



La visión de género en medicina: el caso de las mujeres

Raúl Ariza Andraca¹

“Se me ocurre que vas a llegar distinta, no exactamente más linda, ni más fuerte, ni más dócil, ni más cauta, tan sólo que vas a llegar distinta.”

Mario Benedetti

El ejercicio de la medicina se modifica constantemente: se adapta a los cambios sociodemográficos y avances tecnológicos, pero sin perder su esencia, su propósito, su misión, que es mejorar la salud de la sociedad.

Las enfermedades en los seres humanos son la consecuencia de una compleja red multicausal en la cual intervienen componentes genéticos, ambientales, sociales, económicos, psicológicos, conductuales y culturales; sin embargo, el peso de los factores varía entre los individuos; así, de acuerdo con el género, existen ciertos padecimientos que tienen frecuencia y comportamientos diferentes. Hasta hace poco tiempo, el enfoque de género en las mujeres estuvo dirigido a ciertos padecimientos como osteoporosis, cáncer de mama, cáncer cervicouterino y salud reproductiva, pero desde finales del siglo pasado ha surgido una corriente (*women's health*) cuyo propósito es abordar a las enfermedades tomando en cuenta la variable de género femenino.

La distinción entre género y sexo es una característica exclusiva de los seres humanos. El término “género” es un constructo social que, de acuerdo con el Instituto de Medicina de los EUA, se refiere a las conductas, normas, comportamientos, costumbres, atributos y funciones que cada sociedad considera apropiados para hombres y mujeres. “Sexo”, en cambio, alude a la función reproductiva y a las características biológicas determinadas por los cromosomas y por las propias hormonas sexuales.¹

En animales de experimentación se ha demostrado que la expresión del cromosoma “Y” activa diversos genes que provocan la liberación o inhibición de las hormonas sexuales que influyen en las características fenotípicas de los hombres y mujeres. Si bien resultan evidentes las diferencias en la fisonomía y características biológicas determinadas por el sexo, no se han encontrado otros cambios estructurales bien definidos. Desde un punto de vista neuropsicológico, hay comportamientos diferentes y podría decirse que existe una asimetría funcional del cerebro. Las mujeres, por ejemplo, aventajan a los hombres en habilidades verbales, motricidad fina y velocidad perceptiva.² Además, se ha observado que después de diversos estímulos fonéticos, las mujeres activan más intensamente las redes neuronales que involucran el gyrus frontal inferior derecho e izquierdo, a diferencia de los hombres, que sólo activan una parte del gyrus izquierdo.³ También se han reconocido diferencias en otros sistemas biológicos, tales como variantes en la información celular, la expresión de ciertos receptores de membrana y determinadas funciones de linfocitos, osteoblastos y osteoclastos. Ciertos parámetros de laboratorio tienen puntos de corte diferentes para hombres y mujeres, y también hay divergencia en el metabolismo y la respuesta a ciertos medicamentos.

Debido a la visión androcéntrica que prevaleció durante mucho tiempo, el enfoque de género en medicina no se ha generalizado; incluso, existe un número significativo de investigaciones y ensayos clínicos realizados con población masculina exclusivamente.^{1,4} Estudios clínicos y epidemiológicos han reconocido determinadas enfermedades que tienen claras diferencias entre los dos géneros en su frecuencia, implicaciones y comportamiento. Algunos ejemplos son las enfermedades autoinmunes reumáticas, hepáticas y tiroideas; la fibromialgia, los trastornos del apetito como la bulimia y la anorexia nerviosa, los padecimientos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad; la esclerosis múltiple, la litiasis vesicular, la osteoporosis; los trastornos funcionales como el síndrome de intestino irritable, la migraña, la disautonomía y la fatiga; el síndrome

¹ Editor Acta Médica.

Correspondencia:

Raúl Ariza Andraca

Correo electrónico: craulariza@yahoo.com.mx

Aceptado: 01-10-2016.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

de fragilidad, las infecciones de las vías urinarias, la infección por el VIH, la obesidad, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus y muchas otras.⁵

Este escrito sólo pretende llamar la atención para que en el ejercicio de la medicina se reflexione sobre las diferencias existentes entre hombres y mujeres. A manera de ejemplo, se citarán algunos datos de tres entidades que revisten gran importancia por su prevalencia actual.

