



EPOC  
♀

*Programa de*  
**ATENCIÓN  
INTEGRAL**

*a las*  
**Mujeres  
CON EPOC**



EPOC

*Programa de*  
**ATENCIÓN  
INTEGRAL**

*a las*  
**Mujeres  
CON EPOC**

*Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.*

© 2017 AstraZeneca

Edita: ERGON

C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 978-84-17194-09-3

Depósito Legal: M-33872-2017

EFPO

*Resumen ejecutivo*



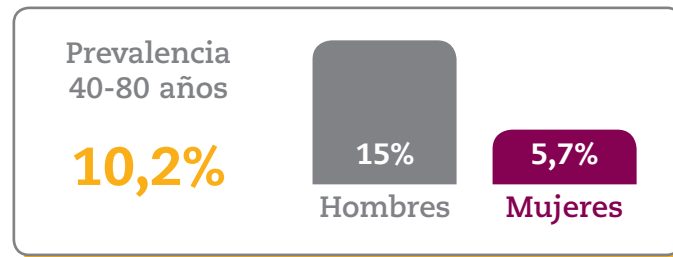


# Resumen ejecutivo

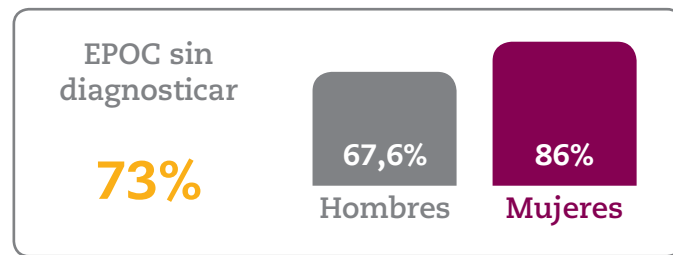


## 1. Necesidades

- ✓ El **Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)** invita a “Analizar las políticas de salud y **proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género**”.
- ✓ Durante muchos años, la **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)** ha sido considerada una enfermedad asociada al género masculino.
- ✓ La **prevalencia de la EPOC en España** se estima en el 10,2% en las personas adultas **de entre 40 y 80 años**. La prevalencia en hombres se sitúa alrededor del 15% frente al **5,7% en las mujeres**<sup>(1)</sup>.



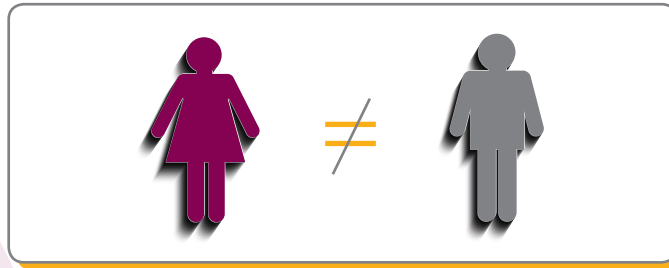
- ✓ El **73% de pacientes con criterios de EPOC** estaría **sin diagnosticar**. Este infradiagnóstico se distribuye desigualmente por sexo, siendo 1,27 veces **más frecuente en mujeres (86,0%)** que en hombres (67,6%)<sup>(2)</sup>.



- ✓ A lo largo de los últimos años **la prevalencia de la EPOC se ha incrementado entre las mujeres como consecuencia de su incorporación al hábito tabáquico.**



- ✓ **Las mujeres con EPOC pueden presentar un cuadro clínico diferente al de los hombres con síntomas diferenciados. Asimismo, el pronóstico y el patrón de comorbilidades también puede ser diferente entre sexos.**



- ✓ Aunque actualmente existen **escasas evidencias científicas respecto a las diferencias por sexo** en respuesta al tratamiento, **también podrían existir.**
- ✓ **Las mujeres con EPOC, en comparación con los hombres, tienen una mayor afectación de la calidad de vida relacionada con la salud** y comienzan a experimentar síntomas a una edad más precoz y con un grado de obstrucción al flujo aéreo menor<sup>(2)</sup>.





Por todo ello, **se ha planteado el abordaje de un Programa de Atención Integral a las Mujeres con EPOC con los siguientes objetivos:**

- **Reducir** el elevado porcentaje de **infradiagnóstico** de EPOC en las mujeres.
- Poner de manifiesto que la EPOC es una enfermedad que padecen, y padecerán, un **número importante de mujeres**.
- **Mejorar la información** y el conocimiento de la opinión pública y los perfiles profesionales de los equipos sanitarios sobre la mayor susceptibilidad de las mujeres a la exposición tabáquica y su mayor vulnerabilidad a las patologías que afectan al aparato respiratorio en general y a la EPOC en particular.
- Identificar las medidas más eficaces para mejorar el **proceso asistencial** de la EPOC en las mujeres.



- Diseñar y evaluar la aplicación de **iniciativas concretas y viables** que aumenten la calidad de la prevención, el diagnóstico, tratamiento y manejo de la enfermedad en las mujeres.
- Consensuar unas **intervenciones específicas** orientadas a su pilotaje y evaluación que permitan alcanzar el estándar óptimo en la prevención, diagnóstico y manejo de la EPOC en las mujeres.



Para el desarrollo de este Programa se constituyó un Panel Experto integrado por **16 profesionales de reconocida competencia respecto al manejo de esta enfermedad, diseño de estrategias, planes y programas sanitarios e inclusión de la perspectiva de género en sus ámbitos de especialidad**. Se trata de un grupo multidisciplinar que ha trabajado de forma conjunta y coordinada para llegar al diseño de un Programa destinado a ser implementado, pilotado y evaluado en sus resultados.



## 2. Programa de Atención Integral a las Mujeres con EPOC: Recomendaciones

A continuación, se recogen **las 16 principales propuestas** en las que se resumen las recomendaciones alcanzadas por el Panel Experto.

### PROPUESTAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES CON EPOC

#### Prevención de la EPOC en las mujeres



1. Aplicar un Plan de Comunicación específicamente dirigido a las mujeres que informe acerca de los mensajes identificados como prioritarios en “Mujeres y tabaco” y en “Mujeres y EPOC”.



2. Formar a los diferentes perfiles profesionales de los equipos sanitarios, independientemente de su especialidad y ámbito asistencial, en la prevención del tabaquismo y en la prevención de la EPOC con un enfoque de género.



3. Invitar a las Administraciones Públicas a activar nuevas campañas de comunicación contra el consumo del tabaco que contemplen el enfoque de género e incidan en eliminar conceptos estereotipados de género y consumo de tabaco (*glamour*, poder, modernidad...).



## PROPUESTAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES CON EPOC

## Deshabituación tabáquica en las mujeres



4. Diseñar y aplicar Programas de Deshabituación Tabáquica centrados en la salud de las mujeres desde la perspectiva de género. Dedicar acciones específicas dirigidas a mujeres y sus parejas durante el embarazo, crianza y climaterio, para reducir el tabaquismo pasivo en el entorno familiar.



5. Ampliar el número de Unidades de Deshabituación Tabáquica y dotarlas de personal formado en perspectiva de género y salud.



6. Poner a disposición de los profesionales sanitarios material gráfico adecuado y suficiente para apoyar los procesos de deshabituación tabáquica con el objetivo de disipar las dudas que surgen, específicamente a las mujeres, en la deshabituación.



7. Proponer a las CCAA la valoración de la financiación o co-financiación del tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica en el caso de colectivos concretos de pacientes.

## Diagnóstico de la EPOC en las mujeres



8. Evaluar en un pilotaje o trabajo de investigación el rendimiento de reducir el umbral de tabaquismo en las mujeres para considerar sospecha de EPOC, de 10 años-paquete a 5 años-paquete.



9. Poner en marcha un plan de búsqueda activa de casos de EPOC en mujeres mediante herramientas como los dispositivos de bolsillo; la revisión de diagnósticos por asma entre mujeres fumadoras o el establecimiento de “banderas rojas y/o alarmas” en las historias clínicas de las pacientes.

## PROPUESTAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES CON EPOC

### Diagnóstico de la EPOC en las mujeres



**10.** Incidir en la formación y entrenamiento de profesionales para la realización de espirometrías.



**11.** Desarrollar una campaña de comunicación/información dirigida a pacientes en la que se invite a solicitar una espirometría a aquellas mujeres fumadoras que presenten síntomas respiratorios.

### Manejo de la EPOC en las mujeres



**12.** Desarrollar e implementar un Proceso Asistencial Integrado de la EPOC que tenga en cuenta el abordaje de género, recogiendo procesos y protocolos para la detección precoz de comorbilidades asociadas a la EPOC en mujeres, contenidos para la educación sanitaria de las pacientes, procesos específicos para la deshabituación tabáquica, etc.



**13.** Promover el incremento de los centros hospitalarios con “Programas de Rehabilitación Respiratoria”.



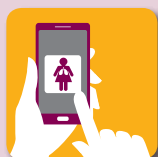
**14.** Fomentar la realización de estudios clínicos con presencia de mujeres que aporten más datos acerca de las posibles diferencias en la eficacia de los distintos tratamientos para la EPOC (farmacocinética, farmacodinámica) en hombres y mujeres.

## PROPUESTAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES CON EPOC

Las TIC  
(Tecnologías de  
la Información y  
Comunicación)  
en el  
seguimiento de  
la EPOC en las  
mujeres



**15.** Promover la utilización de los sistemas informáticos de los Servicios Regionales de Salud para establecer alarmas en las historias clínicas que sirvan para facilitar información acerca de la EPOC en las mujeres a los equipos de atención sanitaria.



**16.** Desarrollar, implementar y evaluar una herramienta multicanal (app) que incorpore la perspectiva diferencial de género para mejorar la gestión y seguimiento de la EPOC en mujeres, desde ambas perspectivas; pacientes y profesionales.





# Índice

1

---

## Antecedentes y contexto..... 15

---

- 1.1. EPOC: contexto y macrocifras ..... 17
- 1.2. EPOC y género..... 19

2

---

## Programa de Atención Integral a las Mujeres con EPOC..... 25

---

- 2.1. Objetivos y metodología de trabajo ..... 27
- 2.2. El Panel Experto..... 29
- 2.3. Comunicación para la concienciación y la prevención de la EPOC en las mujeres ..... 31
- 2.4. La deshabituación tabáquica en las mujeres ..... 39
- 2.5. El diagnóstico de la EPOC en las mujeres ..... 50
- 2.6. El manejo de la EPOC en las mujeres ..... 56
- 2.7. Las TIC en el seguimiento de la EPOC en las mujeres ..... 64

3

---

## Referencias y bibliografía ..... 71

---

4

---

## Listado de abreviaturas ..... 83

---





EFPO

*Antecedentes y contexto*





# Antecedentes y contexto

1



## 1.1. EPOC: contexto y macrocifras

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se caracteriza por una limitación crónica, progresiva y poco reversible del flujo aéreo asociada, debida principalmente a la exposición al humo de tabaco.

Durante muchos años, la EPOC ha sido considerada una enfermedad asociada al género masculino. El tabaquismo es el factor de riesgo más importante para la EPOC en los países desarrollados. También inciden, pero en menor medida, la contaminación ambiental, la exposición laboral a determinadas sustancias y la exposición al humo de la combustión de biomasa (sobre todo en entornos rurales o países en vías de desarrollo), entre otros factores.

En las últimas décadas, sin embargo, las enfermedades respiratorias relacionadas con el consumo de tabaco han experimentado en los países desarrollados un aumento significativo entre las mujeres. En Estados Unidos, las muertes por EPOC en mujeres han superado por primera vez a las de los hombres, triplicándose en un periodo de 20 años<sup>(3)</sup>. Se está observando la misma tendencia en otros países desarrollados como Canadá, Reino Unido o Finlandia.

Se estima que en el mundo hay 174.500.000 personas con EPOC, según datos de *Global Burden of Disease* (GBD) de 2017<sup>(4)</sup>, de los que 3,2 millones mueren anualmente a causa de esta enfermedad, siendo la tercera causa de muerte detrás de la cardiopatía y la enfermedad cerebrovascular.

La prevalencia de la EPOC en España se estima en el 10,2% en los adultos de entre 40 y 80 años, según el estudio *EPIde miologic Study of COPD in SpAin*, EPI-SCAN<sup>(5)</sup>. La prevalencia en hombres se sitúa alrededor del 15,1% frente al 5,7% en las mujeres<sup>(6)</sup>.

La EPOC supone una carga económica significativa al sistema de salud. En la Unión Europea se calcula que el coste directo de las enfermedades respiratorias supone el 6% del total del presupuesto de sanidad, siendo la EPOC el 56% de esta partida (38,6 miles de millones de euros). Las exacerbaciones de la EPOC son las que más incidencia tienen sobre el total del gasto sanitario en EPOC. Existe una relación directa entre la gravedad de la EPOC y el coste de atención. La distribución de costes se intensifica a medida que la gravedad de la enfermedad avanza.

Además del coste directo, deben contemplarse los costes indirectos como los producidos por bajas laborales en menores de 65 años o el asumido por sus cuidadores familiares que se encargan del cuidado en el domicilio en el caso de los pacientes de EPOC más grave. Muchas personas deben renunciar a sus puestos de trabajo para atender a pacientes de EPOC, a lo que hay que añadir la carga social de las incapacidades laborales reconocidas a pacientes con esta enfermedad.

Respecto a la correlación de costes derivados del consumo de tabaco en grandes cifras generales podemos decir que un aumento de consumo de tabaco de 1.000 toneladas supone 2.600.000 dólares de beneficios y 29.800.000 dólares de costes, un desfase en costes en el sistema de más de 27 millones de dólares, según un estudio del Banco Mundial.

En lo que se refiere al coste que las empresas españolas deben asumir, derivados de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, en 2005 se afrontaron unos costes estimados en 8.000 millones de euros.

En España cada año los costes sanitarios directos del consumo de tabaco respecto a 6 enfermedades asociadas al consumo activo de tabaco (cáncer de pulmón, EPOC, asma, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y bajo peso al nacer) ascienden a más del 75% de la recaudación fiscal.

Según el estudio EPI-SCAN, en España el 73,1% de pacientes con criterios de EPOC fueron infradiagnosticados, y este infradiagnóstico se distribuyó desigualmente por sexo, siendo 1,27 veces más frecuente en mujeres (86,0%) que en hombres (67,6%)<sup>(2)</sup>.

Extrapolando las tasas de prevalencia e infradiagnóstico de EPOC a la población total, se estima que en España entre las mujeres con edades comprendidas entre 40 y 80 años existirían 628.102 mujeres con EPOC, de las cuales 540.168 aún estarían sin diagnosticar (EPI-SCAN)<sup>(2)</sup>.



## 1.2. EPOC y género

### ■ Por qué un abordaje de la EPOC con enfoque de género

El término **género** se utiliza para describir y analizar las características de hombres y mujeres que están basadas en factores socioculturales, mientras que **sexo** se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente.

En el documento *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*, editado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSS-SI)<sup>(7)</sup> se pone de manifiesto cómo el hecho de ser mujer u hombre puede conllevar diferencias biológicas, anatómicas y fisiológicas (por sexo) que condicionan el estado de salud y en la atención por parte de los servicios sanitarios. Asimismo, existe una construcción sociocultural distinta para cada sexo (construcción de género) que pueden influir en esas diferencias en la asistencia sanitaria. Las posibles diferencias de salud entre hombres y mujeres, tanto debidas al sexo, como motivadas por factores de género, pueden resultar discriminatorias y ser evitables.

En este contexto, el Plan de Calidad para el SNS, dentro de una de sus seis áreas de actuación, la de equidad y salud, desarrolla una línea estratégica referida al género como determinante social de desigualdad en salud. Concretamente, la Estrategia 4 del Plan de Calidad del SNS está dirigida a “Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género”.

En el marco de esta línea estratégica, se incide en la necesidad de “Promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continuada del personal de salud”.

Este Programa de Atención Integral a las Mujeres con EPOC engarza con la necesidad recogida por el Plan de Calidad del SNS –en su línea de acción 52– de promover la inclusión de la perspectiva de género en las estrategias de salud trabajando con



los grupos de personas expertas, sociedades científicas y profesionales; junto con la recogida en la línea 60 de estudiar las diferencias de género en la atención de los procesos más frecuentes, como sin duda es la EPOC.

A la vista de estudios publicados que arrojan evidencia acerca de desigualdades en el curso de la EPOC entre mujeres y hombres motivadas tanto por razones de sexo como de género<sup>(8)</sup> y de la constatación de que sobre algunas cuestiones hay poca evidencia científica y parece necesaria una mayor investigación, se decide abordar un programa específico de atención integral a las mujeres con EPOC. El objetivo es poder mejorar el diagnóstico de la patología en las mujeres, abordar su prevención de manera específica para conseguir mayor eficacia y establecer unas recomendaciones claras a seguir en el manejo de la enfermedad en las mujeres para mejorar su pronóstico y su calidad de vida.

### ■ La EPOC en las mujeres

A lo largo de los últimos años, la **prevalencia** de la EPOC se ha incrementado entre las mujeres debido a su incorporación al hábito tabáquico<sup>(9)</sup>. A pesar de este hecho evidente, existe un claro sesgo en el diagnóstico de EPOC en función del sexo de quien la padece.

