



Editorial

El infradiagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres. ¿Otra tarea pendiente?

The Underdiagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Women. Another Pending Task?

Aurelio Arnedillo Muñoz

U.G.C. de Neumología y Alergia, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

La prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en distintos estudios epidemiológicos realizados en Europa se sitúa entre el 5 y el 11%, siendo esta prevalencia mayor en hombres que en mujeres. Esto es explicable por la mayor prevalencia del hábito tabáquico en varones, que es el principal factor de riesgo asociado a la EPOC, al menos en países industrializados¹.

Sin embargo, en los últimos años estamos asistiendo a un incremento de la prevalencia de la EPOC en mujeres, debido a su incorporación en los años sesenta-setenta al hábito tabáquico en los países desarrollados², incorporación que en nuestro país ha sido algo más tardía, y a la exposición a otros factores de riesgo como la combustión de productos de biomasa, sobre todo en países en vías de desarrollo³. De hecho, en el año 2000 en Estados Unidos la mortalidad por EPOC en mujeres superó por primera vez a la de los hombres⁴.

Desde el punto de vista sintomático, las mujeres con EPOC presentan más disnea, mayor prevalencia de ansiedad y depresión y peor calidad de vida respecto a los varones para una misma función pulmonar e intensidad de tabaquismo, y tienen con más frecuencia un fenotipo tipo bronquitis crónica, mientras que los varones tienden más al fenotipo enfisema. Además, la pérdida de función pulmonar que experimentan parece ser mayor que en los varones y tienen más dificultad para dejar de fumar^{3,4}.

A pesar del incremento de prevalencia de la EPOC en mujeres, el infradiagnóstico en ellas suele ser mayor que en los hombres. Un claro ejemplo de este infradiagnóstico fue puesto de manifiesto por Chapman et al.⁵. En su estudio, demostraron que cuando se exponían casos clínicos hipotéticos de pacientes fumadores con disnea y tos a médicos de atención primaria, en los que lo único que variaba era el sexo y la edad, la probabilidad de diagnosticar la EPOC en hombres era mayor que en mujeres (58% vs 42%, $p < 0,05$)⁵.

En el estudio publicado en este número de *Archivos de Bronconeumología*, Ancochea et al.⁶ nos muestran los resultados de que

disponemos en España sobre el infradiagnóstico de la EPOC en mujeres, su distribución regional y sus determinantes, extraídos del estudio epidemiológico EPI-SCAN. En este estudio la tasa de infradiagnóstico en pacientes con EPOC es muy elevada, del 73% en población entre los 40 y 80 años, algo menor que la descrita 10 años antes en el estudio IBERPOC, que fue del 78,2%. La distribución de este infradiagnóstico varía según el sexo, y es mayor en mujeres que en hombres (86% vs 67,6%, $p < 0,05$).

Estas mujeres eran más jóvenes, tenían menor consumo de tabaco y mejor función pulmonar en la espirometría que los varones. Por áreas geográficas, el infradiagnóstico de EPOC en mujeres era generalizado, aunque fue especialmente significativo en las áreas de Córdoba y Vic, presentando esta última zona una tasa de infradiagnóstico en mujeres del 100%.

Es de destacar que en este grupo infradiagnosticado de mujeres con EPOC, más de la mitad no fumaba (55,3%). Datos parecidos han sido publicados en el estudio PLATINO, realizado en Latinoamérica, en el que el 48,1% de las mujeres diagnosticadas de EPOC tampoco habían fumado nunca⁷. Esto nos hace pensar que otros factores de riesgo, además del consumo directo de tabaco, puedan estar contribuyendo al desarrollo de la EPOC, como pueden ser el tabaquismo pasivo y la exposición a contaminantes ambientales y laborales, que podrían jugar un papel más relevante de lo que inicialmente podríamos pensar.

Orozco-Levi et al.⁸ estudiaron en Barcelona a un grupo de mujeres dadas de alta tras un ingreso por agudización de la EPOC y observaron que el 70% de ellas nunca habían fumado, pero el 85% de estas mujeres con EPOC habían estado expuestas al humo de combustión de carbón y/o madera, existiendo una asociación entre dicha exposición y la EPOC. La asociación entre el tiempo de exposición y el desarrollo de la EPOC sugería además una curva dosis-respuesta⁸.

