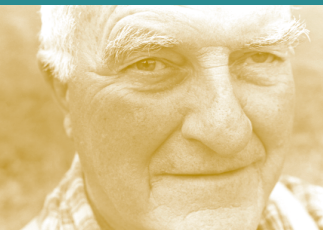


# Manifiesto del Grupo Europeo de Pacientes con EPOC Nuestra Visión del cambio



European Network  
of COPD Patients  
Associations



# Contents

- 2 La carga económica de la EPOC
- 3 La carga personal de la EPOC
- 4 Comprender la enfermedad
- 7 Nuestra Visión del cambio
- 10 Conclusiones
- 11 El papel de la ENCPA
- 12 Lista de asociaciones de pacientes con EPOC que han firmado el manifiesto

# Introducción

**Dentro de la misión de la Red Europea de Asociaciones de Pacientes con EPOC (ENCPA) es fundamental aumentar el conocimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): sus causas, sus síntomas y su naturaleza progresiva. La ENCPA es un grupo de colaboración formado por asociaciones de pacientes con EPOC de toda Europa y está integrada en la Federación Europea de Asociaciones de Pacientes con Alergias y Enfermedades de las Vías Aéreas (EFA). Creemos que fomentar el conocimiento es el primer paso para conseguir que los pacientes con EPOC reciban antes un diagnóstico y un tratamiento apropiado.**

La GOLD (Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva) considera que la EPOC es un grave problema de salud pública y cree que no recibe la debida atención de la comunidad sanitaria ni de las autoridades gubernamentales<sup>1</sup>. De hecho, algunas estadísticas sugieren que en el mundo puede haber hasta 600 millones de personas que sufren EPOC<sup>2</sup>.

En Europa parece que hasta un 10% de la población puede sufrir de este enfermedad<sup>3</sup>. En estos momentos es la quinta causa de muerte<sup>4</sup> y está previsto que aumente. Según las cifras de la OMS, esta enfermedad es la causa de muerte de más rápido crecimiento en las economías desarrolladas del mundo y la previsión es que se sitúe en tercer lugar antes de 2020<sup>4</sup>. En este sentido, se pronostica que la EPOC crecerá más rápidamente que todas las demás enfermedades pulmonares, incluidas el asma y el cáncer de pulmón<sup>4</sup>.

Sin embargo y sorprendentemente a la vista de estas estadísticas, se calcula que en Europa hasta el 75% de las personas con EPOC no están diagnosticadas y, en consecuencia, tienen síntomas no tratados<sup>5</sup>.

¿Qué es la EPOC? Es un estado patológico caracterizado por un deterioro de la función pulmonar progresivo e incapacitante. Los síntomas habituales de la EPOC son, entre otros, tos persistente, opresión en el pecho, falta de aliento y producción de esputos. Estos síntomas resultan con frecuencia angustiosos, limita gravemente la capacidad del paciente para desarrollar una actividad cotidiana normal y reduce significativamente su calidad de vida<sup>1</sup>.

El propósito de este manifiesto es cuestionar la situación actual respecto al conocimiento y el tratamiento de la EPOC y hacer un llamamiento a los profesionales sanitarios y a los políticos para que colaboren con nosotros para hacer realidad nuestra idea del cambio y mejorar la vida de quienes sufren EPOC en toda Europa.

**Mariadelaide Franchi**

Coordinadora de proyectos para la EPOC de la EFA

**Erkka Valovirta**

Presidente de la EFA

## La carga económica de la EPOC

La EPOC es la causa de muerte de más rápido crecimiento en las economías desarrolladas del mundo<sup>4</sup>. Tal es la escala de la enfermedad que la Organización Mundial de la Salud prevé que se convierta en la tercera causa de muerte en los países desarrollados antes del año 2020, con un crecimiento más rápido que el cáncer de pulmón, la enfermedad cardíaca y los accidentes cerebrovasculares<sup>4</sup>. Es una enfermedad que ha adquirido proporciones epidémicas. Se calcula que en el mundo puede haber hasta 600 millones de personas que padecen EPOC<sup>2</sup>.