Junto con el incremento de la población de mujeres fumadoras, hay otros factores que pueden esgrimirse también como explicación de este aumento de casos de EPOC en mujeres y que están ligados a la mayor susceptibilidad a los efectos nocivos del humo debida a:

- ✓ **Predisposición genética:** estudios entre familias de personas fumadoras y exfumadoras demuestran que existe una predisposición genética en la mujer al daño pulmonar asociado al tabaco<sup>(3)</sup>.
- ✓ **Diferencias anatómicas en las vías aéreas:** las vías aéreas de las mujeres, en proporción al tamaño de sus pulmones, son más estrechas que las de los hombres, además el tejido de los bronquiolos presenta paredes más gruesas, lo que implica una mayor exposición a los efectos nocivos de la combustión de cada cigarrillo<sup>(10)</sup>.
- ✓ **Diferencias en la mecánica ventilatoria, flujos y el depósito pulmonar:** aunque no hay estudios suficientemente relevantes, parece que, en general, la forma de



fumar de las mujeres se asocia a inhalaciones más profundas y mayor tiempo de contención del humo que los hombres. Este patrón, unido al tamaño de las partículas y a la estructura de los pulmones, podría explicar un mayor depósito pulmonar, menos extenso y de distribución central<sup>(11)</sup>.

- ✓ **Inflamación:** susceptibilidad para la inflamación e hipersecreción de moco ante la exposición al humo de tabaco en las mujeres<sup>(10)</sup>.
- ✓ **Efecto de las hormonas sexuales:** algunos estudios establecen que las hormonas sexuales femeninas tienen efecto en la metabolización de los productos del tabaco<sup>(10)</sup>.

Varios estudios han demostrado que en mujeres con EPOC más jóvenes, que se habían iniciado más tarde en el tabaquismo y consumían menos paquetes-año, se presentaba una reducción de la función pulmonar similar a la de hombres de mayor edad, que se habían iniciado en el tabaquismo antes y con un mayor consumo de cigarrillos al año<sup>(12)</sup>.

Las mujeres con EPOC presentan un **cuadro clínico** diferente al de los hombres con estos síntomas diferenciados:

- ✓ Mayor grado de disnea: uno de los principales síntomas y que determina en gran medida la calidad de vida y la supervivencia<sup>(13)</sup>.
- ✓ Mayor frecuencia de sibilancias<sup>(14)</sup>, hiperreactividad bronquial<sup>(15)</sup> e hipoxemia por mayor afectación de la vía aérea<sup>(16)</sup>.
- ✓ Menos tos y menos expectoración referida (probablemente debido a factores sociales)<sup>(16)</sup>.
- ✓ Menor índice de masa corporal (IMC) y mayor frecuencia de alteraciones nutricionales<sup>(17)</sup>.
- ✓ Peor calidad de vida y mayor número de exacerbaciones<sup>(18)</sup>.
- ✓ Menor capacidad de ejercicio, debido en gran parte al desequilibrio en la utilización de oxígeno por parte de la musculatura esquelética en las mujeres<sup>(16)</sup>.

El patrón de **comorbilidades** también es diferente entre sexos, siendo más frecuente entre los hombres la presencia de cardiopatía isquémica o alcoholismo; mientras en las mujeres con EPOC aparecen con mayor frecuencia a otras enfermedades

como la osteoporosis, ansiedad y depresión, diabetes mellitus, alteraciones nutricionales, enfermedad inflamatoria intestinal o reflujo gastroesofágico<sup>(19)</sup>.

Aunque existen escasas evidencias científicas de ello, también podrían responder de forma diferente al **tratamiento**. Asimismo, el **pronóstico** varía entre sexos.

La presencia de la EPOC en la mujer ha recibido tradicionalmente poca atención de la comunidad científica internacional debido a su identificación con el género masculino.

Hasta la fecha, la mayoría de los estudios realizados sobre la enfermedad se han llevado a cabo sobre muestras poblacionales de hombres. En los estudios en que sí se han incluido pacientes mujeres, se ha considerado el sexo como un factor de corrección, y no como un hecho diferencial que mereciera un análisis específico y de género, por su relevancia.

La **calidad de vida** relacionada con la salud es un parámetro directamente relacionado con las hospitalizaciones, la utilización de recursos sanitarios, la respuesta al tratamiento o la mortalidad en pacientes con EPOC que puede evaluarse mediante el cuestionario respiratorio de calidad de vida *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ)<sup>(16)</sup>.

Las mujeres con EPOC, en comparación con los hombres, tienen una mayor afectación de la calidad de vida relacionada con la salud y comienzan a experimentar síntomas a una edad más precoz y con un menor grado de obstrucción al flujo aéreo<sup>(20)</sup>.

Los parámetros de evaluación de calidad de vida del SGRQ en mujeres y en hombres presentan diferencias en la correlación y significación de las comorbilidades por lo que se manifiesta la necesidad de encontrar otros factores a evaluar en el caso de las mujeres como ansiedad o depresión<sup>(16)</sup>.

Tradicionalmente, en la valoración del pronóstico de la EPOC únicamente se empleaba la afectación de la función pulmonar medida por el porcentaje del volumen máximo de aire espirado en el primer segundo (FEV1) predicho, pero esta circunstancia ha cambiado en la actualidad incorporando nuevos índices multidimensionales como el índice de BODE (*Body mass index, airflow Obstruction, Dysnea and Excer-cise capacity index*)<sup>(21)</sup>, que incluye en la valoración del IMC, el grado de obstrucción al flujo aéreo, el grado de disnea y la capacidad para el ejercicio, con un mejor valor pronóstico y recogiendo la gran heterogeneidad de la enfermedad.





La ponderación de los componentes del índice BODE difiere entre hombres y mujeres, siendo para estas más importante el IMC y el grado de disnea –según Escala de disnea *modified Medical Research Council (mMRC)*–<sup>(22)</sup>.

**TABLA 1. Escala mMRC<sup>(23)</sup>.**

Grado	Síntomas
mMRC Grado 0	Solo se queda sin respiración tras la práctica de ejercicio extenuante
mMRC Grado 1	Se queda corto de respiración cuando acelera el paso o sube una ligera elevación
mMRC Grado 2	Anda más despacio que personas de su misma edad en plano porque se queda sin respiración o tiene que parar para tomar aliento al andar a su ritmo en superficie plana
mMRC Grado 3	Para a tomar aliento después de andar unos 100 metros o después de caminar pocos minutos en superficie plana
mMRC Grado 4	Está demasiado jadeante para abandonar la casa o tras vestirse o desvestirse

Sin embargo, si una cuestión llama de forma particular la atención, al hablar de mujeres y EPOC, es la elevada tasa de **infradiagnóstico** que se estima que puede existir de la enfermedad en la población femenina.

Como se ha señalado, y según datos del estudio de prevalencia de la EPOC EPI-SCAN<sup>(5)</sup>, podría haber en España más de 540.000 mujeres con EPOC sin diagnosticar, siendo 1,27 veces más frecuente el infradiagnóstico de la EPOC en mujeres que en hombres<sup>(2)</sup>.

Es evidente la existencia de un claro sesgo diagnóstico motivado por razones de género que ha asociado tradicionalmente EPOC y hombres. En este sentido, es importante destacar que esta diferencia en las tasas de infradiagnóstico de la EPOC en mujeres solo se da en España y no en otros países estudiados.

El diagnóstico tardío incide negativamente en la calidad de vida y en el pronóstico y evolución de la enfermedad. Dada la mayor sintomatología que presentan las mujeres, un diagnóstico y tratamiento precoces resultan especialmente convenientes.



EPOC

*Programa de Atención Integral  
a las Mujeres con EPOC*





# Programa de Atención Integral a las Mujeres con EPOC



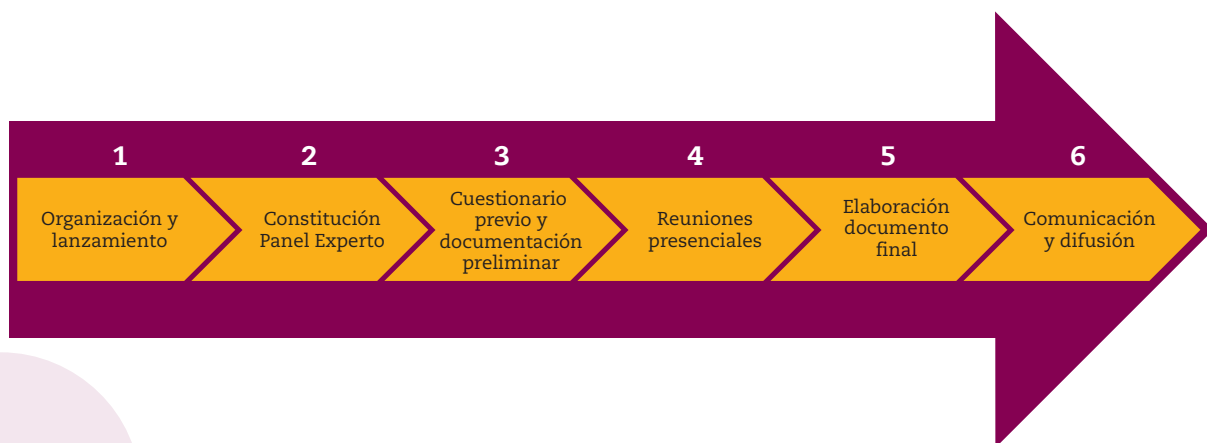
## 2.1. Objetivos y metodología de trabajo

Vista la información recogida anteriormente, se ponen de manifiesto una serie de necesidades a las que dar respuesta para alcanzar un manejo óptimo de la EPOC en mujeres.

Por este motivo, se plantea el abordaje de un Programa de Atención Integral a las Mujeres con EPOC que contemple los siguientes objetivos:

- ✓ Reducir el elevado porcentaje de infradiagnóstico de EPOC en las mujeres.
- ✓ Poner de manifiesto que la EPOC es una enfermedad que afecta a un número importante de mujeres.
- ✓ Mejorar la información y el conocimiento de la opinión pública y profesionales de los servicios sanitarios sobre la mayor susceptibilidad de las mujeres a la exposición tabáquica y su mayor vulnerabilidad a las patologías que afectan al aparato respiratorio en general y a la EPOC en particular.
- ✓ Identificar las medidas más eficaces para mejorar el proceso asistencial de la EPOC en las mujeres.
- ✓ Diseñar y evaluar la aplicación de iniciativas concretas y viables que aumenten la calidad de la prevención, el diagnóstico, tratamiento y manejo de esta enfermedad en mujeres.
- ✓ Consensuar unas intervenciones específicas orientadas a su pilotaje y evaluación que permitan alcanzar el estándar óptimo en la prevención, diagnóstico y manejo de la EPOC en las mujeres.

Para elaborar este documento en torno a los objetivos propuestos se ha seguido una metodología de trabajo dividida en 6 fases.



**Figura 1.** Esquema de la metodología de trabajo empleada.

Concretamente, partiendo de un cuestionario previo que fue respondido por todas las personas que integraban el panel, se mantuvieron dos reuniones presenciales con el grupo completo en las que se pudieron debatir y consensuar los contenidos del presente documento.

En primer lugar, se plantea un abordaje específico de la **prevención de la EPOC** para hacer más visible la enfermedad e informar a las mujeres de la mayor susceptibilidad al tabaco y, por lo tanto, a desarrollar patologías del aparato respiratorio que los hombres, aun con menor exposición al humo. Se pretende contribuir a eliminar la tradicional asociación entre EPOC y género masculino que, como se ha visto, conlleva a unas importantes tasas de infradiagnóstico en las mujeres.

Teniendo en cuenta que el **tabaquismo** es el principal factor desencadenante de la enfermedad, el Programa de Atención Integral a las Mujeres con EPOC debe abordar las motivaciones de las mujeres para iniciarse y mantenerse en el hábito tabáquico y cómo plantear los programas de deshabituación tabáquica para que resulten más efectivos en las mujeres.



Un apartado fundamental de este Programa de Atención Integral a las Mujeres con EPOC lo constituye el **diagnóstico**, donde se hacen propuestas concretas encaminadas a mejorar la detección precoz de la enfermedad y a establecer criterios que mejoren las tasas de infradiagnóstico de la EPOC en las mujeres.

Posteriormente se incide en el **manejo** de esta enfermedad en mujeres, atendiendo a las diferencias existentes por sexo tales como las comorbilidades que se asocian a la EPOC, la respuesta terapéutica y la consiguiente necesidad de educación sanitaria con perspectiva de género.

Finalmente, se plantea de qué forma se puede integrar el **uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)** en el control y seguimiento de la EPOC en mujeres, contribuyendo a mejorar el pronóstico de la enfermedad, optimizando la gestión de los recursos y empoderando a las pacientes ofreciéndoles más herramientas para la autogestión de su enfermedad y mejorar la comunicación paciente-profesional.



## 2.2. El Panel Experto

Para el desarrollo del Programa de Atención Integral a las Mujeres con EPOC se constituyó un Panel Experto integrado por 16 profesionales líderes de opinión en sus ámbitos de especialidad. Este grupo multidisciplinar ha trabajado de forma conjunta y ha contado con la coordinación y metodología propuesta por la consultora T&T Consultoría Estratégica y el apoyo de AstraZeneca.

Las personas integrantes de este panel que han contribuido con su conocimiento a elaborar la presente propuesta de Programa de Atención Integral a las Mujeres con EPOC son:

**Julio Ancochea Bermúdez.** Especialista en Neumología. Coordinador Científico de la Estrategia Nacional EPOC del MSSSI. Miembro de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Jefe del Servicio Neumología del Hospital Universitario de La Princesa, de Madrid.

**Pedro Cervera Casino.** Farmacéutico de Atención Primaria. Vocal de la Comunidad Valenciana de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP).

**Carme Hernández Carcereny.** Enfermera especialista en Respiratorio. Coordinadora de la Unidad de Atención Integrada. Dirección Médica y de Enfermería del Hospital Clínic, de Barcelona. SEPAR-Enfermería.

**Rosa M<sup>a</sup> López Rodríguez.** Farmacéutica. Diploma de Especialización en Salud Pública y Género y Máster en Dirección y Administración de Servicios Sanitarios. Coordinadora de Programas. Metodología Común de Buenas Prácticas en el SNS e inclusión de la perspectiva de género en las Estrategias del SNS. Subdirección General de Calidad y Cohesión. MSSSI.

**Jesús Molina París.** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador Grupo de trabajo de Respiratorio de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Grupo de Respiratorio en Atención Primaria (GRAP). Médico de Familia del Centro de Salud Francia, de Fuenlabrada.

**Karlos Naberán Toña.** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de trabajo de Respiratorio de SEMFYC y de la Sociedad GRAP. Médico de Familia del Centro de Salud Campo de Belchite. Zaragoza.

**Gemma Parramon Puig.** Especialista en Psiquiatría. Secretaria de la Sociedad Catalana de Psiquiatría y Salud Mental. Grupo de Trabajo “Mujer y Salud mental”. Jefe Sección de Interconsulta y Psiquiatra de Enlace. Hospital Vall d’Hebron. Barcelona.

**M<sup>a</sup> Ángeles Prieto Rodríguez.** Enfermera y Socióloga. Directora de la Escuela de Pacientes. Escuela Andaluza de Salud Pública.

**Jesús Recio Iglesias.** Especialista en Medicina Interna. Coordinador del Grupo de Trabajo de la EPOC de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Servicio Medicina Interna del Hospital Vall d’Hebron. Barcelona.

**Juan Antonio Riesco Miranda.** Especialista en Neumología del Hospital San Pedro de Alcántara. Extremadura. SEPAR-Tabaquismo y EPOC. Coordinador Año SEPAR “EPOC-Tabaco” (2015-2016). Investigador Centro CIBERES, del Instituto de Salud Carlos III.





**Patricia Sobradillo Ecenarro.** Especialista en Neumología. Miembro de SEPAR. Delegada nacional de *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (la guía GOLD). Hospital Universitario de Álava.

**Joan B. Soriano Ortiz.** Especialista en Salud Pública y Metodología de la Investigación. Profesor Asociado de Medicina, Instituto de Investigación Hospital Universitario de La Princesa (IISP). Universidad Autónoma de Madrid. Consultor de Metodología e Investigación de SEPAR.

**Rafael Sotoca Covaleda.** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director General de Asistencia Sanitaria en la *Conselleria de Sanitat Universal i de Salut Pública* de la *Generalitat Valenciana*.

**Juan Pablo de Torres Tajés.** Especialista en Neumología, Departamento de Neumología de la Clínica Universidad de Navarra. Miembro de SEPAR.

**Francisco Vargas Marcos.** Especialista en Epidemiología. Coordinador Institucional de la Estrategia Nacional de EPOC. Subdirección General de Calidad y Cohesión. MSSSI.

**Luis Verde Remeseiro.** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Gerente del Área Sanitaria Integrada (EOXI) de A Coruña (CHUAC).



### 2.3. Comunicación para la concienciación y prevención de la EPOC en las mujeres

Como se ha explicado previamente, las mujeres son especialmente susceptibles a las sustancias nocivas del tabaco, lo que provoca que resulte más vulnerable a enfermar a causa del tabaco que el hombre<sup>(24)</sup>.

En el caso concreto de la EPOC está descrita una mayor predisposición de las mujeres a desarrollar patologías de vía aérea y una pérdida más acelerada de la función pulmonar debido a cuestiones fisiológicas (en general, los pulmones son más pequeños que los de los hombres), así como a un avance más rápido de la patología derivado de los cambios hormonales que se producen tras la menopausia<sup>(25,26)</sup>.

Teniendo en cuenta todo ello, cualquier programa específico que quiera implementarse para actuar frente a la EPOC en mujeres, debe acompañarse de un programa de comunicación y difusión de la información específicamente dirigido a ellas, que informe acerca de la influencia del tabaco en su salud, las elevadas probabilidades de desarrollo de EPOC y cómo esta patología puede condicionar su vida.

## ■ Características de un plan de comunicación sobre tabaco y EPOC específicamente dirigido a las mujeres

### *Segmentación de la población objetivo*

Para conseguir una comunicación eficaz, debe prestarse especial atención a los grupos de edad a los que van a dirigirse las acciones. La edad condicionará los mensajes, los canales elegidos, pero también delimitará el público objetivo a quien van dirigidos los mensajes.

