKenzie^{†,+}



Numbers/attrition of participants from enrolment to 18-month follow-up. COPD: chronic obstructive pulmonary disease; CBT: cognitive behaviour therapy; RC: routine care.



Prevention of panic attacks and panic disorder in COPD

N. Livermore^{*,#}, L. Sharpe[#] and D. McKenzie^{†,+}

TABLE 1 Characteristics of study subjects

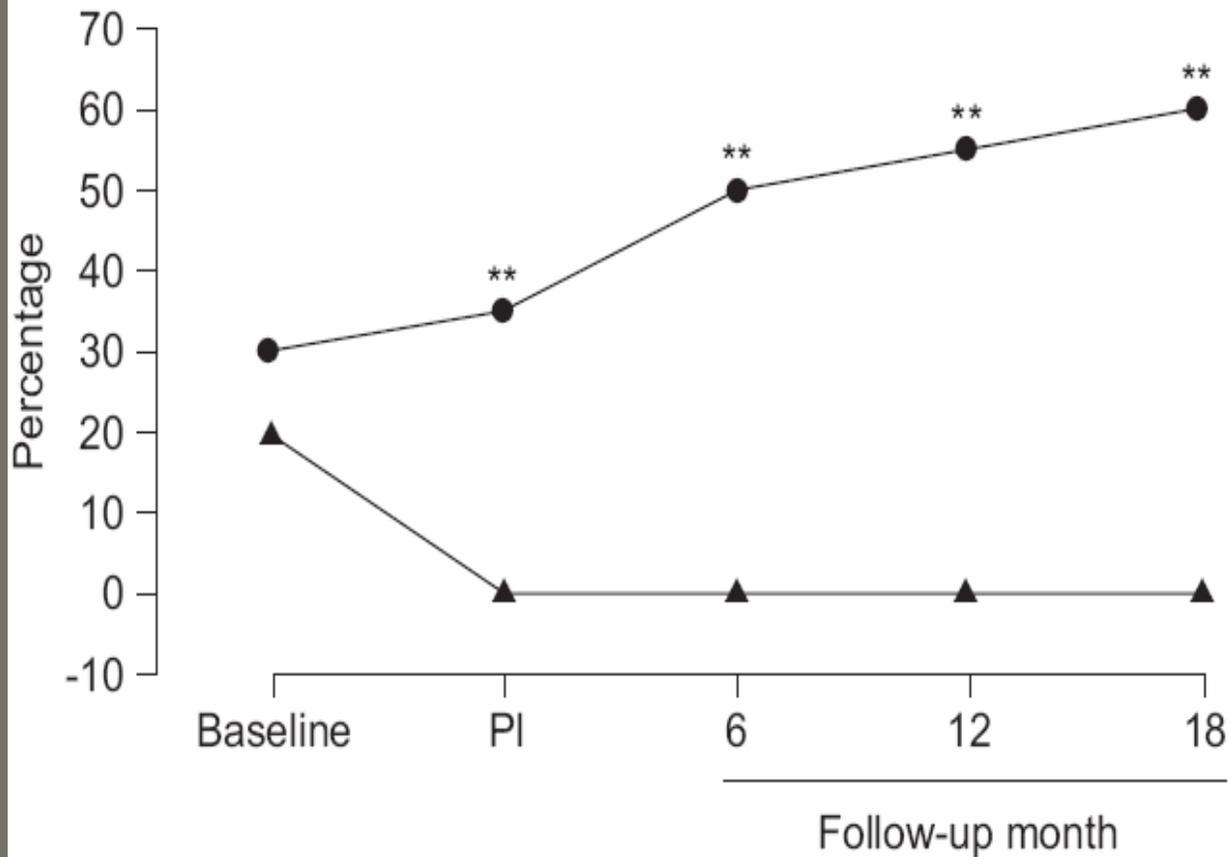
	Intervention	Routine care	p-value
Subjects n	21	20	
Female	12 (57)	11 (55)	0.89
Age yrs	73.2 ± 6.4	73.5 ± 8.1	0.91
Time since COPD diagnosis yrs	6.5 ± 4.9	6.4 ± 5.6	0.96
Current smoking	3 (14)	2 (10)	0.68
BMI kg·m⁻²	25.7 ± 4.3	26.2 ± 5.3	0.80
Alcohol consumed each week days	2.5 ± 1.5	3.4 ± 1.1	0.04*
Standard drinks	0.4 ± 0.9	0.2 ± 0.4	0.28
On home O₂ therapy	4 (19)	5 (25)	0.65
FEV₁ post-bronch % pred	57.0 ± 25.1	51.1 ± 15.0	0.11
FVC post-bronch % pred	88.5 ± 16.8	80.3 ± 12.9	0.10
FEV₁/FVC ratio post-bronch	0.67 ± 0.2	0.62 ± 0.17	0.37
COPD admissions in 6 months prior to study	13 (62)	14 (70)	0.60
≥ 1 panic attack in previous month	4 (20)	6 (30)	0.48
HADS anxiety subscale score	5.2 ± 2.9	5.9 ± 2.7	0.45
HADS depression subscale score	3.9 ± 2.1	4.1 ± 2.8	0.55
IBPQ score	7.0 ± 4.3	8.2 ± 4.8	0.44
SGRQ score	40.3 ± 15.1	47.9 ± 17.9	0.15

