



Original

Perfil social de los pacientes que ingresan por una agudización de EPOC. Un análisis desde una perspectiva de género

Sara Fernández-García^a, Cristina Represas-Represas^b, Alberto Ruano-Raviña^a, Mar Mosteiro-Añón^a, Cecilia Mouronte-Roibas^a y Alberto Fernández-Villar^{a,*}

^a Grupo NeumoVigo I+i. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS). Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España

^b Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela. Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Santiago de Compostela, La Coruña, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de enero de 2019

Aceptado el 13 de marzo de 2019

On-line el 11 de abril de 2019

Palabras clave:

EPOC
Exacerbaciones
Cronicidad
Social
Género
Dependencia

Keywords:

COPD
Exacerbations
Chronicity
Social
Gender
Dependence

R E S U M E N

Objetivo: Describir y comparar desde una perspectiva de género el perfil social de los pacientes ingresados por agudizaciones de EPOC (AEPOC) en un servicio de neumología.

Metodología: Estudio transversal en pacientes con AEPOC graves donde se recogieron variables demográficas, clínicas y de la esfera social (situación económica, cuidados, dependencia en las actividades básicas e instrumentales, riesgo social, sobrecarga de cuidador, uso de servicios sociales) utilizando cuestionarios e índices como Barthel, Lawton-Brody, Zarit, Barber y Gijón. Se realiza un análisis descriptivo de la situación sociosanitaria que se compara en función del género.

Resultados: Se incluyeron 253 pacientes, edad de $68,9 \pm 9,8$ años, 58 (23%) mujeres, FEV1 $42,1 \pm 14,2\%$ e índice de Charlson $1,8 \pm 0,9$, 37,9% fumadores activos. El 55,2% cobran menos de 800 €/mes, el 46,2% tienen alguna dependencia para actividades básicas y el 89,3% para actividades instrumentales, el 89% presentan fragilidad social y el 64% están en situación de problema/riesgo social. Disponen de cuidador el 49%: el 83% no formales y el 90,9% mujeres, con alguna sobrecarga en el 69,2%. El 21,4% viven solos. El 22,9% han contactado con los servicios sociales. Las mujeres con AEPOC son más jóvenes, fuman más activamente y tienen menos comorbilidades. Disponen de menos recursos económicos y ayuda y peor situación sociofamiliar, pero son menos dependientes para algunas actividades.

Conclusiones: El perfil social de los pacientes con AEPOC graves que ingresan en neumología es muy desfavorable, especialmente en las mujeres. Estas desigualdades parecen ir más allá de las diferencias de la expresión de la EPOC en función del género.

© 2019 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Social Profile of Patients Admitted for COPD Exacerbations. A Gender Analysis

A B S T R A C T

Objective: To describe and compare from a gender perspective the social profile of patients admitted to a respiratory unit for COPD exacerbations (COPDE).

Methodology: A cross-sectional study in patients with serious COPDE in which demographic, clinical, and social data (economic situation, care, dependency for basic and instrumental activities, social risk, caregiver overload, use of social services) were collected using questionnaires and indices such as Barthel, Lawton-Brody, Zarit, Barber, and Gijón. A descriptive analysis was made of patients' social and healthcare situation, compared on the basis of gender.

Results: We included 253 patients, aged 68.9 ± 9.8 years, 58 (23%) women, FEV1 $42.1 \pm 14.2\%$, and Charlson index 1.8 ± 0.9 ; 37.9% were active smokers. In total, 55.2% had an income of less than € 800/month, 46.2% had some dependency for basic activities, and 89.3% for instrumental activities, 89% presented social fragility, while 64% were in a situation of social problem/risk; 49% had a caregiver, 83% in a non-formal arrangement, 90.9% of whom were women, with some overload reported by 69.2%. A total of 21.4%

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alberto.fernandez.villar@sergas.es (A. Fernández-Villar).

lived alone, and 22.9% had contacted social services. Women with COPDE are younger, smoke more actively, and have fewer comorbidities. They have more scant economic resources and assistance and are in a poorer socio-familiar situation, but they are less dependent for some activities.

Conclusions: The social profile of patients with serious COPDE admitted to respiratory units is very unfavorable, especially among women. These inequalities appear to go beyond differences in the expression of COPD, and are associated with gender.

© 2019 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) será, según la OMS, la tercera causa de mortalidad a nivel mundial en los próximos años¹. Su prevalencia irá en aumento en las próximas décadas debido a la persistencia de un importante número de fumadores y al envejecimiento poblacional, ambas situaciones especialmente relevantes en la mujer¹. En la historia natural de la EPOC las agudizaciones (AEPOC) son acontecimientos frecuentes, y muchos pacientes precisan ingreso hospitalario que conlleva un alto impacto para el paciente y para el sistema²⁻⁴. Caracterizar bien a los pacientes que ingresan por AEPOC parece clave en los planes de atención integral a la enfermedad para poder hacer un manejo más individualizado y eficiente^{2,5}.

