



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico (2018-2019)

Trabajo Fin de Grado

**La enfermedad pulmonar obstructiva
crónica y la cardiopatía isquémica desde la
perspectiva de género**

-Revisión bibliográfica-

Alumno: Raúl Toresano Montoya

Tutor: M^a José Aragón Cabeza

Mayo, 2019

Índice

Resumen	2
Palabras clave:	2
Abstract.....	3
Introducción.....	4
Justificación.....	13
Objetivos.....	14
Material y métodos.....	15
Resultados.....	17
-Búsqueda sobre las diferencias de género relacionadas con EPOC:	17
-Búsqueda sobre las diferencias de género relacionadas con la Cardiopatía Isquémica:	18
Análisis de los resultados y Discusión.....	19
EPOC	19
Factores de riesgo:.....	22
Cuadro clínico:	23
Comorbilidades:.....	24
Tratamiento:	25
Cardiopatía isquémica	27
Factores de riesgo:.....	31
Cuadro clínico:	32
Tratamiento:	33
Conclusiones.....	36
Bibliografía.....	37

Resumen

Introducción: Tanto el sexo como los aspectos sociológicos y antropológicos relacionados con el género son factores que contribuyen a particularizar los procesos fisiológicos y patológicos en mujeres y hombres, sin embargo el abordaje integral de muchas enfermedades se sigue realizando desde la perspectiva masculina. Cualquier actuación con perspectiva de género conformarán un marco más real que se ajuste a las verdades necesidades de la población.

Material y métodos: Revisión bibliográfica no sistemática en diferentes bases de datos científicas y bibliotecas virtuales, se seleccionaron y analizaron los artículos bajo los criterios de inclusión y exclusión planteados.

Resultados y discusión: Se presentan los estudios que analizan las diferencias en dos enfermedades seleccionadas por su alta prevalencia y morbimortalidad como son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la cardiopatía isquémica, en ellas se abordan las variables que influyen tanto en el infradiagnóstico como en el sesgo de género existente. En ambas enfermedades las mujeres y los hombres pueden presentar unos factores de riesgo, unos síntomas, un pronóstico y un patrón de comorbilidades diferenciados.

Conclusiones: Es necesario aplicar un enfoque de género que transversalice estudios, investigaciones y prácticas médicas, lo cual producirá un abordaje más integrador en el proceso de salud-enfermedad de la población. La formación continuada de los profesionales es esencial para lograr una mayor sensibilización en este sesgo de género.

Palabras clave: género, sexo, mujer, EPOC, cardiopatía.

Abstract

Introduction: Both Sex and the sociological and anthropological aspects related to gender are factors that contribute to particularize the physiological and pathological processes in women and men, however the integral approach of many diseases is still being done from the male perspective. Any action with a gender perspective will form a more realistic framework that fits the needs of the population.

Material and methods: Non-systematic bibliographic review in different scientific databases and virtual libraries, the articles were selected and analyzed under the criteria of inclusion and exclusion posed.

Results and discussion: studies are presented that analyze the differences in two diseases selected for their high prevalence and morbidity and mortality such as chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and ischemic cardiopathy, in them are addressed the Variables influencing both the underdiagnosis and the existing gender bias. In both diseases, women and men may present risk factors, symptoms, prognosis and a pattern of differentiated comorbidities.

Conclusions: It is necessary to apply a gender approach that transversalizes studies, research and medical practices, which will produce a more integrative approach in the health-sickness process of the population. The continued training of professionals is essential for greater awareness of this gender bias.

Key words: Gender, sex, woman, COPD, heart disease.

Introducción

La protección de la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo es un mandato constitucional recogido en el artículo 40.2 de la Constitución Española, donde se encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Este mandato constitucional conlleva la necesidad de desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo y encuentra en la Ley 31/1995 del 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales su pilar fundamental ¹.

Es en el marco de esta ley donde deberán desarrollarse las distintas acciones preventivas que hagan mejorar progresivamente las condiciones de trabajo y conseguir, en coherencia con la Unión Europea, armonizar paulatinamente estas condiciones en todos los países Europeos ¹.

Por lo tanto, el objetivo principal de la ley es el de promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo, medidas que serán desarrolladas por las Administraciones públicas, así como por los empresarios, los trabajadores y las respectivas organizaciones representativas ¹.

Los trabajadores, por su actividad laboral, se ven expuestos a numerosos factores de riesgo capaces de producir daño para su salud a corto o a largo plazo. Las enfermedades profesionales (EPP) se reconocen oficialmente en base a dos criterios ²:

- Que la enfermedad tenga, entre la población trabajadora en estudio, una incidencia superior al resto de la población ².
- Que se pueda identificar una relación causa-efecto entre determinadas condiciones de trabajo y enfermedad. Deben existir indicios suficientes que correlacionen la patología con la previa exposición laboral a las condiciones especificadas ^{2,3}.

La EP es un constructo médico-legal definido en el artículo 157 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) como aquella enfermedad contraída a consecuencia del

trabajo realizado por cuenta ajena y que esté provocada por la acción y contacto con elementos o sustancias que se aprueben para cada profesión y enfermedad profesional⁴. Actualmente están consideradas como EP aquellas recogidas en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social⁵.

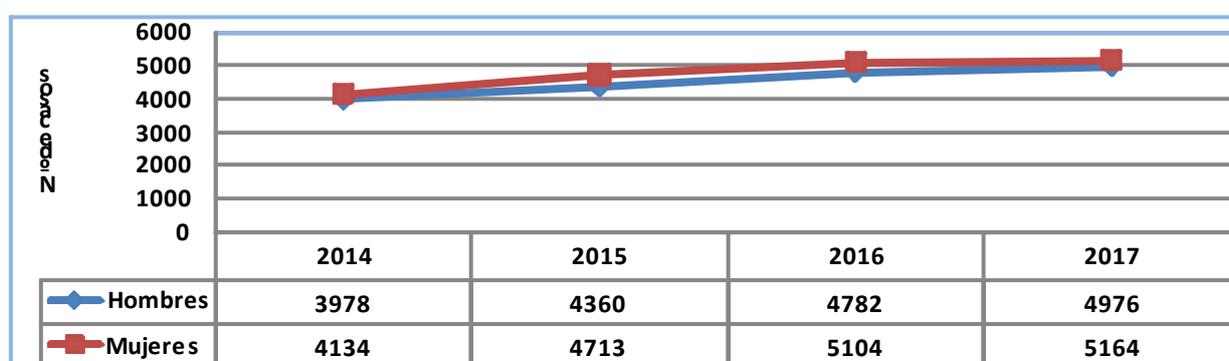
El Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, establece como los principales factores que determinan la aparición de las EEPP los siguientes:

- La concentración del elemento o sustancia que produce la enfermedad.
- La combinación de varios de esos elementos.
- El estado físico del individuo y sus propios antecedentes.
- El tiempo que el individuo se ha encontrado expuesto a los agentes^{6,7}.

Según el estudio epidemiológico de enfermedades profesionales reconocidas en España *“en el período entre 1990 – 2014 se notificaron en España un total de 388829 EP, correspondiendo el 63% a hombres y el 37% a mujeres”*⁸.

Los últimos datos publicados por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, muestran el número de casos de EP con baja desde el año 2014 al 2017 con un total de 37211 casos, de los cuales 18096 corresponden a hombres y 19115 a mujeres. Estas cifras ponen de manifiesto que las mujeres sufren más EP y que la tendencia continúa en ascenso.

Gráfico 1: Enfermedades Profesionales con baja: 2014 - 2017.



Fuente: Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad. Elaboración propia

El Ministerio de Empleo y Seguridad Social de la secretaría de estado de la Seguridad Social, cuenta con un sistema de alerta creado como herramienta para la

prevención de EP denominada CEPROSS, este sistema de comunicación de EP en seguridad social, ofrece la posibilidad de detectar en tiempo real empresas que superan los límites de alerta establecidos (por siniestralidad y por grupo de enfermedad profesional) para dichas enfermedades⁹.

El principal objetivo y utilidad es detectar posibles focos de EPPP, y si existen repeticiones de una misma enfermedad, se analizan las variables relacionadas con la EP, referidas tanto a la empresa como a los trabajadores en los que concurre la enfermedad que se repite, para posteriormente adoptar las medidas preventivas necesarias. Según este sistema, y respecto a los trabajadores de la salud, se describen las “*actividades hospitalarias*” con riesgo de desarrollar EP en los cuatro de los seis grupos de enfermedad establecidos:

- Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos
- Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos, siendo éste el más destacado por su alta concentración de casos.
- Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias o agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.
- Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos⁹.

En relación con estos grupos, en el RD 1299/2006 las EP más comunes son:

- En el aparato respiratorio: asma, rino-conjuntivitis profesional, neumoconiosis, patología por amianto, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- En la piel: eccema alérgico de contacto, eccema de contacto irritativo, cáncer cutáneo profesional, enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Relacionadas con los trastornos músculo-esqueléticos: tendinitis, epicondilitis, síndrome del túnel carpiano y del canal de Guyón, parálisis del nervio radial, afectación osteo-articular por vibraciones mano-brazo^{5,10}.

En el estudio epidemiológico de las EP en España realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se constata que “*las EP más frecuentes fueron las provocadas por agentes físicos (el 81,6% de las declaradas), seguidas de las enfermedades de la piel (8,9%), de las provocadas por inhalación de sustancias*

y agentes no comprendidas en otros apartados (3,1%) y las causadas por agentes biológicos (3,1%)”⁸.

Es fundamental conocer la incidencia y prevalencia de las EP mediante procedimientos fiables y continuos para poder adoptar una perspectiva de prevención y control. En España hay una infraestimación del número de EP en relación a otros países de la comunidad europea¹¹.

En la actualidad, los diferentes grupos parlamentarios y agentes sociales se plantean revisar la regulación de la prevención de riesgos laborales y EP para poder incluir en ellas una variable esencial en el estudio de la salud laboral como es la perspectiva de género y evitar la aplicación discriminatoria, que en la actualidad existe, en estos dos ámbitos de protección laboral.