Data are presented as mean ± SD or n (%), unless otherwise stated. COPD: chronic obstructive pulmonary disease; BMI: body mass index; FEV₁: forced expiratory volume in 1 s; post-bronch: post-bronchodilator; % pred: % predicted for age; FVC: forced vital capacity; HADS: Hospital Anxiety Depression Scale; IBPQ: Interpretation of Breathing Problems Questionnaire; SGRQ: St George's Respiratory Questionnaire. *: p < 0.05 on ANOVA.



Prevention of panic attacks and panic disorder in COPD

N. Livermore^{*,#}, L. Sharpe[#] and D. McKenzie^{†,*,+}



▲ TCC

● TR

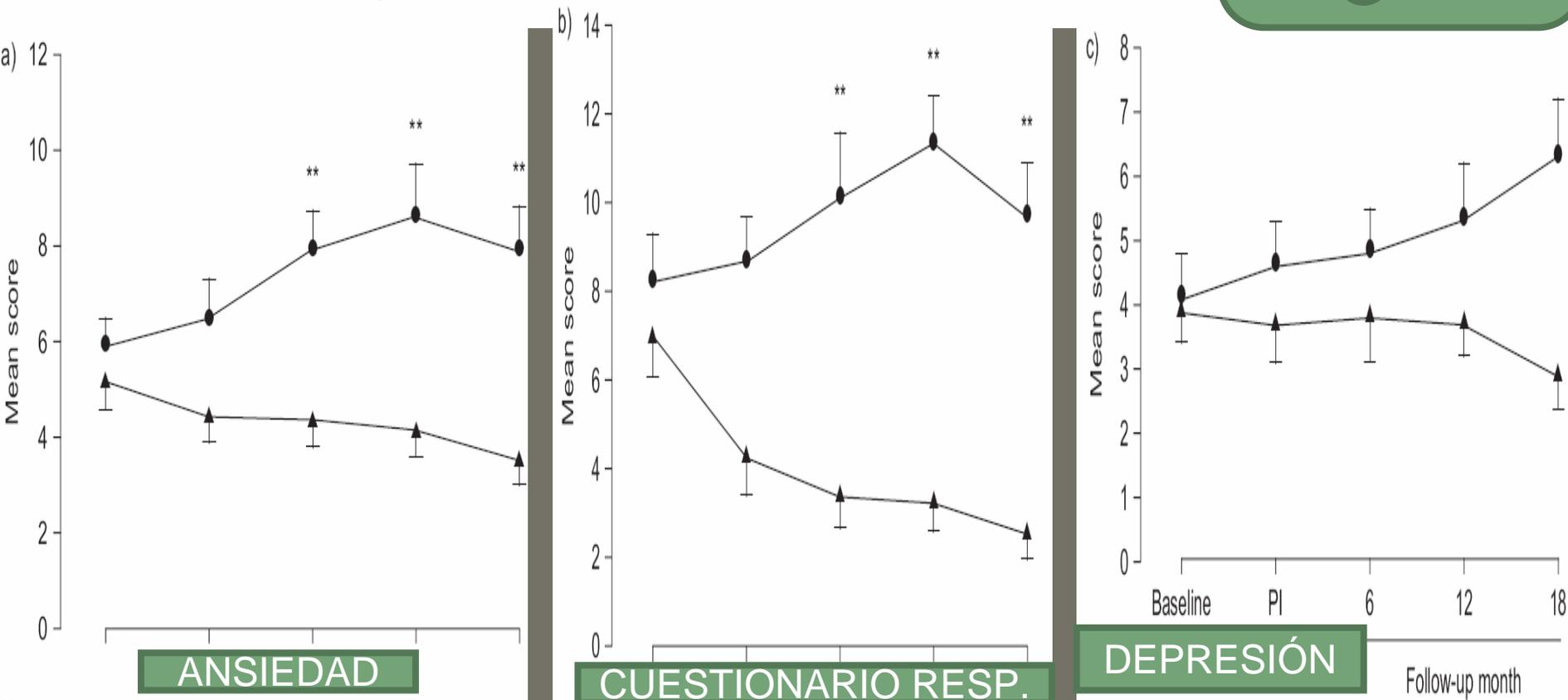
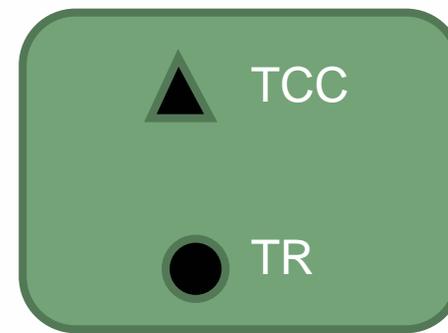
Percentage of subjects who had experienced at least one panic attack in the previous month (at baseline and post-intervention (PI)) or previous 6 months (at the 6-, 12- and 18-month follow-ups) in the cognitive behavioural

therapy group (▲) and the routine care group (●). Differences between the groups were significant at post-intervention and all follow-ups. **: p,0.01.

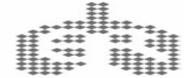
Tres pacientes necesitan ser tratados para prevenir un caso de ataque de pánico durante los 18 meses período de seguimiento (95% CI 1.5-5.9).

Prevention of panic attacks and panic disorder in COPD

N. Livermore^{*,#}, L. Sharpe[#] and D. McKenzie^{†,+}