Según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>(27)</sup> y llevada a cabo en los años 2011 y 2012, el porcentaje de mujeres fumadoras en España ascendía a 22,8% (20,2% fumaban a diario y el 2,6% restante ocasionalmente). Si se recogen los datos referidos a España de la Encuesta Europea de Salud del año 2014<sup>(28)</sup>, las cifras resultan algo inferiores. Concretamente, según esta fuente existiría un 20,5% de mujeres fumadoras en España de las que 18,6% fuman a diario.

A la hora de segmentar es significativo comprobar en qué franja de edad se concentra el grueso de la población fumadora femenina.

En este sentido, los tres años de diferencia entre una encuesta y otra hacen que, mientras en la Encuesta Nacional la mayor parte de fumadoras se sitúa entre los 25 y los 54 años, reduciéndose el porcentaje a partir de los 55, en la Encuesta Europea, el grupo de mujeres de entre 55 y 64 años que fuman diariamente sigue siendo llamativo.

La segmentación y delimitación por grupos de edad será, por lo tanto, la primera cuestión a tener en cuenta.

Esta primera delimitación permitirá adaptar los mensajes, formatos y acciones a las mujeres a quienes se dirigen, que variará en función de si trabajan en casa o fuera de ella, dedican tiempo a la atención de niñas/os, tareas domésticas, estudios, etc.


**TABLA 2. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.**

	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
<b>Fumador diario</b>	<b>27,9</b>	<b>20,2</b>	<b>Fumador ocasional</b>	<b>3,5</b>	<b>2,6</b>
De 15 a 24 años	22,5	21,0	De 15 a 24 años	5,4	4,0
De 25 a 34 años	35,7	28,3	De 25 a 34 años	5,2	3,3
De 35 a 44 años	32,8	28,3	De 35 a 44 años	3,0	3,0
De 45 a 54 años	34,3	30,0	De 45 a 54 años	3,7	3,2
De 55 a 64 años	26,3	15,4	De 55 a 64 años	2,6	2,7
De 65 a 74 años	16,2	4,6	De 65 a 74 años	1,8	0,5
De 75 a 84 años	8,9	0,9	De 75 a 84 años	1,1	0,2
De 85 y más años	4,4	0,5	De 85 y más años	3,0	0,2

Fuente INE.

**TABLA 3. Encuesta Europea de Salud en España 2014.**

	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
<b>Fumador diario</b>	<b>27,6</b>	<b>18,6</b>	<b>Fumador ocasional</b>	<b>2,9</b>	<b>1,9</b>
De 15 a 24 años	21,4	15,5	De 15 a 24 años	3,6	2,3
De 25 a 34 años	35,1	24,8	De 25 a 34 años	5,5	4,2
De 35 a 44 años	32,7	24,5	De 35 a 44 años	3,5	2,5
De 45 a 54 años	33,6	26,4	De 45 a 54 años	2,7	1,8
De 55 a 64 años	28,6	20,8	De 55 a 64 años	1,3	1,1
De 65 a 74 años	16,4	6,7	De 65 a 74 años	0,7	0,3
De 75 a 84 años	8,8	1,4	De 75 a 84 años	0,7	0,1
De 85 y más años	6,5	0,9	De 85 y más años	0,9	0,0

Fuente INE.

En el caso de las mujeres más jóvenes, la comunicación deberá trasladarse a colegios, institutos y universidades, por lo que se aconseja establecer sinergias con ámbitos diferentes al asistencial, como se expondrá más adelante.

No cabe olvidar que en muchas ocasiones el tabaquismo se encuentra ligado a sectores sociales más desfavorecidos o a ámbitos con un menor nivel formativo. Este hecho debe ser tenido en cuenta para que la comunicación llegue de forma efectiva a todos los grupos a los que se quiere acceder.

Teniendo en cuenta la perspectiva de género, hay momentos en la vida de las mujeres en los que la formación, la prevención y también la deshabituación tabáquica puede ser más efectiva. Uno de estos momentos es el embarazo, que requiere una actuación específica por la especial motivación para asumir hábitos más saludables. Es importante no olvidar la importancia de que la pareja de la mujer embarazada también modifique su hábito tabáquico, no solo por propia salud sino, también, por la trascendencia que en la salud del feto conlleva un ambiente familiar libre de humo.

Por otra parte, la crianza puede constituir otra etapa en la que hacer hincapié en la información, concienciación y prevención del tabaquismo en madres y padres, puesto que en los hogares los hijos serán fumadores pasivos. Estudios recientes de género visibilizan diferente impacto en hijas e hijos en función de los hábitos de ocio y tiempo libre en relación al tiempo que pasan en el hogar jugando o estudiando.

Por ello, se recomienda implicar también a profesionales de Pediatría, Ginecología y Obstetricia en las tareas de formación e información.

### **Mensajes**

En general, puede decirse que las mujeres desconocen que el tabaco es especialmente perjudicial para ellas, incluso más que para el hombre.

También es necesario que los futuros padres se sensibilicen del daño que el humo de su tabaco puede hacer a su mujer embarazada y al feto.

Asimismo, y a pesar de que desde el año 2009 existe una Estrategia Nacional de EPOC en el SNS, actualizada en el año 2014<sup>(29)</sup>, sus líneas estratégicas y de acción se han dirigido específicamente al ámbito profesional de los servicios sanitarios. Este



hecho provoca que en la población en general, y entre las mujeres en particular, no exista un conocimiento claro de qué es la EPOC, qué la provoca, cuáles son sus síntomas y de qué forma afecta a la calidad de vida de las mujeres.

Por lo tanto, en los mensajes a difundir dentro del plan de comunicación que debe acompañar al Programa de Atención Integral a las Mujeres con EPOC, hay que distinguir dos planos: mujeres y tabaco y mujeres y EPOC.

El Panel Experto que ha participado en el diseño de este programa coincidió en destacar como esenciales los siguientes mensajes fuerza:

### Mujeres y tabaco

- ✓ Las mujeres son más susceptibles al humo del tabaco que los hombres por lo que es más vulnerable al desarrollo de patologías relacionadas con el tabaco; respiratorias, oncológicas, cardiovasculares, infertilidad, etc.<sup>(10,30)</sup>.
- ✓ Las mujeres son más susceptibles a la adicción tabáquica<sup>(31)</sup>: metabolización rápida de la nicotina, mayor vulnerabilidad a otros componentes químicos del tabaco, alteraciones genéticas y epigenéticas en la vía de la dopamina, etc.
- ✓ Las fumadoras pasivas están expuestas a similares riesgos de enfermar que las fumadoras<sup>(30)</sup>.
- ✓ El tabaco durante el embarazo predispone a la inmadurez pulmonar del feto<sup>(30)</sup>.
- ✓ Otras sustancias, como el cannabis y la marihuana, tienen consecuencias añadidas al tabaco, y este hecho debe ser tenido en cuenta<sup>(30)</sup>.

### Mujeres y EPOC

- ✓ El tabaco produce EPOC (en las mujeres).
- ✓ La EPOC no es solo una enfermedad de hombres; se estima que afecta a más de 600.000 mujeres en España<sup>(5)</sup>.
- ✓ La tos y la disnea no son “normales”. Pueden ser síntomas de una EPOC.
- ✓ Es fundamental el diagnóstico y tratamiento precoces de la EPOC en las mujeres ya que, a igual estadio de la patología que en los hombres, produce mayor disnea

y mayor pérdida de la función pulmonar. Las alteraciones hormonales que se producen en la menopausia aceleran la pérdida de función pulmonar en estas pacientes.

- ✓ Una mujer fumadora o ex fumadora con síntomas respiratorios debe solicitar la realización de una **espirometría forzada**.

### **Canales**

Además de los medios de comunicación y la publicidad tradicional, se requiere la utilización de las nuevas tecnologías, las redes sociales, los blogs, las píldoras documentales, canales de *YouTube*, etc.

Del mismo modo, sería interesante la utilización de folletos informativos y cartelera en centros de atención sanitaria, centros sociales y otros ámbitos en los que las mujeres pueden tener acceso a estos materiales en lugares que por rol de género a determinadas edades puede frecuentar más, como centros de estética, moda, gimnasios o tiendas de alimentación.

Por otra parte, la necesidad de acceder a la población más joven para prevenir el hábito tabáquico hace necesario llevar a cabo acciones en los colegios, institutos y universidades.

Se ha comprobado cómo la formación entre iguales suele dar muy buenos resultados, especialmente cuando se trata de grupos de mujeres. Por ello, articular espacios en los que diferentes mujeres fumadoras y ex fumadoras puedan compartir experiencias, dar difusión a artículos de opinión de mujeres de referencia de distintas profesiones que hayan dejado de fumar, activar tertulias entre mujeres de diferentes edades, etc., son acciones que pueden generar buenos resultados desde el punto de vista de la formación y concienciación.

### **Emisores**

El *Libro Blanco sobre mujeres y tabaco*<sup>(32)</sup> señala que, en materia de formación, los programas que mejor resultado dan son los efectuados entre iguales. Las portavoces seleccionadas para trasladar los mensajes deben ser mujeres con las que resulte fácil identificarse, tanto entre la población joven como entre la adulta. Encontrar mujeres líderes de opinión que identifiquen la EPOC, que le pongan cara a la en-



fermedad, que hablen de su experiencia como fumadoras, ex fumadoras o como pacientes, tendría un gran beneficio en la eficacia de la comunicación.

Durante años, el cigarrillo se ha identificado publicitariamente como un elemento de igualdad entre hombres y mujeres, como símbolo de liberación, éxito, modernidad... La utilización de mujeres no fumadoras o exfumadoras, reconocidas por las demás mujeres como exitosas, contribuirá a romper esos estereotipos ligados al tabaco durante tanto tiempo.

Por otro lado, es importante destacar la necesidad de que las personas de los equipos que diseñen y elaboren la estrategia de comunicación y difusión de este Programa de Comunicación especialmente dirigido a las mujeres deben contar con unos conocimientos específicos en materia de género, comunicación y también conocer la EPOC en mujeres, ya que este hecho redundará en la eficacia de los mensajes y la efectividad de dicha estrategia de comunicación.

### ***Atención específica en el embarazo***

Por parte del Panel Experto se ha considerado esencial que se puedan articular acciones específicamente dirigidas tanto a la concienciación y prevención del tabaquismo en mujeres embarazadas como el abordaje de programas de deshabitación especialmente dirigidos para las mujeres embarazadas fumadoras (ver capítulo posterior).

Para ello, es esencial que los diferentes perfiles profesionales de los equipos sanitarios implicados en el seguimiento del embarazo de las mujeres cuenten con la formación y herramientas necesarias para informar a sus parejas acerca de los efectos del tabaco y de la EPOC. Para ello se recomienda establecer alianzas con Ginecología, Obstetricia, Matronas, personal de Enfermería en general y Neonatología y Pediatría para llevar a cabo acciones de prevención del tabaquismo.

### ***Establecimiento de alianzas y sinergias***

La prevención del tabaquismo requiere de un abordaje global, que no se circunscriba a determinados ámbitos sanitarios, sino que se extienda a otras facetas de la vida de las mujeres en las que los mensajes pueden ser más efectivos incluso que en el propio entorno sanitario. Por ello, se recomienda el establecimiento de alianzas dentro del ámbito sanitario con otras especialidades más allá de las de

Atención Primaria o Neumología para formar e informar a las mujeres, como en otros espacios de la vida social y educativa.

Es necesario extender entre los profesionales sanitarios el concepto de que “tabaquismo es igual a enfermedad”, de forma que todos estén concienciados de la importancia de su prevención. Para ello, es necesaria la formación en los diferentes niveles asistenciales, no solo en Atención Primaria, donde se suele hacer un mayor hincapié, sino también en el ámbito hospitalario.

Asimismo, en la prevención y concienciación contra el tabaquismo deben implicarse los centros educativos a través del profesorado y las Asociaciones de Padres y Madres; los ámbitos comunitario y local; los espacios socioculturales y la esfera empresarial y laboral, impulsando campañas de Responsabilidad Social Corporativa vinculadas a la prevención del hábito tabáquico.

### **Implicación institucional: campaña antitabaco**

En la puesta en marcha de un Programa de Comunicación específico para la prevención de la EPOC, es necesaria la implicación institucional. La última campaña institucional de prevención del tabaquismo de ámbito nacional coincidió con la entrada en vigor de la “Ley del Tabaco”. Se hace necesario un nuevo impulso desde los ámbitos institucionales. En estas nuevas campañas, se debería tener en cuenta la visión de género y lanzar mensajes específicos para las mujeres.

### ■ **Recomendaciones**

Visto lo expuesto a lo largo del capítulo, y para conseguir una prevención efectiva del tabaquismo en las mujeres, que conllevará también la prevención de la EPOC, se formulan las siguientes recomendaciones:

1. Poner en marcha un **Plan de Comunicación específicamente dirigido a las mujeres que informe acerca de los mensajes identificados como prioritarios en “Mujeres y tabaco” y en “Mujeres y EPOC”**. Este Plan debe llevarse a cabo de forma segmentada, para que sea realmente eficaz; implicando ámbitos educativos, sociales y empresariales, además de sanitarios. Deben utilizarse los nuevos canales de comunicación *on line* (redes sociales, apps, blogs...) y buscar referencias entre mujeres líderes de opinión que “pongan cara” a la EPOC y contribuyan a su prevención.





2. **Formar** a los diferentes perfiles profesionales de los equipos sanitarios, independientemente de su especialidad y ámbito asistencial, en género y salud y, específicamente, **en la prevención del tabaquismo y en la prevención de la EPOC con un enfoque de género**. De esta manera se irá desterrando la asimilación que existe entre “tabaquismo/EPOC/hombres” a la vez que se podrá ir extendiendo el concepto de “tabaquismo=patología”.
3. **Incitar a las administraciones públicas y otras instituciones a que activen nuevas campañas de prevención del tabaquismo y a la prevención de la EPOC, teniendo en cuenta la perspectiva de género** para llevar a cabo acciones de comunicación específicamente dirigidas a las mujeres.



## 2.4. La deshabituación tabáquica en las mujeres

### ■ El hábito tabáquico en las mujeres

Las motivaciones de las mujeres para el inicio en el hábito tabáquico son distintas a las de los hombres. La baja autoestima, las preocupaciones por el peso corporal y la preocupación por la imagen son factores que influyen en el inicio del consumo de tabaco en mujeres, especialmente entre las adolescentes.

#### ***El tabaco y el control del peso***

Las mujeres pueden iniciar el consumo de tabaco como una estrategia para disminuir el peso y controlar el apetito. Esto también es un factor que mantiene el hábito y dificulta el cese.

Existe una mayor proporción de chicas que de chicos que consideran que su peso es superior al que debería ser y creen que fumar les ayuda a controlar el peso. De hecho, está documentado que si se deja de fumar se engorda una media de unos 4-5 kilos, puesto que la nicotina disminuye el apetito, acelera el metabolismo y, por tanto, aumenta el consumo de calorías<sup>(33)</sup>.

## **La relación entre tabaco y salud mental**

Se ha observado una relación entre tabaquismo, género y salud mental. Las mujeres fumadoras son más propensas a sufrir ansiedad y depresión que los hombres fumadores (mientras que los hombres tienen más probabilidad de sufrir un trastorno por consumo excesivo de alcohol y/u otras sustancias)<sup>(34,35)</sup>.

En los hombres el inicio del consumo está más asociado a la búsqueda de nuevas sensaciones. Se ha observado que los hombres fuman para incrementar sus experiencias positivas y las mujeres como reacción a experiencias negativas<sup>(30)</sup>.

Existe una gran evidencia entre el inicio del hábito tabáquico y el afrontamiento de problemas emocionales y/o de conducta en adolescentes. Varios estudios han encontrado una asociación entre el tabaquismo y la psicopatología en chicas adolescentes, pero no en chicos. Estos resultados sugieren que las adolescentes más jóvenes con problemas psicosociales pueden beneficiarse de la prevención del hábito de fumar.

En mujeres adultas jóvenes se ha visto una asociación entre síntomas depresivos y tabaquismo. Parece que existe una relación entre un mayor número de cigarrillos y más síntomas depresivos un año después. Estos hallazgos sugieren que la adolescencia y la edad adulta son períodos vulnerables para la retroalimentación entre el número de cigarrillos fumados y la depresión y que algunas personas, especialmente las mujeres, fuman para aliviar los síntomas de depresión. En conclusión, existe una relación bidireccional entre el consumo de cigarrillos y los síntomas depresivos en mujeres adultas jóvenes.

### **El tabaco como alivio al estrés y/o la ansiedad**

Estudios clínicos sugieren que las mujeres utilizan la nicotina con más frecuencia que los hombres para hacer frente a la ansiedad<sup>(30)</sup>.

Se entiende por “estrés” aquel estado psicológico negativo inducido por cambios ambientales que se acompaña de respuestas biológicas. Por otra parte, entenderemos por “ansiedad” un estado psicológico negativo inducido por un acontecimiento adverso o por la anticipación del mismo.

El estrés es, sin lugar a dudas, un factor importante que promueve el inicio del consumo de tabaco y la recaída en pacientes que han dejado de fumar. Este hecho se demuestra más relevantemente en las mujeres que en los hombres.



Las mujeres tienden a fumar más por estados de ánimo negativos, como tristeza, ansiedad, soledad, incertidumbre, frustración. Utilizan el cigarrillo como instrumento para hacer frente a algunas situaciones y lo relacionan con confort. Fuman para disminuir el nerviosismo, la irritabilidad, la frustración o el estrés.

