



Retraso diagnóstico en mujeres con bronquiectasias: Análisis del Registro Español Histórico de Bronquiectasias

Rosa M^a Girón, Joan B Soriano : Instituto de Investigación Sanitaria Hospital U de la Princesa (Madrid), Javier de Gracia Roldán: Hospital Vall d'Hebron (Barcelona), Casilda Olveira Fuster: Hospital Regional Universitario de Málaga, Montserrat Vendrell Relat: Hospital Josep Trueta (Barcelona), Miguel Angel Martínez Garcia: Hospital La Fe(Valencia), David de la Rosa :Hospital Plató (Barcelona) . Luis Máiz Carro : Hospital Ramón y Cajal (Madrid) . Luis Boderías Clau Hospital General San Jorge (Huesca), Eva Polverino : Hospital Clínic i Provincial (Barcelona), Eva Martínez Moragón : Hospital de Sagunto (Valencia), Olga Rajas Naranjo : Hospital La Princesa (Madrid)

Introducción

Hay poca información sobre la prevalencia de las bronquiectasias (BQ) y es probable que al igual que otras patologías crónicas respiratorias, esté infraestimada. Algunos factores como el retraso en su diagnóstico o la confusión con otros procesos neumológicos podrían estar implicados.

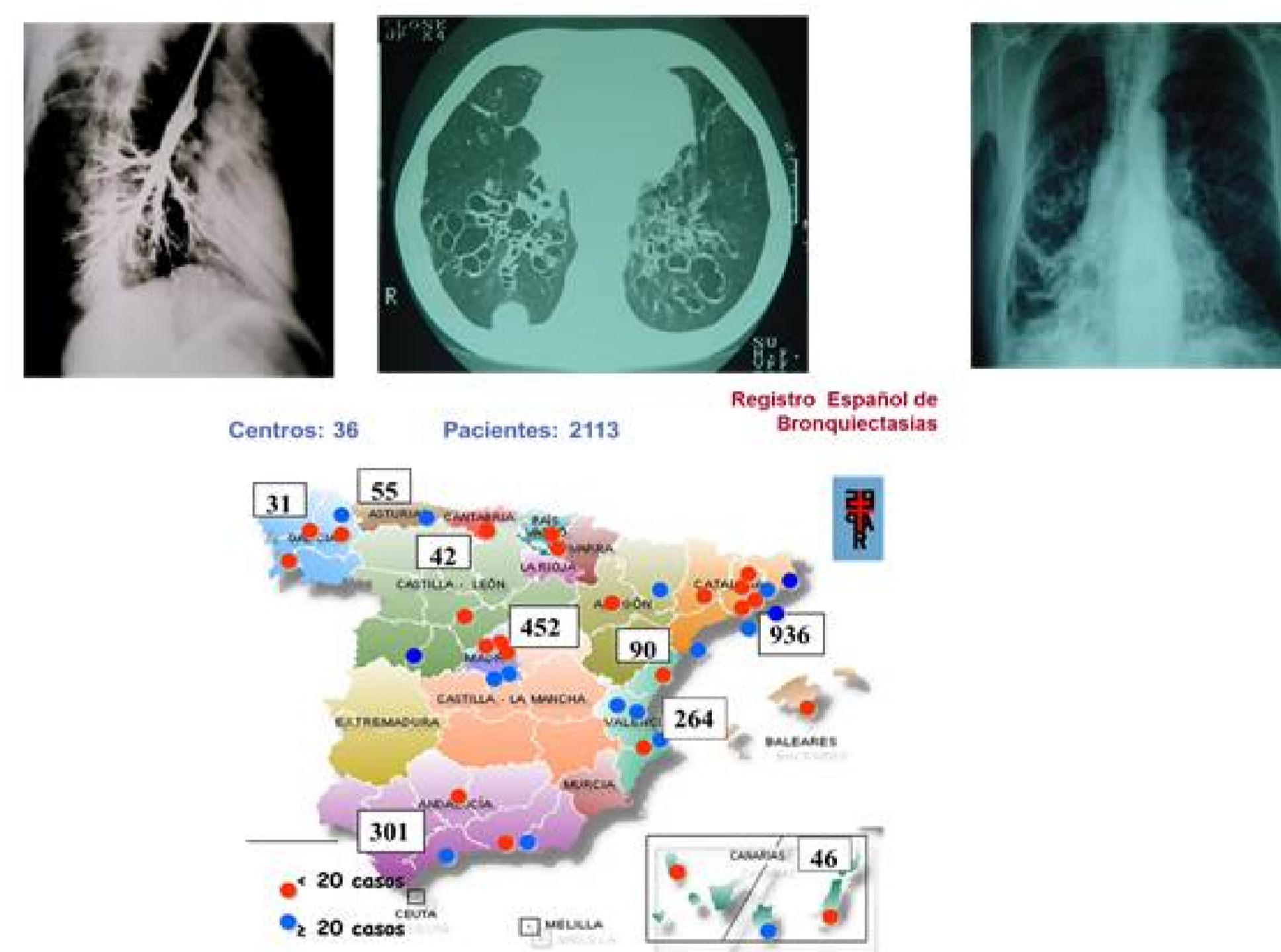
Objetivos

Analizar el retraso diagnóstico en los pacientes incluidos en un Registro Histórico español de BQ y valorar si existió diferencias entre géneros. También comparar otras variables clínicas, funcionales, microbiológicas, de imagen, de etiología y de tratamiento entre ambos sexo.

Pacientes y Métodos

Análisis del Registro Español de Bronquiectasias, que recogió información prospectivamente desde 2002 hasta 2011 de adultos con bronquiectasias, diagnosticados por TACAR, TAC, broncografía o según presentación clínica-radiológica, reclutados en fase estable en 36 centros españoles de 11 Comunidades Autónomas. Se recogieron las siguientes variables: Edad, hábito tabáquico, Función pulmonar, Grado de BQ, etiología, cantidad y color de la expectoración, infección bronquial crónica y tratamiento. Se consideró retraso diagnóstico la diferencia entre las fechas del diagnóstico y de la aparición de síntomas.

El diseño de este estudio es transversal. Se consideraron estadísticamente significativas las diferencias con una p menor de 0,05.



Resultados