Mean scores at baseline, post-intervention (PI), and at 6-, 12- and 18-month follow-ups for the cognitive behavioural therapy group (^) and the routine care group (O) on a) the Hospital Anxiety Depression Scale's anxiety subscale b) the Interpretation of Breathing Problems Questionnaire and c) the Hospital Anxiety Depression Scale's depression subscale. Data are presented as mean \pm SEM. Higher scores indicate worse symptomatology. **: p,0.01.



Prevention of panic attacks and panic disorder in COPD

N. Livermore^{*,#}, L. Sharpe[#] and D. McKenzie^{†,+}

- Referencias sobre las que se basa este estudio:
 - Lisansky D, Clough D. A cognitive-behavioral self-help educational program for patients with COPD: a pilot study. *Eur Respir J* 1996; 10: 97–101.
 - Eiser N, West C, Evans S, et al. Effects of psychotherapy in moderately severe COPD: a pilot study. *Psychother Psychosom* 1997;10: 581–584.
 - Emery C, Schein R, Hauck E, et al. Psychological and cognitive outcomes of a randomised trial of exercise among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychol* 1998; 17:232–240.
 - Kunik M, Braun U, Stanley M, et al. One session cognitive behavioural therapy for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychol Med* 2001; 31: 717–723.
 - De Godoy D, de Godoy R. A randomized controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84:1154–1157.
 - Kunik M, Veazey C, Cully J, et al. Group education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2007; 9: 1–12.



