

# El sesgo de sexo en la práctica de la medicina: la isquemia coronaria aguda en mujeres

.....

Alexis Berenice Meza Rodríguez.

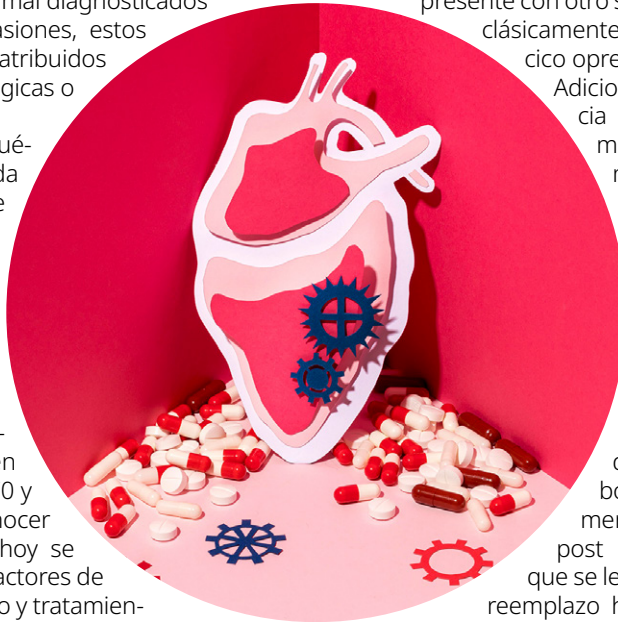
Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, Cuernavaca,  
Mor. IMSS

[alexis.meza.br@gmail.com](mailto:alexis.meza.br@gmail.com)

La ciencia y, en específico, la ciencia médica no ha estado exenta de la influencia androcentrista que predomina en la sociedad en la que vivimos. Los datos acumulados en investigaciones médicas derivados de las intervenciones y tratamientos realizados en hospitales han estado centrados en cuerpos masculinos y se ha dado por hecho que esto es aplicable para los cuerpos femeninos, excluyendo a las mujeres de estos estudios con la excusa de evitar confundir los resultados con la variabilidad que suponen los ciclos hormonales. En consecuencia, los síntomas de las mujeres han sido confundidos, minimizados o incluso mal diagnosticados y en no pocas ocasiones, estos síntomas han sido atribuidos a cuestiones psicológicas o psicósomáticas <sup>(1)</sup>.

La cardiopatía isquémica es considerada la principal causa de morbimortalidad a nivel mundial, a mayor edad, es más incidente en las mujeres y en México la situación no es diferente <sup>(2)</sup>. Amplias investigaciones realizadas en las décadas de los 70 y 80 permitieron conocer mucho de lo que hoy se sabe acerca de los factores de riesgo, cuadro clínico y tratamiento de la enfermedad cardiovascular <sup>(3)</sup>

<sup>(4)</sup> <sup>(5)</sup>. No fue hasta 1991 que la Dra. Bernadine Healy señaló que las mujeres recibían abordajes diagnósticos y terapéuticos distintos a los hombres y que esto fue consecuencia de que la literatura médica disponible en relación a padecimientos cardiovasculares era resultado de estudios realizados exclusivamente en población masculina <sup>(6)</sup>. Pasó más de una década para que se obtuvieran resultados derivados de investigaciones formales conducidas con el objetivo de conocer las diferencias en la forma que se presenta la enfermedad cardiovascular entre hombres y mujeres.



Sin embargo, hasta el día de hoy, las decisiones clínicas que tomamos en torno al dolor torácico y los equivalentes anginosos están basadas en el cuadro clínico masculino y si las mujeres difieren en la presentación, se desestima que el origen de los síntomas “atípicos” sean originados en la circulación coronaria <sup>(1)</sup>.

No obstante, la más reciente guía europea para el manejo de isquemia coronaria desaconseja el uso del término “atípico” para referirse al dolor torácico que probablemente no tiene origen coronario, ya que podría descartar prematuramente un infarto en cualquier paciente que se presente con otro síntoma que no sea el clásicamente esperado dolor torácico opresivo <sup>(7)</sup>.

Adicionalmente, la creencia arcaica de que las mujeres se infartaban menos (ya que no presentaban las sintomatología “típica”) por el efecto protector que confiere el ciclo hormonal estrogénico se desmontó totalmente al demostrarse que la enfermedad cardiovascular y la trombosis vascular se incrementó en las mujeres post menopáusicas a las que se les trató con terapia de reemplazo hormonal y, además,

los análisis posteriores a la suspensión del estudio también demostraron incremento en el riesgo de cáncer mamario, eventos vasculares cerebrales y embolias pulmonares <sup>(8)</sup>.

