

Editorial

Biología, cultura y sociedad, ingredientes que configuran la perspectiva de género en salud, ¿un reto superado en cardiología?



Biology, Culture and Society, Factors Configuring Health From a Gender Perspective. Has Cardiology Overcome the Challenge?

Beatriz Jáuregui*

Instituto del Corazón, Unidad de Electrofisiología y Arritmias, Centro Médico Teknon Quirónsalud, Barcelona, España

Historia del artículo:

On-line el 19 de abril de 2019

EQUIDAD DE GÉNERO Y ASISTENCIA SANITARIA: DETERMINANTES SOCIOCULTURALES

A lo largo del siglo xx, las mujeres (y la sociedad en su conjunto) han ido alcanzando progresivamente mayores cuotas de igualdad entre sexos en lo referido a equiparación de derechos civiles y oportunidades en educación, trabajo y desarrollo personal. En las últimas décadas venimos asistiendo a una paulatina incorporación de la mujer a prácticamente todos los sectores laborales y su aparición por méritos propios en puestos de responsabilidad antes vetados de manera implícita al sexo femenino.

Sin embargo, desde hace décadas emerge la preocupación en el ámbito médico sobre si esta equiparación en otros ámbitos sociales puede trasladarse también al campo de la atención sanitaria¹. En este sentido, un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud² recoge la expresión «determinantes estructurales de la salud según el género», según el cual la estratificación social de las mujeres y su tendencia a recibir menos educación, tener empleos con salarios más bajos, tasas de pobreza más altas y más responsabilidades familiares, junto con prácticas sociales discriminatorias, influyen de modo determinante en peores resultados de salud. Las normas culturales, las (propias) creencias en salud, la confianza en el sistema sanitario, el nivel socioeconómico y hasta las características y la utilización del lenguaje difieren en ambos sexos; todo ello configura el género y puede condicionar por qué, cuándo y cómo se accede a la atención sanitaria.

En el ámbito de la cardiología, una reciente revisión de Shaw et al.³ recoge la evidencia científica disponible que demuestra la existente inequidad entre géneros en la asistencia cardiovascular. En el campo de la cardiopatía isquémica, en general las mujeres suelen tardar más en solicitar asistencia, sufren una mayor demora en llegar a un diagnóstico correcto y resultan tratadas de manera subóptima respecto a sus homólogos masculinos⁴, y sin embargo hay datos de un mejor pronóstico vital a largo plazo para las mujeres que ya han sufrido un evento isquémico⁵. En el campo de

las arritmias, y sirva a modo de ejemplo del grado de actualidad del tema que nos ocupa, hace escasos meses se publicó un documento de consenso de las principales sociedades científicas de electrofisiología cardíaca (*European Heart Rhythm Association, Heart Rhythm Society y Asia Pacific Heart Rhythm Society*)⁶ donde se proporciona una visión general de las diferencias de sexo/género en la fisiopatología, la epidemiología y el tratamiento de las arritmias cardíacas. Este documento resalta además los factores que limitan el acceso a los tratamientos, desarrolla posibles vías de mejora en la calidad de la atención médica de las mujeres y propone el diseño de futuros ensayos clínicos que ahonden en estas cuestiones.

EQUIDAD DE SEXO Y ASISTENCIA SANITARIA: DETERMINANTES BIOLÓGICOS

Cuando nos referimos a la equidad en asistencia sanitaria en función del género, no podemos referirnos únicamente a los aspectos socioculturales. Debemos preguntarnos si las formas de presentación de los estados de enfermedad son comparables, habida cuenta de que partimos del sexo masculino como estándar, como sujeto de estudio de la enfermedad a lo largo de la historia de la medicina. En este sentido, la mujer parte de una clara desventaja en su «fenotipado de enfermedad»; se encuentra notablemente infrarrepresentada en los estudios, ensayos clínicos y guías de práctica clínica, salvo honrosas excepciones, como la guía de tratamiento de la fibrilación auricular (FA) de 2016 de la Sociedad Europea de Cardiología, que incluye un apartado dedicado a recomendaciones respecto al género⁷. Por lo tanto, las observaciones recogidas en la literatura podrían estar sesgadas por los factores socioculturales referidos en el apartado anterior, que condicionarían el tipo de acceso a la asistencia sanitaria de las mujeres incluidas en los trabajos³. A pesar de las observaciones ya descritas sobre las posibles diferencias biológicas que intervienen en la salud cardiovascular (fundamentalmente, mediación de las hormonas sexuales en la respuesta inflamatoria endotelial, como se recoge en el estudio americano WISE⁸), a día de hoy resulta difícil establecer qué diferencias, en términos de salud cardiovascular, se deben puramente a factores biológicos (sexo), cuáles a factores socioambientales (género) y qué interacciones entre todos

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.11.004>

* Autor para correspondencia: Instituto del Corazón, Unidad de Electrofisiología y Arritmias, Centro Médico Teknon Quirónsalud, Vilana 12, 08022 Barcelona, España.
Correo electrónico: beatriz.jauregui@quironsalud.es

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.03.008>

0300-8932/© 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

ellos producen los diferentes resultados clínicos encontrados entre varones y mujeres. En resumen, la investigación sobre sexo, género y salud debería realizarse de manera estratificada por sectores socio-económico-culturales, aplicados a países o regiones concretas, para así discernir «cuánto es sexo y cuánto es género» en términos de salud.