Como se ha señalado anteriormente, mientras en los hombres, fumar forma parte de la búsqueda de nuevas sensaciones, en las mujeres, supone una herramienta para afrontar situaciones adversas o estados de ánimo negativos.

Se han identificado otros factores asociados al inicio de tabaquismo femenino, como son los factores genéticos. Las mujeres con familiares fumadores muestran más niveles de estrés inducido por la ansiedad hacia el tabaco que los hombres.

La creencia de que la nicotina tiene un efecto ansiolítico se encuentra muy generalizada en la sociedad, sin embargo, la nicotina es una sustancia estimulante. Probablemente, el efecto tranquilizante está asociado a la reversión de los síntomas asociados a la abstinencia de la nicotina o a la asociación que se ha realizado entre fumar y placer.

### ***Tabaco e imagen personal***

Durante años, el tabaco se ha presentado publicitariamente asociado a igualdad entre hombres y mujeres, liberación, poder, triunfo en el ámbito social y laboral, etc.

La necesidad de algunas mujeres por reforzar su imagen o su autoestima personal podría estar asociada también al inicio en el hábito tabáquico, incluso su mantenimiento. Hasta hace poco, algunas mujeres todavía fumaban para mantener una imagen y para ganar aceptación<sup>(30)</sup>.

La adopción por parte de las mujeres de comportamientos hasta ahora típicamente masculinos como fumar o consumir alcohol es otro aspecto social que ha incrementado el tabaquismo en las mujeres.

Asimismo, algunos estudios han encontrado un mayor riesgo de tabaquismo en chicas, en comparación con los chicos, cuando en su grupo de amistades hay otra mujer que fuma.

En definitiva, tal y como se ha descrito en la literatura científica publicada al respecto, el inicio en el hábito tabáquico responde a factores diferentes en hombres y en mujeres. En las mujeres tiene una mayor capacidad de influencia el hecho de utilizar el tabaco como medida de control de peso.

A su vez, parece que existe una mayor asociación entre tabaco y psicopatología en el caso de las mujeres que en los hombres.

Finalmente, y ligado a la imagen que se ha proyectado del tabaco en el ámbito publicitario, las mujeres siguen utilizando el tabaco como elemento de socialización o reconocimiento social, al estar el cigarrillo ligado a una imagen colectiva de poder, éxito e independencia.

### ■ La deshabituación tabáquica en las mujeres

Está descrito que **las mujeres llevan a cabo más intentos por dejar de fumar que los hombres, sin embargo, recaen más.**

¿Cuáles son las razones que podrían explicar este peor resultado en el abandono tabáquico en las mujeres frente a los hombres?

Como ya se ha señalado anteriormente, las mujeres fuman como una estrategia para reducir estados emocionales negativos. Esto hace pensar que el hábito tabáquico entre mujeres puede estar más influenciado por componentes conductuales y menos por la dependencia de nicotina que en los hombres.

Los hombres tardan menos tiempo que las mujeres en fumar el primer cigarrillo del día y perciben éste como el más satisfactorio. Ambas variables vienen a corroborar esta mayor dependencia de la nicotina de los hombres frente a las mujeres. Ante esta mayor dependencia conductual que física, parece probable que los tratamientos para dejar de fumar dirigidos a las mujeres serán más eficaces si incluyen un tratamiento psicológico conductual.

Por otra parte, cabe tener en cuenta que el ciclo hormonal modula el consumo del tabaco en las mujeres. Los niveles de estrógenos se correlacionan positivamente con la mayor sensibilidad a los efectos gratificantes de la nicotina. Aunque no lo confirman todos los estudios, se ha visto que durante la abstinencia a la nicotina, la ansiedad y el riesgo de recaída son más intensos en la fase folicular, esto es, cuando los estrógenos están más altos<sup>(36)</sup>.



La progesterona tiene el efecto contrario; los niveles altos de esta hormona se correlacionan con la disminución del consumo del tabaco en las mujeres.

En consecuencia, dejar de fumar en una fase u otra puede influir en el éxito del abandono del tabaco.

Otro factor diferencial que cabe mencionar es que algunos estudios han encontrado diferencias en las respuestas a los tratamientos farmacológicos para el abandono tabáquico. Así, las mujeres responderían peor al tratamiento con terapia de sustitución de nicotina que con otros tratamientos. Sin embargo, las posibles diferencias por sexo halladas en los resultados de dichos tratamientos es un tema controvertido y los estudios que las evaluaron tuvieron resultados diferentes. También han resultado contradictorios los resultados obtenidos de estudios que han evaluado el éxito de los tratamientos para dejar de fumar por género a corto y medio plazo. Una explicación de estos resultados tan dispares son las diferencias metodológicas entre los estudios.

Sin embargo, sí resulta evidente que las preocupaciones de las mujeres a la hora de afrontar un proceso de deshabituación son diferentes a las del hombre, siendo el temor al aumento de peso una de las barreras más importantes que impide a las mujeres el abandono tabáquico.

El **aumento de peso** es la razón número uno esgrimida por las personas fumadoras, especialmente por las mujeres, para no abandonar el hábito o como causa de recaída una vez iniciado el proceso de abandono del tabaco<sup>(37)</sup>. Sin embargo, los beneficios del abandono tabáquico son superiores al incremento de peso producido por el cese. Para ser más eficaces, los programas de deshabituación tabáquica deben atender a esta preocupación y esmerarse en explicar por qué se produce esta ganancia de peso durante los primeros meses de cese en el hábito tabáquico.

Tal y como se ha señalado ya, la **depresión y otros problemas de salud mental** son un factor relevante en el mantenimiento y en el proceso de deshabituación tanto en hombres como en mujeres, aunque encontramos a más mujeres fumadoras con antecedentes de depresión. En la literatura podemos encontrar varios estudios sobre la depresión como factor de riesgo para iniciar el consumo de tabaco, el tabaco como factor de riesgo para la depresión y sobre el papel que juega la depresión en el abandono del consumo de tabaco. **Las mujeres que dejan de fumar y tienen**

**antecedentes de episodios depresivos tienen dos veces más probabilidades de fracasar que aquellas que no los tienen.** El estado de ánimo depresivo una vez abandonado el hábito tabáquico predice la recaída.

Asimismo, también se ha comprobado que la gravedad de la depresión en fumadoras activas es más alta que en las no fumadoras.

Otro factor que impide el abandono del tabaco por parte de las mujeres es que se ha visto que durante la abstinencia de nicotina las mujeres refieren **estados de ánimo negativos, como depresión y ansiedad intensa**, con más frecuencia e intensidad que los hombres.

En un estudio llevado a cabo en los años 2000 y 2001 se observó que las mujeres tratadas en un Programa de Deshabitación Tabáquica con características específicas de género obtienen una mayor tasa de éxito en el abandono del tabaco a corto y medio plazo que las tratadas dentro de programas no específicos<sup>(38)</sup>.

En este estudio, se identificaron como factores pronóstico de éxito la convivencia con una pareja no fumadora, el nivel de formación, la dependencia de la nicotina y la existencia de intentos previos de abandono. Además, se identificaron como factores determinantes de la recaída; la situación social, el estrés y la sensación de control sobre el consumo.

En esta adaptación de los Programas de Deshabitación Tabáquica a las necesidades, preocupaciones y motivaciones propias de las mujeres, toman especial relevancia momentos concretos en la vida de las mujeres en los que abordar un proceso de deshabitación tabáquica cuenta con mayores posibilidades de éxito. Este es el caso del embarazo, momento en el cual las mujeres cuentan con una motivación adicional para dejar el tabaco.

Sin embargo, es muy importante el porcentaje de mujeres que vuelve al hábito tabáquico una vez transcurrido el período de gestación<sup>(30)</sup>.

La posibilidad de establecer alianzas con especialistas de Atención Primaria, Ginecología, Obstetricia y Matronas para la puesta en marcha de programas específicos supone una oportunidad para mejorar las tasas de éxito en el abandono tabáquico de las mujeres.



Estos programas deberían incidir en:

- ✓ Cómo llegan las sustancias nocivas del tabaco a la placenta (también en el caso de las fumadoras pasivas).
- ✓ Los efectos que provocan en el feto reduciendo la llegada de nutrientes.
- ✓ Otros efectos adversos provocados por el tabaco como el riesgo de prematuridad y mortalidad perinatal<sup>(39)</sup>, el riesgo de embarazo ectópico, los efectos del tabaco en la salud reproductiva de las mujeres<sup>(40)</sup>, etc.
- ✓ Preparase para dejar el tabaco de forma definitiva después del parto.
- ✓ La importancia del tabaquismo pasivo en ambientes familiares.

Asimismo, existen otros momentos relevantes en la vida de las mujeres en la que una actuación específica, en la que participaran los profesionales de los servicios sanitarios de diferentes especialidades, reportaría, probablemente, muy buenos resultados en cuanto al éxito en la deshabituación tabáquica de las mujeres. Se trataría de actuar específicamente desde diferentes ámbitos de especialización durante momentos como la maternidad, especialmente cuando los hijos son más pequeños o la menopausia. Para ello, es recomendable que existan alianzas y coordinación entre especialistas del ámbito de la Pediatría, Odontología, Unidades de Atención al Climaterio, etc.

Por otra parte, todos los equipos de profesionales sanitarios deberían contar con formación en consejo anti tabáquico, para llevar a cabo un primer abordaje y derivar a especialistas en deshabituación cuando resulte necesario.

A su vez, debería incrementarse el número de Unidades de Deshabituación Tabáquica, de forma que la mayor parte de centros de salud contarán con una de ellas dotadas con personal suficiente y formado adecuadamente, también en perspectiva de género para abordar los procesos de deshabituación.

En base a lo expuesto, se puede afirmar que:

- ✓ Las mujeres, en general, realizan más intentos por dejar de fumar que los hombres, aunque tienen más recaídas.
- ✓ Según las publicaciones al respecto, una terapia de deshabituación específicamente diseñada para las mujeres obtiene mayores tasas de éxito.

- ✓ Los Programas de Deshabituación Tabáquica adaptados a las preocupaciones y comportamientos específicos de las mujeres frente al tabaco deben tener en cuenta su preocupación por el incremento de peso, la mayor afectación de la abstinencia tabáquica en el estado emocional que en el caso de los hombres, o la relación existente entre tabaquismo y salud mental.
- ✓ Asimismo, es importante destacar la influencia de la fase del ciclo hormonal en el que las mujeres inician la deshabituación.
- ✓ Se consideran también convenientes actuaciones específicas durante el embarazo, así como en otros momentos de relevancia en las diferentes etapas de la vida de las mujeres como la maternidad o el climaterio.

## ■ **Terapias de apoyo a la deshabituación tabáquica de las mujeres**

### ***Terapia sustitutiva y otros tratamientos farmacológicos para el abandono tabáquico: especificidades de género***

Actualmente existen tres fármacos autorizados en Europa para tratamiento de la deshabituación tabáquica: la terapia de sustitución con nicotina (TSN), bupropión y vareniclina. Las revisiones publicadas muestran que todos ellos mejoran las tasas de abandono, en comparación con placebo, aunque ninguno está financiado actualmente por el SNS<sup>(41)</sup>.

Dado que el tratamiento farmacológico mejora la tasa de abstinencia y aumenta la posibilidad de éxito, las guías recomiendan actualmente ofrecer este apoyo farmacológico.

A pesar de que no existen muchos estudios que comparen los resultados de las diferentes terapias entre hombres y mujeres, los estudios de intervención existentes sí vislumbran patrones diferentes entre hombres y mujeres que apuntan a diferencias de género en relación con la tasa de abandono.

En base a estos estudios de intervención, puede señalarse que las tasas de abandono del tabaco son más altas en hombres que en mujeres cuando se utilizan bupropión y/o TSN. Por lo que respecta a vareniclina, muestra ser incluso más eficaz en mujeres que en hombres, a las 4 y 12 semanas<sup>(42)</sup>.





El meta-análisis Scharf y Shiffman del año 2004<sup>(43)</sup> concluye que **bupropión** es una ayuda eficaz para dejar de fumar tanto en hombres como en mujeres. Las mujeres sin embargo tienen menos éxito tanto con bupropión como con placebo. No está clara la peor respuesta a bupropión, aunque su mecanismo de acción está relacionado con factores emocionales que conllevan un estado de ánimo “negativo”, muy ligado, como ya se ha señalado, al hábito tabáquico de las mujeres.

En un meta-análisis de 2016<sup>(44)</sup>, se concluye que **vareniclina** muestra una mayor eficacia en mujeres que en hombres a corto plazo y la misma en los resultados al año. La vareniclina puede ser particularmente útil para reducir la disparidad de género observada en las tasas de abandono.

Recientemente Smith y cols. publicaron un meta-análisis sobre eficacia comparada entre hombres y mujeres, de los tres tratamientos farmacológicos<sup>(45)</sup>. Este trabajo incluye 28 ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego de bupropión-SR, TSN y vareniclina vs placebo con un 51% mujeres<sup>(45)</sup>.

El resultado apuntó a que vareniclina es más eficaz en mujeres que la TSN (RR = 1,41; IC 1,12,1,76) y bupropión (RR = 1,38; IC 1,08,1,77)<sup>(45)</sup>.

Dados estos resultados parecería lógico considerar vareniclina como tratamiento de primera opción para las mujeres, teniendo en cuenta que no se recomienda la vareniclina ni el bupropión en mujeres embarazadas o lactantes. (La TSN solo en el primer trimestre y previa consideración y análisis específico del caso). En mujeres embarazadas, las guías señalan que deben priorizarse los tratamientos no farmacológicos y que los fármacos deben valorarse teniendo en cuenta la relación riesgo/beneficio<sup>(46)</sup>.

### ■ Otras terapias de apoyo a la deshabituación dirigida específicamente a las mujeres

Junto con los tratamientos farmacológicos, existe otro tipo de terapias de apoyo que ofrecen buenos resultados para las mujeres, siendo además una herramienta para su empoderamiento, dirigidas a ofrecer información y apoyo real a las mujeres en el afrontamiento del proceso de abandono tabáquico. Se trata de terapias basadas en el apoyo entre iguales, que tengan en cuenta la perspectiva de género y que enseñen a las mujeres cómo protegerse y buscar ayuda durante el complejo proceso de deshabituación.

Asimismo, se recomienda ir allá donde están las mujeres (centros educativos, centros sociales o culturales...) y, como ya se ha señalado, incidir en los momentos más importantes de la vida de las mujeres como el embarazo, implicando para ello a los perfiles profesionales de los equipos sanitarios que las atienden (Ginecología, Obstetricia, Matronas, Neonatología, Pediatría, Psicología, Psiquiatría, etc.).

Como una vía para conectar con las mujeres, es interesante fomentar los conceptos de salud y bienestar, planificando intervenciones en este ámbito (perfumerías, peluquerías, gimnasios, centros de estética, etc.) y otros en los que llegar a las mujeres.

De forma más concreta, algunas actuaciones que se proponen son las siguientes:

- ✓ Poner en marcha talleres de formación y apoyo entre iguales con mujeres fumadoras y ex fumadoras, en el marco de las Escuelas de Pacientes de las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA). Estos talleres deben responder a una estrategia didáctica concreta y contar con materiales y recursos específicos. Los talleres se realizarán a partir de mujeres previamente formadas (estrategia de formación de formadores) y deberían poder llevarse a cabo en los centros de atención primaria, en centros educativos (con profesorado, madres y alumnas) y en empresas.
- ✓ Disponer de un aula virtual para la formación y apoyo entre iguales a la que se pueda acceder desde las webs de las Escuelas de Pacientes o Programas de Paciente Experto/a de las distintas CCAA.
- ✓ Como elemento para contrarrestar los mensajes publicitarios asociados al tabaco (éxito social y profesional, igualdad, independencia), sería interesante el poder desarrollar una campaña de divulgación basada en mujeres mediáticas, líderes de opinión en sus ámbitos, que hayan dejado de fumar y puedan compartir su experiencia.
- ✓ Emplear la *mHealth* (apps), así como otras tecnologías como las redes sociales, blogs, etc.; como apoyo a mujeres que quieren dejar de fumar incorporando herramientas relacionadas con: el bienestar (*Mindfulness*), la actividad física, la autoestima y pensamiento positivo, la alimentación saludable, así como las relaciones sociales y familiares.



## ■ Recomendaciones

Visto lo expuesto a lo largo del capítulo, y con el objeto de conseguir una prevención de la EPOC en las mujeres, así como una contención de la patología en cuanto a su evolución y sintomatología, el Panel Experto ha decidido llevar a cabo las siguientes recomendaciones:

1. **Deben diseñarse y aplicarse Programas de Deshabituación Tabáquica específicamente enfocados a las mujeres.** Estos programas deben tener en cuenta los condicionantes biológicos y de género, comportamientos y preocupaciones específicas de las mujeres en el momento de afrontar el abandono tabáquico. Los programas deben tener en cuenta la necesidad de adaptar sus mensajes y los medios de implementación a los diferentes entornos culturales y sociodemográficos a los que se dirigen. Asimismo, deben contemplar actuaciones en el marco de las terapias no farmacológicas de apoyo que han demostrado funcionar mejor entre las mujeres como es la formación entre iguales, o los espacios y foros en los que compartir experiencias con otras mujeres fumadoras y exfumadoras.
2. **Debe ampliarse el número de Unidades de Deshabituación Tabáquica** para que existan en la mayor parte de los centros de salud y, a su vez, estén dotadas de suficientes profesionales formados para tal cometido.
3. La paciente tiene múltiples miedos a la hora de afrontar un proceso de deshabituación, focalizados fundamentalmente en la ganancia de peso, la ansiedad, el estrés, etc... **Los equipos de profesionales sanitarios deben disponer de material gráfico sencillo y explicativo que informe y ayude a la paciente a enfrentar esos miedos y preocupaciones.**
4. Desde la gestión sanitaria deben **contemplarse planes de actuación específicos de apoyo al abandono tabáquico durante el embarazo.** Asimismo, también se recomienda la **puesta en marcha de acciones durante la maternidad y el climaterio.** Para ello, son necesarias la puesta en marcha de:
  - a. **Alianzas entre especialidades:** Atención Primaria, Enfermería, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Odontología, Psiquiatría, etc; **y entre disciplinas:** Enfermería, Fisioterapia, Farmacia, etc.
  - b. Desarrollar una **formación en consejo tabáquico para el conjunto de profesionales del SNS,** con especial atención a los mencionados en el apartado anterior.

5. **Fomentar los conceptos de salud/belleza/bienestar** como contrapunto a otros mensajes asociados al tabaco durante años (éxito, sensualidad, poder...) y asociar los conceptos de independencia, poder, autocontrol... a la cesación tabáquica.
6. **Valorar la financiación o cofinanciación del tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica** en el caso de grupos de **pacientes**, como las mujeres con EPOC, en función del estado de la evidencia científica, en consenso con las Sociedades Científicas.



## 2.5. El diagnóstico de la EPOC en las mujeres

La EPOC constituye un problema de salud creciente en las mujeres. Además, existe un importante problema de infradiagnóstico que, aunque es común para hombres y mujeres, se agrava mucho más en el caso del género femenino.

La EPOC sigue considerándose “una patología de hombres” y este sesgo conlleva un sesgo diagnóstico que hace que el infradiagnóstico de la EPOC en mujeres sea mayor.

Los datos del estudio EPI-SCAN<sup>(1)</sup>, publicado en 2009, indican que la prevalencia de la EPOC en España es del 10,2% de la población entre 40 y 80 años. La prevalencia en hombres se sitúa en el 15,1%, mientras que para las mujeres es del 5,7%. La tasa de infradiagnóstico alcanza el 73%, aunque para las mujeres esta tasa se sitúa en el 86%<sup>(2)</sup>, es decir, 1,27 veces mayor que en los hombres.

Asimismo, durante el proceso del trabajo con el Panel Experto que ha dado lugar a este documento, se ha podido constatar que esta elevada diferencia entre las tasas de infradiagnóstico de la EPOC entre hombres y mujeres, se ha observado de forma exclusiva en España, sin que este hecho aparezca en otros países del entorno.

Durante muchos años, el tabaquismo ha estado ligado, al menos publicitariamen- te, a la imagen del hombre y al género masculino. Probablemente este hecho ha llevado a que las consecuencias para la salud del tabaquismo, como padecer la EPOC, se hayan asociado de forma tradicional también al hombre.



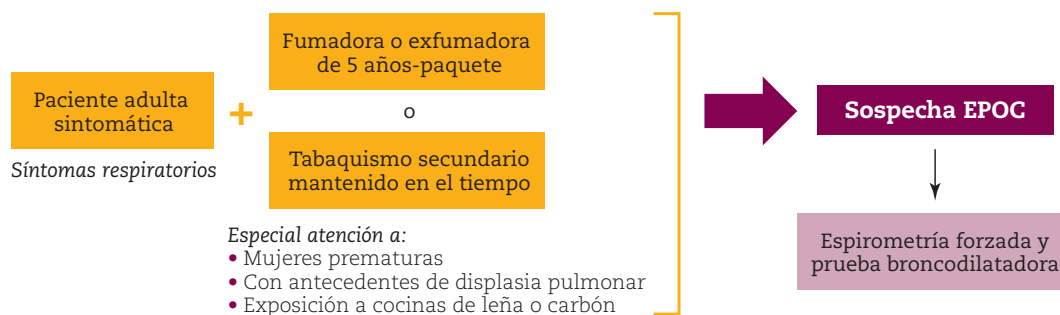
Con todo ello, y fruto del trabajo y los debates mantenidos, se ha propuesto llevar a cabo una estrategia de búsqueda activa de casos de EPOC en mujeres, de forma que afloren al menos una parte de los casos de EPOC en mujeres no diagnosticadas.

Esta búsqueda activa de casos se sustenta en la importancia de un diagnóstico precoz de la EPOC, especialmente en las mujeres, en las que la patología aparece en mujeres más jóvenes, se presenta con mayor disnea, mayor afectación a la calidad de vida de las pacientes y avanza a mayor velocidad, especialmente por los cambios hormonales que se producen en las mujeres con la menopausia.

En general, debe considerarse como **sospecha de EPOC a todas las personas adultas con exposición a factores de riesgo, fundamentalmente al tabaco (persona fumadora o ex fumadora de al menos 10 años-paquete) que presentan tos crónica, con o sin producción de esputo o disnea**<sup>(47)</sup>.

El Panel Experto ha propuesto **explorar y evaluar en un proyecto de investigación el rendimiento de disminuir el umbral de 10 a 5 años-paquete la sospecha de EPOC en mujeres**, así como **considerar la sospecha de EPOC en aquellas mujeres con tabaquismo secundario** (es decir, en los casos de tabaquismo pasivo mantenido cuando su/s pareja/s es o ha sido fumador) y prestar atención a las mujeres que **fueron prematuras o tienen antecedentes de displasia pulmonar, así como aquellas que han estado expuestas al humo de cocinas de leña o carbón**.

La sospecha clínica debe confirmarse por medio de una espirometría forzada con prueba broncodilatadora (EF+PBD) realizada en la fase estable de la enfermedad<sup>(48)</sup>. De esta forma puede confirmarse la sospecha diagnóstica.



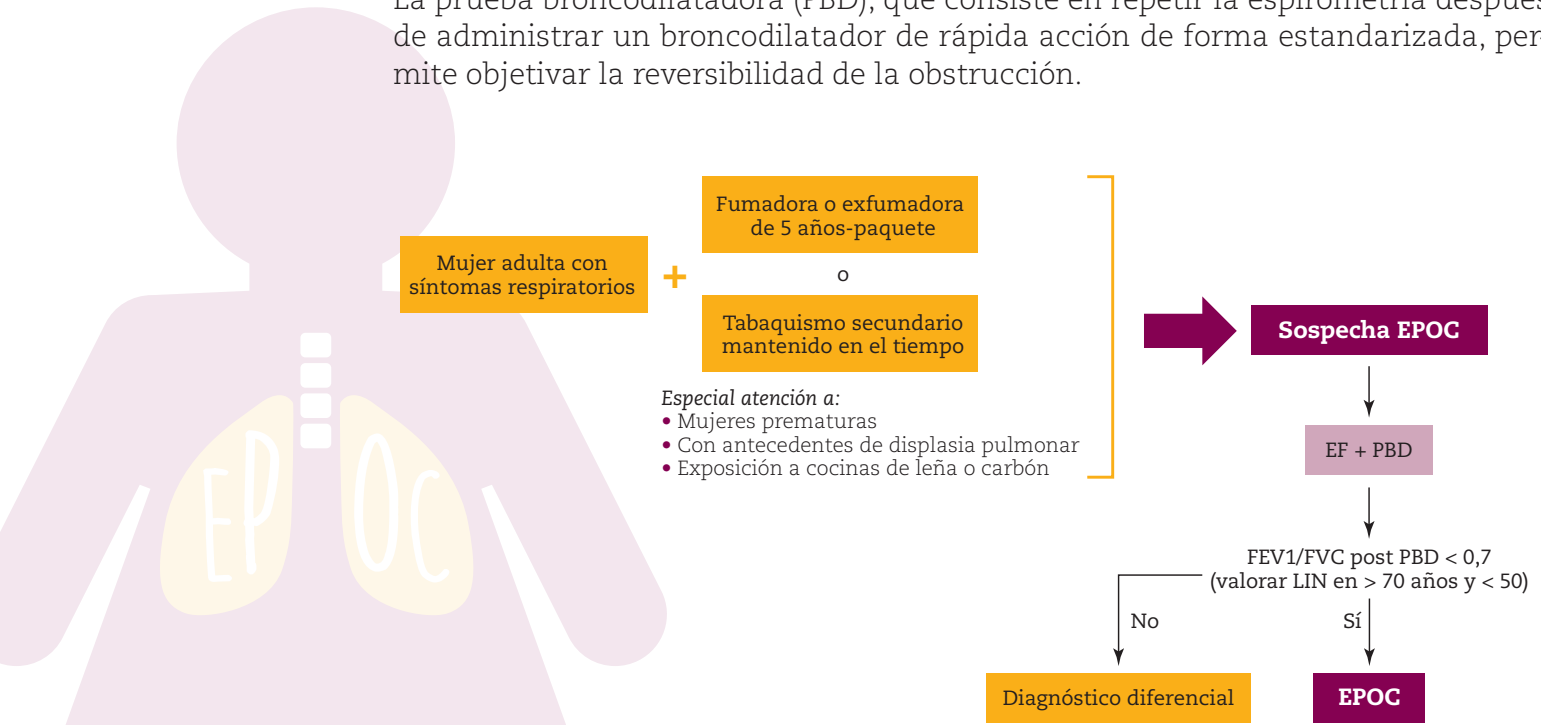
**Figura 2.** Propuesta para evaluar el rendimiento de rebajar el umbral tabáquico en las mujeres a ser consideradas sospecha de EPOC.

La espirometría es una prueba no invasiva que define la limitación al flujo aéreo.

Su técnica requiere unas condiciones que garanticen su calidad para que los resultados tengan valor clínico. Estas condiciones están bien establecidas, tanto para el instrumental como para la técnica, y es imprescindible que el profesional que la realice esté formado y entrenado en ello<sup>(49)</sup>.

El diagnóstico de la EPOC se basa en la disminución del flujo espiratorio, medido a través del FEV1 (volumen máximo de aire espirado en el primer segundo) y su cociente con la capacidad vital forzada (FVC). Se considera que hay obstrucción al flujo aéreo si al dividir el FEV1 entre el FVC (FEV1/FVC), el resultado es inferior a 0,7 después del uso de broncodilatador (post-BD)

La prueba broncodilatadora (PBD), que consiste en repetir la espirometría después de administrar un broncodilatador de rápida acción de forma estandarizada, permite objetivar la reversibilidad de la obstrucción.



**Figura 3.** Algoritmo diagnóstico de aplicación en la evaluación del rendimiento de rebajar el umbral de tabaquismo en las mujeres. Elaboración propia a partir de la información desarrollada en este trabajo y la recogida en la Guía Clínica de GesEPOC<sup>(9)</sup>.



## ■ Medidas para reducir el infradiagnóstico de la EPOC en las mujeres

Como primera medida para mejorar el diagnóstico de la EPOC en las mujeres, **se propone evaluar el rendimiento de reducir el umbral de 10 a 5 años-paquete la sospecha de EPOC en mujeres**, a la vista de que con la misma exposición en hombres que en mujeres, en las mujeres los efectos perjudiciales del humo del tabaco son mayores.

Asimismo, en el marco de buscar de forma activa casos de mujeres enfermas de EPOC que permanecen sin diagnosticar, se han recogido una serie de propuestas de cuya implementación se espera que se pueda mejorar el diagnóstico de esta patología en las mujeres.

En este sentido, se propone **revisar los diagnósticos de asma en las mujeres fumadoras**, para asegurar que el diagnóstico es realmente asma y no una EPOC.

En la misma línea, se considera adecuado valorar la sospecha de EPOC en pacientes fumadoras dentro de otras patologías como la insuficiencia cardíaca, osteoporosis, reflujo gástrico o depresión.

Se han llevado a cabo estudios acerca de la **utilidad de los cribados con dispositivos “de bolsillo” fuera del ámbito puramente asistencial**, es decir, en empresas, farmacias, etc.<sup>(8)</sup>. El uso de este tipo de programas de cribado puede resultar útil recomendando siempre que, a la vista de determinados resultados en la prueba, el paciente acuda a su centro de salud y solicite a su médico la realización de una EF + PBD.

Asimismo, se ha analizado la posibilidad de **valorar por parte de los diferentes sistemas regionales de salud la puesta en marcha de una serie de alarmas en la historia clínica individual** cuando el tabaquismo aparece relacionado con manifestaciones clínicas como los catarros de repetición, la insuficiencia cardíaca o las complicaciones respiratorias frecuentes en resfriados comunes. Estas alarmas deberían recordar al personal facultativo la necesidad de practicar una EF + PBD a esas pacientes que podrían encontrarse en un estadio inicial de una EPOC.

Sin embargo, existe un punto en el que es imprescindible incidir, **la formación**.

La espirometría forzada necesita de una formación y entrenamiento para que los resultados sean válidos desde el punto de vista clínico y permitan establecer un diagnóstico certero. Se precisa que la espirometría forzada se ajuste a unos parámetros de calidad. La formación debe realizarse a través de programas estructurados y validados.

Por ello, se insiste en poner de manifiesto la necesidad de establecer programas de **formación continua para que haya cada vez más profesionales de enfermería con el entrenamiento necesario para poder llevar a cabo la espirometría con resultados de calidad óptimos**, contando también con mayor información para interpretarlas correctamente. Junto a ello, resulta de gran importancia la **continuidad en sus puestos** una vez recibida dicha formación y capacitación en la realización de esta prueba, racionalizando la movilidad de dichos recursos a otra posición dentro del sistema sanitario para evitar que un centro sanitario se quede sin profesionales con suficiente capacitación para realizar esta técnica diagnóstica.

También en el ámbito de la formación, es importante poner de manifiesto la necesidad de **formar a los equipos profesionales sanitarios en EPOC**, especialmente a los equipos de Atención Primaria y Medicina Interna, poniendo el acento en el abordaje de esta enfermedad con perspectiva género, de forma que el sesgo diagnóstico que se produce al asimilar EPOC/paciente hombre, vaya poco a poco desapareciendo.

Junto con los especialistas de los equipos de Atención Primaria, hay otros especialistas que deberían poder acceder a formación acerca de la EPOC como patología que afecta, cada vez, a más mujeres; como, por ejemplo, Enfermería especialista en Respiratorio, Medicina de Familia, Neumología, Cardiología, Dermatología, Ginecología, Urología, Otorrinolaringología, Medicina Interna, Geriátrica, Pediatría o Psiquiatría.

Finalmente, no debe olvidarse la **labor de formación e implicación de las mujeres**, que deben conocer que determinados síntomas que padecen pueden ser el signo de una patología como la EPOC, de cuyo diagnóstico y tratamiento precoces pueden resultar muy beneficiadas, haciendo el pronóstico de su patología más





favorable y mejorando su futura calidad de vida. Por ello, campañas formativas/informativas tanto en ámbitos asistenciales como fuera de ellos (centros sociales, culturales, farmacia, espacios deportivos...) del tipo “Si tienes estos síntomas y eres fumadora o ex fumadora pide a tu doctor/a la realización de una espirometría”; pueden reportar muy buenos resultados en la mejora del diagnóstico de la EPOC en las mujeres.

## ■ Recomendaciones

Las recomendaciones dirigidas a mejorar el diagnóstico de la EPOC en mujeres se recogen a continuación:

1. **Pilotar y evaluar en un estudio el rendimiento de reducir el umbral de 10 a 5 años-paquete la sospecha de EPOC en la mujeres**, de forma que se pueda concluir si una modificación en el límite inferior respecto al hábito tabáquico en los criterios de inclusión como sospecha contribuye a mejorar el diagnóstico en mujeres y reducir las tasas de infradiagnóstico existentes en la actualidad.
2. Llevar a cabo un **plan de búsqueda activa de casos de EPOC en mujeres** mediante herramientas como los **cribados mediante dispositivos de bolsillo** en población fumadora en espacios sanitarios y no sanitarios; la **revisión de diagnósticos por asma** entre mujeres fumadoras o el establecimiento de **“banderas rojas o alarmas” en las historias clínicas de las pacientes** en las que se dé tabaquismo asociado a otras patologías como la insuficiencia cardíaca, la osteoporosis o las afecciones respiratorias repetitivas (catarros, bronquitis, etc.).
3. **Establecer un programa de formación para profesionales de servicios sanitarios** orientado en dos vías: la capacitación de un mayor número de profesionales de Enfermería para la realización de espirometrías; y la formación en EPOC para profesionales orientada a eliminar creencias establecidas como la asociación de esta patología y ser hombre.
4. **Desarrollar una campaña de comunicación/información dirigida a pacientes** en la que se invite a solicitar una espirometría a aquellas mujeres fumadoras que presenten síntomas respiratorios



## 2.6. El manejo de la EPOC en las mujeres

### ■ Presentación clínica

Tal y como ya se señalaba en la primera parte del presente documento, los síntomas que refieren las mujeres con EPOC con respecto a los hombres presentan algunas diferencias que podrían incidir en el abordaje de algunos aspectos del manejo de la patología en función del sexo.

Varios estudios han señalado que las mujeres con EPOC refieren un mayor grado de disnea que el hombre para igual grado de obstrucción del flujo aéreo, dándose además esta clínica con una menor exposición tabáquica que en los hombres<sup>(50,51)</sup>.

Asimismo, respecto a la tos y la expectoración crónica, se ha recogido que las mujeres refieren estos síntomas en menor medida<sup>(52)</sup>. Por lo que respecta a las sibilancias, estas se presentan con mayor frecuencia en las mujeres con EPOC que en los hombres, respondiendo probablemente este hecho a la mayor afectación de la vía aérea que ya se ha señalado y una mayor hiperreactividad bronquial.

Respecto al curso de la enfermedad, los datos disponibles han mostrado la existencia de un mayor número de exacerbaciones de la patología en las mujeres frente a los hombres, en consonancia con la presentación más sintomática de la EPOC. Sin embargo, las tasas de hospitalización no presentan importantes diferencias entre hombres y mujeres a la vez que las tasas de supervivencia tras la agudización de la patología son más elevadas en mujeres<sup>(52-54)</sup>.

Durante las reuniones mantenidas con el Panel Experto que ha participado en la definición de este Programa de Atención Integral a las Mujeres con EPOC, se aportaron los datos de la población con EPOC atendida en el Hospital de La Princesa, de Madrid.

En este sentido, de un total de 409 pacientes, el 27% eran mujeres. Este grupo de mujeres diagnosticadas de EPOC eran más jóvenes que los hombres y menos fumadoras que los hombres.



Asimismo, aun con menos consumo tabáquico, presentaban una función pulmonar similar a la de los hombres, no apreciándose en esta muestra diferencias en cuanto a disnea.

Se constataba asimismo que contaban con un IMC inferior al del hombre; presentaban menos comorbilidades de tipo cardiovascular; contaban con peores índices de calidad de vida; mayor afectación social y mayor supervivencia que los hombres.

### ■ Las comorbilidades asociadas a la EPOC en las mujeres

La EPOC es una enfermedad con manifestaciones sistémicas, que cursa en muchos casos asociada a otras patologías. Estas patologías sí son diferentes entre hombres y mujeres, presentándose algunas de ellas de forma mucho más frecuente en pacientes de un sexo u otro.

Mientras las patologías cardiovasculares son menos prevalentes entre las mujeres que entre los hombres con EPOC<sup>(53)</sup>, la osteoporosis y los trastornos como la ansiedad o la depresión, se presentan con más frecuencia en las mujeres.

### ■ EPOC y osteoporosis

Alrededor del 35% de mujeres con EPOC presentan osteoporosis. Su prevalencia entre pacientes diagnosticadas de EPOC es de 2 a 5 veces superior a la que existe en población sin EPOC, ajustada por edad y sexo.

El consumo del tabaco, de alcohol, la pérdida de peso, la debilidad muscular, la disnea, la mala función pulmonar, el enfisema, los tratamientos con corticoides o el hipogonadismo son factores asociados o desencadenantes de la osteoporosis.

En este sentido, la prevención y el diagnóstico precoces de la osteoporosis, mediante la realización de una densitometría ósea y una medición de los parámetros analíticos de mineralización ósea, y la prevención de cualquier tipo de fractura deben ser tareas prioritarias en el seguimiento y control de las pacientes con EPOC.

La fractura vertebral, una de las presentaciones más habituales de la osteoporosis, puede incidir de forma muy negativa en los síntomas propios de la EPOC, al incrementar el ángulo de cifosis torácica y restringiendo la capacidad de ventilación

pulmonar. La prevalencia de este tipo de fractura se incrementa hasta 2,6 veces en las pacientes que han recibido tratamientos con corticoides.

Por lo que respecta a otra de las fracturas habituales asociadas a la osteoporosis, la de fémur, incrementa la mortalidad de 3 a 5 veces en pacientes con EPOC con respecto a las pacientes que no presentan esta fractura osteoporósica.

### ■ EPOC, depresión y ansiedad

Las mujeres con EPOC tienen más prevalencia de depresión y ansiedad que los hombres.

Los estudios de prevalencia de depresión y/o ansiedad en pacientes diagnosticados de EPOC encuentran frecuencias de un 15 a un 50% y el doble de mujeres afectadas que de hombres. Cuanto más grave es la enfermedad pulmonar, más frecuente es la depresión en todas sus modalidades (depresión mayor, trastorno depresivo persistente, etc.).

La presencia de síntomas depresivos se asocia con las exacerbaciones de la patología y predice la necesidad de ingreso. A su vez, la presencia de síntomas de depresión al alta, predice la mortalidad al año.

Por lo tanto, la detección precoz de estos trastornos de salud mental y, en consecuencia, su tratamiento mejorarán la calidad de vida y el pronóstico de la EPOC.

A su vez, la depresión se relaciona con peor tolerancia de los síntomas respiratorios, menor seguimiento de las recomendaciones médicas, dieta menos saludable, menos ejercicio, más consumo de tóxicos, recaídas en el consumo de tabaco, más automedicación y discontinuación de los tratamientos.

La evaluación de la depresión debe hacerse a través de una entrevista clínica en cada visita que se realice. Debería hacerse tanto en hombres como en mujeres, pero en este último caso por su elevada frecuencia, con más interés.

Aunque el diagnóstico de la depresión deberán realizarlo profesionales del ámbito de la Salud Mental, sin embargo, sí es conveniente que los equipos sanitarios que llevan el seguimiento y control de la paciente con EPOC lleven a cabo una evaluación de la misma para poder derivar a la paciente en caso de encontrar motivos de alerta.



En este sentido, se recomienda el uso de la Escala Hospitalaria de Ansiedad Depresión (HAD: *Hospital Anxiety and Depression Scale*) y la *Brief Patient Health Questionnaire* (PHQ-9).

Si desde Psiquiatría se confirma la presencia de un trastorno depresivo, deberá instaurarse un tratamiento eficaz. En los casos de trastorno depresivo leve se recomienda tratamiento psicológico cognitivo- conductual; si es moderado o grave deberá iniciarse tratamiento farmacológico con antidepresivos. En pacientes con patología respiratoria deben evitarse las benzodiazepinas, en la medida de lo posible, y otros fármacos sedantes.

La ansiedad también es más frecuente en mujeres con EPOC que en hombres. Se relaciona con peor funcionalidad percibida por la paciente, peor tolerancia al ejercicio y más exacerbaciones agudas. Los trastornos de ansiedad no tratados tienen riesgo de cronificarse, se relacionan con baja autoestima, ideación suicida y riesgo de hospitalización.

### ■ EPOC y alteraciones en la nutrición

La evaluación del estado nutricional en pacientes con EPOC a partir de la medición del IMC, es un parámetro necesario para un adecuado seguimiento y control de las pacientes.

Se han publicado trabajos que relacionan un IMC inferior a 21 con una tasa de mortalidad más elevada<sup>(55)</sup>. Asimismo, se ha comprobado también que es más frecuente la alteración nutricional en las mujeres con EPOC que en los hombres.

Por lo que respecta a la obesidad en pacientes con EPOC, está comprobado que estos presentan mayor disnea y peor calidad de vida.

La obesidad, en sí misma, se asocia con una disminución de la capacidad torácica, un aumento de la resistencia en la vía aérea y un aumento en el trabajo respiratorio, lo que lógicamente puede incrementar los síntomas asociados a la EPOC, como la disnea y las sibilancias.

Por lo tanto, es recomendable incidir en la necesidad de una dieta saludable, así como en el ejercicio físico en pacientes con EPOC para evitar tanto los casos de malnutrición como obesidad por las implicaciones de ambas situaciones en los síntomas y pronóstico de la enfermedad.

## ■ Tratamiento

Como medida general, la primera recomendación para el tratamiento de la EPOC es el abandono del tabaco en caso de pacientes fumadores, sean hombres o mujeres. En este sentido, es importante destacar que el cese del hábito tabáquico tiene mayor beneficio en la función pulmonar de las mujeres que en la de los hombres, al menos en los primeros 5 años, en los que se presenta una mejoría más evidente de los síntomas en las mujeres.

### a. Tratamiento farmacológico

Con carácter general, una vez diagnosticada la EPOC, debe procederse a la determinación del fenotipo de la patología ya que este determinará los síntomas, pronóstico y, por tanto, tratamientos distintos. En este sentido, es de especial interés generar evidencia acerca de las diferencias de género que puedan estar condicionando diferencias de fenotipo y su mayor o menor frecuencia de aparición en mujeres y hombres con EPOC, así como en el esfuerzo terapéutico o tratamiento recibido.

La Guía Española de la EPOC, GesEPOC<sup>(9)</sup>, reconoce 4 fenotipos diferentes: no agudizador, mixto EPOC-asma, agudizador con enfisema y agudizador con bronquitis crónica.

La base del tratamiento de la EPOC estable son los broncodilatadores de larga duración (BDLD). Los fármacos que se deben añadir al tratamiento con BDLD dependerán del fenotipo del paciente<sup>(9)</sup>.

- ✓ El tratamiento del *fenotipo no agudizador*, sea enfisema o bronquitis crónica, se basa en el uso de un BDLD, o de dos BDLD en combinación.
- ✓ El tratamiento del *fenotipo mixto* se basa en la utilización de BDLD combinados con corticoides inhalados (CI).
- ✓ El tratamiento del *fenotipo agudizador con enfisema* se basa en BDLD a los que se pueden añadir los CI y la teofilina según el nivel de gravedad.
- ✓ El tratamiento del *fenotipo agudizador con bronquitis crónica* se basa en los BDLD, a los que se pueden añadir CI, inhibidores de la fosfodiesterasa 4 o mucolíticos según la gravedad o, en casos especiales, antibióticos de forma preventiva.



Desde una perspectiva de género, un estudio español<sup>(56)</sup> ha descrito cómo los hombres recibían más fármacos que las mujeres con EPOC para el tratamiento de su enfermedad (2,32 vs 2,17 en número de fármacos,  $p < 0,005$ ). Los beta adrenérgicos de larga duración (LABA), anticolinérgicos, teofilinas y mucolíticos, se indicaban más en los hombres, mientras no se recogían diferencias estadísticas con los CI. La tasa de vacunación antigripal también era más elevada para los hombres que para las mujeres.

Tal y como se ha señalado, las mujeres con EPOC presentan más disnea y, por lo tanto, peor calidad de vida, por lo que los broncodilatadores serían los fármacos ideales para mejorar su sintomatología y control de su función pulmonar.

Recientemente, Soriano et al. publicaban un meta-análisis en el que se señalaba que las mujeres presentaban una mejoría en sus síntomas superior a la de los hombres con la administración de CI en los primeros seis meses, reforzando la teoría de la mayor hiperreactividad bronquial.

En cualquier caso, es importante ser cauteloso en la prescripción de CI a largo plazo en la EPOC en mujeres que presentan osteoporosis.

Aunque no existe un gran número de estudios que analice si existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la eficacia de los tratamientos para la EPOC, posiblemente, y con alguna salvedad como la señalada, no deben existir diferencias en los objetivos y pautas del tratamiento farmacológico en las mujeres con EPOC respecto al hombre.

### **b. Educación sanitaria y terapéutica**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Educación Terapéutica (ET) como la educación gestionada por profesionales de la salud con entrenamiento en educación de pacientes y diseñada para permitir a un paciente (o grupos de pacientes y/o familiares) realizar su tratamiento y prevenir las complicaciones evitables, mientras se mantiene o mejora la calidad de vida.

Según la revisión Cochrane, las intervenciones de autocuidado en pacientes con EPOC se asocian con una mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud según la escala SGRQ; una reducción de los ingresos hospitalarios por problemas respiratorios y una mejoría en la disnea según la escala MRC modificada.

La educación sanitaria a pacientes con EPOC debe abarcar diferentes áreas. Concretamente, un **programa de ET para pacientes con EPOC** debe componerse de:

- ✓ Información sobre la EPOC: causas, signos y síntomas, pruebas complementarias.
- ✓ Identificación de signos y síntomas de descompensación. Vacunación.
- ✓ Abandono del tabaquismo.
- ✓ Tratamiento farmacológico e importancia del cumplimiento.
- ✓ Realización correcta del tratamiento inhalador.
- ✓ Oxigenoterapia crónica domiciliaria. Cumplimiento horario.
- ✓ Actividad física. Técnicas de ahorro de energía. Rehabilitación. Actividad sexual.
- ✓ Recomendaciones nutricionales.
- ✓ Control de disnea.
- ✓ Aspectos psicológicos asociados (ansiedad, depresión, trastornos del sueño...).
- ✓ Ocio.

Los programas de ET deben ser estructurados y basarse en la mejor evidencia disponible.

Es importante dedicar una parte del tiempo de consulta a la educación sanitaria y aprovechar también para revisar el estado vacunal del paciente, llevar a cabo el seguimiento de los parámetros funcionales, control o detección de comorbilidades, etc.

Es importante destacar la necesidad de incidir en la formación acerca de la técnica de inhalación. Hay estudios que han objetivado que la técnica de inhalación es peor en las mujeres que en los hombres<sup>(57)</sup>.

Cabe añadir que en la práctica clínica se encuentra que hay mujeres con EPOC que inicialmente rechazan los inhaladores, por lo que en la formación se debe ser más activo con las mujeres que con los hombres para instaurar, convencer y enseñar la técnica de inhalación.





Asimismo, y como también se ha mencionado, es importante destacar la importancia de concienciación de pacientes acerca de la necesidad de llevar una dieta saludable, así como de hacer ejercicio físico como elemento indispensable en la rehabilitación pulmonar.

Desde la perspectiva de género este es un punto muy sensible. El rol de género, en concreto el cuidado de los demás por delante del cuidado propio en las mujeres, es un claro determinante de desigualdad en salud que puede condicionar la falta de práctica de ejercicio físico, alimentación equilibrada y saludable, etc. Es fundamental no culpabilizar a las mujeres por “no sacar tiempo para andar, ir al gimnasio, etc”.

Se necesita una colaboración intersectorial a nivel local y comunitario de organización y compatibilización de horarios (conciliación), facilitar acceso a servicios deportivos, paseo o parques saludables, etc., que permita tiempo libre para posibilitar que las mujeres dispongan de más posibilidades para autocuidarse.

Por tanto, es importante implicar a otros ámbitos locales y comunitarios que en colaboración con atención primaria y hospitalaria articulen la existencia de espacios y programas que cuenten con personal formado que fomente la actividad física en las mujeres y las motive para seguir con los programas una vez pasados los primeros meses.

## ■ Recomendaciones

1. **Establecer protocolos que permitan la detección precoz y el seguimiento de las comorbilidades asociadas a la EPOC en mujeres.**
  - a. **Osteoporosis:** realización de densitometría ósea y medición de parámetros analíticos de mineralización ósea a todas las pacientes diagnosticadas de EPOC.
  - b. Evaluación de posibles síntomas de *depresión y/o ansiedad* mediante la entrevista clínica y la aplicación de las encuestas HAD o PHQ-9. Derivación al especialista en Salud Mental, si procede.
  - c. Vigilancia y consejo acerca de una dieta saludable y ejercicio físico para *prevenir obesidad o bajo IMC*.

2. Promover la **coordinación asistencial elaborando e implementando un Proceso Asistencial Integrado de la EPOC que tenga en cuenta el abordaje de género** en la patología, atendiendo a las *especificidades a tener en cuenta en la deshabituación tabáquica, las comorbilidades asociadas al género femenino, las necesidades particulares en la educación sanitaria*, etc.
3. Facilitar que los *equipos de Atención Primaria (Medicina General y Comunitaria y Enfermería) puedan dedicar más espacio a la ET* de las pacientes con EPOC para formar e informar acerca de la patología, resolver dudas, *asegurarse de que la técnica inhaladora es la correcta*, hacer un seguimiento de las comorbilidades señaladas y promover la adopción de hábitos de vida saludables. Es importante que en la educación sanitaria se tenga en cuenta la necesidad de adaptar los mensajes en función del público objetivo, su realidad sociocultural, para que los mensajes resulten interesantes, inteligibles, motivadores y, por lo tanto, eficaces. En el caso de las mujeres, los condicionantes del rol de género femenino deben ser tenidos en cuenta a la hora de construir el discurso educativo para adoptar nuevos hábitos.
4. Promover el incremento de los **centros hospitalarios con “Programas de Rehabilitación Respiratoria” y ejercicio físico**. A su vez, es importante incidir en la necesidad de que desde el ámbito local y regional se promuevan espacios y programas en los que se motive y posibilite que las mujeres lleven a cabo ejercicio adaptado a sus necesidades.
5. Fomentar la realización de **estudios clínicos con presencia de mujeres** para que aporten evidencia científica de calidad, poniendo de relieve las posibles diferencias en la eficacia y efectividad en población real de los distintos tratamientos para la EPOC en hombres y mujeres.



---

## 2.7. Las TIC en el seguimiento de la EPOC en las mujeres

---

La aplicación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) suponen una herramienta imprescindible en la práctica clínica hoy en día. Las herramientas informáticas, la telemedicina o las nuevas aplicaciones y canales tecnológicos han



abierto un mundo de oportunidades para hacer la prestación sanitaria más accesible, ágil y eficiente.

Tal como recoge el Plan de acción para la Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Hombres en la sociedad de la información 2014-2017, los hombres hacen en general un mayor uso de los servicios que ofrece Internet salvo en la participación en redes sociales (65,5% de mujeres frente a 62,8% de hombres), búsqueda de información sobre salud (67,4% frente a 54,9%) o educación (67,3% frente a 62,5%) y cursos *online* (14,3% frente a 11,4%).

Los hombres también interaccionan más con las administraciones por Internet: en los últimos 12 meses han descargado formularios oficiales el 42,7% y solo el 37% de las mujeres; han enviado formularios cumplimentados el 34% frente al 29,9% de las mujeres; y han obtenido información de las web de la administración el 57,7% frente al 54,3% de las mujeres.

En cuanto al uso de los servicios públicos (páginas web de las administraciones o servicios públicos) es mayor en los hombres salvo para la matriculación en educación superior (18,5% de mujeres frente a 13,9% de hombres) y el uso de las web de las bibliotecas públicas (17,5% frente a 14,2%).

Las mujeres participan más en las redes sociales en general pero lo hacen menos si se trata de emitir opiniones sobre asuntos de tipo social o político (21,2% de hombres frente a 18,7% de mujeres) o si se trata de tomar parte en consultas *online* sobre asuntos cívicos y políticos (15,2% frente a 12,6%), participando también menos en las redes profesionales.