Los hallazgos de este estudio están en consonancia con los datos obtenidos por Ancochea et al.⁶, y ponen de manifiesto que existe un porcentaje destacado de mujeres con EPOC que no son fumadoras y que pueden estar expuestas a otros factores etiológicos. Esta peculiaridad constituye un aspecto importante para tener presente en el enfoque diagnóstico de estas pacientes.

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.11.010>

Correos electrónicos: aure152@separ.es, arnedillo@comcadiz.com

Otro factor que debe tenerse en cuenta es la edad de las pacientes diagnosticadas de EPOC. Con frecuencia la edad dentro del grupo de no fumadoras con EPOC suele ser mayor que la edad del grupo de pacientes fumadoras, lo que puede llevar a un sobrediagnóstico de la EPOC, sobre todo cuando el grado de afectación es leve utilizando los criterios GOLD, como ocurre en este estudio en la mayoría de las pacientes⁶.

La población reclutada en el estudio EPI-SCAN estaba comprendida entre los 40 y los 80 años, y existen publicaciones que han demostrado esta tendencia al sobrediagnóstico en población mayor de 65 años cuando se utiliza la relación entre el volumen espirado forzado en el primer segundo (FEV_1) y la capacidad vital forzada (FVC) con valor menor de 0,7 para definir la obstrucción^{9,10}. Este hecho se produce incluso en población sana no fumadora, y teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida —que además es mayor en mujeres que en varones—, ello puede conllevar un sesgo en la interpretación de los resultados que puede ser más acusado en las mujeres.

En definitiva, el estudio de Ancochea et al.⁶ nos revela el importante infradiagnóstico que existe en nuestro país en las mujeres con EPOC, y nos hace reflexionar sobre cómo mejorar el diagnóstico de la enfermedad en este grupo de pacientes. Para ello, es importante que los médicos cambiemos la percepción que tenemos de la EPOC en las mujeres y conozcamos sus características diferenciales con los varones con EPOC; quizás así podremos contribuir a incrementar el diagnóstico y resolver

esta tarea que tenemos pendiente con nuestras pacientes con EPOC.

Bibliografía

1. Watson L, Boezen HM, Postma DS. Differences between males and females in the natural history of asthma and COPD. *Eur Respir Mon.* 2003;25:50–73.
2. Varkey AB. Chronic obstructive pulmonary disease in women: Exploring gender differences. *Curr Opin Pulm Med.* 2004;10:98–103.
3. De Torres JP, Casanova C. EPOC en la mujer. *Arch Bronconeumol.* 2010;46 Supl 3:23–7.
4. Han MK, Postma D, Mannino DM, Giardino ND, Buist S, Curtis JL, et al. Gender and chronic obstructive pulmonary disease. Why it matters. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;176:1179–84.
5. Chapman KR, Tashkin DP, Pye DJ. Gender bias in the diagnosis of COPD. *Chest.* 2001;119:1691–5.
6. Ancochea J, Miravittles M, García-Río F, Muñoz L, Sánchez G, Sobradillo V, et al. Infradiagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres: cuantificación del problema, determinantes y propuestas de acción. *Arch Bronconeumol.* 2013;49:223–9.
7. López-Varela MV, Montes de Oca M, Halbert RJ, Muiño A, Perez-Padilla R, Tálamo C, et al. PLATINO Team. Sex-related differences in COPD in five Latin American cities: The PLATINO Study. *Eur Respir J.* 2010;36:1034–41.
8. Orozco-Levi M, Garcia-Aymerich J, Villar J, Ramirez-Sarmiento A, Antó JM, Gea J. Wood smoke exposure and risk of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J.* 2006;27:542–6.
9. Sorino C, Battaglia S, Scichilone N, Pedone C, Antonelli-Incalzi R, Sherrill D, et al. Diagnosis of airway obstruction in the elderly: Contribution of the SARA study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2012;7:389–95.
10. Quanjer PH, Enright PL, Miller MR, Stocks J, Ruppel G, Swanney MP, et al. The need to change the method for defining mild airway obstruction. *Eur Respir J.* 2011;37:720–2.