Las características demográficas y clínicas de estos pacientes son conocidas, pero la evidencia es más limitada cuando se refiere a las características sociales, abarcando en su dimensión términos como recursos disponibles, dependencia, discapacidad, riesgo social, fragilidad y autonomía⁶⁻⁸. La EPOC provoca limitaciones físicas y psíquicas progresivas que dificultan la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y determinan la necesidad de ayuda en tareas vitales, lo que puede deteriorar las relaciones sociales⁸⁻¹¹. Es probable que el beneficio que puede obtenerse con su equilibrio pueda ser tan importante para el paciente como la mejora en su función pulmonar^{8,9}. Los datos sociosanitarios disponibles son heterogéneos y basados sobre todo en pacientes atendidos de forma ambulatoria, en ancianos con importante pluriopatología que han ingresado en servicios de medicina interna o fueron obtenidos hace más de una década^{12,13}. La fragilidad social podría ayudar a predecir eventos como reingresos y mortalidad, que actualmente no es posible hacer con una fiabilidad adecuada únicamente con factores demográficos y clínicos¹³⁻¹⁶. De hecho, algunos documentos de atención integrada recomiendan su evaluación sistemática mediante determinados cuestionarios y escalas^{16,17}.

Por otra parte, en los últimos años estamos asistiendo a un mayor interés entre la comunidad científica sobre los aspectos de género en la EPOC, centrados fundamentalmente en algunos campos de susceptibilidad, prevalencia, diagnóstico, comorbilidades y pronóstico, pero casi sin evaluar aspectos sociales^{19,20}. Sin embargo, esta evaluación se considera clave en la planificación sanitaria en la era de la cronicidad^{21,22}.

Conocer las características sociales, además de las demográficas y clínicas, de los pacientes con AEPOC graves y analizarlas en función del género permitirá tener una visión de la que no disponemos en este momento y que es necesaria para diseñar programas de atención más personalizados y eficientes.

Metodología

Estudio transversal donde se describe el momento de inicio de una cohorte (cohorte SocioEPOC) de seguimiento de pacientes ingresados por agudización de la EPOC. Los pacientes se han reclutado de forma prospectiva y consecutiva en un hospital de

tercer nivel. Este centro tiene una población de referencia de 375.000 habitantes de áreas tanto urbanas como rurales.

Para la metodología y la comunicación de resultados y se ha seguido la guía STROBE²³.

Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los pacientes con su ingreso índice (primer ingreso en el periodo de estudio) con el diagnóstico primario de AEPOC en el servicio de neumología a lo largo de un año (2 de enero-31 de diciembre de 2017).

Criterios de exclusión

Se excluyeron los casos que rechazaron participar y en los que se descartó el diagnóstico de EPOC durante su seguimiento o se hizo otro diagnóstico alternativo al de AEPOC (embolismo pulmonar, neumonía u otras patologías).

Para el diagnóstico de AEPOC y su exclusión se siguieron las recomendaciones de la Guía GesEPOC².

Tras la estabilización del paciente, a las 72-96 h del ingreso se les entregó la hoja de información al paciente y se solicitó su consentimiento para participar.

Recogida de información

Mediante revisión de la historia clínica y una entrevista personal al paciente y a su cuidador se registraron variables sociodemográficas, antecedentes de tabaquismo o tabaquismo activo, y en no fumadores, la posible etiología de la EPOC (exposición significativa a biomasa o laboral o déficit de alfa-1-antitripsina), etilismo crónico (ingesta media diaria > 70 g de alcohol en el varón o > 50 g en la mujer), consumo de otras drogas, vacunación antigripal y anti-neumocócica, ingresos en el hospital por AEPOC y aislamiento de gérmenes en muestras respiratorias en el año previo, impacto de la EPOC mediante el cuestionario *COPD Assessment Test* (CAT)²⁴, grado de disnea previo a la presente exacerbación según la escala modificada del *Medical Research Council* (mMRC)²⁵, valor del FEV₁ en la última espirometría realizada, valores de eosinófilos en la analítica del ingreso y presencia de anemia (hemoglobina < 13 g/dl en varones y < 12 g/dl en mujeres) y comorbilidades mediante el índice de Charlson²⁶, la escala de Goldberg de ansiedad y depresión²⁷ o la presencia de síndrome de apnea del sueño o fibrilación auricular.

