

## Cuando las enfermedades tiene género

Texto de Marga Durà

Fotos de Rosari Velasco

El infarto ni es masculino ni avisa en el brazo, y mata más a las mujeres, en gran parte por ignorancia del comportamiento femenino de esta dolencia. La medicina afronta el reto de corregir la descripción de las enfermedades.



Los ensayos han sido eminentemente masculinos porque era más fácil y porque los hombres mueren antes

El insensible doctor House es capaz de diagnosticar una enfermedad mirando un hoyuelo, fijándose en unos zapatos o escrutando una uña. Los galenos de carne y hueso emplean métodos más científicos y menos suspicaces, pero en algunas ocasiones han obviado algo que no requiere del olfato de House: distinguir si en la camilla se postra un hombre o una mujer. Y es que las enfermedades actúan de forma diferente según el género del paciente. El problema es que durante mucho tiempo se ha aplicado el mismo baremo para ambos sexos y se ha tratado de igual manera a dos cuerpos que reaccionan de forma diferente.

La mujer ha sido la principal perjudicada, ya que los estudios epidemiológicos se han venido realizando habitualmente en hombres y se han aplicado los resultados a ambos géneros. También se han dado algunos casos en los que las costumbres sociales han impedido que los hombres reconocieran algunas dolencias. Todo ello nos ha llevado a una medicina unisex que presentaba ciertas dificultades a la hora de adaptarse a las curvas femeninas.

“Hoy en día sabemos que la prevalencia de las enfermedades es diferente en los dos géneros, conocemos que su curso es distinto y que los fármacos no muestran la misma eficacia”, señala el doctor Santiago Palacios, director del Instituto Palacios de la Salud de la Mujer en Madrid. Esta conclusión, que puede parecer evidente, ha supuesto casi 20 años de investigación. Y aún queda un largo camino por recorrer, tanto para

concienciar a los médicos como para desentrañar los misterios genéticos, hormonales y sociales que marcan la diferencia.

### **Corazón de mujer**

El caso más paradigmático es el de las enfermedades cardiovasculares. Son la causa más importante de mortalidad en nuestro país. En el 2005, según el Instituto Nacional de Estadística, 57.723 hombres y 69.139 mujeres perdieron la vida por culpa de una dolencia cardiovascular. Pese a que la mayoría son mujeres, el inconsciente colectivo sigue pensando que esta enfermedad es eminentemente masculina.

Las mujeres detectan más tarde esta afección porque los síntomas femeninos son diferentes a los del varón, que son los que se han difundido. Un ejemplo muy claro son las señales de alarma de un infarto “Los síntomas más conocidos son dolor en el tórax, irradiado a cuello y brazo izquierdo. Sin embargo, las mujeres pueden compartirlos o no, pero presentan en mayor frecuencia dolor localizado en espalda, entre las dos escápulas, en la mandíbula y la aparición de náuseas y trastorno digestivo”, explica la doctora Milagros Pedreira, presidenta del Grupo de Trabajo de Enfermedades Cardiovasculares en la Mujer de la Sociedad Española de Cardiología.

Cuando una mujer padece un infarto de miocardio, sus síntomas pueden ser poco específicos: fatiga, falta de aire, mareos... “Esto puede dificultar el diagnóstico correcto y por lo tanto retrasar el tratamiento adecuado. La mortalidad coronaria masculina ha disminuido por los grandes avances terapéuticos. Sin embargo, las mujeres aún no se han subido a este tren, y no se ha evidenciado un descenso de la mortalidad”, advierte Pedreira.

Otro ejemplo remarcable es el de la aspirina, que se ha declarado eficaz en la prevención del infarto de miocardio y su posterior tratamiento. Varios estudios demostraron que esta regla no podía aplicarse a ambos sexos y que tenía efectos secundarios adversos para el femenino. Según la doctora Carme Valls, directora del Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS), y autora del libro *Mujeres invisibles*, “mientras que en los hombres tomar aspirinas en dosis bajas puede prevenir un 32% de los infartos de miocardio, su utilización entre las mujeres no ha sido significativa y ha incrementado las hemorragias gastrointestinales. Es interesante señalar que las mujeres mayores de 65 años sí han demostrado efectos preventivos en el infarto de miocardio y de los infartos cerebrales isquémicos, conocidos como embolias”.

La razón principal por la que los síntomas masculinos de la enfermedad cardiovascular son más conocidos que los de las mujeres es que los estudios se realizaron con hombres. Menos del 30% de los participantes eran mujeres. “La medicina, como todas las ciencias, ha discriminado a las mujeres, porque nace como una reflexión del mundo masculino en una época en la que sólo los hombres accedían a la universidad. Se consideraba que hombres y mujeres eran iguales y, por tanto, con estudiar a los varones ya había suficiente”, señala la doctora Valls.