Para poder cumplir con el plan de igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito laboral es esencial incluir la variable de sexo e incorporar la perspectiva de género. En España hasta 2009 no se comenzó a calcular los accidentes de trabajo según la variable de sexo, y en el caso de las EP, se incorpora pero no de manera homogénea a partir del año 2014^{11,12}.

Las encuestas Europeas y Españolas de condiciones de trabajo relacionan al género masculino con trabajos que requieren mayor esfuerzo físico y sectores que conllevan situaciones más arriesgadas como pueden ser los sectores de construcción o minería, de fabricación o de carga de material, por lo que están expuestos a un mayor número de factores de riesgos clásicos (químicos, físicos, accidentales, etc)^{4,10,11} y las mujeres, en cambio, se las relaciona más con trabajos del sector sanitario y del cuidado y el sector servicios además es, el sexo femenino, el predominante en estos sectores con mayor riesgo de exposición a agentes biológicos, destacando, entre otros factores de riesgo muy prevalentes, la monotonía, la rutina, el sedentarismo, las posturas forzadas, el alto nivel de exigencia, la rapidez y destreza en el puesto, la poca cualificación y alta responsabilidad en los trabajos, la acumulación de tareas y la inseguridad en el mantenimiento del puesto de trabajo¹².

Según la V encuesta nacional de condiciones de trabajo (V ENCT), las mujeres que trabajan en estos sectores refieren en comparación con los hombres, mayor

cansancio, cefaleas, irritabilidad y molestias visuales. Además son más frecuentadoras en las consultas médicas por síntomas relacionados con el trabajo, el dolor de espalda parece ser uno de los más prevalentes ^{11,13}.

Analizando los datos referentes a EP, llama mucho la atención, que en los servicios de prevención y salud laboral no se tengan en cuenta las diferencias y desiguales condiciones laborales en las que trabajan hombres y mujeres, y la inexistencia de programas de prevención de enfermedad y de promoción de la salud que incorporen la perspectiva de género en las actividades que realizan estos servicios de salud.

Habría que comenzar por definir el significado de algunos términos y lo primero que hay que tener en cuenta es que “género” no es sinónimo de “sexo” ni de “mujer”. La palabra sexo es definido por la Real Academia Española (RAE) “*condición orgánica, masculina o femenina, de los animales o de las plantas*”, la palabra proviene del latín “sexus”.

Por otra parte, existe un término, a menudo confundido y/o entremezclado con la definición de sexo, nos referimos al “género”. Este término es definido por la Comisión Europea en 1998 como “*las diferencias sociales (por oposición a biológicas) entre hombres y mujeres que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura*”, aunque, en términos generales, consiste en la asociación de características, estructuración social, estilos de vida, interacciones y comportamientos sociales que se asocian a cada sexo ^{10,14,15}.

Según María del Mar García Calvente, el género puede ser explicado desde dos puntos de vista:

- Un sistema de relaciones sociales: formando parte de la estructura social que se da entre el hombre y la mujer, incluyendo las actuaciones que se realizan de manera diferente en un hombre frente a una mujer
- Una categoría analítica: la cual nos permite analizar las desigualdades, diferencias y similitudes entre hombre y mujer en los aspectos de la vida diaria ^{14,16}.

Conviene mostrar la definición de género según la RAE para realizar una comparación entre ambas, define género como *“Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido éste desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.”*

En la Conferencia Mundial de Mujeres de Naciones Unidas de 1995 el género fue definido como el método según las sociedades y culturas del mundo determinan las actitudes, funciones, valores y relaciones que atañen al hombre y a la mujer^{10,17}.

Según Carme Valls-Llobet, el “sexo” como variable clínica, debe ser un foco de atención puesto que existe una carencia de datos en diferentes indicadores importantes tanto en el análisis de las enfermedades como en los datos de morbilidad, el estudio de las enfermedades crónicas prevalentes, de las enfermedades autoinmunes, las enfermedades endocrinas y otras manifestaciones diferenciales de las enfermedades, además en varias patologías se produce una clara diferenciación de los síntomas entre el hombre y la mujer como es el caso de ciertas patologías cardiovasculares. En otras ocasiones los síntomas que se producen no son detectados como de riesgo en la mujer y sí en el hombre^{17,18}.

En el ámbito sanitario, se están produciendo sesgos de género en el diagnóstico y sesgos en el tratamiento^{15,18}.

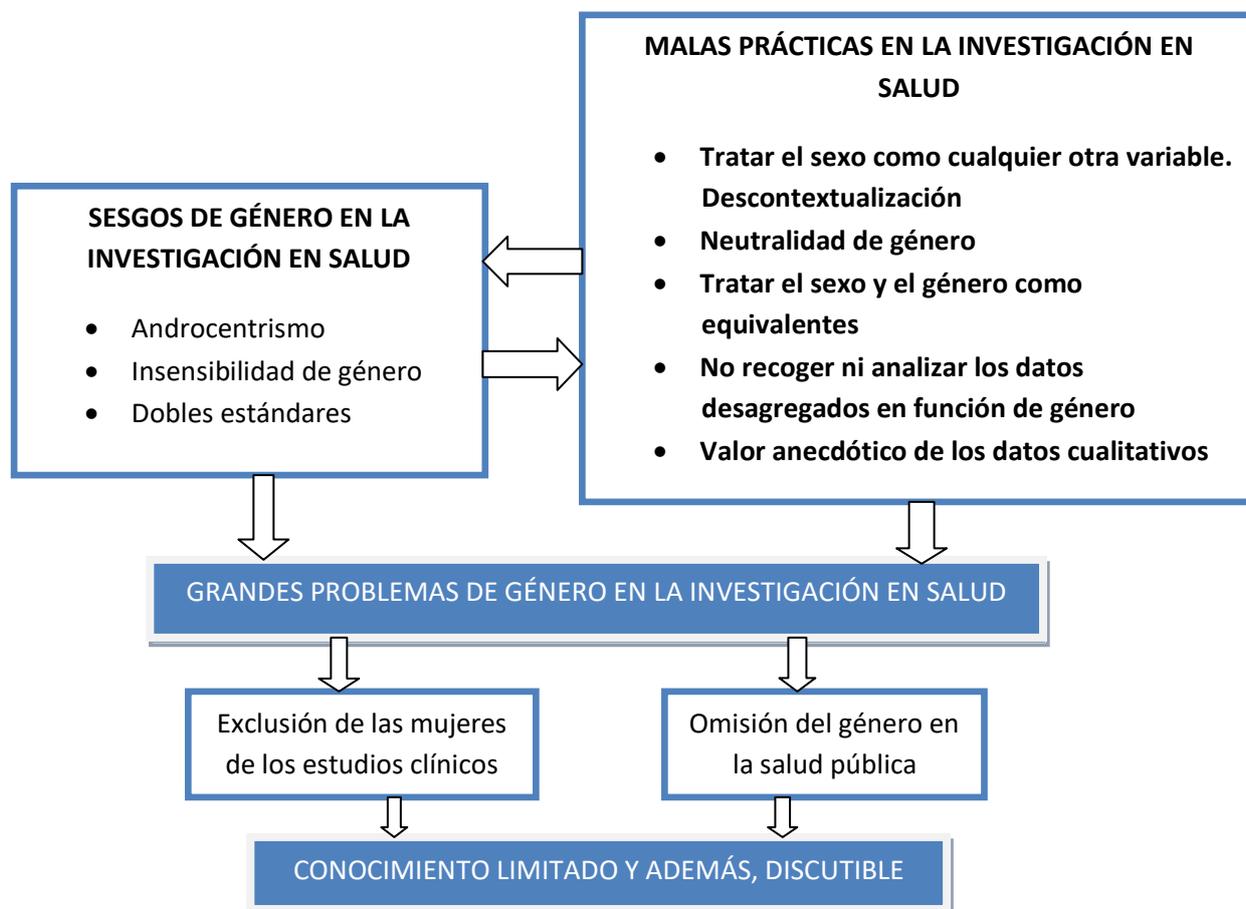
La Sociedad Americana de Mujeres Médicas define **sesgo de género** como *“la diferencia en el tratamiento de ambos sexos con un mismo diagnóstico clínico y que puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para su salud”*¹⁹.

Esta definición, útil para la práctica médica, no tiene en cuenta las diferencias sociales. Un concepto más comprensivo es *“el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres, en su naturaleza, sus comportamientos y/o sus razonamientos, el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios (incluida la investigación) y es discriminatoria para un sexo respecto al otro”*¹⁵.

Según María del Mar García Calvente se pueden apreciar sesgos de género que se encuentran relacionados con las malas prácticas que ya se producen en los campos

de la investigación de la salud y como resultado se producen graves problemas de género en esos mismos campos¹⁶.

Figura 1: Sesgos de género y malas prácticas en la investigación en salud.