OBESIDAD

La obesidad y el sobrepeso son los trastornos nutricionales más frecuentes en México. De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud de 2012 (ENSANUT), el 71.2% de los adultos mexicanos presenta sobrepeso u obesidad (38.8% sobrepeso y 32.4% obesidad). La prevalencia de obesidad abdominal en la mujer se encontró en 82.8%, contrastando con 64.5% en los hombres.⁶ La obesidad es una enfermedad compleja, consecuencia de la interacción de múltiples factores, aunque predominan los genéticos, los metabólicos y los estilos de vida poco saludables. La distribución de grasa corporal en mujeres premenopáusicas es diferente a aquélla en las menopáusicas. Estas últimas son proclives a acumular grasa abdominal. Se han publicado múltiples estudios (sobre todo experimentales) en donde se demuestra que el gasto de energía en mujeres en menopausia es significativamente menor y, aunque existen otros componentes, la deficiencia de estrógenos parece cobrar un papel patogénico significativo en su causalidad.⁷

La obesidad en las mujeres es el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes y enfermedades cardiovasculares), pero también la propia obesidad confiere riesgos a otras enfermedades como cáncer de endometrio, litiasis vesicular y enfermedad tromboembólica venosa. Por otra parte, las repercusiones sociales que tiene la obesidad son mayores en las mujeres.

DIABETES MELLITUS TIPO 2

En una conferencia escuché decir que “la diabetes mellitus tipo 2 tiene cara de obesidad, de pobreza y de mujer”, lo cual enfatiza características que distinguen a la diabetes tipo 2 (DM2) en el género femenino. En la ENSANUT 2012; 9.17% de los adultos tenía diagnóstico de DM2; esto, de acuerdo con datos sobre la población de México, al momento de la encuesta representaba 6.4 millones, de los cuales 3.56 millones (la mayoría) correspondían al sexo femenino.⁸ Hay que destacar que la incidencia de DM2 aumenta de manera significativa después de los 45 años, lo que convierte a la mujer en climaterio en uno de los grupos más susceptibles para desarrollar la enfermedad.

Asimismo, durante el embarazo existe resistencia a la insulina y las mujeres que presentan condiciones predisponentes pueden desarrollar diabetes gestacional, lo cual, además de incrementar la morbilidad materno-fetal, constituye un factor de riesgo para la aparición de diabetes después del embarazo.⁹ Una situación semejante ocurre con el síndrome de ovarios poliquísticos (exclusividad en mujeres y riesgo de DM2). Otro dato relevante es que el principal factor predictor de enfermedad cardiovascular en las mujeres es la DM2.¹⁰

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Desde hace por lo menos 15 años, la enfermedad isquémica del corazón es la primera causa de muerte en México y en los países de alto desarrollo económico. Por lo menos en México y en EUA, la incidencia de cardiopatía isquémica se ha incrementado de manera significativa en las mujeres, y todo indica que en nuestro país esta tendencia va a persistir en los siguientes años. La cardiopatía isquémica presenta claras diferencias entre el hombre y la mujer y abarca todos los campos de la enfermedad: los factores de riesgo, la fisiopatología, el espectro clínico, el diagnóstico y el tratamiento. En la menopausia aumenta desproporcionadamente la incidencia de cardiopatía isquémica, comportamiento que no se observa en los hombres con andropausia. Las posibles explicaciones son que en la menopausia se conjuntan factores como mayor edad, menor actividad física, mayor sobrepeso y la propia deficiencia de estrógenos. Los estrógenos tienen efectos pleiotrópicos y ejercen funciones contrastantes sobre la aterogénesis, ya que tienen funciones protectoras como vasodilatación, disminución de citocinas proinflamatorias (IL-1, IL-6, FNT- α), del inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1 (PAI-1), del colesterol LDL, de la lipoproteína (a) y de la homocisteína. Además, incrementan el colesterol HDL, promueven la regeneración celular de los cardiomiocitos, participan en la modulación de la hipertrofia miocárdica y disminuyen la apoptosis; sin embargo, también ejercen efectos metabólicos nocivos como el aumento de triglicéridos, el incremento de factor VII de la coagulación, la disminución de la antitrombina III y promoción de angiogénesis.^{5,11-13} Estos efectos paradójicos sobre la aterogénesis tal vez sean uno de los motivos que expliquen la razón de que grandes estudios de cohortes como el HRT (terapia de reemplazo hormonal), el WHI (iniciativa de salud para mujeres) y el HERS (estudio de reemplazo con estrógenos-progestina) no hayan demostrado un claro efecto protector cardiovascular de la terapia hormonal de reemplazo.^{5,13,14} Por otro lado, las mujeres presentan con mayor frecuencia otros factores de riesgo para cardiopatía isquémica como vasculitis y

enfermedades reumatológicas autoinmunes que cursan con inflamación crónica.