Prevention of panic attacks and panic disorder in COPD

N. Livermore^{*,#}, L. Sharpe[#] and D. McKenzie^{†,+}

fuerza

- Primero que se centra diagnósticos de pánico en la EPOC
- Primero que se centra formalmente en diagnósticos psicopatológicos del pánico en la EPOC.
- Periodo de seguimiento > 10 meses.
- 100% completaron la intervención.
- 78% completaron el estudio.
- Intervención de TCC breve.
- Comprobó fiabilidad de evaluadores : evaluador ciego

limitaciones

- Muestra relativamente pequeña.
- Intervención dirigida al pánico y menos a la ansiedad que es un objetivo secundario.
- El asesor y los participantes no eran ciegos a la condición de tratamiento.



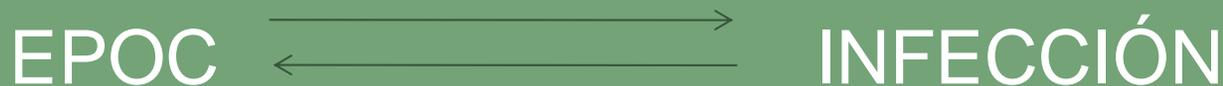
PERSPECTIVE

Infection as a comorbidity of COPD

S. Sethi

◉ COMORBILIDAD:

- condición médica existentes al mismo tiempo pero de manera independiente de otra condición.
- relación recíproca o causal entre de dos ó más estados de enfermedad.





