

EDITORIAL

Ser mujer como factor (de mal pronóstico) en salud

Being a woman: a risk factor for poorer health outcomes

Blanca Coll-Vinent

El sexo y el género son factores determinantes para cada individuo en su devenir diario y vital, en todos sus aspectos, y entre ellos la salud y la enfermedad. Sexo y género impactan sobre los riesgos ocupacionales o del entorno, sobre la percepción de salud y el autocuidado, sobre la utilización de los recursos sanitarios y la respuesta de estos a la demanda, factores que influyen todos ellos en el riesgo de desarrollar enfermedades y en su pronóstico. Además, las diferencias genéticas, hormonales y anatómicas asociadas al sexo influyen en muchos otros aspectos relacionados con la salud, entre los que destacan la farmacocinética y la farmacodinámica y, por ende, el efecto beneficioso y los efectos secundarios de los fármacos¹⁻³.

Es lógico pensar, pues, que la respuesta a distintos factores de riesgo, la prevalencia de distintas enfermedades, sus manifestaciones clínicas, la respuesta a sus distintos tratamientos y su pronóstico van a ser distintos según el sexo y el género de cada individuo. De hecho, existe evidencia científica al respecto. Ya a finales del siglo pasado se empezó a visualizar la importancia de individualizar la medicina por sexo y género. Las enfermedades cardiovasculares, lideradas por la cardiopatía isquémica, fueron el ejemplo pionero en este campo, y actualmente ya son numerosas las publicaciones que demuestran diferencias entre hombres y mujeres en muchos otros grupos de enfermedades: infecciones, enfermedades respiratorias, reumatológicas, nefrológicas, endocrinológicas, digestivas o psiquiátricas⁴⁻⁷.

Sin embargo, en la medicina actual raramente se individualiza por sexo y por género. En el campo de la investigación, existen dos grandes vacíos. Por un lado, la representación de las mujeres es menor en la gran mayoría de estudios, en algunos de ellos es testimonial o inexistente, y a menudo se excluyen grandes grupos de mujeres, como las mujeres embarazadas o las mujeres en edad gestacional^{1,2}. Por otro lado, y todavía más importante, se tiende a una visión simplista de la ciencia unificando y generalizando los resultados a un modelo único, sin tener en cuenta las características diferenciales de cada género y mucho menos realizando un análisis pormenorizado que ponga en valor las particularidades y las variaciones en cada sexo y género.

En el campo de la docencia, la diferenciación por

sexo o género es todavía más inexistente. Salvo en las enfermedades específicas de un sexo, y salvo honrosas excepciones, ni los currículos impartidos en las aulas distinguen por sexo y género, ni los libros de texto tienen capítulos diferenciados. Lo mismo ocurre en el campo asistencial. En guías y consensos, las recomendaciones específicas por sexo y género brillan por su ausencia^{8,9}. Tampoco las fichas técnicas de los distintos fármacos distinguen por sexo o género, aunque sí lo hagan por edad, peso o función renal. Además, en la mayoría de los casos, los circuitos asistenciales, los horarios y las normas son comunes a hombres y mujeres.

Las diferencias de sexo y género también están presentes en la medicina de urgencias. Poniendo como ejemplo a la emergencia por excelencia, la parada cardiorrespiratoria (PCR), numerosos estudios realizados en perspectiva de género han demostrado que las mujeres tienen peores factores pronóstico, reciben menos intervenciones terapéuticas aun ajustando por los factores pronóstico, y más a menudo reciben órdenes de no resucitación^{11,12}. Además, aunque con algunos resultados contradictorios¹³, tienen un peor pronóstico, con menor supervivencia al alta y menor supervivencia con buenos resultados neurológicos, a pesar de que la supervivencia hasta la llegada al hospital no sea menor.

En el presente número de la Revista, Mateo-Rodríguez *et al.* nos presentan un análisis detallado de las diferencias de género, en dos periodos de tiempo distintos (2013/2014 y 2017/2018) a partir del registro español prospectivo de PCR extrahospitalaria (OHSCAR). Incluyen a un total de 11.036 casos de PCR, de los cuales 3.089 (28%) son mujeres¹⁴. Los resultados son interesantes porque muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres tanto epidemiológicas (mayor edad, mayor tasa de ritmo no desfibrilable, mayor tasa de PCR no presenciada en las mujeres) como de tratamiento (menor tasa de reanimación cardiopulmonar –RCP–, básica iniciada por el testigo, mayor retraso en la llegada de la ambulancia, menor tasa de angioplastia y menor tasa de control de temperatura posterior a la recuperación del ritmo en las mujeres), o de pronóstico (menor tasa supervivencia a alta hospitalaria y menor tasa de supervivencia con buenos resultados neurológicos en las mujeres).

Filiación de los autores: Área de Urgencias, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

Contribución de los autores: La autora ha confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Blanca Coll-Vinent. Área de Urgencias. Hospital Clínic. C/ Villarroel 170. 28036 Barcelona, España.

Correo electrónico: bcvinent@clinic.cat

Información del artículo: Recibido: 31-1-2022. Aceptado: 1-2-2022. Online: 28-2-2022.

Editor responsable: Óscar Miró.

DOI: 10.55633/s3me/E042.2022

Estos resultados no solamente refuerzan los conocimientos obtenidos hasta la fecha, sino que nos ofrecen tres importantes lecciones. Por un lado, confirman que estas diferencias existen también en nuestro entorno. Por otro lado, sugieren que las diferencias pueden ser debidas a factores relacionados directamente con el sexo y el género, pero que también reflejan una inequidad en la atención médica entre hombres y mujeres. Y tercera, nos enseñan que la mayoría de estas diferencias se mantienen a lo largo del tiempo, sin que se realice ninguna acción de mejora.

El análisis de estos resultados es interesante y muy complejo. Aunque hacerlo no es el propósito de este editorial, ni habría suficiente espacio para ello, sí podemos reflexionar sobre las lecciones que nos da este artículo sobre las diferencias de sexo y género en la PCR en particular y en la medicina en general.

Una primera reflexión es sobre la distinción entre sexo y género. La influencia de uno y otro factor no siempre es clara y a menudo confluyen. Además, la distinción entre hombres y mujeres no se define ni en este ni en otros estudios con perspectiva de género. Ni sabemos si se basan en los atributos externos, en el nombre, o en el rol adquirido por el individuo estudiado dentro de la sociedad, ni es fácil decidir cuál de ellos es el criterio más adecuado en cada caso. Finalmente, ni sexo ni género son binarios, por lo que distinguir entre hombres y mujeres corre el riesgo de sobre simplificar las diferencias de sexo y género.

Por otro lado, si desde hace décadas se conoce que existen diferencias asociadas al sexo y al género, ¿por qué continuamos practicando la medicina de manera unitaria? En el ejemplo que nos ocupa, ¿por qué siguen habiendo las mismas diferencias de género en los dos periodos?, ¿por qué no se enseña la RCP básica, a los estudiantes de medicina y a la población general, de manera diferenciada?, ¿por qué se practica en modelos de fenotipo masculino y no en modelos con pechos de distinta medida, forma y consistencia?, ¿por qué las guías actuales de RCP¹⁰ no distinguen entre hombres y mujeres respecto a la técnicas y los parámetros, la dosificación de fármacos o la indicación de uno u otro tratamiento posrecuperación del ritmo espontáneo?

Probablemente toque rescribir la medicina en perspectiva de género. La tarea es ingente. Habrá que investigar, desaprender, reaprender y enseñar. Pero con los conocimientos actuales ya no podemos seguir con la venda en los ojos a sabiendas. Sería una mala praxis. Obviar la perspectiva de género no solamente es perjudicial, sino que limita las posibilidades de innovación y de desarrollar intervenciones efectivas para mejorar la calidad asistencial.

Autores, editores, revisores y la comunidad científica en general tienen un papel decisivo para revertir la omisión de la perspectiva de género en las publicaciones

científicas^{1,2,15}. Y la medicina de urgencias no puede quedar atrás. Autores como Mateo-Rodríguez *et al.* ya han dado un primer paso. Vamos a ver si también EMERGENCIAS se sube al carro.

Conflicto de intereses: La autora declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: La autora declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: La autora ha confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- 1 Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Res Integr Peer Rev.* 2016;1:2-9.
- 2 Mc Gregor AJ. Sex and Gender Differences in Cardiovascular Resuscitation, Recovery, and Survival. *Clin Therapeutic.* 2019;41:1010-2.
- 3 Hoffman DE, Tarzian AJ. The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain. *J Law Med Ethics.* 2001;29:1327.
- 4 Ruiz Cantero MT. Perspectiva de género en medicina. Monografías 39. Fundación Dr. Antoni Esteve: Barcelona; 2019.
- 5 Riesgo García A. Manejo clínico de las mujeres que consultan en urgencias por patología cardiovascular: ¿existen diferencias respecto a los hombres? *Emergencias.* 2012;24:325-31.
- 6 Smith DRM, Dolk FCK, Smieszek T, Robotham JV, Pouwels KB. Understanding the gender gap in antibiotic prescribing: a cross-sectional analysis of English primary care. *BMJ Open.* 2018;8:e020203.
- 7 Geller SE, Koch A, Pellettieri B, Carnes M. Inclusion, analysis, and reporting of sex and race/ethnicity in clinical trials: have we made progress? *J Womens Health.* 2011;20:315-20.
- 8 Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2021;42:1289-367.
- 9 Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, Donnino MW, Drennan IR, Hirsch KG, et al; Adult Basic and Advanced Life Support Writing Group. Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2020;142:S366-S468.
- 10 Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, Blomstrom-Lundqvist C, Cifkova R, De Bonis M, et al, ESC Scientific Document Group. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J.* 2018;39:3165-241.
- 11 Blewer AL, McGovern SK, Schmicker RH, May S, Morrison LJ, Aufderheide TP, et al. Resuscitation Outcomes Consortium (ROC) Investigators. Gender Disparities Among Adult Recipients of Bystander Cardiopulmonary Resuscitation in the Public. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2018;11:e004710.
- 12 Mody P, Pandey A, Slutsky AS, Segar MW, Kiss A, Dorian P. Gender-Based Differences in Outcomes Among Resuscitated Patients With Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation.* 2021;143:641-9.
- 13 Kotini-Shah P, Del Rios M, Khosla S, Pugach O, Vellano K, McNally B, et al. Sex differences in outcomes for out-of-hospital cardiac arrest in the United States. *Resuscitation.* 2021;163:6-13.
- 14 Mateo-Rodríguez I, Knox EC, Ruiz-Azpiazu JI, Fernández del Vale P, Daponte-Codina A, Jiménez-Fàbrega X, et al. Brecha de género persistente en la parada cardiaca extrahospitalaria en España durante el periodo 2013-2018. *Emergencias.* 2022;34:259-67.
- 15 Wigginton JG, Perman SM, Barr GC, McGregor AJ, Miller AC, Napoli AF, et al. Sex-and Gender-specific Research Priorities in Cardiovascular Resuscitation: Proceedings from the 2014 Academic Emergency Medicine Consensus Conference Cardiovascular Resuscitation Research Workgroup. *Acad Emerg Med.* 2014;21:1343-9.