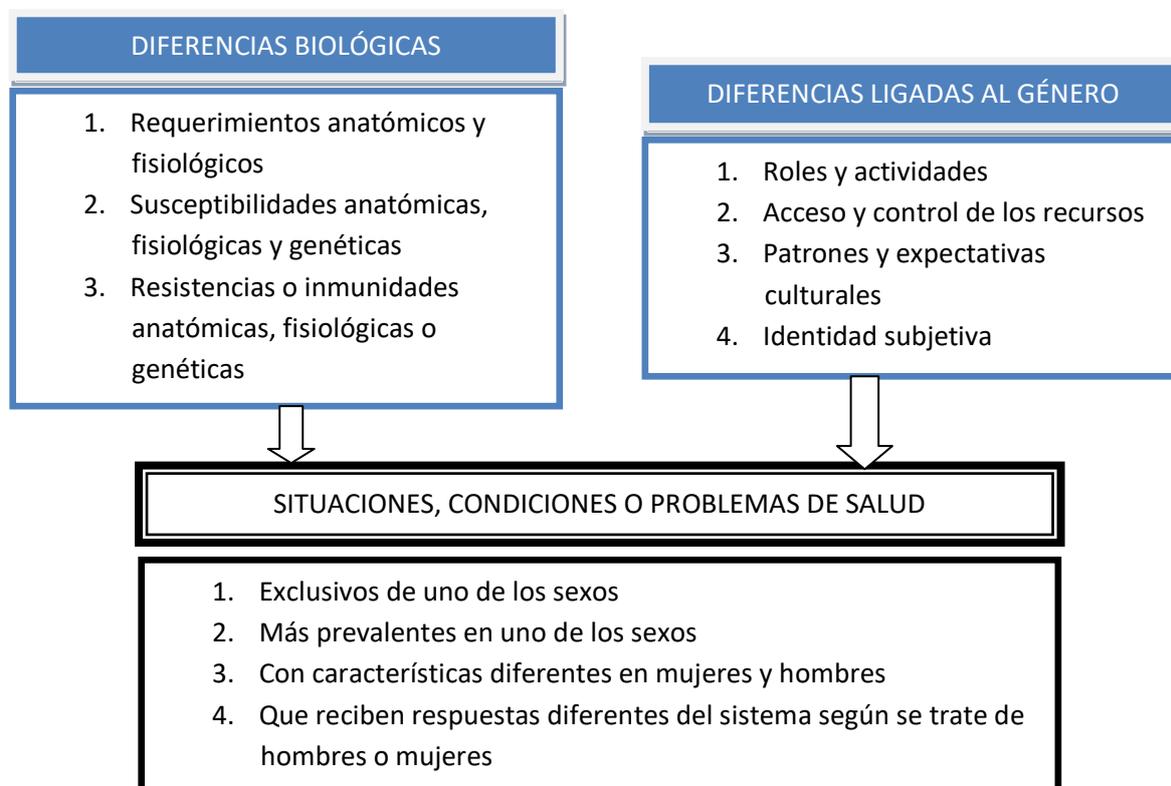
Fuente: “Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud”¹⁶

Esto implicaría que investigaciones que puedan haber servido a intereses masculinos puedan tener conclusiones aplicadas a la población en general o al contrario.

Históricamente, desde el siglo XIX se vienen realizando investigaciones contando con la variable de género, siendo algunas de las más influyentes la teoría evolucionista de Darwin y la teoría de la herencia de Mendel, en estos estudios, la variación sexual es un elemento importante ya que explica la debilidad del sexo femenino y la desigualdad existente¹⁶.

A lo largo de la historia, y fomentada por diferentes estudios y profesionales, la desigualdad de género ha ido en aumento, siendo diferenciados ambos sexos en prácticamente todos los ámbitos de la vida diaria excepto en la salud, como ya se ha mencionado y con las graves consecuencias que conlleva.

Figura 2: Diferencias entre hombres y mujeres que condicionan aspectos de la salud.



Fuente: “Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud”¹⁶

La constatación de las desigualdades de género históricas y transculturales ha llevado al reconocimiento internacional de la necesidad de buscar la igualdad entre mujeres y hombres.

En relación con el término “género” y con las constantes desigualdades surge la llamada “**perspectiva de género**”, la cual según la Comisión Europea en 1998 fue definida como “*la atención y consideración a las diferencias entre hombres y mujeres en cualquier actividad o ámbito dados de una política*”. Para M^a Fernanda González Gómez la perspectiva de género consiste en un conjunto de actuaciones que implican la diferenciación entre el hombre y la mujer en diversos aspectos de la vida

diaria como el empleo, la salud o la política, siendo la perspectiva de género un apoyo frente a las desigualdades que se dan en la sociedad ¹⁰.

Este término es comúnmente entendido como una actuación a favor de únicamente el sexo femenino y para la población suele ir asociada a las mujeres, siendo éste un mensaje erróneo, debido a que la perspectiva de género es un proyecto a largo plazo para favorecer el trato individual a cada integrante de ambos sexos ^{10,20}.

En el sector de la salud se plantea la necesidad, igualmente, de incorporar la perspectiva de género en todas sus políticas y en la ejecución de sus acciones, por ejemplo, determinando las diferencias en la morbilidad y mortalidad femenina y masculina, pero la producción de estadísticas desagregadas no ha sido, a día de hoy, una práctica habitual, las diferencias y desigualdades de género se reflejan, además de en lo anteriormente expuesto, en lo siguiente:

- *“La vulnerabilidad a enfermedades y exposición a riesgos y accidentes.”*
- *“El estado de salud y la percepción sobre sus necesidades de salud.”*
- *“El diferente grado de acceso y de control sobre los recursos.”*
- *“La calidad de la atención.”*
- *“La distinta prioridad en la asignación de recursos públicos.”* ^{17,18}

Por lo tanto, es evidente la diferencia entre las palabras sexo, género y mujer ^{10,17}.

Justificación

A pesar de todas estas evidencias, con mucha frecuencia se sigue excluyendo a las mujeres de los estudios de la salud, no se incluye la variable sexo en la siniestralidad laboral, ni en el análisis de EP siendo el sexo una de las características del ser humano que contribuye a particularizar tanto los procesos fisiológicos como los patológicos y paralelamente se tiene que considerar el papel que desempeñan el género y los aspectos relacionados con el entorno sociocultural y psicológico en la génesis de enfermedades.

Tanto el sexo como los aspectos sociológicos y antropológicos relacionados con el género son factores que contribuyen a particularizar los procesos fisiológicos y patológicos en mujeres y hombres, sin embargo el abordaje integral de muchas enfermedades se sigue realizando desde la perspectiva masculina. Cualquier actuación con perspectiva de género conformarán un marco más real que se ajuste a las verdaderas necesidades de la población.

Se ha puesto de manifiesto cómo el hecho de ser mujer u hombre puede conllevar diferencias biológicas, anatómicas y fisiológicas que condicionan el estado de salud y la atención por parte de los servicios sanitarios, por lo tanto, es importante que las posibles diferencias tanto por el sexo como motivadas por factores de género, no resulten discriminatorias y puedan ser evitables.

Existen numerosas organizaciones y entidades que vienen impulsando estudios y análisis sobre la perspectiva de género como la Organización Mundial de la Salud (ONU), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), el Instituto Internacional de las Naciones Unidas de Investigación y Capacitación para la Promoción de la Mujer o la Organización Internacional del Trabajo (OIT), además de diversos sectores de los Ministerios de Salud, Trabajo y Seguridad, todos ellos en favor de conseguir una igualdad en el ámbito del trabajo para ambos sexos. Pero es necesario que esta estrategia impregne en todos los programas de salud y áreas de actuación, que se analicen las políticas de salud y se propongan acciones que reduzcan las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género²¹.

Objetivos

Objetivo general:

- Analizar y evaluar las evidencias publicadas acerca de desigualdades motivadas tanto por razones de sexo como de género en dos enfermedades: la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y la Cardiopatía Isquémica.

Objetivo específico:

- Examinar las diferencias en cuanto a la fisiopatología, diagnóstico, factores de riesgo y tratamiento de las dos enfermedades desagregadas por sexo y género.

Material y métodos

Se trata de una revisión bibliográfica no sistemática entorno a las enfermedades seleccionadas, por una lado la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y por otro la cardiopatía isquémica, ambas con enfoque de género, es decir evidencias que analicen las desigualdades existentes desde la perspectiva de género, diferencias debidas al sexo o motivadas por factores de género.

El trabajo se ha realizado durante el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2019 hasta mayo del mismo año.

Para comenzar la búsqueda se usaron los tesauros de descriptores en ciencias de la salud (DeCS), en español y el tesoro Medical Subject Heading (MeSH) en inglés para transformar las palabras clave y centrar la búsqueda en artículos que tuvieran relación directa con el tema principal.

Para la búsqueda se utilizó el operador booleano “AND”.

Tabla 1: Descriptores en Ciencias de la Salud y Medical Subject Heading utilizados

DeCS	MeSH
Género	Gender
Sexo	Sex
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)
Cardiopatía isquémica	Ischemic Heart disease
Perspectiva de género	Gender perspective
Mujer	Woman
Salud	Health
Sesgo de género	Gender bias
Corazón	Heart

Fuente: Elaboración propia.

La búsqueda de los documentos científicos se ha llevado a cabo a través de diversas bases de datos como SciELO, PubMed, ScienceDirect, las páginas

oficiales de los Ministerios, el Boletín Oficial del Estado, la biblioteca sanitaria online del portal de salud de Castilla y León, Google Académico y la página oficial de la Real Academia Española, además de otros recursos como libros o revistas.

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Artículos en español e inglés.
- Artículos relacionados con las palabras clave designadas.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Artículos relacionados con la violencia de género,
- Artículos relacionados con desigualdades entre ambos géneros ajenas a la sanidad.
- Artículos relacionados con patologías diferentes a las seleccionadas.

Durante toda la redacción se continuó con la realización de la búsqueda bibliográfica, con propósito de mejorar los contenidos y ampliar la información que era requerida.

Resultados

A continuación se procederá a exponer la estrategia de búsqueda llevada a cabo en las diferentes bases de datos y para las patologías seleccionadas.

-Búsqueda sobre las diferencias de género relacionadas con EPOC:

La combinación común de palabras clave en las diferentes bases de datos fue **EPOC y Género**.

En la base de datos “SciELO” al utilizar la combinación de palabras clave, “EPOC y género” se obtuvieron 15 resultados aplicando el filtro de artículos en español, de los cuáles se seleccionó el único artículo que tenía relación con el tema en cuestión.

En la base de datos “ScienceDirect” al utilizar la combinación de palabras en inglés “COPD y Women” y filtrando los artículos de los últimos 3 años, se encontraron 3697 artículos, de los cuáles al afinar la búsqueda a artículos de revisión se encontraron 674, fueron revisados los primeros 20 artículos de los cuáles fueron seleccionados 4 artículos debido a su relación con el tema elegido.

En la base de datos “PubMed” al utilizar la combinación de palabras “Gender bias copd”, filtrando los artículos de los últimos 5 años, en humanos y por orden de coincidencia, se encontraron 10 artículos y fueron seleccionados 3 artículos.

Se utilizaron otros materiales como libros y revistas recogidos en las bibliotecas públicas y de la Diputación .

Tabla 2: Búsqueda de artículos científicos relacionados con el género y la EPOC.

	SciELO	ScienceDirect	PubMed	Otros materiales
Artículos encontrados	15	674	10	9
Artículos seleccionados	1	4	3	6
Artículos utilizados	1	4	3	6

Fuente: elaboración propia.

-Búsqueda sobre las diferencias de género relacionadas con la Cardiopatía Isquémica:

La combinación común de palabras clave en las diferentes bases de datos fue **Género y Cardiopatía**.

En la base de datos “Google Académico” al utilizar la combinación de palabras clave, “Género Y Cardiopatía” se obtuvieron 15800 resultados, al añadir a la búsqueda “Cardiopatía isquémica perspectiva de género” y filtrando a partir de 2018, se obtuvieron 493 resultados, de los cuales se realizó una lectura de los primeros 15, seleccionando los que estaban relacionados con el tema escogido, los cuales fueron 5 artículos, 3 de esos artículos se encontraban enlazados con el buscador “ScienceDirect”.

En la base de datos “ScienceDirect”, al usar las palabras anteriores “Cardiopatía isquémica perspectiva de género” se obtuvieron 844 resultados, filtrando a partir de 2017 se obtuvieron 198 de los cuales se seleccionaron 6 artículos encontrados por relevancia del tema elegido, de los cuáles se utilizaron 4 artículos.

En la base de datos “SciELO”, al usar las palabras clave “infarto y género” y realizando la búsqueda en español, aparecieron 50 artículos, de los cuáles se seleccionaron 3 artículos debido a su relación con el tema seleccionado y posteriormente fueron utilizados.

En la base de datos “PubMed” utilizando las palabras clave “Gender bias y heart disease” y con los filtros de artículos de menos de 5 años, en humanos y con la mejor coincidencia, se obtuvieron 107 artículos de los cuáles se obtuvieron 2 artículos útiles debido a que la mayoría fueron artículos de pago.

Se utilizaron otros materiales como revistas científicas y datos de los Ministerios.

Tabla 3: Búsqueda de artículos relacionados con el género y la cardiopatía.

	Google académico	Science direct	SciELO	PubMed	Otros materiales
Artículos encontrados	493	198	50	107	5
Artículos seleccionados	5	6	3	2	4
Artículos utilizados	5	4	3	2	4

Fuente: elaboración propia.

Análisis de los resultados y Discusión

Se describen ambas enfermedades teniendo en cuenta la perspectiva de género, valorando aspectos que frecuentemente ocasionan desigualdades entre mujeres y hombres, tanto relacionados con los factores de riesgo, como sintomatología, diagnóstico y tratamiento.

EPOC

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por una limitación crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo, asociada a la exposición al humo de tabaco y en menor proporción a tóxicos inhalados laborales, artificiales o a aquellos productos derivados de la combustión de la biomasa. Es una enfermedad compleja y heterogénea con una alta morbi-mortalidad asociada ²².

La EPOC constituye la tercera causa de muerte, siendo superada por la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebro-vascular. Según datos de la Global Burden of Disease (GBD) en el mundo hay 328615000 personas que padecen esta enfermedad de los cuáles fallecen 3,2 millones al año ²³.

En Estados Unidos las muertes por EPOC en mujeres se han triplicado en los últimos 20 años, superando a las muertes en hombres, considerando que el problema alcanza unos niveles alarmantes. Entre los años 1971 y 2010 la tasa de mortalidad asociada a la EPOC se quintuplicó y en el último año el número de las mujeres fallecidas por EPOC fue superior al de los hombres. Este hecho se relaciona con la incorporación al hábito tabáquico del sexo femenino, que ha producido un aumento de enfermedades respiratorias asociadas al mismo ²³.

En España la prevalencia de la EPOC es de 10,2 % (15,1 % en varones y 5,7% en mujeres) en la población entre 40 y 80 años ²⁴.

En nuestro país, el envejecimiento poblacional es más acusado en mujeres y además éstas también sufren los problemas respiratorios relacionados con el tabaquismo lo que ha dado lugar a que aumente la prevalencia y mortalidad asociadas al EPOC. ²².

El hecho de pertenecer a un sexo y género u otro produce unas diferencias en el abordaje de las enfermedades en todos los aspectos de las mismas, existiendo en la EPOC claras diferencias entre ambos.

Diagnóstico:

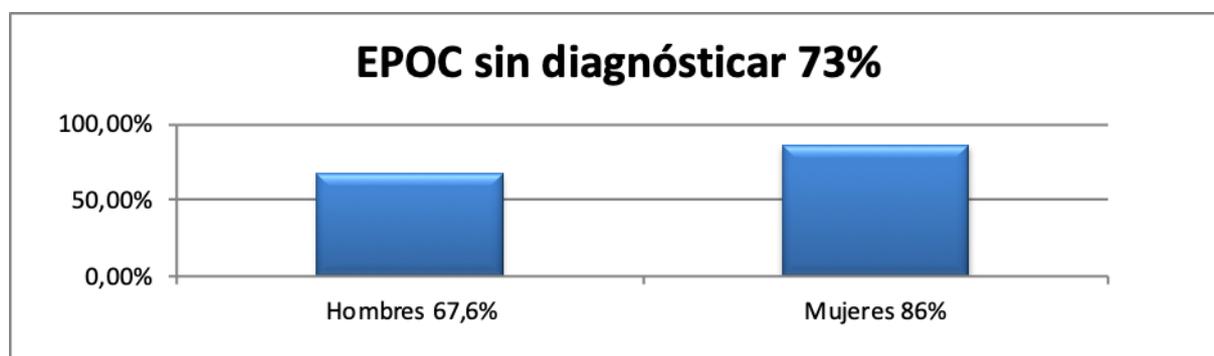
Como ya se ha comentado, la prevalencia y morbimortalidad asociada a la EPOC afecta en gran medida al sexo femenino, y según varios estudios, indican que existe un sesgo en el diagnóstico en función del sexo del paciente Este sesgo en el diagnóstico puede estar relacionado con que se sigue considerando a la EPOC una enfermedad que afecta principalmente a los varones y eso se asocia directamente con el infradiagnóstico en mujeres. Según el estudio realizado por M. Miravittles, indica que los hombres tienen una probabilidad en torno a 1,5 veces mayor de recibir un diagnóstico provisional de EPOC este sesgo disminuye significativamente cuando

se dispone de los resultados de una espirometría anormal.^{22,25}. Este diagnóstico, que se presenta de forma más tardía en el sexo femenino, produce un empeoramiento a la larga del pronóstico y del desarrollo de la enfermedad.²².

La tasa de infradiagnóstico es de un 73% y presenta diferente distribución por sexos, siendo 1,27 veces más frecuente en mujeres que en hombres²³. Se estima que en un 86% de los casos en mujeres la enfermedad se encontraría sin diagnosticar mientras que en los hombres representa un 67,6% de los casos.

Según el Epidemiologic Study of COPD in SpAin (EPI-SCAN), destaca que en nuestro país, en mujeres en la franja de edad ente 40 y 80 años, habría un infradiagnóstico de 540.168 casos de los 628.102 existentes²³.

Gráfico 2: Infradiagnóstico en pacientes con criterio de EPOC.



Fuente:^{23,24}

El principal problema en el diagnóstico de la EPOC es que no se aplica el mismo criterio definitorio a ambos sexos, definición planteada según la Guía Española de la EPOC, la cual dice, *“debe considerarse como 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 presenten tos crónica, con o sin producción de esputo o disnea”*²⁶.

La prueba diagnóstica fundamental para el correcto diagnóstico de la EPOC es la espirometría forzada por prueba broncodilatadora. Se ha visto que ante la aparición de la enfermedad en ambos sexos, los profesionales de la salud realizan en más ocasiones esta prueba al sexo masculino²³.

En el estudio realizado por Louis Watson en el que participaron 3265 sujetos, se concluyó que el 34% de las mujeres y el 39% de los hombres que cumplían los criterios de EPOC, refirieron haber realizado una espirometría diagnóstica, apreciándose que un gran número de individuos no fueron derivados a realizar la prueba, produciendo un posible diagnóstico erróneo ²⁷.

En el estudio “*St George Respiratory Questionnaire*”, se informa que las mujeres refirieron síntomas graves en un 60 % y los hombres en un 40%, además, la enfermedad tuvo un impacto en la calidad de vida de las mujeres del 40% y un 25% en los hombres ²⁸.

En el estudio Serheim, las mujeres son más propensas a la aparición de disnea grave antes de los 60 años, además, el número de casos representativos de EPOC era mucho menor y ajustando el hábito tabáquico a ambos sexos, se evidenciaba que sufrían un mayor número de síntomas que los hombres ²⁸.

En el estudio realizado en el Hospital de La Princesa de Madrid, de un total de 409 pacientes el 27% eran mujeres, ellas presentaban una sintomatología similar a la de los hombres, siendo más jóvenes que ellos ²³.

Factores de riesgo:

-Hábito tabáquico: Este se considera el principal factor de riesgo para el desarrollo de la EPOC. El sexo femenino tiene una mayor susceptibilidad a los efectos nocivos del tabaco que el sexo masculino, según Jorge Dreyse, las mujeres fumaban menos que los hombres, de un 35,5% a un 45,7%, pero presentaban la misma sintomatología ²⁹. Otro estudio publicado en Dinamarca de 13987 sujetos, concluía igualmente que el tabaquismo tenía un impacto mayor sobre el deterioro de la función pulmonar en mujeres. Esta susceptibilidad se encuentra relacionada con las diferencias anatómicas entre ambos sexos ²². Por otra parte, en varias encuestas realizadas a la población sobre las motivaciones para iniciar el hábito tabáquico se comprueba que son diferentes. En las mujeres hay mayor preocupación por el peso y la imagen corporal especialmente entre las jóvenes las cuáles pueden iniciarse en el hábito porque se relaciona el tabaco con la disminución del peso y el control del

apetito, esto también va a influir en la dificultad para abandonar este hábito. En cambio en los hombres, se relaciona más con la búsqueda de nuevas sensaciones, quieren experimentar experiencias positivas y relacionarse socialmente. ^{16,29}.