Respecto a la esfera social, una trabajadora social experta recogió:

- Ingresos económicos mensuales (< o > 800 €) y tipo de la prestación (contributiva o no), si es que la tenían, y régimen laboral.
- Tipo de vivienda (piso, casa, residencia, pensión) y régimen de utilización.
- Unidad convivencial (vivía o dormía solo), si disponían de cuidador, y si este era o no remunerado. Si no era remunerado, si era un familiar (esposo/a, hijo/a, otro).
- Utilización previa de servicios de trabajo social municipales o de otros estamentos.

- Capacidad del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) mediante el índice de Barthel²⁸.
- Capacidad del paciente para la realización de actividades instrumentales mediante el índice de Lawton y Brody²⁹.
- Fragilidad y dependencia social mediante el cuestionario de Barber³⁰.
- Situación social o familiar mediante la escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón³¹.
- Sobrecarga del cuidador mediante el test de Zarit³².

En el material suplementario ([Anexo](#)) hay una breve descripción de estos 5 últimos índices y escalas y de su interpretación.

Con los datos recogidos y registrados se calcularon otras variables, como el índice de masa corporal y BODEX. Se agrupó en una única variable de todas las enfermedades cardiovasculares incluidas en el índice de Charlson y se le añadió fibrilación auricular. Con el FEV₁ se clasificó a los pacientes según las guías GOLD³³. Con los valores de índices y cuestionarios (mMRC, CAT, Charlson, Goldberg) se crearon otras variables dicotómicas indicadas en el apartado de resultados. Lo mismo se realizó para los índices y escalas sociales, en función de los puntos de corte recomendados²⁸⁻³² (ver material suplementario [[Anexo](#)]).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de Galicia con el expediente 2016/524.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis describiendo el número de casos y su porcentaje para las variables cualitativas y la media aritmética y su desviación típica para las cuantitativas. Con las variables categóricas se construyeron tablas de contingencia con el número de casos y su porcentaje y se compararon mediante la prueba de Ji-cuadrado (χ^2) o el test exacto de Fisher. La comparación de variables cuantitativas se hizo mediante la t de Student.

La aproximación en todos los casos fue bilateral y el nivel de significación fue del 5%.

El análisis se hizo con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 21 (IBM Corporation, Armonk, NY).

Resultados

Se incluyeron 253 pacientes, de los que 58 (23%) eran mujeres. Cinco (2 mujeres) no se pudieron incluir, 2 de ellos por su situación de gravedad y otros 3 porque rechazaron participar. Las características demográficas y clínicas del total de la muestra y por género se muestran en la [tabla 1](#).

Los pacientes tienen una edad media próxima a los 70 años, la mayoría solo habían cursado estudios primarios y la mitad viven en el entorno rural. Cuatro residían en pensiones (1,6%) y 2 (0,8%) en residencias. La mayor parte presentan sobrepeso u obesidad, una EPOC funcionalmente grave y disnea en situación estable grado 2-3 de la mMRC. En la gran mayoría la EPOC era de causa fundamentalmente tabáquica; casi el 40% de ellos siguen fumando activamente y una quinta parte beben alcohol de forma excesiva. Menos del 10% eran usuarios de drogas, estando la mayoría en programas de metadona, y solo 6 consumían de forma frecuente otros tóxicos, como heroína o cocaína. Aunque el índice de Charlson es bajo, algo más de la mitad de los casos tienen comorbilidades cardiovasculares, la mitad ansiedad o depresión, y entre un cuarto y un quinto, diabetes, apnea del sueño o anemia leve. El 40% reciben oxigenoterapia domiciliar y el 15%, ventilación no invasiva.

Al compararlas en función del género, las mujeres son más jóvenes, la EPOC es de causa no tabáquica más frecuentemente, con un número de paquetes-años menor, fuman más activamente y beben menos de forma excesiva. A pesar de un FEV₁ similar presentan un

menor grado de disnea, comorbilidades cardiovasculares y apnea del sueño. Existen diferencias sin alcanzar significación estadística en un mayor grado de ansiedad y menos diabetes.

Con respecto a las características sociales ([tabla 2](#) y T1S a T4S), de forma global, la mayoría de los pacientes son pensionistas y más de la mitad tienen ingresos mensuales inferiores a los 800 €, la cuarta parte viven/duermen solos, casi la mitad presentan alguna dependencia para realizar alguna ABVD (52,5% moderada y 18,6% grave), el 90% para instrumentales y el 60% tienen algún riesgo/problema sociofamiliar. Sin embargo, únicamente la mitad disponen de cuidador, siendo el 80% de ellos informales, la mayoría mujeres, que en el 60% de los casos presentan alguna sobrecarga. La mitad de los cuidadores son sus propios cónyuges o parejas y la otra mitad otros, fundamentalmente hijas o familiares de otro tipo. Sin embargo, apenas una quinta parte de los pacientes había acudido a los servicios sociales. La mayoría residen a menos de 20 km del hospital y un tercio disponen de transporte propio.

