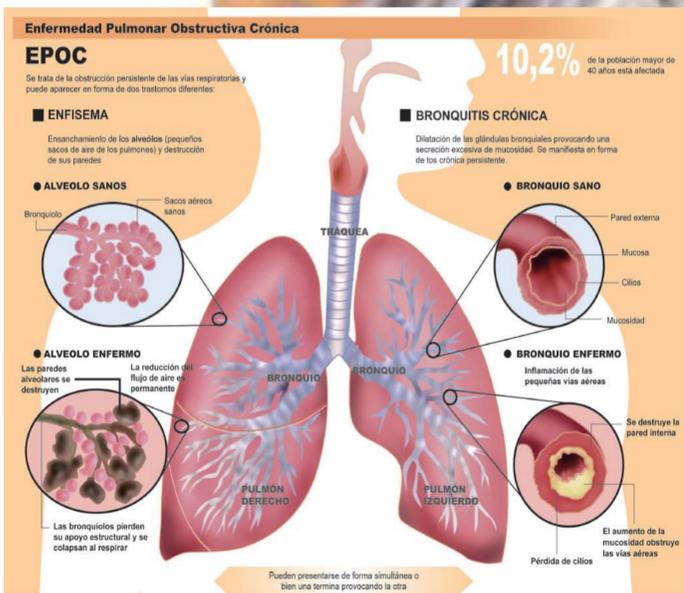
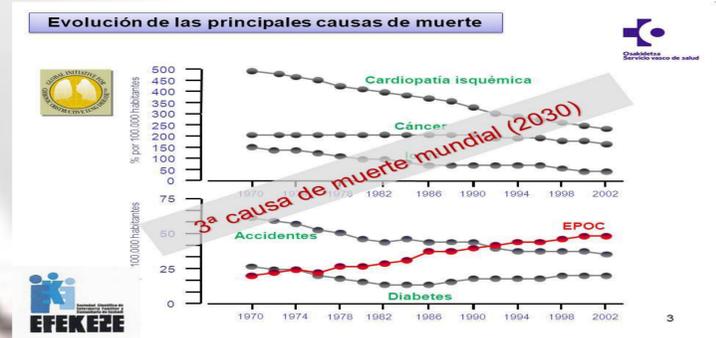


# EPOC Y TABAQUISMO

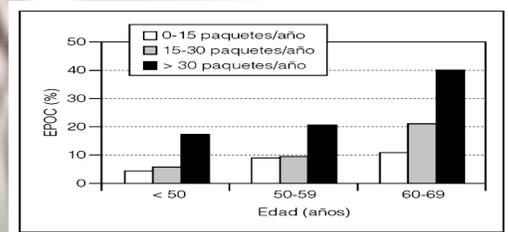
## INTRODUCCIÓN

- ✓ Limitación crónica al flujo aéreo poco reversible
- ✓ Enfermedad asociada al humo del tabaco
- ✓ Elevada morbilidad y mortalidad
- ✓ Prevalencia creciente y elevación del coste sanitario
- ✓ Enfermedad compleja y multifactorial: edad, sexo, envejecimiento pulmonar, infecciones respiratorias repetidas en edades tempranas y factores socio-económicos. La mayoría de estos factores asociados al desarrollo de EPOC no pueden ser modificados.
- ✓ Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud de 2009 por el Consejo Interterritorial, fija como una de sus prioridades el desarrollo de líneas estratégicas, objetivos y recomendaciones en EPOC
- ✓ Diversos fenotipos de la enfermedad: repercusión clínica, pronóstico y tratamiento terapéutico diferenciado



## SÍNTOMAS

- ✓ Disnea
- ✓ Tos crónica
- ✓ Expectorcación
- ✓ Agrandamiento torácico



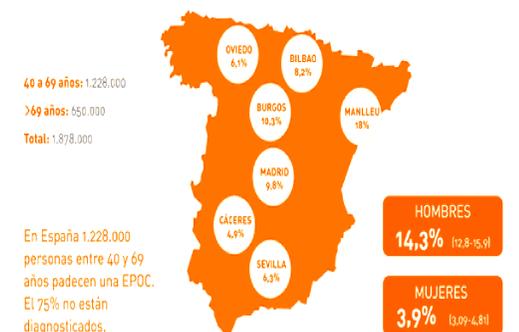
## OBJETIVOS

- ✓ Analizar la situación actual de la enfermedad y su tratamiento
- ✓ Concienciar sobre la importancia del problema
- ✓ Conocer la percepción de la población
- ✓ Difundir información veraz y desmentir posibles prejuicios