El estado anímico de las mujeres, como la tristeza, la ansiedad, la soledad, el estrés y la frustración, también influyen en la incorporación al hábito tabáquico ^{16,29}.

-Diferencias anatómicas en las vías aéreas: en las mujeres las vías aéreas como los bronquios o bronquiolos son más estrechas y las paredes se encuentran más engrosadas que las de los hombres ²⁹.

-Efectos hormonales: según algunos estudios las hormonas sexuales femeninas alteran la metabolización de sustancias irritantes respiratorias, produciendo mayores secuelas en el sexo femenino ²³.

-Diferencias en el funcionamiento del aparato respiratorio: aunque todavía no hay estudios concluyentes respecto a este aspecto, podría mencionarse como factor de riesgo la variabilidad del depósito pulmonar ²³.

-Inflamación: el sexo femenino es más susceptible a los gases y más propenso a la inflamación. (24,31) Según Don D. Sin, el 87% de las mujeres con grado alto o moderado de EPOC poseían hiperreactividad bronquial mientras que sólo se manifestaba en el 63% de los hombres ³¹.

-Utilización de productos en limpieza, cocina u otras tareas que de forma tradicional se han encontrado ligados al sexo femenino y fomentan el contacto de las mujeres con vapores químicos y gases producidos por la quema de biomasa. Según Christine R. Jenkins en el 50% de los hogares utilizan la biomasa como fuente principal en el hogar, esto relacionado con los gases que produce y con el rol tradicional del sexo femenino, fomenta la aparición de EPOC en mujeres ^{22,25}.

Cuadro clínico:

-Mayor grado de disnea: el estudio realizado por Louis Watson con 3265 sujetos, analizó que para igual grado de obstrucción del flujo aéreo se produce un mayor grado de disnea en mujeres incluso habiendo tenido menos contacto con químicos,

esto determina la supervivencia y la calidad de vida; a la misma conclusión llega el estudio de cohortes TORCH, el cuál demostró que las mujeres referían una peor sintomatología disneica ^{28,32,33,34}.

-Menos tos y expectoración crónica: en el estudio publicado por Naberan K, con 4500 pacientes, las mujeres referían más disnea y menos tos y expectoración, este aspecto probablemente se encuentre sesgado por la situación de que socialmente está mal visto esas actitudes en el sexo femenino ³⁵.

-Mayor frecuencia de sibilancias: debido a la mayor afectación de la vía aérea y la hiperreactividad bronquial del sexo femenino ²³.

-Menor capacidad de realización de actividades físicas: se encuentra en relación al tamaño de la caja torácica y de la musculatura esquelética en las mujeres ^{23,35}.

-Mayor sensibilidad bronquial e hipoxemia²³.

-Mayor número de exacerbaciones y complicaciones: lo que afecta a la progresión de la enfermedad y aumenta el riesgo de muerte ^{22,34,36}.

Comorbilidades:

La afectación simultánea de varias enfermedades y de la EPOC también se encuentra diferenciada entre mujeres y hombres.

Tabla 4: Distribución de diferentes grupos de comorbilidades en la misma muestra y por género.

Comorbilidades	Porcentaje total	Hombres	Mujeres
Cardiovasculares	39.0	44.7	30.7
Respiratorias	22.4	23.0	21.1
Metabólicas	10.4	9.2	12.4
Oncológicas	7.6	7.0	8.5
Psiquiátricas	6.5	6.6	6.2
Gastrointestinales	8.6	4.8	14.2
Osteoarticulares	4.9	3.8	6.0
Otras	0.6	0.9	0.9

Fuente: ³⁷

En cuanto a patologías individuales encontramos que en el grupo de las **enfermedades cardiovasculares**, la hipertensión y la cardiopatía isquémica se manifiestan de manera similar en ambos sexos, las arritmias predominan en el masculino y el infarto en el femenino. Respecto a otras **enfermedades respiratorias** concomitantes a la EPOC encontramos el asma en mujeres y la neumonía y afectaciones pleurales en hombres. En el grupo de las **enfermedades metabólicas**, la anemia acompaña en mayor medida a las mujeres ^{23,27,37}.

El grupo de las **enfermedades psiquiátricas** es de especial interés debido a que numerosos estudios indican que en el sexo masculino las afecciones más comunes que se encuentran son la demencia y la degeneración cognitiva mientras que en el sexo femenino son la depresión y la ansiedad. En estas afecciones encontramos que entre un 15% y un 50% de las mujeres afectadas por EPOC las padecen, siendo el doble que el número de hombres ^{23,35,37}.

Esto se encuentra asociado a diferentes aspectos asociados al sexo femenino como la automedicación, menor ejercicio, estancias hospitalarias más largas, menor seguimiento del tratamiento, persistencia del hábito tabáquico, dietas menos saludables y mayor afectación de los síntomas ^{23,27}.

A su vez cabe destacar la relación con la **osteoporosis** en mujeres postmenopáusicas, una de las más importantes, en torno a un 35% de mujeres que padecen EPOC también padecen osteoporosis, siendo una relación de 2 a 5 superior a mujeres que no padecen EPOC ³⁷.

La edad, el hábito tabáquico, el uso de corticoides sistémicos y sus consecuencias son los factores que se relacionan con el desarrollo de la osteoporosis ^{22,35,37}.

Tratamiento:

La principal medida a llevar a cabo en el tratamiento de la EPOC es el abandono del tabaco siendo importante destacar que en las mujeres, el abandono del hábito tabáquico produce un mayor beneficio, que en los hombres durante los primeros 5 años, concretamente un volumen espiratorio forzado (FEV1) 2,5 veces mayor ^{22,23}. A

pesar de los beneficios, la tasa de éxito en la deshabituación tabáquica a largo plazo es menor en mujeres ²².

Debido a la mayor sensibilidad bronquial que posee el sexo femenino, el uso de broncodilatadores estaría claramente indicado para evitar los casos de disnea ²³.

Es importante apreciar que en las mujeres existe un peor resultado en la adherencia al tratamiento debido a la falta de formación en el adecuado uso de los inhaladores ³⁸, aunque según el estudio EPIDEPOC realizado en varias comunidades autónomas a pesar de que los hombres recibieron una número mayor de medicamentos para el tratamiento de la EPOC, solo aumentó su uso en un 0,15% respecto a las mujeres ³⁹.

En cuanto al problema de la hiperreactividad bronquial, la administración de corticoides inhalados también produce un mayor efecto en mujeres que en hombres, mejoraban la función pulmonar en los 6 primeros meses de tratamiento con corticoides inhalados, aunque es importante tener precaución en su prescripción si se padece osteoporosis como comorbilidad ^{23,39}.

En general el sexo femenino es consciente de la actual falta de atención hacia ellas en el ámbito de la EPOC, las cuáles a pesar de tener la misma accesibilidad a hospitales, diagnósticos y tratamientos, refieren encontrar barreras en al menos uno de los aspectos ³⁵.

Todo esto repercute y afecta en la calidad de vida de las mujeres respecto a los hombres durante el proceso de la enfermedad debido a las diferentes alteraciones en los síntomas, a la ansiedad, a la depresión que pueden sufrir y a las limitaciones que enfermedades como la osteoporosis producen en los individuos.

Según el estudio de cohortes realizado por Anne V. González, con 19260 mujeres y 23893 hombres, se demostró que los datos de mortalidad y la prevalencia de re-hospitalización tienen mejores valores en mujeres que en hombres ³⁶.

Por lo anteriormente expuesto y ante este problema de salud creciente es fundamental establecer estrategias que permitan mejorar la información y formación en las mujeres para reducir el problema del infradiagnóstico:, entre otras se podrían citar las siguientes:

- Establecer programas de formación continua sobre epoc y mujeres, sensibilización de género y consejo tabáquico para profesionales sanitarios
- Establecer alarmas en la historia clínica del paciente cuando el tabaco aparezca relacionado con otros síntomas respiratorios frecuentes.
- Revisar los diagnósticos de asma en las mujeres fumadoras para asegurar este diagnóstico y que no se confunda con una epoc
- Formar a los profesionales de la salud en la realización de espirometrías para el correcto diagnóstico de la EPOC.

A su vez, es necesario concienciar a la población femenina para conseguir una implicación y un mejor conocimiento de su enfermedad :

- Realizar campañas informativas y formativas dirigidas a la población femenina fumadora
- Fomentar la adherencia al tratamiento destacando los beneficios que aporta en cuanto favorecer el pronóstico y conseguir la mejora futura de la calidad de vida.

Ante todo no se debe olvidar que la EPOC es un importante problema de salud y que es necesario seguir formando a los profesionales poniendo el acento en el abordaje de esta enfermedad con perspectiva de género de forma que el sesgo diagnóstico que se produce al asimilar epoc/paciente hombre vaya poco a poco desapareciendo.

Cardiopatía isquémica

La cardiopatía isquémica comprende un conjunto de patologías relacionadas entre sí: la angina de pecho, el infarto agudo de miocardio (IAM) y el fallo cardíaco isquémico.

Las patologías cardiovasculares constituyen las principales causas de mortalidad, superando al cáncer de mama, en el sexo femenino ⁴⁰. Tradicionalmente se ha considerado, incluso por los profesionales sanitarios, como una “enfermedad de hombres” y esta circunstancia a menudo la dificulta el que las mujeres sean consideradas como población de riesgo, tanto es así que se puede decir que, a día

de hoy, la atención sanitaria resulta más efectiva para los hombres como por ejemplo reconociendo antes los síntomas graves de un IAM.

En España, según la Sociedad Española de Cardiología, actualmente dentro de las enfermedades cardiovasculares, la cardiopatía isquémica produce el 28,8% de defunciones, constituyendo la primera causa de mortalidad, si se analiza las variables de sexo, el 40% de la mortalidad es masculina y el 24% es de femenina. En el año 2017 se cifraron un total de 122466 defunciones, 2,2% más que en 2016, Al año mueren una media de 10000 mujeres más que hombres por enfermedades vasculares, cifra que coincide con la resaltada por la Dr. Paola Beltrán, coordinadora del grupo de trabajo para la implementación de la rehabilitación cardíaca en Cataluña. ^{41,42}.