El doctor Khaltayev, del programa de enfermedades no contagiosas de la OMS, lo explica:

*‘La EPOC representa una gran carga económica para países de todo el mundo y el aumento previsto de su prevalencia es extremadamente rápido. La OMS cree que reducir los factores de riesgo, aumentar el conocimiento de la enfermedad y mejorar el diagnóstico y el tratamiento son pasos clave que debemos dar para lograr en un futuro aliviar la carga económica y personal de la EPOC’.*

El consumo de tabaco es el factor de riesgo principal de la EPOC y representa un 80-90% del riesgo de desarrollar esta enfermedad<sup>6</sup>. Las crecientes tasas de consumo de tabaco han incrementado radicalmente los niveles de enfermedad y muerte asociados a la EPOC<sup>6</sup>. Esta situación se mantendrá puesto que la EPOC aparece al cabo de 20-25 paquetes-año (un paquete-año equivale a 20 cigarrillos diarios durante un año). Otros factores de riesgo son los elevados niveles de contaminación y la exposición a diversas partículas transportadas por el aire. Los factores genéticos también pueden estar asociados al riesgo de desarrollar EPOC<sup>1</sup>. Aunque en general se considera que su prevalencia es mayor entre los hombres, los cálculos actuales prevén que en el futuro serán más las mujeres con riesgo de desarrollarla, debido al incremento del número de fumadoras<sup>1</sup>.

Dada su elevada prevalencia, la EPOC supone una carga socioeconómica para la sociedad enorme en comparación con otras patologías, especialmente otras enfermedades pulmonares<sup>7</sup>. La progresión de la enfermedad normalmente hace que los pacientes experimenten complicaciones o exacerbaciones más frecuentes y graves asociadas a su dolencia<sup>1</sup>. Los pacientes que experimentan estas exacerbaciones, que incluyen síntomas de las vías respiratorias inferiores, como tos, jadeos y falta de aliento (llamada disnea), normalmente deben recurrir al médico, a la atención de urgencia o a la hospitalización<sup>1</sup>, todo lo cual afecta a la carga económica asociada con el tratamiento de la EPOC<sup>8,9</sup>.

## La carga personal de la EPOC

Puesto que la enfermedad normalmente se desarrolla de modo gradual y en general afecta a personas de más de 40 años, quienes padecen EPOC suelen atribuir los síntomas a una parte natural del proceso de envejecimiento<sup>10</sup>. El resultado frecuente es que los pacientes presentan síntomas graves y, por tanto, el diagnóstico se produce en las fases posteriores y más incapacitantes de la enfermedad. Por consiguiente, muchos pacientes con EPOC no reciben la ayuda y el tratamiento apropiados en las primeras fases. En muchos casos la EPOC se diagnostica erróneamente como asma, lo que también puede dar lugar a un tratamiento inapropiado<sup>1</sup>.

La carga más significativa asociada a la EPOC es la que soporta el propio afectado - influye considerablemente en su calidad de vida<sup>11-13</sup>. La fatiga –usualmente agravada por los trastornos del sueño– y la disnea no sólo pueden limitar gravemente la actividad física, sino que además pueden afectar a la situación económica y social del paciente<sup>12,14</sup>. Los síntomas experimentados pueden tener asimismo repercusiones psicológicas: la gente con EPOC suele experimentar sentimientos de ansiedad, desesperanza y depresión<sup>14,15</sup>.

Debido a la naturaleza crónica de la enfermedad y los síntomas incapacitantes que produce, muchas veces se ven obligados a aceptar grandes responsabilidades físicas, sociales y emocionales las personas que cuidan a un familiar o a un amigo<sup>16</sup>.