PERSPECTIVE

Infection as a comorbidity of COPD

S. Sethi

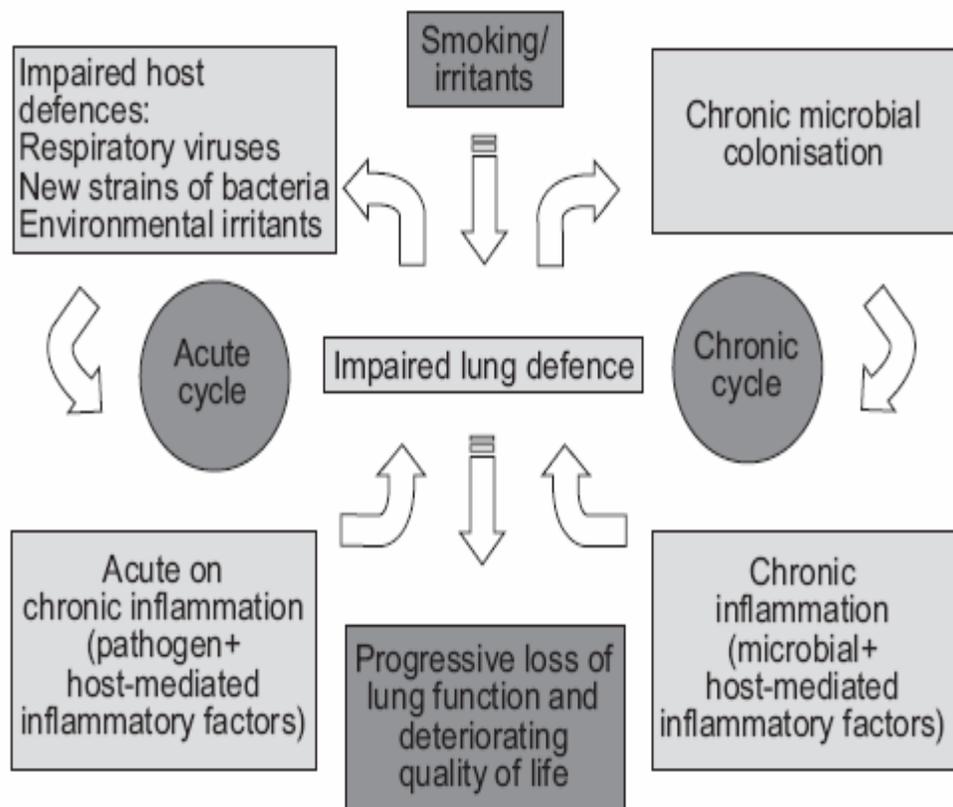


FIGURE 1. Two distinct infection cycles in chronic obstructive pulmonary disease.

CICLOS DE LA INFECCIÓN
EN LA EPOC

CICLO CRÓNICO
Hipótesis del círculo
vicioso



PERSPECTIVE

Infection as a comorbidity of COPD

S. Sethi

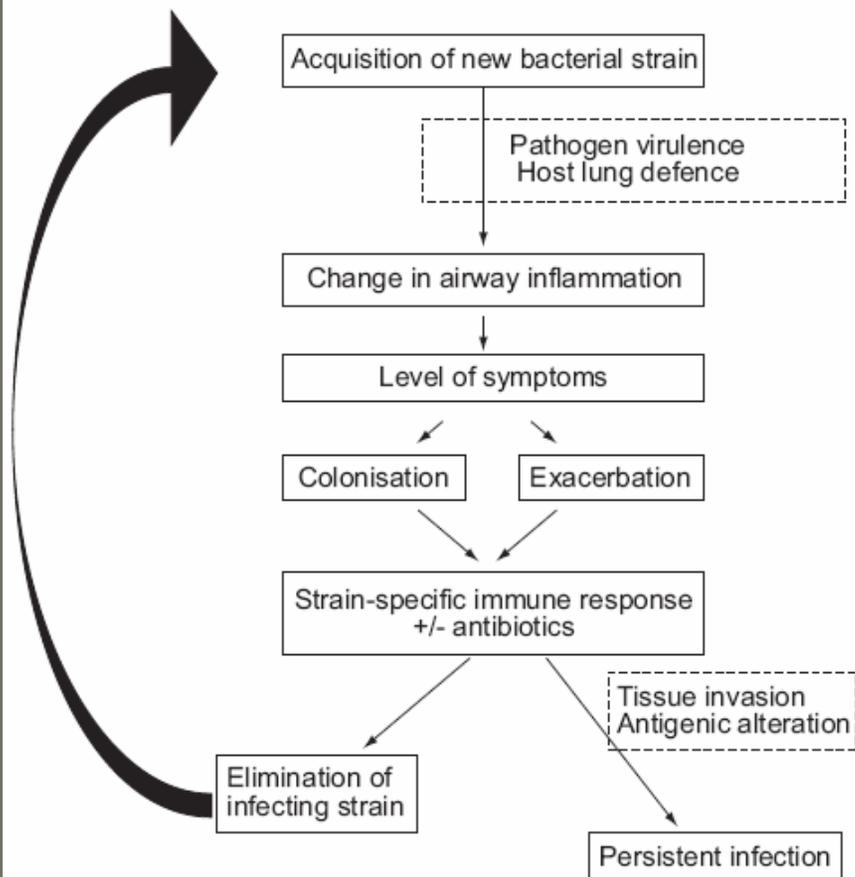


FIGURE 2. Current model of pathogenesis of bacterial exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. Reproduced and modified from [12], with permission from the publisher.