Al comparar estas características en función del género, las mujeres tienen menores ingresos económicos, continúan más activas laboralmente, aunque un porcentaje mayor no recibe ningún tipo de pensión, sueldo o paga no contributiva. Duermen/viven solas con mayor frecuencia y tienen menos cuidadores informales que los varones; los cuidadores son menos frecuentemente mujeres y en menor proporción sus propias parejas/cónyuges. Las mujeres son menos dependientes para tareas instrumentales domésticas, aunque también para el control de la medicación, compras y gestión económica, y en las actividades básicas, para las relacionadas con la movilidad. Presentan más problema/riesgo social en las áreas social y familiar del cuestionario de Gijón.

Discusión

El presente estudio describe de forma completa y compara en función del género los perfiles social, demográfico y clínico de los pacientes con AEPOC grave que ingresan en un servicio de neumología de un hospital de tercer nivel. Es el primero realizado en España que aborda la situación social desde una perspectiva de género y que ha utilizado numerosos índices y escalas de evaluación social por personal experto.

Desde el punto de vista clínico, las principales características clínicas de los pacientes incluidos en este estudio son muy similares a las descritas en las auditorías AUDIPOC y a la cohorte española de la auditoría paneuropea COPD Audit, constituidas por 3.493 y 4.650 casos, respectivamente³⁴, por lo que creemos que la población incluida puede ser un buen reflejo de los pacientes que ingresan en otros servicios de nuestro país.

En España la EPOC es la única enfermedad crónica del paciente en menos del 20% de ellos³⁵, tal y como se evidencia en el presente estudio, en el que, a pesar de que la edad media es inferior a 70 años y el índice de Charlson menor de 2, por la existencia de otras comorbilidades la mayoría de los pacientes cumplen los criterios de pluripatología que define la estrategia nacional de atención a la cronicidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad^{23,35}, en la que se destaca la importancia de la coordinación entre servicios sanitarios y sociales y se incide en abordar el problema desde una perspectiva de género^{18,23}.

Casi la cuarta parte de los casos incluidos en este estudio son mujeres, porcentaje superior al descrito en otras series españolas^{7,10,14,33}, lo que podría explicarse por el tiempo pasado y por una incorporación precoz de la mujer al tabaquismo en nuestra área sanitaria, ya descrita previamente³⁶. Desde el punto de vista demográfico y clínico, en este estudio las mujeres son algo más jóvenes, con menos carga tabáquica y tienen con mayor frecuencia

Tabla 1
Características demográficas y clínicas de la muestra total y comparación en función del género