EQUIDAD DE GÉNERO Y ASISTENCIA SANITARIA CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA

Desde hace algunos años se dispone de información sobre la enfermedad cardiovascular en la mujer de nuestro entorno, incluidos datos epidemiológicos y asistenciales diferenciales en enfermedades como la hipertensión arterial, el síndrome coronario agudo, las valvulopatías, la insuficiencia cardiaca y el trasplante cardiaco, que se puede encontrar en un suplemento dedicado de *Revista Española de Cardiología*⁹. Sin embargo, hasta hace poco había insuficiente información sobre 2 afecciones muy prevalentes en cardiología, como son la FA y la angina estable. En un artículo recientemente publicado en *Revista Española de Cardiología*, Murga-Eizagaetxebarría et al.¹⁰ presentan los resultados de un subanálisis del estudio OFRECE^{11,12}, cuyo objetivo, predefinido en el diseño original del trabajo, es analizar las diferencias de género en la búsqueda de asistencia sanitaria por dolor torácico o palpitations, para así explorar potenciales inequidades en la atención y el tratamiento aplicados a uno y otro sexo. El estudio OFRECE^{11,12}, publicado entre 2014 y 2015 y cuyos objetivos primarios eran determinar la prevalencia de FA¹¹ y angina estable¹² en España, incluyó a casi 8.400 personas de la población general española con edad > 40 años (el 52% mujeres), seleccionadas al azar a partir de la tarjeta sanitaria de 425 consultas de atención primaria en 46 provincias españolas.

Entre los resultados del trabajo de Murga-Eizagaetxebarría et al.¹⁰ se destaca, en primer lugar, una mayor frecuencia de consultas previas por palpitations de mujeres (el doble que los varones), sin diferencias entre sexos en el antecedente de consulta previa por dolor torácico. Entre los pacientes con consultas previas tanto por dolor torácico como por palpitations, se describen diferencias epidemiológicas de base entre ambos sexos, a saber, una mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular y factores de riesgo en los varones, excepto la obesidad central y la enfermedad tiroidea, más frecuentes en las mujeres. En ambos tipos de consulta, las mujeres tienden más a consultar con el médico de atención primaria y menos en urgencias o directamente con el cardiólogo, y también en ambos casos se les realizan menos pruebas diagnósticas (ecocardiograma) y se las deriva al cardiólogo con menos frecuencia. En el caso de consulta por dolor torácico, a los varones se los ingresa y se inicia o se modifica el tratamiento con mayor frecuencia que a las mujeres. El diagnóstico confirmado por el cardiólogo del estudio de angina estable se encontró en el 1,6% de los varones y el 1,2% de las mujeres ($p = 0,070$), mientras que la confirmación de presencia de FA u otro tipo de taquiarritmia fue del 22% de los varones y el 12,2% de las mujeres ($p < 0,001$).

La fortaleza del estudio de Murga-Eizagaetxebarría et al.¹⁰ reside en la consideración final de los datos anteriormente presentados en función de varios aspectos imprescindibles: la edad, la presencia de factores de riesgo cardiovascular, los antecedentes de enfermedad cardiovascular establecida y el diagnóstico confirmado por el cardiólogo del estudio de angina estable o FA. Cuando se toman en consideración todos estos aspectos y se calcula la probabilidad (*odds ratio*) «real» en ambos sexos de derivación al cardiólogo, realización de un ecocardiograma, ingreso o inicio/modificación de un tratamiento, las supuestas diferencias entre ambos sexos desaparecen, tanto en

el *pool* de pacientes que consultan por dolor torácico como en el de quienes consultan por palpitations.

Es esta una excelente noticia que nos ayuda a considerar nuestro sistema sanitario como bastante equitativo en términos de acceso inicial, capacidad diagnóstica y oferta terapéutica para ambos sexos. Sin embargo, como bien reconocen los autores del trabajo, existen algunas limitaciones metodológicas importantes. Los cardiólogos participantes en el estudio OFRECE y responsables de la confirmación diagnóstica (de angina estable o FA) utilizada para el análisis ajustado de probabilidades no intervinieron desconociendo el sexo del paciente, de modo que no puede excluirse una interpretación clínica sesgada de los síntomas recogidos. De hecho, si bien la prevalencia de «angina estable I» («angina segura» evaluada mediante el cuestionario de Rose^{13,14}) fue mayor en las mujeres del estudio OFRECE, la prevalencia de angina estable «real» o «angina estable II» (confirmada tras evaluación cardiológica) no fue diferente que la de los varones del estudio, lo que confirma que la utilización de tests cerrados es útil, pero está lejos de ser perfecta a la hora de clasificar síntomas en función del sexo. Esto puede ser particularmente relevante en el caso de las arritmias, pues el cuestionario empleado en el OFRECE se centra en el diagnóstico de FA, pero no se tienen en cuenta otras variables de género como, por ejemplo, la prevalencia de trastornos de ansiedad en las mujeres, que explicarían el mayor número de consultas por palpitations.