En las mujeres es más común la cardiopatía isquémica sin obstrucciones coronarias significativas, el espasmo coronario y la enfermedad de los pequeños vasos.^{15,16} El cuadro clínico del síndrome coronario agudo es atípico, hay menos dolor precordial y los síntomas suelen no atribuirse a una cardiopatía isquémica. Incluso la Dra. Bernardine Healy, primera mujer en dirigir los institutos nacionales de salud de los EUA, a principios de la década de 1990 propuso el término de "síndrome de Yentl" al realizar una analogía de un cuento de Isaac Bashevis Singer en que una mujer, Yentl, tuvo que disfrazarse de hombre para asistir a la escuela y estudiar el Talmud; lo anterior, en clara alusión a la atención desigual que reciben las mujeres con cardiopatía isquémica.⁴ En lo que se refiere al diagnóstico de este padecimiento, los estudios de perfusión miocárdica tienen menor precisión diagnóstica y son frecuentes las pruebas falsas positivas en mujeres obesas y con mamas de gran tamaño.¹⁶ Un hecho desafortunado es que las mujeres con síndrome coronario agudo reciben tratamiento más tardíamente que los hombres.^{1,4}

En los últimos años, en diversas partes del mundo, incluyendo a México, han surgido iniciativas y programas que pretenden mejorar la atención médica de las mujeres; aunque se han logrado algunos avances, aún hay mucho por hacer. Algunas propuestas adicionales serían realizar mayores estudios con enfoque de género, dar un cumplimiento puntual a los programas, y que los médicos en la atención individual tomemos en cuenta las diferencias que existen entre hombres y mujeres.

REFERENCIAS

1. McSweeney JC, Rosenfeld AG, Abel WM, Braun LT, Burke LE, Daugherty SL et al. Preventing and experiencing ischemic heart disease as a woman: state of the science: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2016; 133 (13): 1302-1331.
2. Gil-Verona JA, Macías JA, Pastor JF, de Paz F, Barbosa M, Maniega MA et al. Diferencias sexuales en el sistema nervioso humano. Una revisión desde el punto de vista psiconeurobiológico. *Rev Int Psic Clin y S*. 2003; 3 (2): 351-361.
3. Kimura D. Sex differences in the brain. *Sci Am*. 1992; 267 (3): 118-125.
4. Healy B. The Yentl syndrome. *N Engl J Med*. 1991; 325 (4): 274-276.
5. Ariza-Andraca CR. *Medicina interna en la mujer*. México: McGraw-Hill; 2004.
6. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza A, Rivera-Dommarco JA. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos. *Salud Pub Mex*. 2013; 55 (Supl. 2): 151-160.
7. Lovejoy JC, Sainsbury A; Stock Conference 2008 Working Group. Sex differences in obesity and the regulation of energy homeostasis. *Obes Rev*. 2009; 10 (2): 154-167.
8. Hernández M, Gutiérrez JP, Reynoso N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pub Méx*. 2013; 5 (Supl. 2): 129-136.
9. Ortega C, Castillo JA, Ramírez MA, Reyes E. *Diabetes mellitus gestacional*. En: Aguilar C, Hernández JS, Hernández AM, Hernández AJ, editores. Acciones para enfrentar a la diabetes. Documento de postura. México: Academia Nacional de Medicina, Intersistemas; 2015. pp. 123-137.
10. Gill SK. Cardiovascular risk factors and disease in women. *Med Clin North Am*. 2015; 99 (3): 535-552.
11. Zárate A, Saucedo R, Basurto M, Martínez C. La enfermedad cardiovascular como amenaza actual para la mujer adulta mayor. La relación con los estrógenos. *Ginecol Obstet Mex*. 2007; 75 (5): 286-292.
12. Mendoza-Fernández V, Lemini C, Franco Y. Mecanismos de acción de los efectos protectores de los estrógenos sobre el sistema cardiovascular. *Rev Fac Med UNAM*. 2003; 46 (3): 101-108.
13. Luo T, Kim JK. The role on estrogen and estrogen receptors on cardiomyocytes: an overview. *Can J Cardiol*. 2016; 32 (8):1017-1025.
14. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002; 288 (3): 321-333.
15. Sharma K, Gulati M. Coronary artery disease in women: a 2013 update. *Glob Heart*. 2013; 8 (2): 105-112.
16. Baldassarre LA, Raman SV, Min JK, Mieres JH, Gulati M, Wenger NK et al. Noninvasive imaging to evaluate women with stable ischemic heart disease. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2016; 9 (4): 421-435.