Los factores de riesgo cardiovascular que tienen mayor peso en las mujeres son edad, diabetes, hipertensión, capacidad vital, hematocrito, colesterol, glucosa, obesidad e hipotiroidismo subclínico <sup>(1)</sup>. Los factores psicológicos y el estrés emocional pueden influir en el inicio y el curso clínico de la enfermedad isquémica coronaria.

La depresión, el estrés percibido en el hogar y en el trabajo, así como eventos estresantes en la vida pueden incrementar hasta 3.5 veces el ries-

go de infarto en las mujeres <sup>(9)</sup>. La depresión en mujeres se presenta con el doble de frecuencia que en hombres; es un factor de riesgo que incrementa al menos el 50% de probabilidad para que presenten infarto del miocardio y muerte; adicionalmente se le considera un predictor fuerte de infartos tempranos en mujeres jóvenes y de mediana edad <sup>(10)(11)</sup>.

En cuanto al mecanismo fisiopatológico, en las mujeres es más común el infarto sin elevación del segmento ST, así como la enfermedad arterial coronaria no obstructiva, para esta última se han reportado mecanismos inusuales como la disección arterial coronaria espontánea y el espasmo coronario <sup>(12)</sup>.

En este punto, es importante conocer la variabilidad que existe en las manifestaciones de infarto en las mujeres, en las cuales se ha descrito dolor o simplemente malestar retroesternal que irradia a mandíbula, cuello, hombros y omóplatos y se ha descrito como agudo, urente y reproducible a la digitopresión asociado a equivalentes anginosos como disnea, debilidad, fatiga e indigestión. Podría estar acompañado de epigastralgia y palpitaciones o podría presentarse únicamente con alteraciones gástricas como náusea, indigestión y vómito. Se ha reportado también fatiga y disnea, incluso síntomas similares a la gripa, mareo, sensación de miedo y ansiedad y debilidad generalizada <sup>(12)</sup>.

Teniendo esto en cuenta, no es de sorprender que las mujeres con enfermedad coronaria son

menos diagnosticadas y por consecuencia, menos tratadas que los hombres, lo que redundará en mayor frecuencia de complicaciones y, muerte. Aún con la presentación típica anginosa, a las mujeres se les intervenía únicamente la mitad de las veces que a los hombres <sup>(13)</sup>. Sumado a esto, Maserejian y colaboradores demostraron en el 2009 que al menos a un tercio de las mujeres con síntomas anginosos se les considera de origen mental y son tratadas con ansiolíticos o antidepresivos, lo que ocurre únicamente en el 15% de los hombres con los mismos síntomas <sup>(14)</sup>. Peor aún, si las mujeres se presentan con gran expresividad o con implicaciones emocionales es más probable que no reciban el diagnóstico de infarto en comparación con mujeres que se presenten con la misma sintomatología, pero con una actitud menos emocional <sup>(15)</sup>.

Es posible, además, que las mujeres tampoco soliciten valoración médica oportuna al no relacionar los síntomas inespecíficos como manifestaciones de un infarto y se presenten en los hospitales con mayor tiempo de retraso en comparación con los hombres <sup>(1)</sup>.

En la práctica de la medicina, existe un retraso en la investigación sobre el sesgo de sexo, lo que deriva en poca información disponible. Recientemente, en el 2023, Arias-Mendoza y colaboradores reportaron los resultados del análisis sobre la atención y características de las mujeres mexicanas con infarto atendidas en el Instituto Nacional de Cardiología. Encontraron que las



pacientes acudieron hasta con cuatro horas de retraso respecto de los hombres desde el inicio de los síntomas hasta la admisión hospitalaria; se corroboró que las mujeres reciben menos tratamiento específico: menos fibrinólisis, menos angioplastia y menos angiografías coronarias y, como era de esperarse, la mortalidad también fue mayor en las mujeres tanto para el infarto con elevación del segmento ST (hasta 1.21 veces más que los hombres) como para el infarto sin elevación del ST (hasta 1.39 veces más que los hombres) <sup>(16)</sup>.

Se podría afirmar que es de dominio popular y ampliamente conocido que “los hombres se infartan más, pero cuando las mujeres se infartan, mueren más”. La evidencia ha demostrado que las mujeres tienen mayor prevalencia de complicaciones y muerte por infarto del miocardio que los hombres y, aún más, que la diferencia de estas cifras no se debe a un hecho biológico. En suma, es verdad que las mujeres mueren más al tratarse del infarto del miocardio, tanto en el corto como en el largo plazo, ya que dentro del primer año posterior a un infarto mueren más mujeres que hombres (26% y 19% respectivamente) así como en los siguientes 5 años (47% y 36% respectivamente). <sup>(12)</sup>.

