

Notas metodológicas

La cardiopatía isquémica, el sexo y el género

5/12/2008

Carmen Mosquera Tenreiro. Médica-epidemióloga. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Los servicios sanitarios y la investigación pueden estar "sesgados" cuando presumen erróneamente que la situación de salud de las mujeres y los hombres y sus riesgos son similares cuando no lo son, o que son diferentes cuando realmente son similares

A two way view of gender bias in medicine. M T Ruiz and L M Verbrugge

J Epidemiol Commun Health, 1997

La cardióloga Bernardine Healy hizo referencia por primera vez en 1991 al Síndrome de YENTL para nombrar el hecho de que las mujeres "tienen que parecerse a los hombres para ser diagnosticadas de infarto", es decir presentar su misma sintomatología y la misma forma de expresarla. En aquella época todavía estaba vigente la exclusión de las mujeres en edad fértil de los ensayos clínicos, realizada por la Food and Drug Administration. Las consecuencias de aquella exclusión por razones de "protección" fueron (y aún son) enormes: desde considerar que el prototipo de infarto es "hombre, edad media y fumador", pasando por diversos tipos de errores diagnósticos en la mujer al aplicárseles los cuadros clínicos investigados y definidos en cohortes masculinas, los consiguientes tratamientos tardíos y/o inadecuados... y, en consecuencia, los peores resultados en mortalidad.

Los datos epidemiológicos:

En Asturias hemos estudiado los datos del estudio RIMAS (Registro de Infarto de Miocardio en Asturias), promovido por la Sociedad Asturiana de Cardiología, sobre la frecuencia de infarto atendido en los hospitales asturianos en hombres y mujeres (La Salud de las mujeres en Asturias, 2002; <http://www.princast.es/salud/promociones/mujer/completo.pdf>)

Los resultados mostraron un diferente perfil epidemiológico. En 1998 se registraron 253 casos de Infarto Agudo de Miocardio en mujeres y 621 en hombres, lo que supuso una incidencia anual (registrada) de 64 casos por cien mil en las mujeres y 178 en los hombres. La razón de tasas hombre/mujer sería de 2.8.

La edad de comienzo en los hombres se situaba en torno a los 30 años y ascendía hasta alcanzar su pico máximo a los setenta años (tasa de 400 casos por cien mil). En las mujeres, la incidencia se mantenía baja hasta los sesenta años y alcanzaba su valor máximo a los setenta (200 casos por cien mil).

Globalmente, los casos registrados presentaron una letalidad, durante la estancia hospitalaria, del 10% en los hombres y del 24% en las mujeres, esta sobremortalidad en las mujeres ocurría en todos los grupos de edad (excepto en los 65-69 años).

Al estudiar el tiempo medio que tardaban las mujeres y los hombres en llegar a urgencias desde el momento en que comenzaban los síntomas, tiempo de demora, las mujeres se retrasaban una hora más, de promedio, que los hombres (mediana para las mujeres 180 minutos y 120 para los hombres); esta mayor demora ocurría a todas las edades (excepto en el grupo de 65-74 años).

Un diferente patrón en los factores de riesgo: Las mujeres presentaban con mayor frecuencia hipertensión arterial (57% de los casos), dislipemia (36%) y diabetes (31%). Un 33% de las mujeres habían sufrido angina previamente y un 14% infarto. Sólo un 11% era o había sido fumadora. Los hombres presentaban más factores de riesgo, siendo los más frecuentes el ser o haber sido fumador (87%), la hipertensión arterial (39%) y las dislipemias (35%). Un 28% de los hombres presentaban angina previa y un 16% infarto.

Este diferente patrón epidemiológico –incidencia, letalidad, tiempo de demora- así como diferencias en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico fueron descritos en otros estudios realizados en nuestro país y en otros países.

Comentarios

Respecto a la incidencia registrada de infarto, decir en primer lugar que habría que investigar el posible infradiagnóstico en mujeres así como los posibles diagnósticos erróneos (gastrointestinales, musculoesquelético o sicosomáticos) lo que requiere de una atención en la mejora del conocimiento epidemiológico y clínico de la presentación de la Cardiopatía Isquémica (CI) en las mujeres.

En segundo lugar, parte de las diferencias en la frecuencia entre hombres y mujeres, así como en la edad de presentación, pudieran estar relacionadas con la diferente distribución de los factores de riesgo, especialmente del tabaquismo, que comienza en la segunda década de la vida y se cobra víctimas a partir de la treintena. Clásicamente, el debut más tardío de la CI en mujeres se asoció a una supuesta protección debida a los estrógenos, sin embargo un estudio cuidadoso de los factores de riesgo en hombres y mujeres apuntan otras explicaciones más consistentes. De otra parte, dicha hipótesis fue puesta en cuestión en 1998 por el estudio de Tunstall-Pedoe "Myth and paradox of coronary risk and the menopause" y

definitivamente rebatida por el estudio Women's Health Initiative en 2002, que demostró que estas hormonas en el Tratamiento Hormonal Sustitutivo no sólo no protegían del infarto sino que aumentaban el riesgo de padecerlo.