# Comprender la enfermedad

**El término EPOC abarca tanto la bronquitis crónica como el enfisema<sup>17</sup>. Los síntomas típicos son, entre otros, falta de aliento, tos, jadeos y mayor producción de esputos y el más habitual de ellos es la falta de aliento al realizar un esfuerzo físico<sup>1</sup>. La EPOC es una enfermedad progresiva y muchas personas que la padecen experimentan desarraigo a medida que van perdiendo la capacidad (y a veces la motivación) para realizar sus tareas cotidianas.**

La EPOC suele diagnosticarse equivocadamente como asma o bien no diagnosticarse en sus fases más leves y moderadas<sup>1</sup>. Al ser una enfermedad que normalmente se presenta después de los 40 años, es frecuente atribuir los síntomas en un primer momento al envejecimiento, de forma que los pacientes muchas veces no piden ayuda hasta que los síntomas son graves<sup>6</sup>.

El diagnóstico de la EPOC se basa en una valoración de los factores de riesgo (como el consumo de tabaco y la exposición a contaminantes) y de los síntomas y después se confirma mediante una espirometría (prueba de la función pulmonar)<sup>1</sup>.

Para facilitar el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC, esta enfermedad suele subdividirse en fases, dependiendo de su gravedad, establecida según la función pulmonar (FEV<sub>1</sub>) y por los signos y síntomas clínicos. Según la GOLD, existen cuatro fases denominadas: de riesgo, leve, moderada y grave<sup>1</sup>. En las últimas fases los síntomas de la EPOC pueden ser profundamente incapacitantes y limitar la capacidad del afectado para llevar una vida activa con actividades cotidianas normales<sup>12,14</sup>.

Debido a su naturaleza progresiva son esenciales un diagnóstico y un tratamiento precoces para evitar las complicaciones y las exacerbaciones (empeoramiento de los síntomas) asociadas a la dolencia<sup>1</sup>. La aparición de estas complicaciones y exacerbaciones suelen exigir la hospitalización y una atención de urgencia<sup>1</sup>, lo cual tiene graves consecuencias en la calidad de vida, además de incrementar los costes derivados de la asistencia<sup>1</sup>.

Aunque no es posible recuperar la función pulmonar perdida mediante las intervenciones actuales, se ha demostrado que la supresión del tabaco reduce la mortalidad y ralentiza el deterioro de la función pulmonar.<sup>18,19</sup> Por otra parte, los recientes avances farmacológicos ofrecen una esperanza al aliviar los síntomas de la EPOC y pueden mejorar significativamente la calidad de vida de algunos pacientes.

Las citas siguientes, de personas reales que conviven con la enfermedad o la padecen, nos ayudan a comprender mejor cómo afecta a la vida y cuál es la esperanza que aporta una asistencia apropiada:

***‘Cuando me enteré de que tenía una enfermedad pulmonar, pensé que mi vida había terminado, pero todo cambió cuando me uní a un grupo de apoyo: me dio un motivo para levantarme de la cama.’***

Jenny, Reino Unido

***‘En cuanto reuní el valor para consultar a un neumólogo sobre la falta de aliento que tenía, me diagnosticaron y me dieron un tratamiento, la vida se me hizo mucho más sencilla.’***

Edoardo, Italia

***‘Cuando el médico me dijo que tenía EPOC, ni siquiera sabía qué era. Por eso el diagnóstico fue mucho más preocupante para mí y para mi familia. Para mí es importantísimo que tanto los médicos como los pacientes comprendan mejor esta enfermedad.’***

Harry, Noreuga

***‘Pensé que estaba haciéndome viejo, que la falta de aliento era algo a lo que tendría que acostumbrarme. Ahora me doy cuenta de que ya hacía un tiempo que tenía EPOC. El tratamiento ayuda mucho, pero ojalá lo hubiera empezado antes.’***

Helena, Países Bajos

***‘Conocer a otras personas que cuidan a afectados por la EPOC y a sus familias ha supuesto una gran ayuda para mí y para mi mujer/marido. Compartir nuestras experiencias y aprender de los demás ha hecho que miremos al futuro de otro modo, con optimismo.’***

Tommy, Suecia

## Nuestra Visión del cambio

Como parte esencial de este manifiesto de los pacientes, la ENCPA ha desarrollado y acordado los siete objetivos clave siguientes que juntos forman nuestra llamada a la acción, nuestra “Visión del cambio”. Confiamos en que todos cuantos están relacionados con el tratamiento de la EPOC trabajen con nosotros para alcanzar estos propósitos:



### Diagnóstico y tratamiento de la EPOC

Dado que la prevalencia de esta enfermedad debilitante está alcanzando proporciones epidémicas, se hace necesario implantar unas estrategias claramente definidas para un diagnóstico preciso y precoz y para un mejor tratamiento.

