

Temas al día

Un caso de enfermedad pulmonar obstructiva crónica oculta. La EPOC en la mujer

José Barquero-Romero¹, Isabel Vitoria-Alonso²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. España
Grupo de Trabajo de EPOC. Sociedad Española de Medicina Interna. España

²Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja). España
Grupo de Trabajo de EPOC. Sociedad Española de Medicina Interna. España

Recibido: 11/09/2017

Aceptado: 04/10/2017

En línea: 31/12/2017

Citar como: Barquero-Romero J, Vitoria-Alonso I. Un caso de enfermedad pulmonar obstructiva crónica oculta. La EPOC en la mujer. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2017 (Dic); 2(3): 158-160.

Autor para correspondencia: José Barquero-Romero. doctorbarquero@doctorbarquero.com

Palabras clave

- ▷ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- ▷ Diferencias de género

Keywords

- ▷ Chronic obstructive pulmonary disease
- ▷ Gender differences

Resumen

Mujer de 56 años, con múltiples problemas de salud valorada en Medicina Interna por dolor osteomuscular. Es fumadora. En la anamnesis dirigida refiere disnea de esfuerzo que ocasiona limitaciones en su actividad laboral y de ocio. La espirometría estableció el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), una enfermedad cada vez más frecuente y fácil de encontrar entre la población femenina por su relación con el tabaquismo. Exponemos las diferencias de género descritas en la EPOC y aquellas medidas que pueden contribuir a un mejor manejo de esta patología en la mujer.

Abstract

A 56 year-old woman with many health problems was seen in the Internal Medicine department for chronic osteo-muscular pain. She was smoker. She referred to dyspnea on exertion and exercise limitation. Diagnosis of COPD was confirmed by spirometry. COPD is now more common in women because of increased tobacco use among women. The purpose of this article is to examine gender differences in COPD and to improve the management of COPD in women.

Puntos destacados

- ▷ Desde el punto de vista epidemiológico, la EPOC es un proceso en evolución que va desde una situación antigua predominantemente masculina a una situación futura predominantemente femenina. El riesgo de morir por EPOC en la mujer supera al cáncer de mama y al cáncer de pulmón, conjuntamente, en algunos países.
- ▷ La idea de que la EPOC es una enfermedad de varones mayores fumadores está anticuada.
- ▷ La EPOC en la mujer es un proceso más rápido, más grave y con mayor mortalidad que en el varón, con consumos de tabaco inferiores. Con mayor frecuencia no son diagnosticadas o son diagnosticadas erróneamente. Éstas y otras diferencias de género suponen un claro perjuicio para la mujer cuando el manejo de la enfermedad se hace con los conocimientos obtenidos de varones.

humo de tabaco durante el hábito de fumar¹. Este hábito ha sido hasta hace unas décadas exclusivamente masculino y, por consiguiente, la EPOC una enfermedad de varones, hasta tal punto que muy pocas mujeres eran incluidas en los estudios y los ensayos clínicos de esta enfermedad. En la actualidad, el número de mujeres con EPOC es cada vez mayor y ya existen países donde la enfermedad tiene un claro predominio femenino². Nos encontramos, por tanto, en la situación en que las pacientes reciben una atención sanitaria que fue estudiada en hombres, asumiendo que la EPOC en la población femenina es igual que en el varón, cuando, por el contrario, las investigaciones encuentran importantes diferencias entre ambas³.

Con la presente publicación deseamos poner de relieve los principales aspectos propios que vamos conociendo de la EPOC en la mujer y que pueden influir en el manejo clínico de esta población.

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad inflamatoria respiratoria y sistémica que produce un elevado consumo de los recursos sociosanitarios^{1,2}. El principal factor de riesgo para la EPOC es la aspiración del

Caso clínico

Mujer de 56 años que consulta en Medicina Interna por dolor de ritmo mecánico en columna cervical y columna lumbar de varios meses de evolución.

Fumadora de 10 cigarrillos/día. Índice de consumo acumulado de tabaco: 42 paquetes/año. No hipertensa ni diabética. Menopausia a los 49 años. Historia de dispepsia ulcerosa en seguimiento por Digestivo. Bocio en seguimiento por Endocrinología. Osteopenia en seguimiento por Ginecología. Fibromialgia en seguimiento por Reumatología. Depresión en tratamiento por Psiquiatría. No intervenciones quirúrgicas mayores. No historia de ingresos. Antecedentes familiares de EPOC y adenocarcinoma de pulmón en su padre (fumador).