VARIABLES	Total (n=253)	Hombre (n=195)	Mujer (n=58)	p
Edad (años) ^a	68,9 ± 9,8	69,8 ± 9,6	65,9 ± 9,8	0,007
Estudios primarios (%)	214 (84,6)	167 (85,6)	47 (81)	0,39
Residencia zona rural (%)	136 (54)	109 (56,2)	27 (46,6)	0,19
IMC (kg/m ²) ^a	27,5 ± 6,4	27,9 ± 6,1	26,4 ± 7,3	0,11
IMC > 30 kg/m ²	82 (32,5)	65 (36,5)	17 (28,1)	0,44
Tabaquismo activo (%)	96 (37,9)	61 (31,3)	35 (60,3)	0,001
Paquetes-años ^{a,b}	54,2 ± 29,1	58,7 ± 36,4	40,9 ± 21,5	0,0001
Nunca fumadores ^c (%)	11 (4,3)	5 (2,6)	6 (10,3)	0,02
Ingesta elevada de alcohol (%)	52 (20,6)	49 (25,1)	3 (5,2)	0,001
Drogadicción	21 (8,4)	17 (8,8)	4 (7)	0,71
Ingresos año previo ^a	0,8 ± 1,1	0,8 ± 1,2	0,6 ± 0,9	0,21
≥ 2 ingresos año previo	51 (20,2)	44 (22,2)	7 (12,1)	0,08
Cultivos positivos de esputo años previo	1,7 ± 1,3	1,8 ± 1,4	1,4 ± 1	0,33
Cultivos positivos de esputo (%) año previo	65 (25,8)	54 (27,8)	11 (19)	0,17
Vacunación gripe (%)	211 (83,4)	164 (84,1)	47 (81)	0,58
Vacunación neumocócica (%)	138 (54,5)	109 (55,9)	29 (50)	0,43
Ingreso en los meses fríos (%)	154 (60,9)	120 (51,5)	34 (58,6)	0,69
Cifra de eosinófilos en sangre (totales/μl) ^a	110,8 ± 225,5	118,2 ± 244,9	86 ± 141,8	0,34
Cifra de eosinófilos en sangre (%) ^a	0,9 ± 1,1	0,9 ± 1,1	0,8 ± 1,3	0,47
Puntuación en CAT ^a	19 ± 7,3	19,1 ± 7,2	18,9 ± 7,9	0,93
Puntuación CAT > 10 (%)	220 (87)	172 (88,2)	48 (83)	0,28
Disnea según mMRC ^a	2,2 ± 0,8	2,3 ± 0,8	2,1 ± 0,7	0,04
Disnea según mMRC > 2 (%)	94 (37,2)	84 (43,1)	10 (17,2)	0,001
Valor de FEV ₁ (% referencia) ^a	42,1 ± 14,2	41,5 ± 14,5	44,1 ± 13,2	0,23
Valor de FEV ₁ (ml) ^a	1132,5 ± 466,2	1186,5 ± 485,2	956,2 ± 346,7	0,001
Valor de FEV ₁ < 50% de referencia (GOLD III-IV) (%)	177 (71,4)	139 (73,2)	38 (65,5)	0,24
Índice BODEX ^a	4 ± 1,7	4,1 ± 1,8	3,8 ± 1,6	0,23
Índice BODEX ≥ 5 (%)	96 (38,6)	77 (40,3)	19 (32,8)	0,3
Índice de Charlson ^a	1,8 ± 0,9	1,8 ± 0,9	1,5 ± 0,6	0,001
Índice de Charlson ≥ 2 (%)	132 (52,2)	108 (55,4)	24 (41,4)	0,06
Índice de Charlson ajustado por edad ^a	4,2 ± 1,5	4,4 ± 1,5	3,7 ± 1,2	0,001
Enfermedad cardiovascular (%)	142 (56,1)	117 (60)	25 (25,9)	0,02
Diabetes mellitus (%)	57 (22,5)	49 (25,1)	8 (13,8)	0,07
Anemia (%)	65 (25,7)	53 (27,2)	12 (20,7)	0,3
SAS (%)	51 (20,2)	46 (23,3)	5 (8,6)	0,01
Cuestionario Goldberg (total) ^a	5,8 ± 3,9	5,7 ± 4,1	6 ± 3,1	0,46
Ansiedad según cuestionario de Goldberg (%)	112 (44,4)	80 (41,2)	32 (55,2)	0,06
Depresión según cuestionario de Goldberg (%)	131 (53,2)	98 (50,5)	33 (56,9)	0,39
Oxigenoterapia domiciliar (%)	100 (39,5)	74 (39,4)	26 (44,8)	0,46
Ventilación no invasiva domiciliar (%)	42 (16,7)	36 (18,9)	6 (10,3)	0,12

^a Expresado como media ± desviación estándar.^b Calculado en pacientes fumadores y exfumadores.^c Causas: déficit de alfa-1-antripsina (1 hombre y 2 mujeres), ocupacionales (4 hombres y 2 mujeres) y por inhalación de biomasa (2 mujeres).CAT: COPD Assessment Test; FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; IMC: índice de masa corporal; mMRC: escala modificada del Medica Research Council; SAS: síndrome de apnea obstructiva del sueño.**Tabla 2**
Características sociales de la muestra total y comparación en función del género

VARIABLES	Total (n=253)	Hombre (n=195)	Mujer (n=58)	P
Ingresos económicos < 800 € (%)	136 (55,5)	98 (50,5)	38 (74,5)	0,002
Ausencia de sueldo, pensión o paga no contributiva	8 (3,2)	2 (1)	6 (10,3)	0,04
Trabajan activamente	16 (6,3)	9 (4,6)	7 (12,1)	0,04
Distancia al hospital > 20 km (%)	32 (12,7)	29 (15)	3 (5,2)	0,04
Uso de transporte propio (%)	89 (35,2)	72 (36,9)	17 (29,3)	0,29
Utilización de recursos de servicios sociales (%)	58 (22,9)	42 (21,5)	16 (27,6)	0,34
Vive solo	54 (21,4)	32 (16,5)	22 (37,9)	0,001
Duerme solo/a (%)	63 (24,9)	39 (20)	24 (41,4)	0,001
Dispone de cuidador	117 (49)	97 (49,7)	22 (37,9)	0,11
Cuidador (no remunerado) (%) ^a	99 (83,2)	86 (88,7)	13 (59,1)	0,002
Cuidador de sexo femenino ^b	90 (90,9)	81 (94,2)	9 (69,2)	0,004
Cuidador cónyuge/pareja ^b	49 (49,5)	46 (53,5)	3 (23,1)	0,04
Test Zarit (sobrecarga del cuidador) ^{b,c}	51,4 ± 14,2	51,9 ± 14	47,1 ± 15,2	0,34
Alguna sobrecarga (test de Zarit) (%) ^b	63 (69,2)	57 (71,3)	6 (54,5)	0,26
Cuestionario de Barthel ^c	88,3 ± 17,4	88,2 ± 16,6	88,7 ± 20,3	0,85
Dependencia según Barthel (cualquiera) (%)	127 (46,2)	96 (49,2)	21 (37,2)	0,08
Dependencia según cuestionario de Barber (%)	226 (89,3)	174 (89,2)	52 (89,7)	0,93
Cuestionario de Lawton y Brody ^c	4,8 ± 2,5	4,5 ± 2,4	5,8 ± 2,5	0,001
Dependencia según Lawton y Brody (%)	200 (79,1)	162 (82,1)	38 (65,5)	0,004
Cuestionario socio-familiar de Gijón ^c	10,8 ± 3,1	10,6 ± 3,2	11,5 ± 2,5	0,04
Riesgo/problema según cuestionario sociofamiliar de Gijón (%)	162 (64)	116 (59,5)	46 (79,3)	0,006