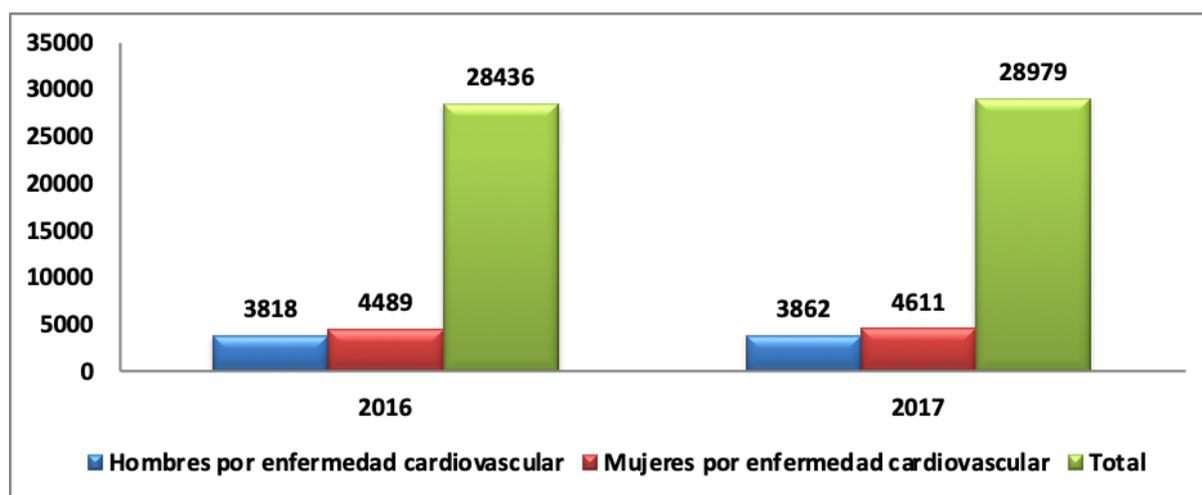
Tabla 5: Mortalidad por sexo en enfermedades cardiovasculares en 2017.

	Hombres	Mujeres
Enfermedades cerebro-vasculares	11555	15382
Otras enfermedades del corazón	10761	13553
Otras enfermedades isquémicas del corazón	10221	12201

Fuente: datos recogido por la Sociedad Española de Cardiología. ⁴¹

En Castilla y León, según datos de la Consejería de Economía y Hacienda en 2016 la mortalidad por enfermedades cardiovasculares fue de 8307 (3818 hombres y 4489 mujeres), y en 2017, un total de 8473 (3862 hombres y 4611 mujeres). La mortalidad total de 2016 fue de 28436 individuos y de 2017 fue de 28979 individuos.

Gráfico 3: Mortalidad en Castilla y León en 2016 y 2017.



Fuente: elaboración propia, datos de la Conserjería de Economía y Hacienda de Castilla y León.

El estudio Framingham, estudio de cohortes de larga duración sobre riesgo cardiovascular iniciado en 1948 y que continúa en la actualidad, plantea que aunque la mortalidad era mayor en hombres durante el proceso de aparición de la enfermedad, a la hora de desarrollar el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) la mortalidad aumentaba en mujeres ⁴³, además, según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, la tasa de mortalidad a los 28 días de sufrir el infarto, es un 20% mayor en el sexo femenino⁴⁴.

Uno de los principales problemas detectados en cuanto a la atención y diagnóstico se refiere a la demora y la espera de ingreso por cardiopatía isquémica, en relación de hombres con mujeres se ha demostrado que las mujeres sufren un mayor tiempo de espera entre la aparición de los síntomas y la consulta médica ^{45,46,47}, esto afecta en gran medida al futuro pronóstico del individuo debido a que está relacionado directamente el tiempo de espera con la aparición de complicaciones y la mortalidad.

En los estudios recogidos por el XXXVI Congreso Nacional de estudiantes de Medicina, se recapitulaban datos sobre el sesgo de género en la demora en atención sanitaria para el IAM ⁴⁷.

Tabla 6: Tiempo de espera en minutos en ambos sexos en IAM

Minutos de espera		
	Hombres	Mujeres
Registro IAM Asturias	120	180
Estudio IBERICA	120	153
Estudio Castilla-LM	150	175
Estudio Gipuzkoa	90	120

Fuente: ⁴⁷

Según el estudio “Quality of Care and 30-day mortality of Women and Men With Acute Myocardial Infarction” se apreció que debido al infradiagnóstico existente, un mayor número de mujeres que hombres no recibieron el tratamiento óptimo para su patología, por ejemplo, sólo se reperfundió al 21,1% de las mujeres frente al 33,5% de los hombres, produciendo un aumento de la mortalidad al mes del episodio ⁴⁶.

Y, según cifras del estudio OFRECE, a las mujeres se les realizó un 12,8% menos ecocardiogramas, se les derivó un 11% menos al cardiólogo, ingresaron en el hospital un 19,3% menos de ocasiones y se alcanzó un diagnóstico definitivo en un 11% menos de casos ⁴⁸.

Relacionado con el infradiagnóstico, en los años 90, John Ayanian y Arnold Epstein realizaron un estudio en el que informaban que se producía una diferencia en las angiografías coronarias, viendo que de cada 100 pacientes se realizaba la prueba al 9,4% de las mujeres y al 18,8% de los hombres, siendo una relación de más del doble de individuos ⁴⁹.

En cuanto al acceso y frecuentación de la atención especializada es mayor en los hombres que en las mujeres, según el estudio de Guipúzcoa de todos los casos que ingresaron en el hospital, el 69% fueron hombres y el 31% mujeres, se explica cómo a pesar de ser menor el número de mujeres, éstas sufrieron más complicaciones y mortalidad (13% en hombres y 21% en mujeres) ⁵⁰.

Factores de riesgo:

-Obesidad: según el estudio de Framingham, la obesidad produce un riesgo del 64% en el sexo femenino frente al 46% en el sexo masculino⁵¹. Debido a su constitución física, el aumento de la grasa corporal y sus diferencias hormonales el riesgo se encuentra más elevado en las mujeres. El Instituto Nacional de Estadística (INE) informa que la obesidad tiene una prevalencia 1,1 superior en mujeres que en hombres (Mujeres: 11,7, Hombres: 10,6)^{44,52}.

-Diferencias biológicas: en el caso del sexo femenino es mayor el riesgo de sufrir patología coronaria debido a las características anatómicas propias, la frecuencia cardíaca que es entre 3 y 5 latidos más rápida que la del hombre y las cavidades del corazón, las arterias coronarias y las paredes del corazón que son más pequeñas que las del sexo masculino⁴².

-Hipertensión arterial: se concluye en varios estudios que en el sexo femenino a partir de 75 años se alcanza una prevalencia del 80% en esta patología, mientras que en el sexo masculino comienza a descender a partir de 70 años, lo que se asocia con una mayor frecuencia de aparición de cardiopatía en mujeres en edades avanzadas^{52,53,54}.

-Dislipemias: en el sexo femenino los valores de lipoproteínas de baja densidad aumentan al alcanzar la menopausia, lo cual sumado a un efecto a la inversa en las lipoproteínas de alta densidad, constituye un importante riesgo en la aparición de cardiopatías, con un 47,1%^{51,52}.

-Diabetes mellitus: numerosos estudios han confirmado que la existencia de la diabetes produce un aumento del riesgo de cardiopatías, siendo en las mujeres un factor esencial debido a que puede producir IAM a edades más tempranas y en caso de producirse puede presentarse en ausencia de dolor anginoso, uno de los síntomas más reconocibles^{52,53}.

-Tabaquismo: tradicionalmente el tabaco ha estado ligado al sexo masculino pero, como ya ha sido comentado, las mujeres cada vez más están aumentando su

adicción. El hábito tabáquico es uno de los factores de riesgo más importantes en la cardiopatía, considerándose el principal en mujeres menores de 40 años ^{51,52}.

-Factores de riesgo propios del sexo femenino: la depresión y la ansiedad son patologías comunes en mujeres ³⁷, diversos estudios han demostrado su relación con patologías cardiovasculares, siendo producidas por el rol propio de las mujeres en la sociedad que afecta a su estado anímico⁵³. Además, según el estudio Wise y la Dr. Paola Beltrán, situaciones relacionadas con el embarazo como los trastornos hipertensivos del embarazo, la menopausia, la diabetes gestacional o el parto pretérmino debido a sus alteraciones físicas y hormonales en el sexo femenino, también son considerados factores de riesgo ^{42,44,51}.

-Estrés: Se relaciona frecuentemente con la aparición de la cardiopatía, a mayor estrés mayor riesgo. Esto afecta más al sexo femenino, el sexo masculino siguiendo los roles de género tradicionales debe ser de cara a la sociedad, un individuo calmado con control sobre los demás y sin aparente estrés, a diferencia del sexo femenino, el cual se muestra en más ocasiones con mayor estrés, seguramente sea debido a toda la carga familiar y laboral que soporta, ⁵⁵.

Cuadro clínico:

El patrón más común en la sintomatología de isquemia miocárdica es el dolor torácico, en cambio, en el sexo femenino el dolor puede irradiar en más ocasiones a otras zonas, ocultando el diagnóstico real ^{45,56}. Según el estudio WISE, la presentación de los síntomas en las mujeres incluye disnea, mareo, miedo y pánico, debilidad, cansancio y varios síntomas que recuerdan a un resfriado ¹⁵. Otro síntoma que se presenta en el sexo femenino son los vómitos, siendo más frecuentes que en el sexo masculino^{45,57}.

En general, el sexo femenino presenta más cuadros de dolor que el sexo masculino aunque, según el estudio Framingham, la principal causa es la angina de pecho, mientras que en los hombres es el IAM. Continuando con este estudio, se revela que el 50% de las mujeres con dolor precordial, presentan arteriogramas coronarios normales ⁵².