Ante esto, ¿qué nos corresponde hacer desde nuestro nivel de atención para evitar que este sesgo de sexo en la ciencia de la medicina persista con estas penosas consecuencias?

La vasta y consistente realidad no puede seguir siendo ignorada. Es necesario incluir la perspectiva de sexo y género en las investigaciones clínicas <sup>(17)</sup> para abordar a fondo y modificar las condicionantes que han impedido identificar claramente esta entidad en las mujeres, así como ahondar en los factores y disparidades sociales, económicas y biopsicosociales que tienen un rol relevante en la génesis y evolución de la enfermedad.

En el ámbito clínico, un factor decisivo sería buscar y descartar intencionadamente el diagnóstico de infarto aun ante la baja sospecha y ofrecer las mismas oportunidades de tratamiento a todas las personas indistintamente del sexo, edad y síntomas, evitando que el sesgo de sexo automatizado e internalizado en la práctica médica diaria nuble el criterio que nos ha llevado a creer que los síntomas “atípicos” en la mujer son originados por cualquier otra causa menos la cardiogénica.

#### Referencias bibliográficas

- Valls-Llobet, Carme. [2020]. Mujeres invisibles para la medicina [5a ed.]. Capitan Swing.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease. [2024]. [Consultado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.healthdata.org/gbd>
- Multiple Risk Factor Intervention Trial: Risk Factor Changes and Mortality Results. [1982]. *JAMA*, 248[12], 1465-1477.
- Murphy Marvin L, Hultgren Herbert N., Detre Katherine, Thomsen James, Takaro Timothy, & null null. [1977]. Treatment of Chronic Stable Angina. *New England Journal of Medicine*, 297[12], 621-627.
- Manson, J. E., Grobbee, D. E., Stampfer, M. J., et al. [1990]. Aspirin in the primary prevention of angina pectoris in a randomized trial of United States physicians. *The American Journal of Medicine*, 89[6], 772-776.
- Healy, B. [1991]. The Ventri Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 325[4], 274-276.
- Byrne, R. A., Rossello, X., Coughlan, J. J., et al. ESC Scientific Document Group. [2023]. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 44[38], 3720-3826.
- Manson, J. A., Chlebowski, R. T., Stefanick, M. L., Aragaki, A., Howard, B., & Rossouw, J. [2013]. The Women's Health Initiative hormone therapy trials: Update and overview of health outcomes during the intervention and post-stopping phases. *JAMA*, 310, 1-17.
- Öunpuu, S., Negassa, A., & Yusuf, S. [2001]. INTER-HEART: A global study of risk factors for acute myocardial infarction. *American Heart Journal*, 141[5], 711-721.
- Wassertheil-Smoller, S., Shumaker, S., Ockene, J., Talavera, G. A., Greenland, P., Cochrane, B., Robbins, J., Aragaki, A., & Dunbar-Jacob, J. [2004]. Depression and Cardiovascular Sequelae in Postmenopausal Women: The Women's Health Initiative (WHI). *Archives of Internal Medicine*, 164[3], 289-298.
- Whang, W., Kubzansky, L. D., Kawachi, I., et al. [2009]. Depression and Risk of Sudden Cardiac Death and Coronary Heart Disease in Women: Results From the Nurses' Health Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 53[11], 950-958.
- Mehta, L. S., Beckie, T. M., DeVon, H. A., et al. [2016]. Acute Myocardial Infarction in Women. *Circulation*, 133[9], 916-947.
- Steingart Richard M., Packer Milton, Hamm Peggy, et al. [1991]. Sex Differences in the Management of Coronary Artery Disease. *New England Journal of Medicine*, 325[4], 226-230.
- Maserejian, N. N., Link, C. L., Lutfey, K. L., Marceau, L. D., & McKinlay, J. B. [2009]. Disparities in Physicians' Interpretations of Heart Disease Symptoms by Patient Gender: Results of a Video Vignette Factorial Experiment. *Journal of Women's Health*, 18[10], 1661-1667.
- Birdwell, B. G., Herbers, J. E., & Kroenke, K. [1993]. Evaluating Chest Pain: The Patient's Presentation Style Alters the Physician's Diagnostic Approach. *Archives of Internal Medicine*, 153[17], 1991-1995.
- Arias-Mendoza, A., González-Pacheco, H., Álvarez-Sangabriel, A., et al. [2023]. Women with Acute Myocardial Infarction: Clinical Characteristics, Treatment, and In-Hospital Outcomes from a Latin American Country. *Global Heart*.
- 17Heidari, S., Babor, T. F., De Castro, P., Tort, S., & Curro, M. [2016]. Sex and Gender Equity in Research: Rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Research Integrity and Peer Review*, 1[1], 2.