^a Calculado en relación con los que disponen de cuidador.^b Calculado sobre los que disponen de cuidador no remunerado.^c Expresado como media ± desviación estándar.

una etiología no tabáquica que los hombres, tal y como ya ha sido descrito en otros estudios¹⁹⁻²¹. El 60% fuman activamente, dato similar al publicado por Mayoralas et al.¹¹ en un amplio estudio de ámbito ambulatorio de mujeres con EPOC. Es probable que, además del mayor grado de adicción de las mujeres, puedan estar influyendo otros condicionantes de tipo social o psicológico que también se evidencian en nuestro trabajo y que deben hacernos incidir, tal y como sugieren otros autores, en la necesidad urgente de elevar los niveles de conciencia sobre la EPOC y de implementar estrategias más exitosas para la prevención y el tratamiento de la EPOC en las mujeres^{12,19-21}. Con una función pulmonar similar que los hombres, al contrario que lo publicado¹⁹⁻²¹, las mujeres tenían un grado de disnea inferior, dato que podría explicarse parcialmente por la mayor frecuencia de comorbilidad cardiovascular en los hombres (datos no mostrados).

Con respecto al perfil social, el estudio refleja una situación global de un importante componente de discapacidad y dependencia tanto para las actividades básicas como para las instrumentales, soledad, fragilidad y riesgo social, alguna de las cuales son llamativamente peores en las mujeres. Al igual que en el estudio EIME¹⁰, realizado en pacientes con EPOC de nuestro país atendidos ambulatoriamente hace algo más una década, sigue describiéndose un bajo nivel económico y educacional y una importante limitación para las ABVD¹⁰. Únicamente el 7,5% de los pacientes incluidos en el estudio EIME¹⁰ vivían solos, dato que contrasta con el 21,4% que reportamos, cifra similar a la descrita en estudios más recientes en otros países³⁷ y que es acorde con los cambios que está experimentando la sociedad en los países desarrollados^{23,34}. Las mujeres disponen de menos recursos económicos y de ayuda y trabajan más activamente. Tienen además menos dependencia para las actividades básicas instrumentales relacionadas con tareas domésticas y compras, lo que podría estar influido por lo anterior, aunque es posible que este hecho se explique más por los roles y estereotipos de género de nuestra sociedad^{22,38}, que hacen que algunos autores recomienden evaluaciones diferentes del mismo cuestionario en función del género²⁹.

En cuanto a las mujeres con EPOC del estudio de Mayoralas et al.¹¹, vivían solas el 16,3%, frente al 40% de nuestra serie, diferencia explicable por el distinto ámbito del estudio y que puede ser reflejo de una posible peor situación social de las pacientes con AEPOC grave³⁵.

Con respecto a los cuidados no formales, en las mujeres son realizados menos frecuentemente por sus propias parejas y cónyuges, y aunque no se alcanzó significación estadística se describe una tendencia a una menor sobrecarga, lo que puede deberse también de los diferentes roles sociales y a las inequidades ya descritas³⁸.

Una posible consecuencia de todo lo comentado es que las mujeres con AEPOC grave presentan un mayor riesgo/problema social cuando se utilizan cuestionarios específicos en las esferas familiar y social, que de forma global es superior a lo descrito en una población de pacientes con EPOC más ancianos, pluripatológicos y dependientes¹³.