La menor incorporación de las mujeres al mercado laboral, el hecho de que sigan asumiendo mayoritariamente las tareas de cuidado doméstico y familiar, la menor capacidad adquisitiva, así como el conjunto de condicionantes psicosociales asociados al hecho de ser mujer, son elementos que podrían explicar las brechas de acceso y uso y las menores habilidades y oportunidades profesionales de las mujeres en estos ámbitos, constituyendo barreras más persistentes que el mero acceso a las tecnologías.

De esta forma, las mujeres pueden tener motivaciones, intereses, posibilidades y prioridades diferentes a los hombres, por lo que es importante reconocerlas para adaptar las actuaciones y atender las necesidades específicas de manera eficaz.

En la medida 72 de dicho Plan se especifica la necesidad de fomento de contenidos en materia de igualdad en la «Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos», así como el impulso del enfoque de igualdad en sus contenidos. A través del *e-learning* se comparten conocimientos para formar a las y los pacientes en el autocuidado de la salud.

Asimismo, la sistematización en formato digital, y puesta a disposición de profesionales y personal interesado, de ejemplos de buenas prácticas relacionados con la atención sanitaria y la aplicación de las TIC con análisis de género integrado, es otra medida de interés que pueda aportar nueva evidencia en la materia.

Aunque es cierto que todavía no se dispone de una sólida evidencia científica de cómo redunda la aplicación de las TIC en la asistencia sanitaria, sí existen estudios cualitativos que apuntan a que los pacientes en general se muestran receptivos al uso de las tecnologías para mejorar la gestión de su enfermedad.

Atendiendo a las experiencias que han tratado de evaluar el impacto de la telemedicina o de la “salud electrónica”, *e-Health*, en el seguimiento de pacientes con EPOC, hay pocos estudios que hayan evaluado su efectividad y, los que hay, hacen referencia a un número reducido de casos. Este hecho, unido a la disparidad de conclusiones que se obtienen, no permite extraer muchas conclusiones al respecto.

Un estudio publicado recientemente<sup>(58)</sup>, que trataba de evaluar el impacto de la telemonitorización de un grupo de pacientes con EPOC en Alemania, concluyó que las herramientas telemáticas mejoran la atención de pacientes con EPOC, puesto que se confirmó que contribuían a reducir la mortalidad, reducir el consumo de recursos sanitarios y, por lo tanto, contribuían al ahorro de costes sanitarios; siendo los pacientes más graves los más beneficiados por la tele monitorización.

En todo caso, se ponía también de manifiesto que la televigilancia por sí sola no es una herramienta suficiente, sino que debe ser un instrumento más de atención integral a pacientes con EPOC que preste atención, entre otras cosas, a las comorbilidades asociadas a la misma. A su vez, se comprobó cómo la predicción de las exacerbaciones, así como el uso de los dispositivos móviles, debían ser las líneas sobre las que avanzar y mejorar en la aplicación de la telemedicina al seguimiento de pacientes con EPOC.

Por otro lado, un estudio multicéntrico aleatorio llevado a cabo en Escocia<sup>(59)</sup>, publicaba en 2013 que la aplicación de la telemedicina en el seguimiento de la EPOC



no tiene impacto en la reducción de ingresos hospitalarios ni en la calidad de vida de los pacientes.

En cualquier caso, resulta evidente que las TIC son una realidad que ha impregnado los diferentes ámbitos de la vida cotidiana y, por lo tanto, también la práctica sanitaria, la prevención, el seguimiento de pacientes y la gestión de las patologías por parte de profesionales sanitarios y pacientes. Consecuentemente, se requiere una mejor evaluación de los programas y resultados para poder contar con evidencias científicas de la efectividad de unas herramientas u otras.

Desde el punto de vista del manejo de pacientes crónicos, como es el caso de los pacientes con EPOC, la propia Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, recoge en sus recomendaciones 31 y 32 la necesidad de garantizar la asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana; así como disponer de los medios organizativos oportunos para permitir revisiones y consultas no presenciales.

La aplicación de las TIC en el seguimiento de pacientes, es, por lo tanto, un aspecto que los sistemas sanitarios deben abordar por tratarse sin duda de uno de los grandes retos del sistema, así como una de las mejores oportunidades para su mejora.

### ■ La aplicación de las TIC y las nuevas oportunidades

El uso de las TIC en el manejo de la EPOC abre un abanico de oportunidades para profesionales, pacientes y el propio Sistema Sanitario.

*Para profesionales de los equipos sanitarios:*

- ✓ **Mejora el acceso a la formación de todos los profesionales respecto a la EPOC y, concretamente, respecto a la EPOC en mujeres.** Esta formación redundará en un mayor conocimiento acerca de la patología, contribuirá a eliminar el sesgo diagnóstico que asocia EPOC y sexo masculino y contribuirá a protocolizar la educación sanitaria que reciben las pacientes de EPOC. A su vez, es una herramienta importante para contribuir a informar a las mujeres de la necesidad de cesar en el hábito tabáquico y concienciar al conjunto de profesionales de la necesidad de aconsejar a sus pacientes que abandonen el tabaco.

- ✓ **Fomenta la coordinación asistencial, mejorando la interacción entre profesionales y el intercambio de información.** Las TIC tienen un papel fundamental en la relación entre profesionales sanitarios ya que permiten la recopilación y el uso compartido de la información, ofrecen soporte a las decisiones clínicas, mejoran la seguridad asistencial, enriquecen las interacciones entre profesional y paciente, y contribuyen a mejorar la formación de profesionales de equipos sanitarios.

*Para pacientes:*

- ✓ **Mejora el acceso a la información y la formación** acerca de su enfermedad y las herramientas para autogestionarla.
- ✓ Supone un **instrumento muy útil para su empoderamiento**, haciéndole partícipe de la información necesaria para entender y compartir la toma de decisiones acerca de su tratamiento.
- ✓ Permite la **comunicación directa entre profesional sanitario y paciente**, mejorando la accesibilidad al sistema sanitario.
- ✓ Favorece una **atención más personal, directa, integrada y más segura.**

*Para el Sistema Sanitario:*

- ✓ Favorece una **asistencia sanitaria más eficiente** puesto que, preservando la seguridad y la calidad en la atención, ayuda a reducir la presión asistencial y el consumo de recursos.

En línea con lo que se ha señalado en otras partes del presente documento, a las mujeres les gusta compartir sus experiencias con otras mujeres, formar parte de un grupo o comunidad de iguales. *Las TIC permiten generar grupos virtuales que actúan como espacio en el que compartir vivencias*, y que suponen un apoyo para la paciente tanto en el curso de su enfermedad como en un eventual proceso de deshabitación tabáquica.

En este sentido, la utilización de tecnologías como las aplicaciones para móviles (apps), comunidades virtuales tipo foros, grupos de *WhatsApp*, redes sociales como *Facebook*, etc.; pueden resultar muy útiles aplicadas al seguimiento de las pacientes con EPOC.



Existen múltiples aplicaciones para dejar de fumar, las que promueven el ejercicio y la dieta sana, aunque no tantas las que tienen un componente más clínico, de autogestión y seguimiento de la patología.

A partir de la información de la que se dispone en la actualidad, se puede concluir que algunas apps pueden servir como complemento a la atención cara a cara entre profesional y paciente. Se trata, por lo tanto, de testar y evaluar y determinar los criterios técnicos que deben seguir este tipo de aplicaciones para poder aplicar su funcionalidad a la mejora del manejo de la EPOC en mujeres.

### ■ Recomendaciones

1. **Promover la utilización de los sistemas informáticos de los Servicios Regionales de Salud para establecer alarmas en las historias clínicas que sirvan para facilitar información a profesionales sanitarios acerca de la EPOC en las mujeres** referida a criterios diagnósticos, comorbilidades, recomendaciones para la deshabituación tabáquica, recomendaciones de educación sanitaria, etc.
2. **Establecer programas de formación continua sobre EPOC y mujeres, sensibilización de género y consejo tabáquico para profesionales** del SNS utilizando las TIC.
3. **Desarrollar, implementar y evaluar una herramienta multicanal específica para la gestión y seguimiento de las pacientes con EPOC** que tenga su versión en *app* para uso de las propias pacientes, incorporando contenidos y utilidades que permitan la autogestión de la patología; así como un canal de uso específico por profesionales de equipos sanitarios para poder llevar a cabo el seguimiento de las pacientes.





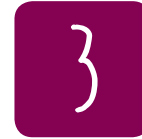
EFPO

*Referencias y bibliografía*





# Referencias y bibliografía



## Referencias

1. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sanchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*. 2009; 64: 863-8.
2. Ancochea J, Miravittles M, García-Río F, Muñoz G, Sánchez L, Sobradillo V, et al. Infradiagnóstico de la EPOC en mujeres: cuantificación del problema, determinantes y propuestas de acción. *Arch Bronconeumol*. 2013; 49: 223-9.
3. Han MK, Postma D, Mannino DM, Giardino ND, Buist S, Curtis JL. Gender and chronic obstructive pulmonary disease. Why it matters. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007; 176: 1179-84.
4. GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Respir Med*. 2017; 5: 691–706. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573769/pdf/main.pdf>
5. Soriano JB, Miravittles M, Borderías L, Durán-Taulería E, García Río F, Martínez F, et al. Diferencias geográficas en la prevalencia de la EPOC en España: relación con hábito tabáquico, tasa de mortalidad y otros factores determinantes. *Arch Bronconeumol*. 2010; 46: 522-30.
6. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, et al. IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. *Arch Bronconeumol*. 1999; 35: 159-66.
7. Velasco S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de Salud de la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2008.
8. De Torres JP, Casanova C, Hernández C, Abreu J, Aguirre-Jaime A, Celli BR. Gender and COPD in patients attending a pulmonary clinic. *Chest*. 2005; 128: 2012-26.
9. Miravittles M, et al; Grupo de Trabajo de GesEPOC. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) – Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017. *Arch Bronconeumol*. 2017; 53(Supl 1): 2-64.
10. Sobradillo Ecenarro P, Inchausti Iguñiz M. EPOC en la mujer. *Med Respir*. 2014; 7: 29-38.

11. Sin DD, Cohen SB, Day A, Coxson H, Paré PD. Understanding the biological differences in susceptibility to chronic obstructive pulmonary disease between men and women. *Proc Am Thorac Soc.* 2007; 4: 671-4.
12. Watson L, Vestbo J, Postma D, Decramer M, Rennard S, Kiri V, et al. Gender differences in the management and experiences of chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med.* 2004; 98: 1207-13.
13. Müllerová H, Lu C, Li H, Tabberer M. Prevalence and burden of breathlessness in patients with chronic obstructive pulmonary disease managed in primary care. *PLoS One.* 2014; 9: e85540.
14. Bjerg A, Ekerljung L, Eriksson J, Ólafsdóttir IS, Middelveld R, Franklin KA, et al. Higher risk of wheeze in female than male smokers. Results from the Swedish GA 2 LEN study. *PLoS One.* 2013; 8: e54137.
15. Leynaert B, Bousquet J, Henry C, Liard R, Neukirch F. Is bronchial hyperresponsiveness more frequent in women than in men? A population-based study. *Am J Respir Crit Care Med.* 1997; 156: 1413-20.
16. Alonso T, Sobradillo P, de Torres JP. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres: ¿somos diferentes? *Arch Bronconeumol.* 2017; 53: 222-7.
17. Roche N, Deslée G, Caillaud D, Brinchault G, Nesme-Meyer P, Surpas P, et al; INITIATIVES BPCO Scientific Committee. Impact of gender on COPD expression in a real-life cohort. *Respir Res.* 2014; 15: 20.
18. Kilic H, Kokturk N, Sari G, Cakir M. Do females behave differently in COPD exacerbation? *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015; 10: 823-30.
19. Dal Negro RW, Bonadiman L, Turco P. Prevalence of different comorbidities in COPD patients by gender and GOLD stage. *Multidiscip Respir Med.* 2015; 10: 24.
20. De Torres JP, Casanova C, Hernández C, Abreu J, Montejo de Garcini A, Aguirre-Jaime A, et al. Gender associated differences in determinants of quality of life in patients with COPD: a case series study. *Health Qual Life Outcomes.* 2006; 4: 72.
21. Celli B et al. The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med.* 2004; 350: 1005-12
22. De Torres JP, Casanova C, de Garcini AM, Jaime AA, Celli BR. COPD heterogeneity: Gender differences in the multidimensional BODE index. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2007; 2: 151-5.
23. Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones PW, Wedzicha JA. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax.* 1999; 54: 581-6.
24. Aryal S, Diaz-Guzman E, Mannino DM. Influence of sex on chronic obstructive pulmonary disease risk and treatment outcomes. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014; 9: 1145-54.



25. Sørheim IC, Johannessen A, Gulsvik A, Bakke PS, Silverman EK, DeMeo DL. Gender differences in COPD: are women more susceptible to smoking effects than men? *Thorax*. 2010; 65: 480-5.
26. Tam A, Morrish D, Wadsworth S, Dorscheid D, Man SF, Sin DD. The role of female hormones on lung function in chronic lung diseases . *BMC Women's Health*. 2011, 11: 24.
27. Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística, 2011/2012. Disponible en: [www.mssi.gob.es](http://www.mssi.gob.es).
28. Encuesta Europea de Salud en España. Instituto Nacional de Estadística, 2014. Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es).
29. Actualización de la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>.
30. Pont P. Perspectiva de género en el abordaje del tabaquismo. En: Libro Blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje desde una perspectiva de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
31. Park SJ, Yi B, Lee HS, Oh WY, Na HK, Lee M, Yang M. To quit or not: Vulnerability of women to smoking tobacco. *J Environ Sci Health C Environ Carcinog Ecotoxicol Rev*. 2016; 34: 33-56.
32. Comité Nacional para la Prevención del tabaquismo. Libro Blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje desde una perspectiva de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: [www.cnpt.es](http://www.cnpt.es).
33. Seeley RJ, Sandoval DA. Neuroscience: weight loss through smoking. *Nature*. 2011; 475: 176-7.
34. Milani RM, Parrott AC, Turner JJ, Fox HC. Gender differences in self-reported anxiety, depression, and somatization among ecstasy/MDMA polydrug users, alcohol/tobacco users, and nondrug users. *Addict Behav*. 2004; 29: 965-71.
35. Comi Diaz C, Diaz Palarea MD, Calvo Francés F. Tabaquismo y género: Diferencias en estrés, ansiedad y depresión. Disponible en: <https://psiquiatria.com/adicciones/taquismo-y-genero-diferencias-en-estres-ansiedad-y-depresion/>
36. US Department of Health and Human Services. Women and Smoking. A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001.
37. Harris KK, Zopey M, Friedman TC. Metabolic effects of smoking cessation. *Nat Rev Endocrinol*. 2016; 12: 299-308. DOI: 10.1038/nrendo.2016.3.
38. Nerín et al. Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica con componente específico diferenciador para el colectivo femenino. Investigación 2000-2001. Disponible en: [http://www.mtas.es/mujer/mujeres/estud\\_inves/2001/541p.pdf](http://www.mtas.es/mujer/mujeres/estud_inves/2001/541p.pdf).

39. Lummler, Cochrane 2004.
40. Ernster. WHO 2001. British Medical Association, Smoking and Reproductive Life Report. 2004.
41. European Medicines Agency. <http://www.ema.europa.eu/ema>
42. Walker NJ, van Woerden HC, Kiparoglou V, Yang Y, Robinson H, Croghan E. Gender difference and effect of pharmacotherapy: findings from a smoking cessation service. *BMC Public Health*. 2016; 16: 1038. DOI: 10.1186/s12889-016-3672-y.
43. Scharf D, Shiffman S. Are there gender differences in smoking cessation, with and without bupropion? Pooled- and meta-analyses of clinical trials of Bupropion SR. *Addiction*. 2004; 99: 1462-9.
44. McKee SA, Smith PH, Kaufman M, Mazure CM, Weinberger AH. Sex differences in varenicline efficacy for smoking cessation: A meta-analysis. *Nicotine Tob Res*. 2016; 18: 1002-11.
45. Smith PH, Weinberger AH, Zhang J, Emme E, Mazure CM, McKee SA. Sex differences in smoking cessation pharmacotherapy comparative efficacy: a network meta-analysis. *Nicotine Tob Res*. 2017; 19: 273-81.
46. McLafferty LP, Becker M, Dresner N, Meltzer-Brody S, Gopalan P, Glance J, et al. Guidelines for the management of pregnant women with substance use disorders. *Psychosomatics*. 2016; 57: 115-30.
47. Grupo de Trabajo de GesEPOC. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Arch Bronconeumol*. 2012; 48(Supl 1): 2-58.
48. Sanchís Aldás J, Casán Clarà P, Castillo Gómez J, Honzález Mangado N, Palenciano Ballesteros L, Roca Torrent J. Normativa para la práctica de la espirometría forzada. *Arch Bronconeumol*. 1989; 25: 132-42.
49. Represas-Represas C, Fernández-Villar A, Ruano-Raviña A, Priegue-Carrera A, Botana-Rial M. Screening for chronic obstructive pulmonary disease: Validity and reliability of a portable device in non-specialized healthcare settings. *PLoS One*. 2016; 11: e0145571.
50. De Torres JP, Casanova C, Montejo de Garcini A, Aguirre-Jaime A, Celli BR. Gender and respiratory factors associated with dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Res*. 2007; 8: 18.
51. Naberan K, Azpeitia A, Cantoni J, Miravittles M. Impairment of quality of life in women with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med*. 2012; 106: 367-73.
52. Celli B, Vestbo J, Jenkins CR, Jones PW, Ferguson GT, Calverley PM, et al. Sex differences in mortality and clinical expressions of patients with chronic obstructive pulmonary disease. The TORCH experience. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011; 183: 317-22.