MECANISMOS DE PATOGÉNESIS BACTERIA DE LA EPOC

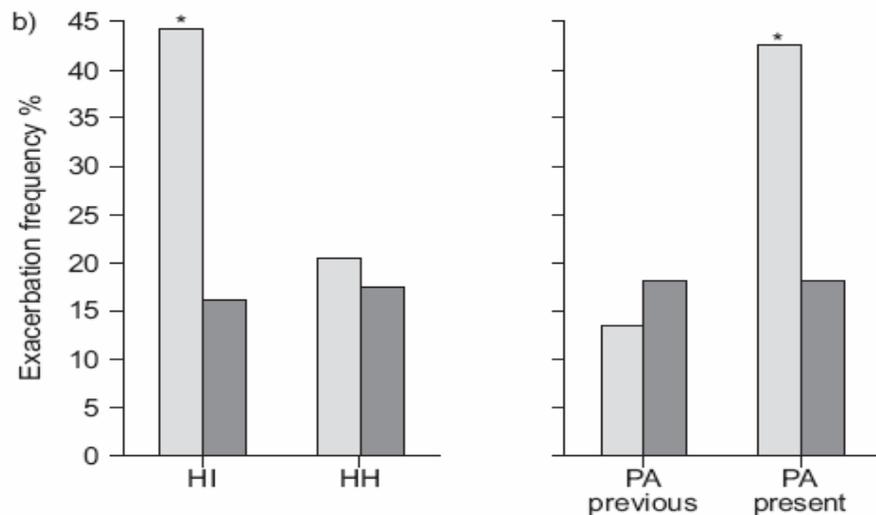
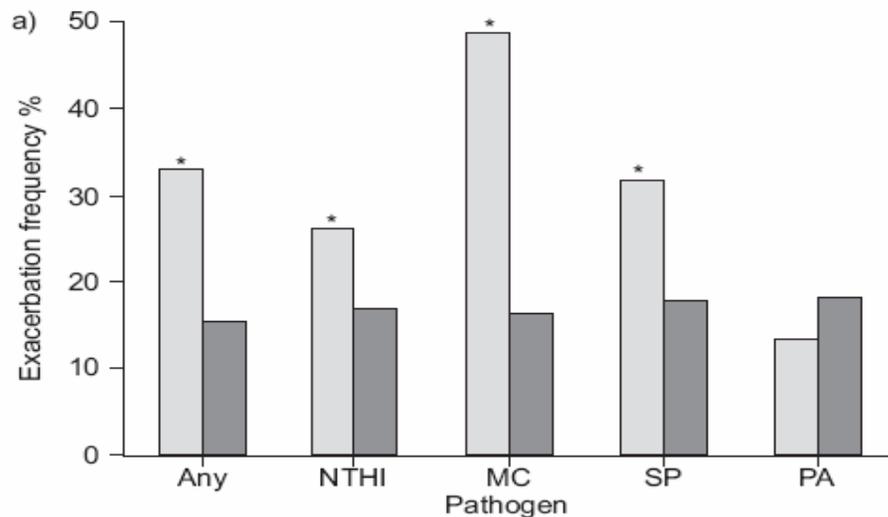
- FRECUENCIA SIMILAR DE BACTERIAS EN EXACERBACIÓN ≈ FASE ESTABLE
- MODELO DE LA CARGA BACTERIANA: concentración.
- MODELO DE LA NUEVA CEPA BACTERIANA: rompe el equilibrio



PERSPECTIVE

Infection as a comorbidity of COPD

S. Sethi



a) New strain isolation and exacerbation frequency. b) Up dated data regarding the relationship of new strain acquisition and exacerbation frequency for Haemophilus influenzae (HI), Haemophilus haemolyticus (HH) and Pseudomonas aeruginosa (PA). NTHI: non-typeable HI; MC: Moraxella catarrhalis; SP: Streptococcus pneumoniae. Relative risk (95% CI) of exacerbation in a) were: any 2.15 (1.83–2.63); NTHI 1.69 (1.37–2.09); MC 2.96 (2.39–3.67); SP 1.77 (1.14–2.75); PA 0.61 (0.21–1.82). Relative risk (95% CI) of exacerbation in b) were: HI 4.09 (2.89–5.80); PA: 3.36 (1.88–6.03). *: $p < 0.05$. a) Based on data reported by SETHI et al. b) Based on data reported by MURPHY and co-workers