Estas estrategias deben incluir:

- Instrumentos diagnósticos mejorados, dirigidos a los pacientes en las primeras fases de la enfermedad
- Uso más frecuente y generalizado de la espirometría para confirmar el diagnóstico precoz de la enfermedad y así mejorar su tratamiento
- las mejores y más seguras pautas de atención a cada nivel de la medicina, desde los médicos de cabecera hasta los especialistas de la pulmonía



### Reducción de los factores de riesgo

Muchos de los factores de riesgo de la EPOC están asociados a la forma de vida y al entorno. Por tanto, debemos concienciar a la gente de las repercusiones que su forma de vida puede tener sobre su propia salud y la de quienes los rodean y animarles a prevenir la EPOC.

Esto se conseguirá con:

- Grandes campañas educativas para aumentar el conocimiento de factores de riesgo como el tabaco, la exposición ocupacional al polvo y la contaminación del aire, con el objetivo de motivar a quienes tienen riesgo de padecer EPOC en el futuro para que tomen medidas preventivas
- Aumentar el conocimiento y la utilización de la vacuna contra la gripe para contribuir a la prevención de las exacerbaciones y la mejora de la forma de vida y el tratamiento de la enfermedad



### **Programas de formación, de educación, de capacitación y de rehabilitación**

Los programas de formación y educación tienen la máxima importancia para mejorar las pautas de atención, y reducir la falta actual de conocimientos respecto al diagnóstico y el tratamiento de la EPOC.

Estos programas de formación deben incluir:

- Formación y educación mejoradas y generalizadas para médicos y otros profesionales sanitarios
- Programas de educación y capacitación para pacientes y programas de rehabilitación
- Promoción de la formación respecto a la EPOC para cuidadores, patronos y familias de personas con EPOC



### **Salvaguardar los derechos de los pacientes con EPOC**

La falta de conocimiento y comprensión de la EPOC puede suponer la incapacidad para reconocer las necesidades de las personas que conviven con la enfermedad.

Por tanto, debemos:

- Definir y defender los derechos de las personas que conviven con la EPOC
- Promover pautas de atención y calidad de vida para las personas que conviven con la EPOC, sus familias y quienes los cuidan
- Llevar a cabo una campaña para la igualdad de acceso a programas de tratamiento, información, formación, prevención y rehabilitación pulmonar para todos los pacientes con EPOC y sus familias



### **Lograr la unidad de los pacientes**

Puesto que la calidad de vida queda tan profundamente afectada por la EPOC, las personas que conviven con esta enfermedad necesitan sentirse respaldadas y tener la certeza de que no están solas. Unir a los pacientes hará desaparecer la sensación de aislamiento y fomentará la interacción con otras personas que padecen EPOC.

La ENCPA cree que esto puede conseguirse:

- Ofreciendo respaldo y asistencia a las personas con EPOC a través de un mejor acceso a los grupos de pacientes, las redes de asistencia y un material de formación adaptado



### **Asistencia económica y social**

A fin de aliviar la carga económica y social que soportan quienes conviven con la EPOC y sus familias, deben implantarse unas estrategias para ofrecer asistencia en el ámbito local.

Estas estrategias proporcionarán:

- Una asistencia económica y social mejorada para el cuidado de las personas con EPOC a fin de perfeccionar el tratamiento de su dolencia y la rehabilitación en el hospital y en el hogar



### **Compromiso con la investigación**

Las mejoras en el tratamiento de la EPOC deben ir acompañadas por un compromiso continuo con la investigación de la epidemiología, la carga y la patogénesis de la enfermedad. Asimismo la investigación deberá centrarse en el mejor modo de recortar los factores de riesgo, reducir al mínimo las exacerbaciones y ralentizar la progresión de la enfermedad, así como en los aspectos relacionados con un mejor diagnóstico y tratamiento de la EPOC.