## DESARROLLO

- ✓ Definición: proceso inflamatorio crónico que afecta a las vías aéreas y el parénquima pulmonar. La lesión principal del parénquima pulmonar es el enfisema, definido por la existencia de agrandamiento permanente y destructivo de los espacios aéreos distales en ausencia de fibrosis evidente.
- ✓ El humo de tabaco tiene la capacidad de producir estrés oxidativo, de alterar el balance proteasas-antiproteasas y de activar la respuesta inflamatoria, principalmente la de polimorfonucleares y macrófagos
- ✓ Fenotipos: No agudizador, Agudizador, mixto EPOC-Asma, Agudizador con enfisema, Agudizador con Bronquitis Crónica
- ✓ Pruebas de relevancia diagnóstica: Espirometría forzada (determinación de FEV1 y la relación FEV1/FVC), Prueba broncodilatadora, Gasometría arterial
- ✓ Escalas de gravedad: Bode, Bodex (gravedad según el pronóstico) y Gold (gravedad de la obstrucción)
- ✓ Tratamiento farmacológico: Broncodilatadores (Anticolinérgicos, Agonistas  $\beta_2$  y Metilxantinas), Glucocorticoides, alfa-1-antitripsina (fenotipo homocigoto PiZZ)
- ✓ LABA y LAMA: fármacos broncodilatadores más potentes, de mayor duración y con un mejor perfil de seguridad
- ✓ Nuevo tratamiento con vitamina D: polimorfismos del gen de la proteína transportadora de vitamina D protegerían del riesgo de desarrollar EPOC, o de presentar exacerbaciones de esta enfermedad
- ✓ Rehabilitación respiratoria: el entrenamiento muscular inspiratorio mejora la fuerza y resistencia muscular, la capacidad de ejercicio, la disnea y la calidad de vida
- ✓ Deshabituación tabáquica: terapia sustitutiva con nicotina (TSN), bupropión y vareniclina
- ✓ Ejercicio físico para combatir la enfermedad: una mayor actividad física regular se asocia a mejor calidad de vida y menor morbilidad y es un indicador predictivo de causa de mortalidad. Los pacientes EPOC más inactivos tienen mayor obstrucción bronquial refieren más disnea, caminan menos y tienen peor calidad de vida
- ✓ Fumadores pasivos: el tabaquismo pasivo se asocia a un mayor riesgo de EPOC. La exposición infantil al tabaco disminuye considerablemente los parámetros espirométricos en niños con algún progenitor fumador.
- ✓ E-cigarette: sistemas de liberación de nicotina. No existe grave preocupación por los contaminantes como pueden ser los compuestos orgánicos volátiles (formaldehído, acroleína, etc.) producidos en el líquido o por el calentamiento.

PREVALENCIA GLOBAL: 9,1% entre 40 y 69 años



## CONCLUSIONES

- ✓ Enfermedad infradiagnosticada: definición imprecisa y variable en los últimos años
- ✓ Desconocimiento social, a pesar de ser una de las principales causas de mortalidad
- ✓ Prevención de la EPOC debe dirigirse al tratamiento del tabaquismo e información
- ✓ Indicios de su vinculación a factores genéticos desconocidos
- ✓ Tratamiento farmacológico (LABA y LAMA) combinado mejora la calidad de vida del paciente
- ✓ Aparición de nuevas terapias de rehabilitación respiratoria y dispositivos electrónicos en terapias de sustitución
- ✓ Necesidad de investigación

## BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Marc Miravittles, Juan José Soler-Cataluña, Myriam Called, Jesús Molina, Pere Almagro, et. Spanish Guideline for COPD (GesEPOC). Update 2014. Arch Bronconeumol. 2014
- ✓ Who.int [Internet]. España: Who; 2014 [actualizado 20 dic 2014]; Disponible en: [http://www.who.int/tobacco/health\\_priority/es/](http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/)
- ✓ Güell MR, Cejudo P, Rodríguez-Trigo G, Gáliz JB, Casolive V, Regueiro M, et al. Estándares de calidad asistencial en rehabilitación respiratoria en pacientes con enfermedad pulmonar crónica. Arch Bronconeumol. 2012;48:396-404.
- ✓ Soler Cataluña JJ, Martínez García MA, Catalán Serra P. The frequent exacerbator. A new phenotype in COPD? Hot Topics Respir Med. 2011; 6: 7-12
- ✓ López-Campos J.L. M2- $\beta_2$  Interaction: A Basis for Combined Bronchodilator Treatment. 2013. 49(7):279-281
- ✓ Montes de Oca M, Halbert RJ, López MV, Pérez-Padilla R, Tálamo C, Moreno D, et al. Chronic bronchitis phenotype in subjects with and without COPD: the PLATINO study. Eur Respir J. 2012 (on line).
- ✓ Persson LJP, Aanerud M, Hiemstra PS, Hardie JA, Bakke PS, Eagan TM. Chronic obstructive pulmonary disease is associated with low levels of vitamin D. PLoSOne. 2012;7:e38934
- ✓ Martínez-Sánchez JM, Ballbé,Marcela M, Fu M, Martín-Sánchez JC, Saltó E. et al. August 26, 2014. Electronic cigarette use among adult population: a cross-sectional study in Barcelona, Spain (2013-2014)
- ✓ Bullen C, Howe C, Laugesen M, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. Lancet 2013;382:1629-37.
- ✓ Igor Burstyn. August 2013. Philadelphia. Peering through the mist: What does the chemistry of contaminants in electronic cigarettes tell us about health risks?. Technical Report for Department of Environmental and Occupational Health