El acceso de la mujer a la medicina obró algunos cambios. Tal vez parranca en los noventa, de la mano de investigadoras que habían tenido acceso a una formación académica. Sin embargo, aunque cierto machismo inconsciente puede ser la primera razón para atribuir este sesgo, podrían existir otras razones. Según el doctor Palacios, hay otros tres factores que tener en cuenta. Uno es el fiasco del estudio de la Talidomida. En 1950 se experimentó con este fármaco, que trataba la ansiedad, el insomnio y, en las mujeres embarazadas, los vómitos y las náuseas. A principios de los años 60, se tuvo que retirar del mercado, porque se constató que producía malformaciones fetales. Se cree que más de 10.000 bebés resultaron afectados. Esto,

según Palacios, provocó que se frenaran los estudios con mujeres en edad fértil. Además, ha influido que los investigadores tuvieran problemas para analizar los datos, que variaban dependiendo del momento del ciclo menstrual en el que se encontraba la mujer. Por eso les era más fácil recurrir a los hombres, que, para la ciencia, eran más estables. Por último, también contribuyó a la marginación de la mujer su esperanza de vida, más alta que la masculina, por lo que se consideró prioritario al hombre. Lo que entonces no se tuvo en cuenta es que, pese a que la mujer vive más, su calidad de vida suele ser inferior.

Así las cosas, a partir de la década de los 90 se empieza a tener en cuenta las diferencias de sexo. Pero a fecha de hoy, únicamente se puede constatar tímidos avances en la diferenciación por géneros. “En las facultades anglosajonas se incluyen programas de estudio que tienen en cuenta la diferencia de género. En España sólo hay asignaturas optativas. Y en la de cardiología se siguen estudiando los síntomas masculinos”, comenta Valls.

Los investigadores que se ocupan del tema tratan de encontrar la piedra de Rosetta de la diferenciación de géneros. “La gran pregunta sigue siendo por qué. Es una cuestión compleja e interesante, y desentrañarla nos permitiría tener tratamientos específicos para hombre y mujeres. Pero hasta el momento no se sabe en qué proporción influyen la genética, las hormonas o los factores sociales”, comenta Palacios. Y parece que la comunidad médica sigue estancada en la resolución de ese porqué para conseguir un cómo tratarnos.

“De todos modos, lo más importante es hacer un buen diagnóstico. Si en vez de dar un ansiolítico, el médico llega a la conclusión de que la mujer tiene carencia de hierro o debe acudir a un psicólogo, habremos ganado mucho. Aunque cabe la posibilidad de que el fármaco que recete se metabolice diferente en la mujer, porque no se la ha incluido en los estudios”, explica Valls



### **Enfermedades mentales**

Otro ejemplo que ilustra la complejidad del tema es el de las enfermedades mentales. Parece haber una razón genética que hace que las mujeres sean más proclives a este tipo de afecciones. Aunque también podría deberse a los cambios hormonales que experimenta. Y en último lugar, las cargas sociales que soporta la mujer pueden traducirse en un índice más alto de estas afecciones. “En los ataques de pánico y las crisis de ansiedad, la proporción es de 100 hombres por 240 mujeres. Cuando hay un porcentaje tan alto, no se puede atribuir únicamente a razones sociales o de aprendizaje. Creo que en este tema las hormonas tienen mucho que decir”, apunta Antonio Cano,

presidente de la Sociedad para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Durante muchos años, las enfermedades mentales se han convertido en el cajón de sastre donde se colocaban todas las patologías que padecían las mujeres. Por ejemplo, la fibromialgia, que a grandes rasgos produce dolor y cansancio y que afecta mayoritariamente al sexo femenino, se consideraba en otros tiempos poco menos que un síntoma de histeria. La lista de dolencias femeninas que han entrado en este saco es larga, y poco a poco la medicina las va colocando en el lugar que les corresponde. En la actualidad, saber que una mujer tiene más posibilidades de padecer este tipo de afecciones provoca que a menudo se les dé tratamiento sin analizar las causas. “Los diagnósticos de ansiedad y depresión son muy rápidos y a veces no resultan acertados. Lo más habitual es que si una mujer acude al médico con algún síntoma, este le recete un psicofármaco. El problema es que igual su cansancio o su estado de ánimo son manifestaciones de otra afección: desde falta de hierro, hasta un problema de tiroides o una situación de estrés”, comenta Valls. Pensar que esta enfermedad es femenina no favorece a los varones. “Hay muchos hombres que cuando tienen ansiedad, creen que están enfermos. Si les dices que sus síntomas tienen algo de psicológico, te dicen: ‘Yo no estoy loco’. Además, a los hombres les cuesta mucho más ir al médico”, constata Cano. Según sugiere Valls, “muchos padecen infartos que tal vez podrían evitarse si se hubieran tomado un fármaco para controlar la ansiedad”.