Trabaja como asesora fiscal. Consulta por agravamiento de dolores generalizados que lleva años padeciendo y para los que recibe analgésicos, relajantes musculares y fisioterapia.

En la anamnesis dirigida, refiere disnea grado 2 de la mMRC (*modified Medical Research Council*) que atribuye al tabaco. Resto de la anamnesis normal.

- Exploración física. IMC 23 kg/m². Frecuencia cardíaca: 87 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto. Saturación de oxígeno por pulsioximetría 94%. Presenta 14 puntos fibromiálgicos dolorosos. Resto normal.
- Exploraciones complementarias. Hematocrito 54%. Radiografía de tórax: mastoplastia bilateral y osteopenia. TAC de tórax: signos de EPOC con enfisema centrolobulillar con bullas subpleurales e intraparenquimatosas. Espirometría basal forzada: FVC 64%, FEV1 54%, Tiffeneau 74%, FEF25-75 23%. En una valoración específica: test Fagerström 8 puntos, CAT 16 puntos. Agudizaciones en el año previo: 1. Test de la marcha de 6 minutos: 210 m. Densitometría ósea: osteopenia en columna vertebral (T score -2,2) y normalidad en cadera (T score -1,1).

El diagnóstico es EPOC GOLD grado 2 grupo B. En la clasificación GesEPOC, fenotipo A (no agudizador). Se inició tratamiento con bupropión y un anticolinérgico de acción larga.

Tres años después consiguió la abstinencia tabáquica tras esfuerzos repetidos. Mantiene una vida activa con limitaciones (no puede caminar deprisa, precisa ayuda de otra persona si tiene que portar cargas, ascensor para salvar escaleras, etc.). Ha presentado una agudización por año, ninguna con hospitalización. La última espirometría muestra un FEV1 de 51%.

Discusión

La EPOC se define como una enfermedad tratable y prevenible que se caracteriza por la presencia de síntomas respiratorios persistentes y limitación del flujo aéreo debido a alteraciones alveolares y/o de las vías aéreas, generalmente causada por exposición a gases o partículas nocivas¹. Su prevalencia es alta, es una de las primeras causas de mortalidad y de años de vida vividos con enfermedad y su coste socio-sanitario es elevado^{1,2}.

Este caso clínico quiere poner de relieve “el cambio de género de la EPOC”, es decir, la transformación de una enfermedad típicamente masculina a una enfermedad de predominio femenino³. Este cambio de género se produce porque, desde hace cuatro a seis décadas, el hábito de fumar ha pasado de ser casi exclusivamente masculino a tener más aceptación entre las mujeres. Por ejemplo, en Estados Unidos la mortalidad por EPOC en la mujer se incrementó un 300% en el periodo 1980-2000 frente a un 13% en varones; desde el año 2000, en ese país, mueren por EPOC más mujeres que hombres². En España, se ha producido una inversión estadística en el consumo de tabaco y entre las nuevas generaciones hay más mujeres fumadoras que hombres: es cuestión de tiempo que asistamos a este “cambio de género” también en nuestro país⁴.

Por otra parte, la exposición al humo de biomasa es otro factor de riesgo para desarrollar EPOC y se le responsabiliza de una gran cantidad de casos de EPOC, especialmente en los países en desarrollo^{1,3}. El humo de biomasa se genera por fuego de leña que se utiliza para cocinar o para calentar el hogar, en viviendas mal ventiladas y que generalmente están al cargo de mujeres.

El “cambio de género” en la EPOC tiene gran transcendencia en la clínica: la asistencia a la mujer con EPOC se hace a partir de los conocimientos obtenidos en estudios con un 80-100% de varones³.

Las diferencias de género en EPOC encontradas se encuentran resumidas en la **Tabla 1**.