Por eso exigimos:

- Más investigación de la epidemiología de la EPOC
- Más investigación de las repercusiones del consumo de tabaco y de las consecuencias para la salud que de ello se derivan
- Más inversión para investigar la patogénesis de la EPOC
- Más investigación de las repercusiones de la EPOC sobre la calidad de vida y el día a día de las personas con EPOC, sus familias y quienes los cuidan
- Identificar estrategias de tratamiento más eficaces para la EPOC que permitan aumentar la calidad de vida

## Conclusiones

**Los derechos de los pacientes con EPOC, hoy y en el futuro, han de ser iguales a los derechos de los pacientes con cualquier otra enfermedad.**

- Derecho a recibir información sobre la enfermedad
- Derecho a recibir asistencia y comprensión
- Derecho a tener un diagnóstico precoz y exacto
- Derecho a recibir la mejor atención y el mejor tratamiento
- Derecho a una investigación y una inversión continuadas para mejorar la situación en el futuro
- Creemos que los desafíos recogidos en “Visión del cambio” de la ENCPA salvaguardan y amplían los derechos actuales de los pacientes y las pautas de la asistencia y la atención que reciben.
- La ENCPA está convencida de que la colaboración con los profesionales de la salud y los políticos hará realidad su visión.

**Roma, Octubre 2002.**

## El papel de la ENCPA

**La ENCPA es una organización de colaboración creada para coordinar los esfuerzos de las organizaciones de pacientes de toda Europa para proporcionar información, asistencia y ayuda a las personas que conviven con la EPOC. La ENCPA está integrada en la Federación Europea de Asociaciones de Pacientes con Alergias y Enfermedades de las Vías Aéreas (EFA).**

Puesto que se prevé que crezcan la prevalencia y la carga de la EPOC, la ENCPA cree necesaria una acción urgente para aumentar el conocimiento de la EPOC y mejorar su diagnóstico y tratamiento. La falta actual de conocimientos sobre esta dolencia es una grave barrera para garantizar unas pautas óptimas de diagnóstico y atención y para mejorar los derechos de los pacientes.

Objetivos clave de la ENCPA:

- Salvaguardar y mejorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC
- Mejorar el conocimiento, la ayuda y el tratamiento de las personas que conviven con la EPOC en toda Europa
- Aumentar las expectativas de los pacientes de un mejor tratamiento de la EPOC
- Aumentar la comprensión general de la EPOC en el ámbito público
- Aumentar el conocimiento de la carga de la EPOC y el compromiso de los profesionales de la salud y de los responsables de la política sanitaria para mejorar la información, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la enfermedad
- Promover la cooperación con otras asociaciones de pacientes con EPOC en todo el mundo
- Establecer relaciones con otras partes afectadas clave para alcanzar nuestras metas
- Proteger de la EPOC a las generaciones venideras

# Lista de asociaciones de pacientes con EPOC que han firmado el manifiesto

## Alemania

### Deutscher Allergie und Asthmabund e.V.

Hindenburgstrasse 110  
D-41 061 Mönchengladbach  
Alemania  
Tel: +49 21 61 81 49 40  
Fax: +49 21 61 81 49 430  
Correo electrónico: info@daab.de  
www.daab.de

## Austria

### Österreichische Lungen Union

Obere Augartenstrasse 26-28  
A-1020 Wien  
Austria  
Tel/Fax: +43 1 330 42 86  
Correo electrónico:  
lungenunion@chello.at

## Bélgica

### AIR-Association des Insuffisant Respiratoires

Centre Hospitalier Ste Ode  
6680 Ste-Ode  
Bélgica  
Tel: +32 84 225 280  
Fax: +32 84 225 284  
Correo electrónico:  
smeets.f@village.uunet.be

### Astmafonds

Grauwpoort 9  
9000 Gent  
Bélgica  
Tel: +32 92 25 65 05  
Correo electrónico:  
jaak.vercaemer@pandora.be

## Dinamarca

### Astma-Allergi Forbundet

Hovedvejen 9C  
2600 Glostrup  
Dinamarca  
Tel: +45 4 34 35 911  
Fax: +45 43 43 54 33  
Correo electrónico:  
jg@astma-allergi.dk  
www.astma-allergi.net

## Dinamarca

### Lungeforeningen Boserup Minde\*

Old Gyde 74  
5620 Glamsbjerg  
Dinamarca  
Tel: +45 6 47 21 35 7  
Fax: +45 6 47 21 37 7  
Correo electrónico: boserup-  
minde@post.tele.dk

## Eslovenia

### Pulmonary Patients Association of Slovenia

ZD Crnuce  
Primozeceva2  
1231 Ljublijana- crnuce  
Tel: +38 61 56 16 320  
Correo electrónico: dpbs@siol.net  
www.astma-info.com

## Finlandia

### Association of the Pulmonary Disabled Heli\*

Oltermannintie 8 PL 40  
Helsinki  
Finlandia  
Tel: +35 89 75 27 51 02  
Fax: +35 89 75 27 51 00  
Correo electrónico:  
ritta.muotka@hengitsylitto.fi

## Francia

### FFAAIR – Fédération Française des Associations et Amicales d'insuffisants Respiratoires

66 bd Saint-Michel  
75006  
Paris  
Francia  
Tel: +33 14 441 49 00  
Fax: +33 14 441 49 07  
Correo electrónico: bbbj@  
club-internet.fr

## Italia

### Associazione Italiana Pazienti

BPCO  
Via Gallarate 106  
1-20151  
Milano  
Italia  
Tel: +39 02 33 43 281  
Fax: +39 02 33 00 21 05  
Correo electrónico:  
effetti@effetti.it

### ALIR – Associazione per la Lotta all' Insufficienza respiratoria

Via Pozzetto 49/1  
1-35017  
Italy  
Tel: +39 03 76 20 14 99  
Fax: +39 0376 20 14 94  
Correo electrónico: sturani@tin.it  
[http://scientifico.pneumonet.it/  
alir](http://scientifico.pneumonet.it/alir)

## Irlanda

### Asthma Society of Ireland

Eden House  
15-17 Eden Quay  
Dublin, 1  
Irlanda  
Tel: +35 31 87 88 511  
Fax: +353 1 87 88 128  
Correo electrónico:  
asthma@indigo.ie

## Islandia

### SIBS – Samband islenska berkla – og bjósthólssjúklinga

Sidumúla 6  
108 Reykjavik  
Islandia  
Tel: +354 5 522 150  
Correo electrónico: sibs@sibs.is

## Noruega

### Landsforeningen for Hjerte – og Lungesyke – LHL \*

Sandakerveien 99  
Pb 4375 Torshov,  
N-0402  
Oslo  
Noruega  
Tel: +47 22 79 92 38  
Fax: +47 22 22 50 37  
Correo electrónico: sem@lhl.no

## Países Bajos

### Astma Fonds

Speelkamp 28  
P.O Box 5  
3830 AA Leusden  
Países Bajos  
Tel: +31 33 434 12 02  
Fax: +31 33 434 12 99  
Correo electrónico:  
jos.zoun@astmafonds.nl  
www.astmafonds.nl

## Reino Unido

### British Lung Foundation

78 Hatton Garden  
London EC1N 8LD  
Reino Unido  
Tel: +44 20 78 31 58 31  
Fax: +44 207 831 5832  
Correo electrónico:  
esther.threlfall@  
britishlungfoundation.com  
www.lunguk.org

## Suecia

### Hjärt – och Lungsjukas

#### Riksförbund\*

Box 9090,  
102 72 Stockholm  
Suecia  
Tel: +46 8 55 60 62 01  
Fax: +46 866 82 385  
Correo electrónico:  
ronny.weylant@hjärt-lung.se  
Christina.fjellstrom@  
hjärt-lung.se  
www.hjärt-lung.se