53. Agustí A, Calverley PM, Celli B, Coxson HO, Edwards LD, Lomas DA, et al. Characterisation of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort. *Respir Res.* 2010; 11: 122.
54. González AV, Suissa S, Ernst P. Gender differences in survival following hospitalisation for COPD. *Thorax.* 2010; 66: 38-42.
55. Landbo C, Prescott E, Lange P, Vestbo J, Almdal TP. Prognostic value of nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 1999; 160: 1856-61.
56. Carrasco-Garrido P, de Miguel-Díez J, Rejas-Gutierrez J, Martín-Centeno A, Gobartt-Vázquez E, Hernandez-Barrera V, et al. Characteristics of chronic obstructive pulmonary disease in Spain from a gender perspective. *BMC Pulm Med.* 2009; 9: 2.
57. Goodman DE, Israel E, Rosenberg M, Johnston R, Weiss ST, Drazen, JM. The influence of age, diagnosis, and gender on proper use of metered-dose-inhalers. *Am J Respir Crit Care Med.* 1994; 150: 1256-61.
58. Achelrod D, Schreyögg J, Stargardt T. Health-economic evaluation of home telemonitoring for COPD in Germany: evidence from a large population-based cohort. *Eur J Health Econ.* 2016 [En prensa]. DOI: 10.1007/s10198-016- 0834-x.
59. Pinnock H, Hanley J, McCloughan L, Todd A, Krishan A, Lewis S, et al. Effectiveness of telemonitoring integrated into existing clinical services on hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: researcher blind, multicentre, randomised controlled trial. *BMJ.* 2013; 347: f6070.

## Bibliografía

- Abebaw MY, George SA. Depression and anxiety in patients with COPD. *Eur Respir Rev.* 2014; 23: 345-9.
- Almagro P, López García F, Cabrera J, Montero L, Morchón D, Díez J, et al; Grupo EPOC de la Sociedad Española de Medicina Interna. Estudio de las comorbilidades en pacientes hospitalizados por descompensación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica atendidos en los servicios de medicina interna. Estudio ECCO. *Rev Clin Esp.* 2010; 210: 101-8.
- Aryal S, Diaz-Guzman E, Mannino DM. COPD and gender differences: an update. *Transl Res.* 2013; 162: 208-18.
- Bares CB. Gender, depressive symptoms, and daily cigarette use. *J Dual Diagn.* 2014; 10: 187-96. DOI: 10.1080/15504263.2014.961852.
- Biskobing DM. COPD and osteoporosis. *Chest.* 2002; 121: 609-20.
- Bolton CE, Cannings-Jonh R, Edwards PH, Ionescu AA, Evans WD, Pettit RJ, et al. What community measurements can be used to predict bone disease in patients with COPD? *Respir Med.* 2008; 102: 651-7.

- Carter JD, Patel A, Sultan FF, Thompson ZJ, Margaux H, Sterrett A, et al. The recognition and treatment of vertebral fractures in males with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med.* 2008; 102: 1165-72.
- Cecere LM, Littman AJ, Slatore CG, Udris EM, Bryson CL, Boyko EJ. et al. Obesity and COPD: associated symptoms, health related quality of life, and medication use. *COPD.* 2011; 8: 275-84.
- Chavannes NH, Huibers MJ, Schermer TR, Hendriks A, van Weel C, Wouters EF, van Schayck CP. Associations of depressive symptoms with gender, body mass index and dyspnea in primary care COPD patients. *Fam Pract.* 2005; 22: 604-7.
- Cote CG, Chapman KR. Diagnosis and treatment considerations for women with COPD. *Int J Clin Pract.* 2009; 63: 486-93.
- de Meer G, Crone MR, Reijneveld SA. Gender differences in the association between preadolescent smoking initiation and emotional or behavioural problems. *BMC Public Health.* 2010; 10: 615.
- Delgado A, Saletti-Cuesta LB, López-Fernandez LA, Gil-Garrido NC, Luna del Castillo JD. Gender inequalities in COPD decision-making in primary care. *Respir Med.* 2016; 114: 91-6.
- De Luise C, Brimacombe M, Pedersen L, Sørensen HT. Chronic obstructive pulmonary disease and mortality following hip fracture: a population-based cohort study. *Eur J Epidemiol.* 2008; 23: 115-22.
- Díez-Manglano J, López-García F, Barquero-Romero J, Galofré-Álvaro N, Montero-Rivas L, Almagro-Mena P, et al; en nombre de los investigadores del estudio ECCO y del Grupo de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de la Sociedad Española de Medicina Interna. Riesgo de fractura osteoporótica y de cadera en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Clin Esp.* 2011; 211: 443-9.
- Fernández Silano M. La Salud 2.0 y la atención a la salud en la era digital. *Rev Méd Risaralda* 2014; 20: 41-6.
- Flemming K, Graham H, McCaughan D, Angus K, Sinclair L, Bauld L. Health professionals' perceptions of the barriers and facilitators to providing smoking cessation advice to women in pregnancy and during the post-partum period: a systematic review of qualitative research. *BMC Public Health.* 2016; 16: 290. DOI: 10.1186/s12889-016-2961-9.
- Franssen FM, O'Donnell DE, Goossens GH, Blaak EE, Schols AM. Obesity and the lung: 5. Obesity and COPD. *Thorax.* 2008; 63: 1110-7.
- Galofré N, Díez J. Osteoporosis: El manejo diagnóstico y terapéutico de las comorbilidades en la EPOC. Barcelona: Elsevier-Doyma; 2014.
- Graat-Verboom L, Wouters EFM, Smeenk FW, Van den Borne BE, Lunde R, Spruit MA. Current status of research on osteoporosis in COPD: a systematic review. *Eur Respir J.* 2009; 34: 209-18.





- Gelberg J, McIvor RA. Overcoming gaps in the management of chronic obstructive pulmonary disease in older patients. *Drugs Aging*. 2010; 27: 367-75.
- Hernandez EM, Margolis R, Hummer RA. Educational and gender differences in health behavior changes after a gateway diagnosis. *J Aging Health*. 2016 [En prensa] DOI: 10.1177/0898264316678756.
- Instituto Nacional de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. Plan de Acción para la Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Hombres en la sociedad de la información 2014-2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ionescu AA, Schoon E. Osteoporosis in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2003; 22(Suppl 46): 64s-75s.
- Jørgensen NR, Schwartz P, Holme I, Henriksen BM, Petersen LJ, Backer V. The prevalence of osteoporosis in patients with chronic obstructive disease. A cross sectional study. *Respir Med*. 2007; 101: 177-85.
- Larsen JK, Otten R, Engels RC. Adolescent depressive symptoms and smoking behavior: The gender specific role of weight concern and dieting. *J Psychosom Res*. 2009; 66: 305-8.
- Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY. Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) and the Committee of Scientific Advisors of the International Osteoporosis Foundation (IOF). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteopor Int*. 2013; 24: 23-57.
- Kim SM, Jung JW, Park IW, Ahn CM, Kim YI, Yoo KH, et al; Korean Smoking Cessation Study Group. Gender differences in relations of smoking status, depression, and suicidality in Korea: Findings from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2008-2012. *Psychiatry Investig*. 2016; 13: 239-46. DOI: 10.4306/pi.2016.13.2.239.
- Kurti AN, Davis DR, Skelly JM, Redner R, Higgins ST. Comparison of nicotine dependence indicators in predicting quitting among pregnant smokers. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2016; 24: 12-7. DOI: 10.1037/pha0000056.
- Kopturk N, Kilic H, Baha A, Lee SD, Jones PW. Sex difference in chronic obstructive lung disease. Does it matter? A concise review. *COPD*. 2016; 13: 799-806.
- Marqueta A, Nerín I, Gargallo P, Beamonte A. Gender differences in success at quitting smoking: Short- and long-term outcomes. *Adicciones*. 2016; 29: 13-21.
- McLean S, Hoogendoorn M, Hoogenveen RT, Feenstra TL, Wild S, Simpson Colin R, et al. Projecting the COPD population and costs in England and Scotland: 2011 to 2030. *Sci Rep*. 2016; 6: 31893.
- Monteiro F, Camillo CA, Vitorasso R, Sant'Anna T, Hernandez NA, Probst VS, et al. Obesity and physical activity in the daily life of patients with COPD. *Lung*. 2012; 190: 403-10.

- Montserrat-Capdevila J, Godoy P, Marsal B,P, Alseda M, Ortega M. Overview of the impact of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. *Lung*. 2017; 195: 77-85.
- Mumford EA, Liu W. Growth models of maternal smoking behavior: Individual and contextual factors. *Subst Use Misuse*. 2015; 50: 1261-73.
- Muscatello A, Scimeca G, Lorusso S, Battaglia F, Pandolfo G, Zoccali RA, et al. Anger, smoking behavior, and the mediator effects of gender: An investigation of heavy and moderate smokers. *Subst Use Misuse*. 2017; 52: 587-93. DOI: 10.1080/10826084.2016.1245343.
- Laurin C, Lavoie KL, Bacon SL, Dupuis G, Lacoste G, Cartier A, et al. Sex Differences in the prevalence of psychiatric disorders and psychological distress in patients with COPD. *Chest*. 2007; 132: 148-55.
- László A, Tabák Á, Körösi B, Eörsi D, Torzsa P, Cseprekál O, et al. Association of affective temperaments with blood pressure and arterial stiffness in hypertensive patients: a cross-sectional study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2016; 16: 158. DOI: 10.1186/s12872-016-0337-9
- Leech JA, Dulberg C, Kellie S, Pattee L, Gay J. Relationship of lung function to severity of osteoporosis in women. *Am Rev Respir Dis*. 1990; 141: 68-71.
- Ogura-Tomomatsu H, Asano K, Tomomatsu K, Miyata J, Ohmori N, Kodama M, et al. Predictors of osteoporosis and vertebral fractures in patients presenting moderate-to-severe chronic obstructive lung disease. *COPD*. 2012; 9: 332-7.
- Okoli C, Greaves L, Fagyas V. Sex differences in smoking initiation among children and adolescents. *Public Health*. 2013; 127: 3-10. DOI: 10.1016/j.puhe.2012.09.015.
- Papaioannou A, Parkinson W, Ferko N, Probyn L, Ioannidis G, Jurriaans E, et al. Prevalence of fracture vertebral among patients with chronic obstructive disease in Canada. *Osteoporos Int*. 2003; 14: 913-7.
- Payne TJ, Ma JZ, Crews KM, Li MD. Depressive symptoms among heavy cigarette smokers: the influence of daily rate, gender, and race. *Nicotine Tob Res*. 2013; 15: 1714-21. DOI: 10.1093/ntr/ntt047.
- Pirie PL, Murray DM, Luepker RV. Gender differences in cigarette smoking and quitting in a cohort of young adults. *Am J Public Health*. 1991; 81: 324-7.
- Potter BK, Pederson LL, Chan SS, Aubut JA, Koval JJ. Does a relationship exist between body weight, concerns about weight, and smoking among adolescents? An integration of the literature with an emphasis on gender. *Nicotine Tob Res*. 2004; 6: 397-425.
- Raghavan D, Varkey A, Bartter T. Chronic obstructive pulmonary disease: the impact of gender. *Curr Opin Pulm Med*. 2017; 23: 117-123.
- Ramachandran K, McCusker C, Connors M, Zuwallack R, Lahiri B, et al. The influence of obesity on pulmonary rehabilitations outcomes in patients with COPD. *Chron Respir Dis*. 2008; 5: 205-9.



- Sava F, Laviolette L, Bernard S, Breton MJ, Bourbeau J, Maltais F. The impact of obesity on walking and cycling performance and response to pulmonary rehabilitation in COPD. *BMC Pulm Med.* 2010; 10: 55.
- Smith PH, Bessette AJ, Weinberger AH, Sheffer CE, McKee SA. Sex/gender differences in smoking cessation: A review. *Prev Med.* 2016; 92: 135-140. DOI: 10.1016/j.ypmed.2016.07.013.
- Sin DD, Man JP, Man P. The risk of osteoporosis in caucasian men and women with obstructive airways disease. *Am J Med.* 2003; 114: 10-4.
- Silva DR, Coelho AC, Dumke A, Valentini JD, De Nunes JN, Stefani CL, et al. Osteoporosis prevalence and associated factors in patients with COPD: a cross-sectional study. *Respir Care.* 2011; 56: 961-8.
- Smoking Cessation for Pregnancy and Beyond. <https://www.smokingcessationandpregnancy.org/>
- Tanigawa N, Kariya S, Kojima H, Komemushi A, Shomura Y, Tokuda T, et al. Improvement in respiratory function by percutaneous vertebro- plasty. *Acta Radiol.* 2008; 6: 638-43.
- Thompson AB, Tebes JK, McKee SA. Gender differences in age of smoking initiation and its association with health. *Addict Res Theory.* 2015; 23: 413-20.
- Torres OV, O'Dell LE. Stress is a principal factor that promotes tobacco use in females. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2016; 65: 260-8. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2015.04.005.
- Travieso JL, Planella J. La alfabetización digital como factor de inclusión social: una mirada crítica. *Uocpapers n° 6 (2008) Rev. de la Sociedad del Conocimiento. Universitat Oberta de Catalunya.*
- Varios autores. Global strategy for diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2017 Report. Global Initiative for Chronic Lung Disease, 2017. Disponible en: <http://goldcopd.org>.
- Vrieze A, De Greef HG, Wokstra PJ, Wempe JB. Low bone density in COPD patients related to worse lung function, low weight and decreased fat-free mass. *Osteoporos Int.* 2007; 18: 1197-202.
- Vozoris NT, O'Donnell NE. Prevalence, risk factors, activity limitation and health care utilization of an obese, population-based sample with chronic obstructive pulmonary disease. *Can Respir J.* 2012; 19: e18-24.
- Weng SC, Huang JP, Huang YL, Lee TS, Chen YH. Effects of tobacco exposure on perinatal suicidal ideation, depression, and anxiety. *BMC Public Health.* 2016; 16: 623. DOI: 10.1186/s12889-016-3254-z.
- Zanchi D, Brody A, Borgwardt S, Haller S. Sex effects on smoking cue perception in non-smokers, smokers, and ex-smokers: A pilot study. *Front Psychiatry.* 2016; 7: 187



EPPO

*Listado de abreviaturas*



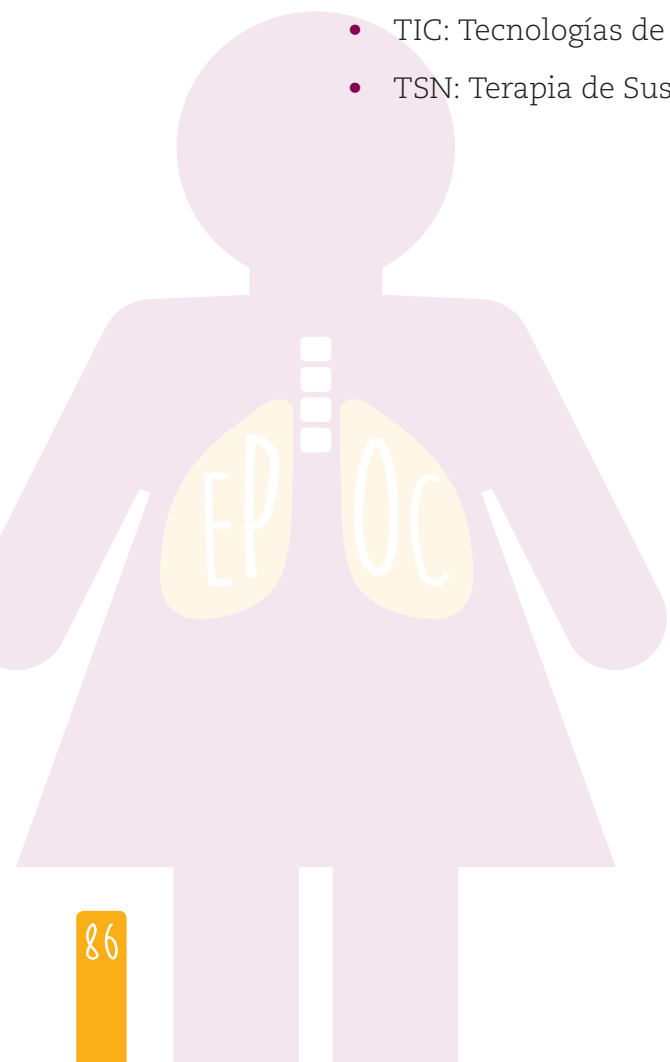


# Listado de abreviaturas

## 4

- BDL: Broncodilatadores de Larga Duración
- BODE: *Body mass index, airflow Obstruction, Dysnea and Exercise capacity index*
- CI: Corticoides Inhalados
- ECV: Enfermedad Cardiovascular
- EF: Espirometría Forzada
- EPI-SCAN: *EPIde miologic Study of COPD in SpAiN*
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- ET: Educación Terapéutica
- FEV1: Volumen máximo de aire espirado en el primer segundo
- FVC: Capacidad vital forzada
- GBD: *Global Burden of Disease*
- GesEPOC: La Guía Española de la EPOC
- Guía GOLD: *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*
- HAD: *Hospital Anxiety and Depression Scale*
- IMC: Índice de Masa Corporal
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- mMRC: *modified Medical Research Council*
- MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- OMS: Organización Mundial de la Salud

- PBD: Prueba Broncodilatadora
- PHQ-9: *Brief Patient Health Questionnaire*
- SGRQ: *George's Respiratory Questionnaire*
- SEFAP: Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria
- SEMFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
- SEMI: Sociedad Española de Medicina Interna
- SEPAR: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- TIC: Tecnologías de la Información y Comunicación
- TSN: Terapia de Sustitución con Nicotina













ES-2353 septiembre 2017