EL FUTURO EN LA EQUIDAD DE GÉNERO Y ASISTENCIA SANITARIA

En conclusión, aunque el trabajo de Murga-Eizagaetxebarría et al.¹⁰ no permite descartar por completo la existencia de un sesgo de género de fondo, el mensaje general sobre la equidad asistencial de nuestro sistema sanitario en función del género es optimista. En la interpretación futura de nuevos resultados sobre este tema intervendrán nuevas situaciones que ya están ocurriendo y para las que serán necesarios nuevos diseños de investigación. La educación actual está más enfocada en la igualdad de oportunidades de desarrollo personal entre varones y mujeres; estas, a su vez, han adquirido hábitos de vida tradicionalmente asociados al varón, tanto beneficiosos (p. ej., el deporte) como perjudiciales (p. ej., el estrés laboral o el consumo de tóxicos). Estos aspectos probablemente van a influir y modificar los determinantes del género femenino en términos de acceso y utilización del sistema sanitario, acaso desdiferenciándose parcialmente del género masculino. Por qué, cómo y cuándo se recurre a la asistencia sanitaria seguramente sean aspectos que cambiarán para el género femenino en las próximas décadas. Sin embargo, continuarán existiendo diferencias palpables en determinados estratos socio-económico-culturales (de ahí la importancia de realizar estudios estratificados en este sentido), para los que el sistema sanitario ha de estar convenientemente preparado si quiere presumir de equidad asistencial. Tampoco se debe olvidar, por último, que la cada vez mayor presencia femenina en todas las profesiones sanitarias podría comenzar a influir en la manera en que se interpreten los síntomas que refieren las pacientes, un aspecto que condiciona por sí mismo la vía de acceso a la asistencia sanitaria.

CONFLICTO DE INTERESES

No se declara ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sambola A, Anguita M, Guzmán G, Beltrán P, Milà L, Giné M. Diferencias de género en la carrera profesional de los cardiólogos en 70 hospitales españoles. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72:272–274.

2. World Health Organization. Social determinants of health: women and gender equality. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/themes/womenandgender/en. Consultado 24 Feb 2019.
3. Shaw LJ, Pepine CJ, Xie J, et al. Quality and equitable health care gaps for women: attributions to sex differences in cardiovascular medicine. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70:373–388.
4. McSweeney JC, Rosenfeld AG, Abel WM, et al. Preventing and experiencing ischemic heart disease as a woman: state of the science. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2016;133:1302–1331.
5. Sambola A, Anguita M, Guzmán G, Beltrán P, Milà L, Giné M. Diferencias en función del sexo en las características clínicas, tratamiento y mortalidad a 28 días y 7 años de un primer infarto agudo de miocardio. Estudio RESCATE II. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:272–274.
6. Linde C, Bongiorno MG, Birgersdotter-Green U, et al. Sex differences in cardiac arrhythmia: a consensus document of the European Heart Rhythm Association, endorsed by the Heart Rhythm Society and Asia Pacific Heart Rhythm Society. *Europace*. 2018;20:1565–1565a.
7. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Europace*. 2016;18:1609–1678.
8. Bairey-Merz CN, Shaw LJ, Reis SE, et al. Insights from the NHLBI-Sponsored Women's 7. Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study: Part II: gender differences in presentation, diagnosis, and outcome with regard to gender-based pathophysiology of atherosclerosis and macrovascular and microvascular coronary disease. *J Am Coll Cardiol*. 2006;47:S21–S29.
9. Anguita M, Roig E. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2008;8(D):1–58.
10. Murga-Eizagaetxebarria N, Rodríguez-Padial L, Muñoz J, et al. Perspectiva de género en el estudio OFRECE: diferencias en la atención entre pacientes que consultan por dolor torácico o por palpitaciones. *Rev Esp Cardiol*. 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2018.11.004>. Consultado 24 Feb 2019.
11. Gómez-Doblas JJ, Muñoz J, Alonso Martín JJ, et al. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del Estudio OFRECE. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:259–269.
12. Alonso JJ, Muñoz J, Gómez-Doblas JJ, et al. Prevalencia de angina estable en España. Resultados del estudio OFRECE. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:691–699.
13. Rose GA, Blackburn H. Cardiovascular survey methods. *Monogr Ser World Health Organ*. 1968;56:1–188.
14. Cook DG, Shaper AG, MacFarlane PW. Using the WHO (Rose) angina questionnaire in cardiovascular epidemiology. *Int J Epidemiol*. 1989;18:607–613.