## Suiza

### Lungenliga Schweiz

Südbahnhofstrasse 14C  
Postfach, 3001 Bern 17  
Suiza  
Tel: +41 31 378 20 50  
Fax: +41 31 378 20 51  
Correo electrónico:  
ch.pircher@lung.ch  
www.lung.ch

## Yugoslavia

### Yugoslavia Association for Asthma and COPD (JUDAH)

Visegradska 26  
11000 Belgrade  
Yugoslavia  
Tel: +38 11 13 61 56 17  
Correo electrónico:  
vesnapetr@ptt.yu  
www.yudah.org.yu

- 1 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: NHLBI/WHO Workshop Report*. National Institute of Health; 2001. NIH Publication No. 2701 Available at <http://www.goldcopd.com>
- 2 Warne PJ. COPD: *Market Opportunities for New Therapies and Diagnostics*. Richmond, Surrey, UK. PJB Publications Ltd; 2000. BS1085
- 3 'COPD prevalence ranges from less than 2,000 per 100,000 inhabitants (ie. France, the UK) to over 10,000 cases per 100,000 inhabitants (Germany, Italy)' Taken from press release, European Respiratory Society: Preliminary data from European White Book on Lung Disease. Available at <http://www.ersnet.org> Accessed 18th October 2002
- 4 Murray CJL, Lopez AD. eds. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2002*. Cambridge; Harvard University Press; 1996
- 5 Rudolf M. The reality of drug use in COPD. *Chest* 2000; 117:29S-32S
- 6 Feenstra, Talitha L., Marianne van Genugten, Rudolf Hoogenveen et. al. The Impact of Aging and Smoking on the Future Burden of COPD. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001; Vol 164: 59
- 7 Sullivan SD, Ramsey SD, Lee TA. The economic burden of COPD. *Chest* 2000; 117(2 suppl): 5S-9S
- 8 Strassels SA, Smith DH, et al. The costs of treating COPD in the United States. *Chest* 2001; 119:344-352
- 9 Kessler R, Faller M, et al. Predictive factors of hospitalization for acute exacerbations in a series of 64 patients with COPD. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999; 159:158-164
- 10 Petty TL. Definitions, causes, course and prognosis of COPD. *Respir Care Clin N Am*. 1998; 4:345-358,vii.
- 11 Leighton BM, Kane GC. COPD. In: Conn RB, Borer WZ, Synder JW, eds. *Current Diagnosis* 9. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1997:297-300
- 12 *Confronting COPD in America*: Executive Summary. New York, NY: Schulman, Ronca, and Bucuvalas Inc; 2001:1-20
- 13 Mahler DA. Pulmonary rehabilitation. *Chest*. 1998; 113 (suppl):263s-268s
- 14 Thompson WL. Pulmonary Disease. In: Stoudemire A, Fogel BS, Greeberg DB, eds. *Psychiatric care of the medical patient*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2000:757-774
- 15 Light RW, Merrill EJ, Despars JA, Gordon GH, Mutalipassi LR. Prevalence of Depression and Anxiety in Patients with COPD. Relationship to functional capacity. *Chest*. 1985 Jan; 87 (1): 35-8.
- 16 Sexton DL, Munro BH. Impact of a husband's chronic illness (COPD) on the spouse's life. *Res Nurs Health* 1985;8(1):83-90
- 17 American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with COPD. *Am J Resp Crit Care Med*. 1995;152:S77-S120
- 18 Buist, AS. US Lung Health Study. *Respirology*. 1997 Dec; 2 (4):303-7
- 19 Crockett AJ, Cranston JM, Moss JR, Alpers JH. A Review of Long-term Oxygen Therapy for COPD. *Respir Med*. 2001 Jun; 95 (6) 437-443



**EFA Central Office**  
**Avenue Louise 327**  
**B-1050 Brussels**  
**Bélgica**  
**Tel: +32 (0) 2 6469945**  
**Fax: +32 (0) 2 6464116**  
**Correo electrónico:**  
**EFAOffice@skynet.be**  
**www.efanet.org**

