



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

274/4 - SESGO DE GÉNERO DE LA ATENCIÓN SANITARIA AK INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

M. Fernández García^a, L. Alonso Rodríguez^b y G. Fernández Rivero^c

^aEnfermera. Área VI. Asturias. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Pendueles. Asturias. ^cEnfermera. Comunidad Terapéutica Arriendas. Asturias.

Resumen

Introducción: El sesgo de género desde el punto de vista sanitario se puede definir como la diferencia al prestar la atención sanitaria a hombres y mujeres, teniendo ambos el mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias para la salud de los mismos. También podría definirse el sesgo de género como el planteamiento erróneo de igualdad o diferencias entre hombres y mujeres. Hay sesgos en la investigación porque históricamente la medicina basó sus estudios en modelos masculinos, también se producen sesgos en el diagnóstico al excluir datos en nuestro análisis y sesgos en el esfuerzo terapéutico (aplicar distinto tratamiento ante un problema de salud, en función de si nos encontramos ante un hombre o una mujer). Sobre un diagnóstico erróneo hay una alta probabilidad de mal tratamiento lo que lleva a sobreprescripción y/o tratamiento únicamente sintomático en vez de solución de problemas. En nuestro caso nos vamos a centrar en los sesgos encontrados en la atención al infarto agudo de miocardio, en adelante IAM, en mujeres. Se sabe que la primera causa de muerte en el sexo femenino es de origen cardiovascular como apunta la Sociedad Europea de Cardiología en su estudio publicado en 2006, Carme Valls Llobet nos dice en su libro "Mujeres invisibles" que la mortalidad es 30 veces más elevada en mujeres que en hombres tras sufrir un IAM. Sin embargo éste tipo de enfermedades supone uno de los paradigmas más claros de la invisibilidad de las mujeres para la medicina. En el caso de la cardiopatía isquémica y en particular en el del IAM, es la medicina quién en mayor parte ha construido la imagen de ésta enfermedad como típicamente masculina.

Caso clínico: En uno de los servicios de atención continuada de la zona rural de Asturias es atendida una mujer de 68 años, que refiere dolor epigástrico con náuseas desde hace unas 6 horas de evolución. Es ama de casa, cuida de su madre que es dependiente para AVD, ayuda a sus hijos con el cuidado de los nietos y hasta hace dos años trabajó en el campo. Sin antecedente familiares reseñables, diabética a tratamiento con antidiabéticos orales, obesidad con IMC 33,6, cifras tensionales en límites superiores 140/88 presenta varices en extremidades inferiores con discreto edema. No hábitos tóxicos. Después de la anamnesis y exploración abdominal por el médico de familia que cubre el servicio de urgencias es diagnosticada como epigastralgia y náuseas. Se administra Primperan IM y se prescribe un protector gástrico y si mala evolución valorar. A las tres horas acude de nuevo al centro de salud sin mejoría de la sintomatología descrita y además refiere disnea de pequeños esfuerzos, ahora también presenta dolor en zona de mandíbula. No sabe que le ocurre pero refiere "me siento morir". Desde la primera visita al centro de salud no notó mejoría si

no que cada vez se encontraba peor pero estaba al cuidado de sus nieto y su madre dependiente y no podía dejarlos solos ni disponía de coche para acercarse al centro de salud. Se realiza nueva exploración, auscultación cardiaca y se acompaña de toma de constantes y ECG en el que se objetiva imagen compatible con IAM. Con este caso clínico se pretenden visibilizar los sesgos de género en la atención a enfermedades históricamente masculinas como pueden ser el infarto agudo de miocardio, explicar las causas de la creencia de que las mujeres tienen menos problemas cardiovasculares que los hombres, cuando en la realidad se sabe que no es así. Y dar a conocer a la población las diferencias en la presentación clínica y los factores de riesgo del infarto en la mujer y en el hombre, (según los estudios de Framingham 1988, las mujeres tienen un 33% más de infartos “silentes” o no detectados que los hombres y cuando hablamos de mujeres de más de 65 años el porcentaje sube casi al 100%), así como replantearnos cuáles son las causas de demora en la asistencia a una mujer que presente un infarto agudo de miocardio. Algunos estudios como el del grupo RIMAS y el estudio IBERICA apuntan a 120 min desde el inicio de los síntomas hasta la monitorización en hombres y entre 153 y 180 minutos en el caso de las mujeres. Esto repercute de manera directa en las secuelas tras sufrir el IAM si tenemos en cuenta estudios que apoyan que la mortalidad puede disminuir entre el 0,25-1% cada 10 minutos menos de demora.

Material y métodos: Reflexión sobre cuáles son las razones para que se produzcan sesgos en la atención a mujeres con IAM. Lectura crítica de actuaciones que revelan sesgos en investigación, sesgos diagnósticos y sesgos en el esfuerzo terapéutico del IAM. Revisión bibliográfica sobre invisibilidad de las mujeres ante ciertas patologías como el IAM.

Resultados: Tras hacer una revisión bibliográfica y teniendo en cuenta el análisis del caso clínico expuesto, el hecho de que los sesgos en la atención sanitaria existen son un hecho. El no tenerlos en cuenta, como se hizo en el caso clínico, nos lleva a demorar un diagnóstico, hacer un juicio clínico incorrecto, prescripción farmacológica innecesaria y a ocasionar una demora en la instauración de un tratamiento adecuado que puede ocasionar secuelas incluso la muerte de la persona atendida.

Conclusiones: El caso clínico pretende hacer una reflexión sobre si mujeres y hombre reciben la misma atención sanitaria y de no ser así, cuáles son las causas para que tanto los profesionales sanitarios, la sociedad y la propia paciente tengan dificultades a la hora de reconocer un IAM en la mujer. Parece claro que las causas son una investigación basada en modelos masculinos, unas características biológicas, psicológicas, sociales, laborales y una fisionomía diferente entre hombres y mujeres que hacen que la clínica que presenten ambos ante un IAM sea distinta incluso los factores de riesgo no sean los mismos. Por todo ello, como profesionales de salud, debemos tener en cuenta los sesgos de género en nuestra práctica cotidiana y dar a conocer a la población una información no sesgada sobre sintomatología y factores de riesgo.