Según la revista colombiana de cardiología, las mujeres tiene mayor tendencia a producir angina inestable y mayor de producir elevación del segmento ST ⁵³.

Tratamiento:

En esta enfermedad el principal objetivo de los fármacos es la disminución del riesgo de mortalidad, la prevención de complicaciones y la mejora de la calidad de vida.

Las principales diferencias en los tratamientos a nivel de perspectiva de género consisten en:

En mujeres postmenopáusicas y después de un IAM, el tratamiento hormonal con estrógenos más progesterona produce un aumento de riesgo de eventos cardiovasculares ⁵⁶.

Los inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa tienen peores resultados en mujeres según Boersma E ⁵⁶.

Los betabloqueantes tienen un menor uso en mujeres y se dan más episodios de hemorragias debido a los tratamientos antiagregantes aunque sin explicación según el género ⁴⁰.

Según el estudio realizado por Carla Araújo se apreció que hubo menos mujeres que hombres dadas de alta hospitalaria con *“tratamiento antiagregante plaquetario combinado doble y estatinas a dosis altas y remitidos a rehabilitación cardíaca”*, entre ellos es menos común que se dé a mujeres de alta con clopidogrel o ácido acetil-salicílico ⁴⁶.

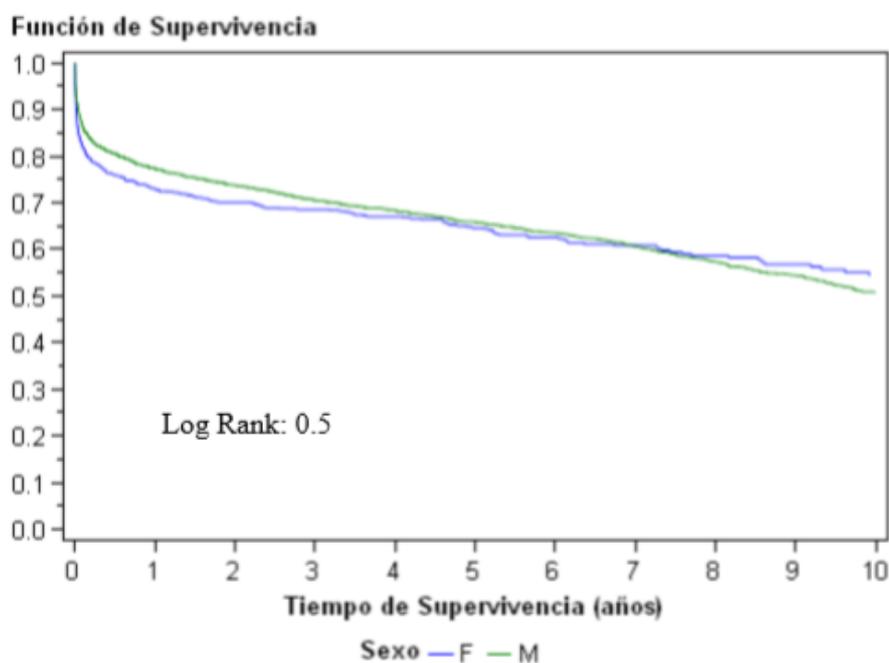
En relación a la adherencia terapéutica, se produce la misma situación que en la EPOC, el sexo femenino tiende a cuidar en mayor medida de la salud ajena y a dejar en segundo plano la propia, produciendo un abandono de medicamentos o de terapias ^{23,56}.

En cuanto a la rehabilitación cardíaca, uno de los tratamientos más efectivos en los programas de tratamiento, se ha analizado que existe una clara brecha de género. Las mujeres son derivadas un 32% menos a rehabilitación que los hombres, de las mujeres enviadas, un 36% deciden no acudir, y de las mujeres que acuden, un 27%

no terminan el tratamiento. Esto se encuentra producido por diferentes barreras sociales como: las responsabilidades sociales, el bajo nivel educativo, el desconocimiento del programa o la dificultad del transporte ⁵⁸.

Respecto al tratamiento más invasivo contra la cardiopatía isquémica, el trasplante cardíaco, según las líneas generales se puede apreciar que en el sexo femenino el trasplante tiene un mejor perfil clínico, en el cual, aunque en un inicio el sexo femenino tiene mayor incidencia de gasto cardíaco por causas aún desconocidas, a la larga se produce un mejor pronóstico que en el sexo masculino. Cabe destacar que la mortalidad en ambos sexos comienza siendo menor en la mujer hasta el 5^o año, en el cuál se iguala y a partir de entonces mejora en relación a los hombres ⁴⁴.

Figura 4: Curva de supervivencia de trasplante cardíaco al 10^o año.



Fuente: ⁴⁴

Por lo anteriormente expuesto es importante destacar que, a día de hoy, es necesaria la elaboración de más estudios e investigaciones sobre las enfermedades cardiovasculares con perspectiva de género teniendo en cuenta que es la causa principal de muerte en las mujeres ⁵².

Como ya se ha explicado, el principal problema existente en esta patología es el nuevamente el infradiagnóstico, al presentarse los síntomas en la mujer de forma diferente a los del hombre, y al relacionarse más los síntomas del IAM con el sexo masculino, los profesionales sanitarios diagnostican de forma incorrecta situaciones de ansiedad entre otras, ocultando la cardiopatía isquémica ocurrente.

Los síntomas del sexo femenino difieren de los del sexo masculino, en concreto, el dolor precordial, siendo el síntoma más característico de cardiopatía; en las mujeres puede presentarse como angina de pecho o dolor en cuello y brazo, lo cual dificulta su diagnóstico en gran medida.

Nuevamente hay que insistir en la importancia de la formación continuada a profesionales sanitarios para que conozcan las diferencias en la presentación clínica, diagnóstico y tratamiento eficaz de las enfermedades isquémicas en cuanto al sexo para lograr una disminución de la morbimortalidad femenina.

Conclusiones

-La aplicación y el análisis de los problemas de salud con enfoque de género dará una lectura diferente de la información disponible, permitiendo un abordaje más integrador en la explicación del proceso salud-enfermedad de la población.

-Para lograr la equidad de género en salud es imprescindible reforzar la formación continuada sobre el sesgo y el enfoque de género en la práctica médica a todos los profesionales sanitarios, consiguiendo disminuir el infradiagnóstico de las enfermedades y aumentar la calidad de vida de la población.

-Sensibilizar a la población a nivel individual y grupal, mejorando el acceso a la información y formación acerca de sus enfermedades y herramientas para autogestionarlas.

Bibliografía

1. Ley de protección de riesgos laborales. España; 1995 [citado 3 de Febrero de 2019].
2. Alcázar A. Ciencia Forense. Revista Aragonesa de medicina legal. [Internet]. 2015 [citado 3 de Febrero de 2019]; 11:p. 19-22.
3. Guía de ayuda para la valoración de enfermedades profesionales. [Internet] España; 2019 [citado el 4 de Febrero de 2019].
4. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de Octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Madrid; 2015 [citado 4 de Febrero de 2019] p. 157.
5. Real decreto 1299-2006, del 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. España; 2006 [citado 4 de Febrero de 2019].
6. Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Factores que determinan la aparición de enfermedades profesionales. España; 2019 [citado 4 de Febrero de 2019].
7. López Romero A, León Vázquez F. Enfermedad profesional y médicos de familia [Internet] [citado 5 de Febrero de 2019] 2010. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2010000200001
8. Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Estudio epidemiológico de las enfermedades profesionales en España. Madrid; 2017 [citado 6 de Febrero de 2019].
9. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Utilidad del Sistema Cepross para el control de las empresas que superan los límites de alerta establecidos en enfermedades profesionales. Madrid; 2018 [citado 4 de Febrero de 2019].

10. González Gómez M. Salud laboral y género. Apuntes para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. Madrid; [Internet] 2011 [citado 20 Febrero de 2019] 1ed. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion5.pdf>
11. García Gómez M, Castañeda López R. Enfermedades profesionales declaradas en hombres y mujeres en España en 2004. Revista Española de Salud Pública. [Internet]. 2006 [citado 13 de Febrero de 2019] ;(4). Disponible en https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1135-57272006000400006&script=sci_abstract
12. García Gómez M, Castañeda López R. Reconocimiento de enfermedades profesionales según sexo, ocupación y actividad de la empresa en España. Revista Española de Salud Pública. [Internet]. 2017 [citado 15 de Febrero de 2019] ;91:p 1-12.
13. Almodóvar Molina A. V Encuesta Nacional de condiciones de trabajo. Revista de la sociedad española de medicina y seguridad del trabajo. [Internet]. 2004; [citado el 25 de Febrero de 2019]; 1(0) :p 47-57.
14. Arcos E, Poblete J, Molina Vega I, Miranda C. Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: una tarea pendiente. Casilla; [Internet] 2007.[citado 5 de Marzo de 2019]: 1 ed. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000600004&script=sci_arttext
15. Nerin, I. Género y salud: estudiar las diferencias para mejorar los resultados. *Revista Clínica Española*. [Internet] 2015. [citado 8 de Marzo de 2019]; 215(391-392). Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207189>
16. García Calvente, M., Jimenez Rodrigo, M. and Martínez Morante, E. *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Escuela andaluza de Salud Pública. [Internet] 2019. [citado 27 de Febrero de 2019] pp.36-43.

17. Robledo Vera, C. and Rojas Bravo, M. Género Salud-enfermedad Elementos para entender su relación. *Revista CONAMED*. [Internet]. 2004. [citado 20 de Marzo de 2019]; 9(1).
18. Valls-Llobet, C. *Desigualdades de género en Salud pública*. Barcelona. [Internet] Undated. [citado 13 de Marzo de 2019]; 1º ed. Disponible en http://redes.cepcordoba.org/file.php/63/DESIGUALDADES_DE_GENERO_EN_LA_SALUD_PUBLICA.pdf
19. Ruiz Cantero, M. and Verdú-Delgado, M. *Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico*. Alicante: Universidad de Alicante. [Internet]. 2019. [citado 16 de Marzo de 2019]; 18º ed. Disponible en https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112004000700019&script=sci_arttext&tlng=pt
20. Género y Salud. Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud. América del Sur: Organización panamericana de la salud. [Internet]. 2019. [citado 7 de Marzo de 2019]; 1º ed.
21. De Cabo, G., Henar, L. and Calvo, M. Análisis de la perspectiva de género en algunas estadísticas española y propuestas de mejoras. *Instituto de la mujer*, [Internet] 2016. [citado 6 de Abril de 2019]; 16.
22. Alonso, T., Sobradillo, P. and De Torres, J. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres: ¿somos diferentes? 2017. *Archivos de Bronconeumología*, Madrid: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. [Internet]. 2019. [citado 28 de Marzo de 2019]; 1º ed. Disponible en <http://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/86%20Enfermedad%20pulmonar%20obstructiva%20crónica%20en%20mujeres.pdf>
23. Programa de atención integral a las mujeres con EPOC. . Madrid: ERGON. 2017 [citado 20 de Marzo de 2019]; 1º ed, pp.5-7, 17-19, 50-56.
24. Ancochea, J., Miravittles, M., García-Río, F., Muñoz, G., Sánchez, L. and Sobradillo, V. *Estudio EPI-SCAN: resumen del protocolo de un estudio para estimar la prevalencia de EPOC en personas de 40 a 80 años en España*. [Internet]. 2013. [citado 9 de Abril de 2019]; 1º ed.

25. Miravittles, M., Naberan, K., De la Roza, C., Lamban, M., Gobartt, E. and Martín, A. *Problemas con el diagnóstico de la EPOC en atención primaria*. Archivos de Bronconeumología. [Internet]. 2019 [citado 10 de Abril de 2019]; 42º ed, pp.4-8.
26. 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)*. [Internet]. 2012 [citado 15 de Marzo de 2019]; 48(1). Disponible en https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31783929/guia_espanola_EPOC.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1558888937&Signature=tq%2Fh6xHjq22H9xIGh0yjPasEfc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3Dguia_espanola_EPOC.pdf
27. Watson, L., Vestbo, J., Postma, D., Decramer, M., Rennard, S. and Kiri, V. Gender differences in the management and experience of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respiratory Medicine*. [Internet]. 2004 [citado 20 de Marzo de 2019]; 1207-1203(98). Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0954611104001866>
28. Jenkins, C., Chapman, K. and Donohue, J. *Improving the management of EPOC in women*. CHEST. [Internet]. 2017. [citado 9 de Abril de 2019]; 3º ed. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369216623164>
29. Dreyse, J., Lisboa, C., Pinto, C. and Saldías, F. *Características clínicas y funcionales según género de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. [Internet]. 2008 [citado 24 de Marzo de 2019]; 24º ed. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-73482008000200002&script=sci_arttext
30. Sobradillo Ecenarro, P. and Inchausti Iguñiz, M. *EPOC en la mujer*. Medicina Respiratoria. [Internet] 2014 [citado 26 de Marzo de 2019] ;7º ed, pp 29-38.
31. Sin, D., Ben-Zaken Cohen, S., Day, A., Coxson, H. and Paré, P. *Understanding the Biological Differences in Susceptibility to Chronic Obstructive Pulmonary Disease between Men and Women*. [Internet] 2007 [citado 3 de Abril de 2019];

4ºed. Disponible en <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1513/pats.200706-082SD>

32. De Torres, J., Casanova, C., Montejo de Garcini, A., Aguirre-Jaime, A. and Celli, B. *Gender and respiratory factors associated with dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease*. [Internet]. 2012. [citado 7 de Abril de 2019]. Disponible en <https://respiratory-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/1465-9921-8-18>
33. Naberan, K. and Cantoni, J. *Impairment of quality of life in women with chronic obstructive pulmonary disease*. *Respir Med*. [Internet]. 2012 [citado 9 de Abril de 2019]; 106:pp 367-73. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0954611111003398>
34. Celli, B., Vestbo, J., Jenkins, C., Jones, P., Ferguson, G. and Calverley, P. (2011). Sex differences in mortality and clinical expressions of patients with chronic obstructive pulmonary disease. The TORCH experience. *Am J Respir Crit Care Med*. [Internet]. 2012 [citado 20 de Abril de 2019]; 317-22(183). Disponible en <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201004-0665OC>
35. Martínez, C., Rraparla, S., Plauschinat, C., Giardino, N. and Rogers, B. Gender Differences in Symptoms and Care Delivery for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Women's health*. [Internet]. 2019 [citado 3 de Mayo de 2019]; 21(1).
36. González, A., Suissa, S. and Ernest, P. *Gender differences in survival following hospitalisation for COPD*. *Thorax*. [Internet]. 2010. [citado 7 de Mayo de 2019]. 66º ed. pp.38-42. Disponible en <https://thorax.bmj.com/content/66/1/38.short>
37. Dal Negro, R., Bonadiman, L. and Turco, P. Prevalence of different comorbidities in COPD patients by gender and GOLD stage. *Multidiscip Respir Med*. [Internet]. 2015 [citado 27 de Abril de 2019]; 24(10). Disponible en <https://mrmjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40248-015-0023-2>
38. Goodman, DE., Israel, E., Rosenberg, M., Johnston, R. and Weiss, S. The influence of age, diagnosis, and gender on proper use of metered-dose-inhalers. *Am J Respir Crit Care Med*. [Internet]. 1994 [citado 7 de Mayo de 2019]; 1256-

61(150). Disponible en <https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/ajrccm.150.5.7952549>

39. Carrasco-Garrido, P., de Miguel-Díez, J., Rejas-Gutierrez, J., Martín-Centeno, A., Gobartt-Vázquez, E. and Hernandez-Barrera, V. Characteristics of chronic obstructive pulmonary disease in Spain from a gender perspective. *BMC Pulm Med*, [Internet]. 2009. [citado 16 de Mayo de 2019]; 2. Disponible en <https://bmcpulmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2466-9-2>
40. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Programa Aragonés de Mujer y Corazón (PAMYC)*. Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. 2019. [citado 10 de Mayo de 2019].
41. Sociedad Española de Cardiología. *Mortalidad Cardiovascular en 2017*. [Image]. 2018. [citado 3 de Mayo de 2019].
42. Dr. Paola Beltrán. 2018. *Actualidad- Comunicación- Notas de prensa*. [citado 20 de Mayo de 2019].
43. Lerner, D. and Kannel, W. *Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-Year follow-up of the Framingham population*. Am Heart. [Internet]. 1986 [citado 17 de Mayo de 2019]; 11º ed.
44. Observatorio de salud de la mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España*. Sociedad Española de Cardiología. [citado 15 de Mayo de 2019].
45. López-Martínez, T., Prieto García, E. and del Dios del Valle, R. Mujeres y hombres frente al síndrome coronario agudo. *Enfermería en Cardiología*, [Internet]. 2012 [citado 15 de Mayo de 2019]; 57. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6294194>
46. Araújo, C., Laszczyńska, O., Viana, M., Dias, P., Mariel, M., Moreira, I. and Azevedo, A. Calidad del cuidado y mortalidad a 30 días de mujeres y varones con infarto agudo de miocardio. *Revista Española de Cardiología*. [Internet]. 2018 [citado 16 de Mayo de 2019]. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893218302495>

47. María Teresa Ruiz Cantero. *Sesgos e innovaciones de género en investigación y atención sanitaria*. [Internet]. 2018. [citado 5 de Mayo de 2019].
48. Perspectiva de género en el estudio OFRECE: diferencias en la atención entre pacientes que consultan por dolor torácico o por palpitaciones. [Internet] 2014. [citado 5 de Mayo de 2019].
49. Ruiz Cantero, M. *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Alicante: Nueva Salud Pública. [Internet]. 2009 [citado 7 de Mayo de 2019]; 33-45.
50. Ruiz Cantero M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Alicante: Gaceta Sanitaria; [Internet]. 2004. [citado 9 de Mayo de 2019]. 2º ed. Disponible en https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0213-91112004000700019&script=sci_arttext&tlng=pt
51. García M. Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. [Internet]. 2018 [citado 11 de Mayo de 2019] ;8-12(25). Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317302498>
52. Rohlf I, García M, Gavaldà L, Medrano M, Juvinya D, Baltasar A et al. Género y cardiopatía isquémica. Gaceta Sanitaria. [Internet]. 2003 [citado 4 de Mayo de 2019]; 18. Disponible en https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000800008
53. Parra P, Buitrago N, Carvajal R, Wagner K, Viáfara J, Calle A. Diferencias Angiográficas y epidemiológicas entre hombres y mujeres que desarrollan síndrome coronario agudo. Revista Colombiana de Cardiología. [Internet]. 2017 [citado 7 de Mayo de 2019]; 436-441(24). Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317300852>
54. Ofman S, Pereyra Girardi C, Cófreces P, Stefani D. Importancia de las diferencias por género en el afrontamiento a la enfermedad: el caso de la hipertensión arterial esencial. Cádiz, Huelva, Córdoba, Sevilla; [Internet]. 2014 [citado 11 de Mayo de 2019]; 2º ed. Disponible en <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/508>

55. Olmos-Suárez P. El corazón de la mujer visto desde la Sociología con enfoque de equidad de género. Revista Colombiana de Cardiología. [Internet]. 2018 [citado 8 de Mayo de 2019]; 3-7(25).
56. Jaramillo Jaramillo M, Zambrano Chaves J. Diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica. Revista Colombiana de Cardiología. [Internet]. 2018 [citado 15 de Mayo de 2019]; pp 84-90(25). Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317302516>
57. Shaw L, Pepine C, Reis S, Bittner V, Kelsey S, Olson M. Insights from the NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. Journal of the American College of Cardiology. [Internet]. 2019 [citado 14 de Mayo de 2019]; 47(2). Disponible en http://www.onlinejacc.org/content/47/3_Supplement/S4.abstract
58. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Rehabilitación cardíaca equitativa y especializada en mujeres de alto riesgo cardiovascular. Madrid: Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud; [Internet]. 2017. [citado 14 de Mayo de 2019].