Se incluyeron 2.099 el (46.4%) eran hombres y 1.001 (53,59%) mujeres, sin existir diferencias significativas por sexo en edad 61.0±19.6 años en mujeres y 60.9±21.8 años en hombres (p=0.88), ni en la localización (localizada, bilateral o difusa) de las mismas (p=0.31). 718 (54,3%) hombres eran o habían sido fumadores frente a sólo 190 (16,9%) mujeres (p<0.001). Las mujeres presentaron menor BMI (p=0.01) y mejor función pulmonar y saturación de oxígeno que los hombres (p<0,001). En el 81.9% de los casos, las BQ fueron diagnosticadas con HRTC y el 45.2%, fueron bilaterales, de nuevo sin diferencias por sexo. En cuanto a la clínica, casi el 86% los pacientes presentaron expectoración, siendo la expectoración diaria y amarillo-verdosa algo más frecuente en hombres. (p=0.04). Respecto a la infección bronquial crónica y la diferencia por sexo, *Haemophilus influenzae* (p<0.01) fue más frecuente en hombres mientras que no hubo diferencia por *Pseudomonas aeruginosa* p=0.94).

Las BQ de etiología desconocida fueron las más frecuente ,siendo en mujeres más frecuentes éstas (p<0.001), las secundarias a asma (p=0.007), infecciones en la infancia (p<0.001) y la tuberculosis (p=0.02), no siendo así en la EPOC y, fibrosis quística que fueron más frecuentes en varones (p<0,001). Con respecto al tratamiento no existió diferencias.

Media± DE	Todos n= 2099	Hombres n=974	Mujeres 1125	p
Edad al diagnóstico	45,7±23,9	46,0±25,1	45,5±22,7	0,61
Edad al comienzo de los síntomas	33,5± 25,1	34,9±26,0	32,2±24,3	0,01
Años de retraso	12,2±15,5	11,1±14	13,2±16,06	0,001

Se observó que las mujeres tenían un retraso diagnóstico de 5 años si los síntomas comenzaban antes de los 20 años (21 vs 16, p<0,001) .Por el contrario, en pacientes BQ mayores de 40 años, el retraso diagnóstico fue en hombres, 1,3 años después que las mujeres,

Conclusiones

Existe un importante retraso del diagnóstico clínico en bronquiectasias, significativamente mayor en mujeres, de casi dos años respecto al diagnóstico en hombres . Este retraso aumenta si los síntomas comienza antes de los 20 años.

Factores como la edad de presentación de los síntomas, el tabaquismo, la expectoración diaria, el índice de masa corporal y la función pulmonar pueden estar implicados.