### **Mama versus próstata**

Si hay una enfermedad en la que las féminas están concienciadas y a la que temen especialmente, es el cáncer de mama. Pese a que su índice de mortalidad es más bajo que el de las enfermedades cardiovasculares (37,2% frente a un 15,9%, según datos del Centro Nacional de Epidemiología), las encuestas manifiestan que las mujeres temen más a su pecho que a su corazón. “Existe una percepción equivocada, y se piensa que es la principal causa de mortandad femenina. Lo que ocurre es que es la principal razón de muerte prematura y por eso provoca tanta preocupación”, aclara Valls.

No ha sido difícil que las mujeres acudieran al ginecólogo. “Antiguamente, la salud de la mujer se centraba solamente en la reproducción. Los centros dedicados a ellas trataban temas como la anticoncepción, el embarazo o la lactancia. Cuando llegaban a la menopausia, ya no se las tenía en cuenta”, explica Palacios. Esa tendencia ha hecho que sea más fácil instaurar la revisión anual ginecológica.

“La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) lleva muchos años realizando campañas de concienciación dirigidas a las mujeres para que participen en los programas de diagnóstico precoz de cáncer de mama. Los estudios realizados han mostrado que a partir de estas actividades, la mortalidad por este cáncer se ha reducido en un 30-40%. Desde mediados de la década de los 90, cada año se reduce en un 1,4% la mortalidad”, apuntan las doctoras Graciela García y María García de Paredes, asesoras del Comité Técnico Nacional de la AECC.

Traspasando la cuestión al otro sexo, cabría preguntarse, ¿por qué los hombres no acuden al especialista para detectar precozmente el cáncer de próstata? La aparición de este tumor maligno fue, en el 2005, la causa de la muerte de 5.500 varones, mientras que el de mama segó 5.703 vidas. ¿Deberían realizarse campañas de sensibilización semejantes a las de las mujeres? De nuevo, debemos evitar los tópicos, porque en el caso de los hombres, la detección precoz no es garantía de nada. “No existe hasta el momento ninguna evidencia científica de que la detección precoz se traduzca en un descenso de la mortalidad. A partir de los 50 años, el hombre debe acudir al especialista sólo si tiene antecedentes de este cáncer en la familia. A partir de los 60, se recomienda

la visita anual porque hay una tendencia a padecer enfermedades prostáticas benignas. La única recomendación es que en cuanto se detecte cualquier síntoma, independientemente de la edad, acuda al urólogo”, advierte Antoni Gelabert, catedrático de Urología de la Autónoma de Barcelona y coordinador de Urología Oncológica de la Asociación Española de Urología

### **El peligro de la ignorancia**

Según el informe Salud y género del Observatorio sobre Salud y Mujer, los hombres practican más deporte y duermen más horas. Las mujeres consumen más fármacos, padecen más estrés y obesidad. Ellas tienen una mayor esperanza de vida, pero sufren enfermedades crónicas antes que ellos. Los hombres consumen más sustancias adictivas y sufren discapacidades a edades más jóvenes, debidas a los accidentes de tráfico

Las mujeres, cuando presentan un infarto, no identifican los síntomas, por lo que el retraso con el que llegan a los servicios de urgencia es de 70 minutos en comparación con los varones, lo que en muchos casos resulta mortal. Esta es una de las conclusiones que se ponen de manifiesto en el primer Informe sobre salud y género, realizado por Proyecto Observatorio sobre Salud y Mujer de la Fundación Laporte y MSD, que fue presentado por el Ministerio de Sanidad y Consumo a finales del año pasado.

La diferenciación de género en la medicina sigue siendo una asignatura pendiente, aunque ahora se tiene mejor información y se llevan a cabo algunas iniciativas. La empresa farmacéutica Bayer, realiza una campaña para la prevención del riesgo cardiovascular en mujeres: Cardiomujer, dentro de su proyecto CardioAlert. “Esta iniciativa difunde el mensaje: la principal causa de la muerte en mujeres es la enfermedad cardiovascular y puede evitarse si se conocen y controlan los factores de riesgo. Se basa en tres pilares: ayudar a los profesionales en su labor de información a los pacientes, fomentar en la población femenina hábitos y actitudes cardiosaludables e incrementar las medidas de prevención y tratamiento de la enfermedad vascular en la mujer”, comenta la doctora Pedreira.

Sin embargo, aún queda un largo camino por recorrer. “Las autoridades sanitarias tendrían que exigir a las empresas farmacológicas que en los prospectos realizaran una diferenciación de género, que se especificara cuál es la dosis para el hombre y la mujer y los efectos para cada uno. Se podría ir incluso más allá y concretar la información dependiendo de la etapa del ciclo menstrual de la mujer”, sugiere Palacios.