Una diferencia clave aparece en nuestro caso: nuestra paciente fue valorada por múltiples problemas de salud pero su EPOC permanecía “invisible”, for-

Mujer con respecto al varón		
Susceptibilidad al daño por el tabaco	Mayor	<ul style="list-style-type: none"> • A igual consumo mayor deterioro funcional • Menor incremento de FEV1 en adolescentes • Mayor caída de FEV1 en fumadoras activas
Tabaquismo	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia superior a varones en grupos de menor edad • Menor acceso al tratamiento deshabitador • Mayor mejoría funcional si dejan de fumar 	Diferentes motivaciones
Lesión pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> • Más en vía aérea (bronquitis) • Menos en parénquima (enfisema) 	
Diagnóstico	Menos probable	Infradiagnóstico que se corrige con la realización de la espirometría
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Expectoración (-) • Disnea (+) • Capacidad ejercicio (-) • Exacerbaciones (+) 	
Comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del ánimo (+) • Más insuficiencia cardíaca (+) • Más osteoporosis (+) 	
Calidad de vida	Menor	
Estatus socioeconómico	Más bajo	

Tabla 1. Principales diferencias de género en la EPOC

mando parte del infradiagnóstico. Este sesgo de género es bien conocido: las mujeres con EPOC tienen menos probabilidad que los hombres de ser diagnosticadas y, consecuentemente, menor probabilidad de recibir un tratamiento adecuado^{3,5}. La realización de la espirometría aumenta el número de diagnósticos correctos⁴. Es necesario un cambio de mentalidad clínica: *está anticuado pensar en el diagnóstico de EPOC sólo ante un varón mayor fumador*³.

El diagnóstico de EPOC se basa en la existencia de tos-expectoración-disnea junto con obstrucción poco reversible en la espirometría³, y es el mismo para hombres y mujeres, si bien la mujer con EPOC presenta menos expectoración pero mayor disnea^{3,6,7}. Asimismo, la mujer presenta más afectación de la pequeña vía aérea y desarrolla más bronquitis, mientras que el varón tiene mayor daño en parénquima y desarrolla más enfisema³.

La mujer parece ser más susceptible tanto al tabaco (con consumos acumulados menores alcanza antes estadios graves de enfermedad, con mayor disnea y con menor distancia recorrida en el test de la marcha^{3,6}) como a otros factores de riesgo (el 80% de los pacientes con EPOC "no fumadores" son mujeres). Las causas de esta distinta susceptibilidad no son conocidas³.

Otro aspecto diferencial es que las mujeres con EPOC presentan más agudizaciones y de mayor gravedad^{3,6,7}, y sus comorbilidades más frecuentes son la hiperreactividad bronquial, la afectación del estado de ánimo (depresión y ansiedad) y la insuficiencia cardíaca³. Además, presentan peor calidad de vida relacionada con la salud³.

Respecto al tratamiento, la mujer recibe con menor frecuencia tratamiento deshabitador frente al tabaco, otro sesgo de género "injusto", más aún porque al dejar de fumar el freno del deterioro funcional respiratorio es mucho mayor en la mujer³.

Nuestra paciente tenía una osteopenia, una situación común en la mujer posmenopáusica, en la que el uso de glucocorticoides inhalados, especialmente a dosis altas, podría ser especialmente perjudicial. La densidad mineral ósea debe ser tenida en cuenta y tomar las medidas adecuadas en cada caso³.

En conclusión, es un deber ético conocer las diferencias de género en EPOC y diseñar estrategias asistenciales diferenciadas para mujeres.

Bibliografía

1. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. www.goldcopd.org. Acceso 5 de julio de 2017.
2. Mannino DM, Homa DM, Akinbami LJ, Ford ES, Redd SC. Chronic obstructive pulmonary disease surveillance-United States 1971-2000. *Respiratory Care*. 2002; 47: 1184-1199.
3. Jenkins CR, Chapman KR, Donohue JF, Roche N, Tsiligianni I, Han MK. Improving the Management of COPD in Women. *Chest*. 2017; 151: 686-696.
4. Encuesta Nacional de Salud. 2014. INE. www.ine.es. Consultado el 5 de julio de 2017.
5. 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: 223-229.
6. de Torres Tajes JP, et al. EPOC en la mujer. *Arch Bronconeumol*. 2010; 46(Supl 3): 18-22.
7. Watson L, Schouten JP, Löfdahl CG, Pride NB, Laitinen LA, and Postma DS, on behalf of the European Respiratory Society Study on Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Predictors of COPD symptoms: does the sex of the patient matter? *Eur Respir J*. 2006; 28: 311-318.