PERSPECTIVE

Infection as a comorbidity of COPD

S. Sethi

• USO DE ANTIBIÓTICOS EN LAS EXACERBACIONES

- Uso de atb. en casos moderados y graves exacerbaciones: hospitalización o que presenten por lo menos dos de los tres síntomas cardinales: disnea, aumento de volumen del esputo y / o purulencia del esputo
- En exacerbaciones leves, los atb. no están recomendados y el tt^o consiste en paliar los síntomas
- Estratificación en la elección de un antibiótico teniendo en cuenta :
 - factores de riesgo de mala evolución.
 - probabilidad de infección por un patógeno resistente.
 - estratificados en función de los que tienen uno o más de los siguientes factores de riesgo: edad avanzada, obstrucción grave al flujo aéreo, exacerbaciones frecuentes, comorbilidad cardíaca.
- TT^o EN CASOS GRAVES: fluoroquinolona o amoxicilina / ácido clavulánico.
- TT^o EN CASOS NO COMPLICADOS: macrólidos, cefalosporinas, tetraciclina o trimetoprima / sulfametoxazol.

- Se recomienda el cambio de la clase de antibiótico si se ha tenido una reagudización previa tratada con atb, en menos de tres meses, para reducir al mínimo una terapia ineficaz y la resistencia a antibióticos, debiendo ser reevaludo el tt^o en menos de 72h.



PERSPECTIVE

Infection as a comorbidity of COPD

S. Sethi

● NEUMONÍA Y EPOC:

- Una causa importante de hospitalización y de muerte, más prevalentes en fumadores y EPOC: **riesgo atribuible de NAC en fumadores 32%**.
 - Ex fumadores después de 5 años sin fumar reducen este riesgo al 50%, y después de 10 el riesgo es igual al de no fumadores.
 - EPOC y el tabaquismo también aumentan los títulos en suero de *C. pneumoniae*
- **Uso de los corticosteroides inhalados:**
 - Estudio TORCH: los brazos que contienen esteroides inhalados se asociaron con aumento de la incidencia de neumonía, con una duplicándose la incidencia en el grupo de combinación 4-8%.
 - Un análisis retrospectivo de la base de datos, el efecto parece ser dosis-dependiente.
 - Interpretación de estos hallazgos es que en la mayoría de los casos,; Dx clínico no radiológico de confirmación
- **EPOC muy grave + BRONQUIECTASIAS** y cursos repetidos de antibióticos predispone a estos pacientes a la neumonía causada por *P. aeruginosa*.
- Diagnóstico etiológico de la neumonía más difícil en la EPOC, ya que la colonización crónica confunde la interpretación de los resultados del cultivo de esputo.



PERSPECTIVE

Infection as a comorbidity of COPD

S. Sethi

● INFECCIÓN CRÓNICA EPOC ≠ COLONIZACIÓN

- **Colonización:** presencia de un patógeno que no causa efectos nocivos para el huésped.
- Infcc. crónica de bajo grado, consecuencias fisiopatológicas con poca o ninguna clínica.
- **Hipótesis del Círculo Vicioso :** infección crónica puede contribuir a la progresión EPOC.
- EPOC moderada a severa estable: microorganismos potencialmente patógenos en esputo con mayor recuento diferencial de neutrófilos, IL -8, leucotrieno B4, TNF, elastasa y neutrófilos, así como una más respuesta exagerada de la quimiotaxis en los sujetos colonizados.

● VIH Y EPOC :

- **VIH se asocia forma acelerada de enfisema**
- Mecanismos para esta asociación:
 - alta prevalencia de tabaquismo en la población VIH-positiva.
 - presencia del VIH en el pulmón.
 - aumento del estrés oxidativo relacionados con la carga viral.
 - neumonía recurrente.
 - grado de la inmunosupresión.
 - uso de la terapia antirretroviral.