En relación con la mayor letalidad hospitalaria en mujeres, hallazgos similares fueron encontrados en otros estudios realizados en España; una primera explicación podría estar relacionada con la mayor demora en acudir a urgencias. Podrían señalarse algunas variables explicativas de este hecho. Las relacionadas con el sistema sanitario tienen que ver con la sesgada formación recibida por los y las profesionales y la insuficiente actualización e investigación, en el sentido de permanecer en la creencia de que el infarto es un problema masculino, en el menor conocimiento (o desconocimiento) de la sintomatología específica en la mujer, lo que puede retrasar la sospecha, el diagnóstico y la derivación hacia el hospital o, simplemente, producir un diagnóstico erróneo. Razones asociadas a lo anterior, tienen que ver con las propias mujeres: la menor percepción del riesgo para pensar que un dolor torácico pueda tratarse de un problema cardíaco; la diferente actitud de la mujer y el entorno cuando el dolor lo presenta el hombre (marido, hijo, padre...) a cuando lo presenta ella misma: en el primer caso la reacción es de urgencia en busca de los servicios sanitarios y en cumplimiento de su rol social de cuidadora de la salud de su familia, en el segundo caso la mujer podría esperar más, anteponiendo las tareas y compromisos familiares al cuidado de su propia salud.

Ya en el hospital, existe bibliografía respecto al desigual esfuerzo terapéutico hacia mujeres y hombres relacionado con la probabilidad de ingreso hospitalario, días de estancia, abordaje terapéutico e, incluso, rehabilitación.

Estos factores, los sesgos de género del sistema sanitario y el diferente rol de hombres y mujeres en el cuidado de la salud propia o ajena, son determinantes esenciales en el resultado de un ataque al corazón, donde la variable con mayor valor predictivo para la supervivencia es la capacidad de respuesta rápida y adecuada. Ambos factores suponen barreras de una importancia trascendental para la prevención y atención adecuada a la mujer con un cuadro coronario, lo que requiere un abordaje específico.

Por todo ello, las recomendaciones que pueden realizarse para la incorporación de la perspectiva de género en los planes, programas o actuaciones respecto a la enfermedad isquémica del corazón, serían, al menos las siguientes:

Como requisito básico, en la descripción y análisis del problema ha de incorporarse sistemáticamente la variable "sexo" y la categoría de análisis "género" para transformar la información desagregada por sexo en conocimiento y comprender el porqué de los resultados encontrados y las diferencias relacionadas con lo biológico y con lo social (género).

En las propuestas de actuación hay que incorporar la misma perspectiva si queremos que las diferencias relacionadas con lo biológico sean tratadas específicamente y las atribuibles al género sean removidas, para que nuestros objetivos se alcancen y nuestros programas sean efectivos. En caso contrario, no sólo los programas y actuaciones fracasarán en alcanzar los objetivos de salud para la población, hombres y mujeres, sino que además serán motivo de inequidad social.

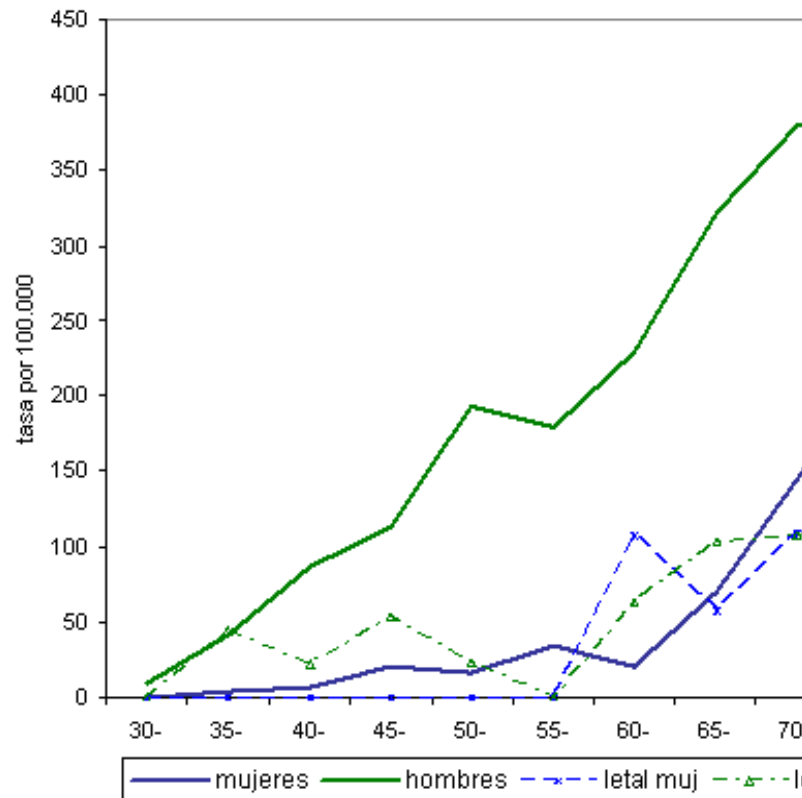
En nuestro medio son urgentes las siguientes actuaciones:

1. La actualización del conocimiento en atención primaria y especializada respecto a la Cardiopatía Isquémica, tanto en su epidemiología como en su presentación diferencial y atención clínica
2. La mejora de la información a la población, y específicamente a las mujeres, haciéndoles saber que esta patología también les concierne
3. Acortar los tiempos de demora en la atención y, en concreto, las diferencias entre mujeres y hombres
4. Asegurar la accesibilidad a las técnicas diagnósticas, tratamientos en el hospital y al alta, estancias, terapias de rehabilitación y prevención secundaria a hombres y mujeres, superando las diferencias actuales.
5. Mejorar y facilitar el consejo específico sobre la prevención de los factores de riesgo en mujeres y hombres.
6. Mejorar la investigación clínico-epidemiológica, causal y evaluativa, incorporando la perspectiva de género

Después de 15 años de haberse descrito el síndrome de YENTL, en 2006 la sección «Puesta al Día» de la revista de la Sociedad Española de Cardiología, lleva por título «Enfermedades Cardiovasculares en la Mujer» y en ella, anuncian, "repasaremos algunas estadísticas verdaderamente preocupantes y los datos más representativos de las enfermedades cardiovasculares (ECV) en la mujer para resaltar su candente actualidad" (Fernando Alfonso: Enfermedades cardiovasculares en la mujer ¿por qué ahora? y Magda Heras: Cardiopatía Isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos). Además, en la I Jornada de discusión sobre la Estrategia de Cardiopatía Isquémica del MSC en otoño de 2007, la SEC presentó un reanálisis de sus bases de datos desglosando los resultados por sexo, mostrando las diferencias halladas:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf>.

Bienvenida esta preocupación que, seguro, motivará los cambios necesarios.

Casos registrados (tasa) y letalidad (%) de IAM p
Asturias, 1998

Bibliografía

- Holli A. DeVon, Julie J. Zerwic: Symptoms of acute coronary syndromes: are there gender differences? A review of the literature. *Heart Lung*. 2002; 31(4):235-45.
- Raine RA, Black NA, Bowker TJ, Wood DA: Gender differences in the management and outcome of patients with acute coronary artery disease. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(10):791-7.
- Natalie Bello and Lori Mosca: Epidemiology of coronary heart disease in women. *Prog Cardiovasc Dis* 2004; 46(4):287-95.
- Jaume Marrugat, María García, Roberto Elosua, Elena Aldasoro, M^aJosé Tormo, Oscar Zurriaga et al; IBERICA Investigators; PRÍAMO Investigators; RESCATE Investigators; PEPA Investigators; REGICOR Investigators: Short-term (28 days) prognosis between genders according to the type of coronary event (Q-wave versus non-Q-wave acute myocardial infarction versus unstable angina pectoris). *Am J Cardiol* 2004; 94:1161-5.
- María J. Aguado-Romeo, Soledad Márquez-Calderón, María L. Buzón-Barrera, on behalf of the VPM-IRYSS-Andalucía study group. Differences Between Women's and Men's Access to Interventional Cardiovascular Procedures at Public Hospitals in Andalusia (Spain) *Rev Esp Cardiol* 2006, 59(8):785-93.
- Elena Aldasoro y col. Diferencias de género en el tratamiento de revascularización precoz del infarto agudo de miocardio. Grupo IBERICA del País Vasco. *Med Clin (Barc)* 2007;128:81-5.

Palabras clave:

Cardiopatía isquémica, Perspectiva de género, Síndrome de YENTL

e-notas de evaluación

Autores/as: Carmen Mosquera Tenreiro. Médica-epidemióloga. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Título: La cardiopatía isquémica, el sexo y el género

Nº 5 de 2008

Disponible en: [Enlace a la noticia](#)