El presente estudio tiene algunas limitaciones. El primer lugar, se trata de un estudio de un único centro que podría no ser reflejo de la realidad social y sanitaria de otras áreas de nuestro entorno. Sin embargo, las características clínicas de los pacientes incluidos son similares a las descritas en amplias auditorías³⁴, aunque en el nuestro la edad media era ligeramente menor. Es posible también que la casuística sea algo limitada a la hora de comparar algunas variables. Finalmente, la evaluación de los aspectos sociales (dependencia, fragilidad y riesgo social, sobrecarga del cuidador) ha sido realizada mediante escalas y cuestionarios que no han sido ampliamente validados de forma específica en pacientes con EPOC. Lo mismo podría ocurrir para la evaluación de la ansiedad y de la depresión. Sin embargo, como son los que se recomienda utilizar

en los procesos asistenciales integrados sobre la EPOC o de los pacientes pluripatológicos^{17,18}, se han elegido con el fin de poder hacer comparaciones futuras con otros estudios y evaluar de alguna forma su utilidad. Tampoco se han evaluado de forma específica aspectos como la calidad de vida, que podrían ser de interés.

Entre las ventajas de esta investigación destaca el uso novedoso de escalas sociales por personal experto, el muestreo consecutivo de casos, que reduce la posibilidad de sesgo de selección, y el hecho de que se centre en pacientes con AEPOC, que hace relativamente más homogénea la población incluida.

En conclusión, los pacientes con AEPOC graves que ingresan en neumología presentan una elevada dependencia y la necesidad de cuidados por cuidadores que suelen presentar sobrecarga y riesgo social; un importante número de ellos viven solos. Hay destacables diferencias de género, y las mujeres presentan menos recursos económicos y ayuda y una peor situación sociofamiliar, aunque son menos dependientes para algunas actividades. Estas desigualdades, que parecen ir más allá de las diferencias de la expresión de la EPOC en función del género, deben tenerse en cuenta en la elaboración de programas de atención integral a la EPOC. El potencial peso de los aspectos sociales en la AEPOC abre la puerta para estudios futuros que permitan conocer su implicación en otros eventos, como reingresos o mortalidad, frente a variables puramente clínicas.

Financiación

Este estudio ha sido financiado mediante fondos obtenidos de las ayudas SEPAR 456/2017, FIS-ISCI PI18/01317 (FEDER) y la una colaboración no condicionada de la empresa Menarini.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.arbres.2019.03.009](https://doi.org/10.1016/j.arbres.2019.03.009)

Bibliografía

- López-Campos JL, Tan W, Soriano JB. Global burden of COPD. *Respirology*. 2016;21:14–23.
- Working group of the GesEPOC. Clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of patients with Chronic Obstructive Pulmonary disease (COPD) – the Spanish COPD Guideline (GesEPOC). *Arch Bronconeumol*. 2017;53 Supl 1:1–64.
- Alfageme I, Fernández Villar A, Soriano BJ. Las enfermedades respiratorias en España a la luz del CMBD de RECALAR. Monograf Arch Bronconeumol. 2018;5:00153.
- Miravittles M, García-Polo C, Domenech A, Villegas G, Conget F, de la Roza C. Clinical outcomes and cost analysis of exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *Lung*. 2013;191:523–30.
- Soler-Cataluña JJ, Sánchez Toril F, Aguilar Benito MC. El papel de la neumología ante la estrategia de cronicidad del Sistema Nacional de Salud. *Arch Bronconeumol*. 2015;51:396–440.
- Crisafulli E, Barbeta E, Ielpo A, Torres A. Management of severe acute exacerbations of COPD: An updated narrative review. *Multidiscip Respir Med*. 2018;13:36.
- Escarrabill J, Torrente E, Esquinas C, Hernández C, Monsó E, Freixas M, et al. Clinical audit of patients hospitalized due to COPD exacerbation. MAG-1 Study. *Arch Bronconeumol*. 2015;51:483–9.
- Gershon AS, Dolmage TE, Stephenson A, Jackson B. Chronic obstructive pulmonary disease and socioeconomic status: A systematic review. *COPD*. 2012;9:216–26.
- Barton C, Effing TW, Cafarella P. Social support and social networks in COPD: A scoping review. *COPD*. 2015;12:690–702.
- Álvarez-Gutiérrez FJ, Miravittles M, Calle M, Gobartt E, López F, Martín A, et al. Impact of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living: Results of the EIME multicenter study. *Arch Bronconeumol*. 2007;43:64–72.
- Mayoralas S, Díaz Lobato S, Antón E, Ribera X, Unzueta I, Martín A. Características clínicas y sociodemográficas de mujeres diagnosticadas de enfermedad

- pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en España: estudio ECME. *Rev Patol Respir*. 2016;19:3–10.
12. Abad-Corpa E, Royo-Morales T, Iniesta-Sánchez J, Rodríguez-Mondéjar JJ, Carrillo-Alcaraz A, Pérez-García MC, et al. A descriptive study of the socio-demographic and clinical profile of the patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Enferm Clin*. 2011;21:12–8.
 13. Díez Manglano J, Bernabeu-Wittel M, Escalera-Zalvide A, Sánchez-Ledesma M, Mora-Rufete A, Nieto-Martín D, et al., en representación de los investigadores del proyecto PROFUND. Comorbidity, disability and mortality in patients with multiple conditions and chronic obstructive pulmonary disease. *Rev Clin Esp*. 2011;211:504–10.
 14. Bernabeu-Mora R, García-Guillamón G, Valera-Novella E, Giménez-Giménez LM, Escolar-Reina P, Medina-Mirapeix F. Frailty is a predictive factor of readmission within 90 days of hospitalization for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: A longitudinal study. *Ther Adv Respir Dis*. 2017;11:383–92.
 15. Press VG. Is it time to move on from identifying risk factors for 30-day chronic obstructive pulmonary disease readmission? A call for risk prediction tools. *Ann Am Thorac Soc*. 2018;15:801–3.
 16. Echevarria C, Steer J, Heslop-Marshall K, Stenton SC, Hickey PM, Hughes R, et al. The PEARL score predicts 90-day readmission or death after hospitalisation for acute exacerbation of COPD. *Thorax*. 2017;72:686–93.
 17. Proceso asistencial integrado de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Servicio Galego de Saude, 2013 [consultado 5 Ene 2019]. Disponible en: <http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Proceso-Asistencial-Integrado-da-Enfermidade-Pulmonar-Obstrutiva-Cronica-EPOC?idioma=es>.
 18. Proceso asistencial integrado de la Atención a Pacientes Pluripatológicos. 8.ª edición. Consejería Andaluza de Salud, 2018 [consultado 5 Ene 2019]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion.pacientes.pluripatologicos.2018.pdf.
 19. Alonso T, Sobradillo P, de Torres JP. Chronic obstructive pulmonary disease in women. Is it different? *Arch Bronconeumol*. 2017;53:222–7.
 20. Jenkins CR, Chapman KR, Donohue JF, Roche N, Tsiligianni I, Han MK. Improving the management of COPD in women. *Chest*. 2017;151:686–96.
 21. Artazcoz L, Chilet E, Escartín P, Fernández A. Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018;32:92–7.
 22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [consultado 5 Ene 2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA.ABORDAJE.CRONICIDAD.pdf>.
 23. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Go PC, Gotzsche PC, et al. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit*. 2008;22:144–50.
 24. Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen W-H, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J*. 2009;34:648–54.
 25. Bestall J, Paul E, Garrod R, Garnham R, Jones P, Wedzicha J. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 1999;54:581–6.
 26. Charlson ME, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol*. 1994;47:1245–51.
 27. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 1988;297:897–9.
 28. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Disability evaluation: Barthel's index. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71:127–37.
 29. Vergara I, Bilbao A, Orive M, García-Gutierrez S, Navarro G, Quintana JM. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;30:130.
 30. Martín-Lesende I, Rodríguez-Andrés C. Utilidad del cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o más con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40:335–44.
 31. Alarcón MT, González JL. La escala sociofamiliar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1998;33:178–9.
 32. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*. 1996;6:338–46.
 33. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease 2017 Report: GOLD executive summary. *Arch Bronconeumol*. 2017;53:128–49.
 34. Lopez-Campos JL, Asensio-Cruz MI, Castro-Acosta A, Calero C, Pozo-Rodríguez F, AUDIPOC and the European COPD Audit studies. Results from an audit feedback strategy for chronic obstructive pulmonary disease in-hospital care: A joint analysis from the AUDIPOC and European COPD audit studies. *PLoS One*. 2014;9:e110394.
 35. Román P, Ruiz-Cantero A. Polypathology, an emerging phenomenon and a challenge for healthcare systems. *Rev Clin Esp*. 2017;217:229–37.
 36. Leiro-Fernández V, Mouronte-Roibás C, Ramos-Hernández C, Botana-Rial M, González-Piñeiro A, García-Rodríguez E, et al. Changes in clinical presentation and staging of lung cancer over two decades. *Arch Bronconeumol*. 2014;50:417–21.
 37. Chen Z, Fan VS, Belza B, Pike K, Nguyen HQ. Association between social support and self-care behaviors in adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Am Thorac Soc*. 2017;14:1419–27.
 38. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Estrategia nacional de equidad en salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010 [consultado 5 Ene 2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EstrategiaNacEquidadSalud.htm>.