Libro Blanco Salud y Género II

Igualdad en Salud



Igualdad en Salud. Libro Blanco Salud y Género II.

2ª edición: abril 2026
ISBN: 978-84-09-84053-3 - Depósito Legal: M-8187-2026

Concepción, dirección y edición:

Observatorio de Salud, Sanidad y Farmacia (OdS)
www.observatoriodesalud.es

Estudio de Comunicación
www.estudiodecomunicacion.com

Coordinación:

Dr. Ángel Gil de Miguel, Carina Escobar Manero, Dra. Rosa Polo y Rita de la Plaza

Visión institucional:

Francina Armengol, presidenta del Congreso de los Diputados. Olga Pané Mena, consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya. Antonio Gómez Caamaño, conselleiro de Sanidad Xunta de Galicia. Antonio Sanz Cabello, consejero de Sanidad, Presidencia y Emergencias de la Junta de Andalucía. Concepción Saavedra Rielo, consejera de Salud del Principado de Asturias. María Martín Díez de Baldeón, consejera de Salud y Políticas Sociales del Gobierno de La Rioja. Juan José Pedreño Planes, consejero de Salud de la Región de Murcia. José Luis Bancalero Flores, consejero de Sanidad del Gobierno de Aragón. Jesús Fernández Sanz, consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha. Esther Monzón Monzón, consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias. Fernando Domínguez Cunchillos, consejero de Salud del Gobierno de Navarra. Fátima Matute Teresa, consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid y José María Villa Andrada, subdirector de Cuidados y Humanización de la Asistencia del Servicio Extremeño de Salud.

Autoras y autores:

Dra. Ana López Trenco, Dra. Virginia Izura, Dra. Pilar Garrido, Dra. Raquel Rodríguez Llanos, Pedro José Soriano Martín, Dr. Pedro Gullón, Dra. Matilde Torralba López, Dra. María Dolores Gallego Parrilla, Dr. Julio Zarco Rodríguez, Dra. Alicia Martín Martínez, Fundación CERMI Mujeres, Dra. Ainoa Muñoz San José, Dra. Mercedes Navío Acosta, Dra. María Fé Bravo Ortíz, Dra. María Jesús Mardomingo, Dr. Miguel Casas, Dra. Lourdes Vicent, Dña. Sonia Pelaez, Dr. Héctor Bueno, Dr. Carlos Guijarro Herraiz, Dra. Marta Mauri Pont, Dr. Sem Briongos Figuero, Dr. Andrés García Pastor, Dra. Jessica García Ull, Dr. José Miguel Lainez Andrés, Dra. Celia Oreja-Guevara, Dra. Neus Falgás Martínez, Dra. Isabel Belinchón, Dra. Yolanda Gilaberte, Dra. Irene Altabás, Dra. Patricia de Sequera, José Luís Poveda, María Dolores Edo Solsona, José Manuel Martínez Sesmero, Dra. Nuria Fernández Mosteirín, Dra. Mónica Marazuela Azpíroz, Dr. Santiago Ortiz Pérez, Dra. Cristina Carbonell Abella, Dra. Carmen Gómez Vaquero, Dra. Marina Llobet, Dra. María Molina Vega, Dra. María José Picón César, Dra. Clotilde Vázquez Martínez, Dra. Teresa Montoya Álvarez, Dra. Clotilde Fernández Vázquez, Dra. Bogdana Luca, Dra. Mar Fernández Nieto, Dra. Ebymar Arismendi Núñez, Dr. Álvaro Rodríguez Lescure, Dra. Eva Ciruelos, Dr. Javier Cortés, Dr. Pablo Tolosa, Dra. Enriqueta Felip, Dra. Dolores Isla, Dr. Javier de Castro, Dra. Diana Cuenca Gómez, Dra. María del Mar Gil Mira, Dra. Belén Santacruz Martín, Dra. Ingrid Pérez Martínez, Dra. María Fasero, Dra. Celia Miralles, Jaume Pey e Isabel Pineros Andrés.

Retratos fotográficos: Belén Cano

Diseño: César Caldevilla

Maquetación: Mena Sambiasi

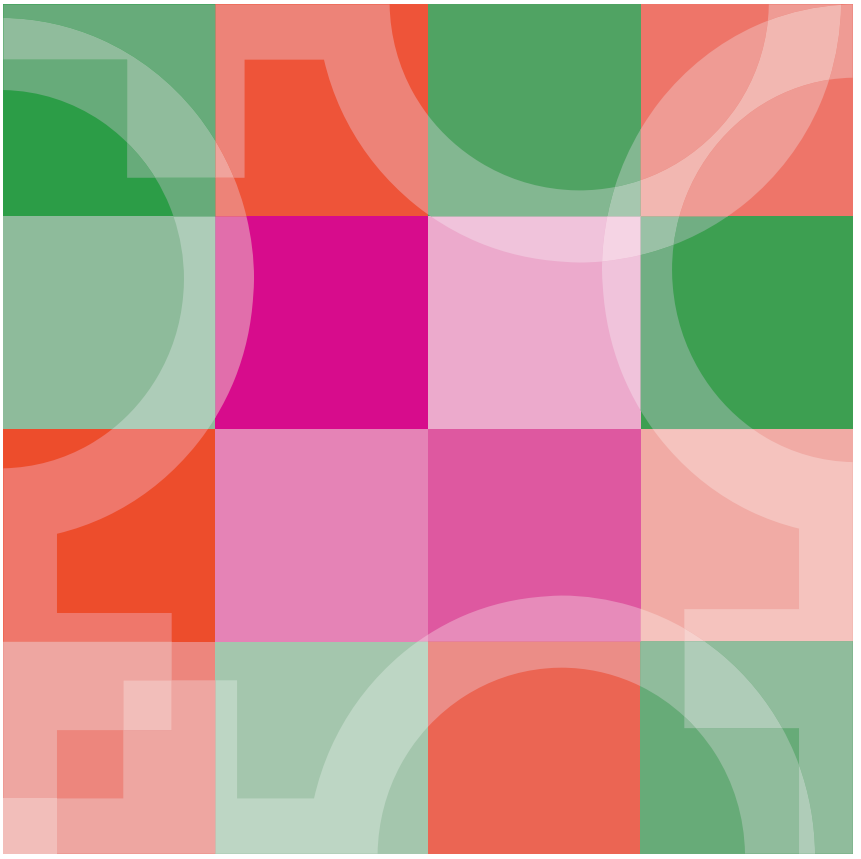
Impresión: Grupo Monterreina

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

Madrid, abril de 2026

Libro Blanco Salud y Género II

Igualdad en Salud



Observatorio de Salud

ESTUDIO DE COMUNICACIÓN



Observatorio de Salud

ESTUDIO DE COMUNICACIÓN

Libro Blanco Salud y Género II

Igualdad en Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que el género es un factor que crea inequidades sanitarias por sí solo y que puede agravar las que son producto de la situación socioeconómica, la edad, la etnia y la discapacidad, entre otras.

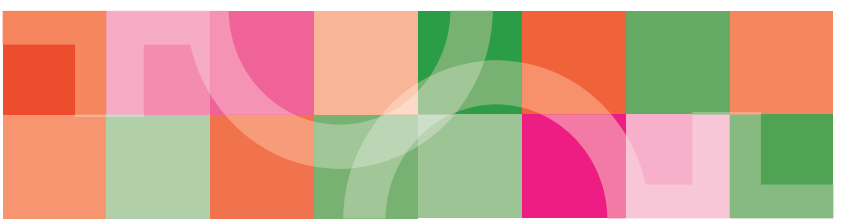
De hecho, se estima que un 40% de las mujeres, frente a un 30% de los hombres, acabará padeciendo una enfermedad crónica. Además, el diagnóstico es tardío, lo que acarrea un mayor impacto negativo en su vida social, laboral y económica.

Ante esta problemática, el Observatorio de Salud y Estudio de Comunicación pusimos en marcha el primer Libro Blanco sobre Salud y Género en España, que vio la luz en febrero de 2024. Desde entonces, hemos trabajado en esta segunda entrega, que enriquece el anterior volumen con nuevos capítulos, nuevos autores y nuevas aportaciones.

Ambos cuentan con una visión científica y rigurosa, gracias al trabajo de destacados expertos del sector sociosanitario que analizan, de una manera detallada, el impacto del género en más de veinticinco patologías de alta repercusión para nuestro sistema sanitario.

Este Libro Blanco pretende despertar una reflexión en toda la sociedad en torno a la necesidad de incorporar políticas y acciones sanitarias con perspectiva de género. Y es que, tener en cuenta esta variable, permitirá a los gestores de la sanidad en España garantizar la prevención, la mayor precisión en el diagnóstico y la equidad de las mujeres en la atención y tratamiento de sus patologías.

En definitiva, se trata de un documento de un alto valor científico donde se analizan las estrategias sanitarias y los procedimientos clínicos normalizados en las distintas patologías donde la mujer tiene una alta prevalencia o donde se identifica una discriminación en términos asistenciales. Una evaluación que no tiene otra intención que la de avanzar hacia una mayor igualdad en salud.



Decálogo para una Sanidad con perspectiva de género

1. Formación en perspectiva de género para profesionales de la salud
Implementar programas de formación continua que sensibilicen a los profesionales de la salud sobre las diferencias de género en el ámbito sanitario y cómo abordarlas de manera adecuada.

2. Investigación con enfoque de género
Promover la investigación médica teniendo en cuenta las diferencias de género en la incidencia, diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades. Fomentar la participación equitativa de hombres y mujeres en ensayos clínicos para garantizar la eficacia y seguridad de tratamientos médicos para ambos géneros.

3. Acceso equitativo a la atención sanitaria
Garantizar que todas las personas, independientemente de su género, tengan acceso a una asistencia sanitaria de calidad, enfatizando el diagnóstico y abordaje de enfermedades donde el género incide especialmente, suponiendo una barrera para las y los pacientes.

4. Protocolos de atención sanitaria diferenciados
Desarrollar protocolos de atención médica que reconozcan y aborden las necesidades específicas de género, considerando factores biológicos, culturales y sociales.

5. Monitorización y evaluación con enfoque de género
Establecer mecanismos de monitorización y evaluación que incluyan indicadores de género para medir el impacto de las políticas y prácticas en la salud de mujeres, hombres y personas de géneros diversos.

6. Promoción de la salud mental desde una perspectiva de género
Desarrollar programas de promoción de la salud mental que aborden las particularidades de género, teniendo en cuenta factores como la prevalencia de trastornos mentales, las barreras de acceso a la atención y la estigmatización asociada.

7. Prevención y detección temprana de enfermedades con barreras de género
Establecer campañas de concientización y programas de detección temprana para enfermedades específicas donde se identifiquen barreras de género, asegurando un enfoque preventivo y una atención adecuada.

8. Participación activa de las mujeres en la toma de decisiones en salud
Fomentar la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones relacionadas con la salud, tanto a nivel institucional como comunitario, para asegurar que sus voces sean escuchadas en el diseño de políticas y programas de salud.

9. Prevención y atención de la violencia de género
Establecer protocolos para la detección temprana y el abordaje de situaciones de violencia de género, ofreciendo apoyo psicológico y recursos necesarios.

10. Promoción de la salud sexual y reproductiva
Garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como información sobre anticoncepción, maternidad, y otras cuestiones relacionadas con la salud reproductiva.

Estas medidas buscan crear un entorno de atención médica más inclusivo, sensible y equitativo, reconociendo las diferencias de género y garantizando que todas las personas reciban la atención que necesitan.

ÍNDICE

PRÓLOGO

Una salud universal, una salud feminista 17

Francina Armengol. *Presidenta del Congreso de los Diputados.*

CARTA DE LOS COORDINADORES

Presentación del Libro Blanco Salud y Género 21

Dr. Ángel Gil de Miguel. *Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.*

Carina Escobar Manero. *Presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes.*

Dra. Rosa Polo. *Profesora honoraria de la Universidad Rey Juan Carlos.*

Rita de la Plaza. *Tesorera del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.*

INTRODUCCIÓN

Salud con perspectiva de género, la visión de las pacientes 25

I. Perspectiva desde la plataforma de organizaciones de pacientes 26

Carina Escobar Manero. *Presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes.*

II. La visión de las pacientes 32

Dra. Ana López Trenco. *Médica Vocal del Foro Español de Pacientes (FEP).*

La visión de las Comunidades Autónomas 39

Catalunya. **Olga Pané Mena.** 40
Consellera de Salut de Catalunya.

Galicia. **Antonio Gómez Caamaño.** 42
Conselleiro de Sanidade de la Xunta de Galicia.

Andalucía. **Antonio Sanz Caballero.** 44
Consejero de Sanidad, Presidencia y Emergencias de la Junta de Andalucía.

Asturias. **Concepción Saavedra Rielo.** 46
Consejera de Salud del Principado de Asturias.

La Rioja. **María Martín Díez de Baldeón.** 48
Consejera de Salud y Servicios Sociales de La Rioja.

Murcia. **Juan José Pedreño Planes.** 50
Consejero de Salud de la Región de Murcia.

Aragón. **José Luis Bancalero.** 52
Consejero de Sanidad de Aragón.

Castilla-La Mancha. **Jesús Fernández Sanz.** 54
Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha.

Canarias. **Esther Monzón Monzón.** 56
Consejera de Sanidad de Canarias.

Navarra. **Fernando Domínguez Cunchillos.** 58
Consejero de Salud de Navarra.

Comunidad de Madrid. **Fátima Matute Teresa.** 60
Consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Extremadura. **José María Villa Andrada.** 62
Subdirector de Cuidados y Humanización de la Asistencia del Servicio Extremeño de Salud.

La visión de las profesionales

Doble perspectiva de género y equidad: La mujer como trabajadora en salud y como paciente 65
Dr. Virginia Izura. *Vicesecretaria de la Organización Médica Colegial (OMC).*

Salud con perspectiva de género en medicina 87
Dra. Pilar Garrido. *Jefa del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.*

Salud con perpectiva de género en la enfermería 95
I - SALUD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ENFERMERIA 96
Dra. Raquel Rodríguez Llanos. *Vicepresidenta primera del Consejo General de Enfermería.*
II - INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA 106
Pedro José Soriano Martín. *Enfermero. Docente en la Universidad Europea de Madrid.*

La farmacia, pionera en igualdad y motor de la equidad en salud 115
Rita de la Plaza. *Tesorera del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.*

CAPÍTULO 1
Salud pública 131
Dr. Angel Gil de Miguel. *Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.*
Dr. Pedro Gullón. *Director general de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad.*

CAPÍTULO 2
Atención Primaria de Salud 149
Dra. Matilde Torralba López. *Médica de Medicina familiar y salud comunitaria. Miembro del grupo de trabajo de la mujer de SEMERGEN.*
Dra. María Dolores Gallego Parrilla. *Médica de Medicina familiar y salud comunitaria. Miembro del grupo de trabajo de la mujer de SEMERGEN.*

CAPÍTULO 3
Humanización en la asistencia sanitaria con perspectiva de género 167
Dr. Julio Zarco Rodríguez. *Director Gerente del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid. Presidente de Fundación Humans.*
Dra. Alicia Martín Martínez. *Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria. Profesora Titular de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.*

CAPÍTULO 4
Salud, género y discapacidad 197
Fundación CERMI Mujeres.

CAPÍTULO 5
Salud mental y género 215
Dra. Ainoa Muñoz San José. *Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz (Madrid).*
Dra. Mercedes Navío Acosta. *Psiquiatra. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.*
Dra. María Fé Bravo Ortiz. *Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz (Madrid).*

CAPÍTULO 6
TDAH con perspectiva de género 237
I - INFANCIA Y ADOLESCENCIA 238
Dra. María Jesús Mardomingo. *Especialista en Psiquiatría del niño y del adolescente. Ex-jefa de Psiquiatría y Psicología infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*
II - EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LA MUJER ADULTA 248
Dr. Miquel Casas. *Catedrático de Psiquiatría Honorario de la Universidad Autónoma de Barcelona.*

CAPÍTULO 7
Género y salud cardiovascular 261
Dra. Lourdes Vicent. *Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. España.*
Sonia Peláez. *Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid.*
Dr. Héctor Bueno. *Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.*

CAPÍTULO 8
Ictus y mujer 287
Dr. Carlos Guijarro Herráiz. *Médico especialista del servicio de Medicina Interna del Hospital Fundación Alcorcón.*
Dra. Marta Mauri Pont. *Médica especialista del servicio de Medicina Interna del Hospital de Terrassa.*
Dr. Sem Briongos Figuero. *Médico especialista del servicio de Cardiología del Hospital Infanta Leonor.*
Dr. Andrés García Pastor. *Médico especialista del servicio de Neurología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

CAPÍTULO 9
La migraña en la mujer 319
Dra. Jésica García Ull. *Médica especialista del servicio de Neurología del Hospital Clínic Universitari de València.*
Dr. José Miguel Láinez Andrés. *Presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN).*

CAPÍTULO 10
Esclerosis múltiple y mujer 331
Dra. Celia Oreja-Guevara. *Jefa de Sección de Neurología del Hospital Universitario Clínico San Carlos.*

CAPÍTULO 11
Alzheimer 351
Dra. Neus Falgàs Martínez. *Neuróloga e investigadora en la Unidad de Alzheimer y otros trastornos cognitivos del Servicio de Neurología del Hospital Clínic de Barcelona, con especialización en la enfermedad de Alzheimer y biomarcadores diagnósticos.*

CAPÍTULO 12
Enfermedades inmunomediadas desde una perspectiva de género 379
Dra. Isabel Belinchón. *Dermatóloga del Servicio de Dermatología y jefa de Estudios del Hospital General Universitario Dr. Balmis; profesora titular del Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández; ISABIAL, Alicante, España.*
Dra. Yolanda Gilaberte. *Jefa del Servicio de Dermatología en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza y presidenta de la Academia Española de Dermatología y Venereología.*

CAPÍTULO 13
Lupus y Mujer 411
Dra. Irene Altabás. *Facultativa Especialista en Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

CAPÍTULO 14
Enfermedad Renal Crónica 429
Dra. Patricia De Sequera.
Jefa de Nefrología del Hospital Universitario Infanta Leonor.

CAPÍTULO 15
Enfermedades raras con perspectiva de género 449
José Luis Poveda. *Director gerente del Hospital Universitario y Politécnico, La Fe de Valencia.*
Maria Dolores Edo Solsona. *Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario y Politécnico, La Fe (Valencia).*
José Manuel Martínez Sesmero. *Subdirector Médico Hospital Clínico Lozano Blesa.*

CAPÍTULO 16
Hemofilia 459
Dra. Nuria Fernández Mosteirín. *Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

CAPÍTULO 17
Enfermedad Ocular Tiroidea y su impacto en la mujer 481
Dra. Mónica Marazuela Azpíroz. *Jefa del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital de La Princesa, catedrática de la especialidad en la Universidad Autónoma de Madrid. Lidera el Grupo de Investigación en Endocrinología y Nutrición del Instituto de Investigación Sanitaria, IIS-Princesa. Académica de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España.*
Dr. Santiago Ortiz Pérez. *Especialista en Oftalmología Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Vicedecano de Docencia y Calidad Facultad de Medicina, Universidad de Granada, España.*

CAPÍTULO 18
Mujer y osteoporosis 509
Dra. Cristina Carbonell Abella. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vía Roma, Barcelona. Profesora asociada en el Departamento de Medicina de la Universidad de Barcelona.*
Dra. Carmen Gómez Vaquero. *Reumatóloga del Hospital Universitari de Bellvitge (L'Hospitalet, Barcelona) e investigadora principal del estudio OsteoSER.*

CAPÍTULO 19
Diabetes y mujer 543
Dra. Marina Llobet. *Dietista-nutricionista experta en obesidad infantil, alimentación saludable y diabetes del Servicio de Endocrinología del Hospital Sant Joan de Déu.*
Dra. María Molina Vega. *Departamento de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.*
Dra. María José Picón César. *Especialista en Endocrinología y Nutrición, en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.*

CAPÍTULO 20
Mujer y obesidad 561
Dra. Clotilde Vázquez Martínez. *Departamento de Endocrinología y Nutrición Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz y Hospital Universitario Infanta Elena. Overweight and Obesity Institute FJD.*
Dra. Teresa Montoya Álvarez. *Departamento de Endocrinología y Nutrición Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz y Hospital Universitario Infanta Elena. Overweight and Obesity Institute FJD.*
Dra. Clotilde Fernández Vázquez. *Departamento de Endocrinología y Nutrición Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz y Hospital Universitario Infanta Elena. Overweight and Obesity Institute FJD.*
Dra. Bogdana Luca. *Departamento de Endocrinología y Nutrición Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz y Hospital Universitario Infanta Elena. Overweight and Obesity Institute FJD.*

CAPÍTULO 21
Enfermedades respiratorias y asma grave en la mujer 587
Dra. Mar Fernández Nieto. *Médica Adjunta S Alergia FJD UMA (Unidad Multidisciplinar de Asma) Coordinadora del Grupo de Procedimientos en Asma SEAIC. S Alergia FJD UMA (Unidad Multidisciplinar de Asma). Coordinadora del Grupo de Procedimientos en Asma SEAIC.*
Dra. Ebymar Arismendi Núñez. *Responsable de Neumología de la Unidad de Asma grave de Alta Complejidad y del Laboratorio de Función Pulmonar del Servicio de Neumología del Hospital Clinic de Barcelona.*

CAPÍTULO 22
Cáncer y mujer 625
Dr. Álvaro Rodríguez Lescure. *Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario de Elche.*
Dra. Eva Ciruelos. *Coordinadora de la Unidad de Cáncer de Mama y Ginecológico del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.*
Dr. Javier Cortés. *Director del International Breast Cancer Center (IBCC) en Barcelona.*
Dr. Pablo Tolosa. *Facultativo Especialista Adjunto en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre.*

CAPÍTULO 23
Cáncer de pulmón y mujer 647
Dra. Enriqueta Felip. *Jefa de la Unidad de Tumores de Tórax, Cabeza y Cuello, Hospital Universitario Vall d'Hebrón.*
Dra. Dolores Isla. *Jefa del Servicio de Oncología médica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza..*
Dr. Javier de Castro.*Vicepresidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).*

CAPÍTULO 24
Ginecología y Obstetricia 667
Dra. Diana Cuenca Gómez. *Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.*
Dra. María del Mar Gil Mira. *Coordinadora de Investigación Unidad Medicina Materno Fetal y Neonatal. Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.*
Dra. Belén Santacruz Martín. *Jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.*
Con la colaboración de:
Dra. Ingrid Pérez Martínez. *Especialista en Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.*

CAPÍTULO 25
Mujer y menopausia 691

Dra. María Fasero. *Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sexóloga. Experta en menopausia. Directora de Corofas Menopause (unidad de menopausia saludable). Asociación española para el estudio de la menopausia (AEEM). Universidad Francisco de Vitoria.*

CAPÍTULO 26
VIH en la mujer 711

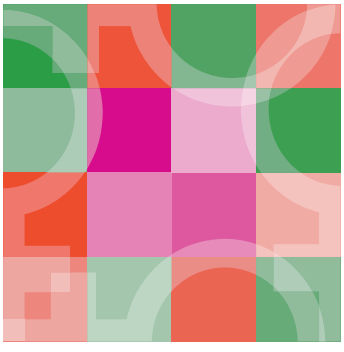
Dra. Celia Miralles. *Servicio de Medicina Interna. Unidad de VIH. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.*

CAPÍTULO 27
Mujer y autocuidado de la salud en España 729

Jaume Pey. *director general de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp).*

CAPÍTULO 28 761
Medicamentos innovadores para la salud de la mujer en Europa (2021-2025)

Isabel Pineros Andrés. *Directora del departamento de prestación farmacéutica y acceso de Farmaindustria.*





PRÓLOGO

Una salud universal, una salud feminista



Francina Armengol.
Presidenta del Congreso de los Diputados.

Una salud universal, una salud feminista

La desigualdad genera más desigualdad y, por tanto, de las grietas solo pueden nacer abismos. El mundo tal y como lo conocemos ha sido construido a partir de un relato histórico parcial, que ha prescindido del cincuenta por ciento de la población: las mujeres. En el ámbito de la ciencia, de la medicina y la investigación, esta brecha siempre ha sido flagrante y, a día de hoy, todavía nos preocupa especialmente.

No solo hacen falta referentes para las niñas, para que crezcan sabiendo que pueden aspirar a cualquier cosa, a cualquier trabajo, a cualquier investigación en cualquier ámbito. No solo perdemos una parte importantísima del talento y el capital humano femenino, con todo lo que eso implica en crecimiento, progreso y futuro para las sociedades. Es que, además, la brecha de género tiene un impacto devastador en la ciencia y la medicina: un impacto devastador en la salud de la población. Aunque las mujeres ocupan más del 70% del personal sanitario a nivel mundial, el 72% de los investigadores del mundo son hombres. La desigualdad produce más desigualdad.

Podría citar muchos nombres de científicas e investigadoras que han cambiado la historia de la ciencia. Mujeres cuyo trabajo ha sido invisibilizado y enterrado, cuyas fotografías no ilustran los libros de texto. Pienso, por ejemplo, en la patóloga Elizabeth Stern, canadiense nacida en 1915. Ella descubrió las señales que preceden al cáncer de cuello de útero; estudió también, en los años sesenta, el mayor riesgo de cáncer que provocaban las pastillas anticonceptivas de aquel entonces; y cómo los índices de esta patología eran más altos en las zonas con ingresos más bajos, donde predominaban las poblaciones negra e hispana. Hoy día, el cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, y las tasas más elevadas de incidencia y mortalidad se dan en los países de ingresos bajos. La solución de los grandes desafíos de la humanidad pasa por que, en la ciencia y en la investigación médica —como en ningún otro espacio—, las mujeres no estén infrarrepresentadas. Porque la solución a los grandes desafíos de la humanidad no llegará sin las mujeres.

La médica especializada en endocrinología y en medicina de género Carme Valls afirma que, durante demasiado tiempo, la medicina y la investigación han confundido al ser humano con el hombre. Ese tomar la parte por el todo no es una cuestión baladí. Como ya advirtió Stern, tiene unas consecuencias que se viven en los cuerpos y en las historias clínicas de todas las mujeres.

El infradiagnóstico, la hipermedicalización, la violencia obstétrica, el diferente impacto en la cronicidad. Son conceptos que pueden significar estar a un lado o al otro de la línea que separa la salud de la enfermedad, el buen vivir del malvivir, la vida de la muerte. La mirada feminista en la salud es, por tanto, vital. Y es que la introducción de la perspectiva de género en el diseño de los estudios clínicos y de las estrategias de atención es una cuestión de justicia social, pero no solo eso: implica acabar con un sesgo androcéntrico y mejorar el acceso a un derecho importantísimo como es el de la salud del cincuenta por ciento de la población.

Aunque las mujeres ocupan más del 70% del personal sanitario a nivel mundial, el 72% de los investigadores del mundo son hombres



La introducción de la perspectiva de género en el diseño de los estudios clínicos y de las estrategias de atención es una cuestión de justicia social

Una parte de la población cuya salud está peor estudiada y menor protegida, pero que, sin embargo, lleva siglos dedicando su vida a cuidar la salud de otros: niños, niñas, personas ancianas, enfermos. Las tareas reproductivas y de cuidados han sido durante demasiado tiempo una responsabilidad exclusiva de las mujeres, que han visto como sus necesidades quedaban relegadas e incluso excluidas tanto de la agenda pública como de la política.

Es gracias a la lucha de muchas de ellas, profesionales de la salud o no, que hoy podemos hablar de perspectiva de género en la salud. Su perseverancia y su trabajo en red son el legado a partir del cual se escriben libros como el que tienen ahora mismo en sus manos. Reconocer que venimos de la batalla a menudo anónima que otras han dado previamente es un elemento clave para entender que el camino no se acaba aquí. Es necesario ir más allá. Avanzar hasta que las generaciones futuras cojan el testigo y continúen trabajando.

Para que alcancemos una atención en salud verdaderamente equitativa, las instituciones deben tener las herramientas y el convencimiento de actuar. Y no hablo exclusivamente de las administraciones; me refiero también a las facultades de ciencias de la salud, a los grupos de investigación, a los y las profesionales que son el verdadero corazón de nuestro sistema sanitario y de investigación, a las propias pacientes, que pueden y deben reivindicar sus derechos.

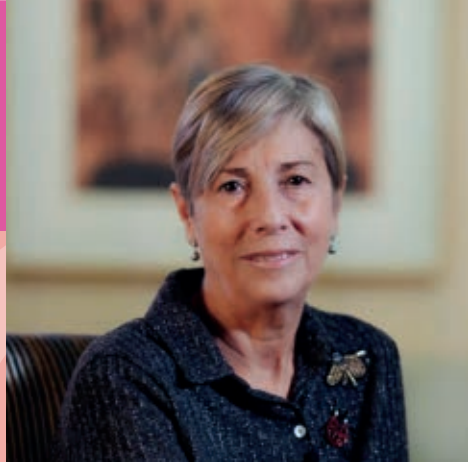
Trabajar por un presente y un futuro que destierre las desigualdades de nuestra sociedad es una responsabilidad colectiva. Este libro blanco, en ese gran reto que tenemos todos y todas por delante, tiene la capacidad para señalar la inequidad que ahora existe, el acierto para analizarla y la proactividad para sugerir propuestas transformadoras que garanticen la igualdad efectiva entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud. Por eso, este libro no puede ser un punto final ni una meta: debe ser el punto de partida para una reflexión profunda que lleve a la acción.

Celebremos, por tanto, la publicación del libro blanco Salud y género. Llega para dar herramientas a todos los actores de la sociedad. Llega para que, conjuntamente, sigamos avanzando hacia la igualdad efectiva, dando pasos desde la perspectiva de género en la salud. Contamos con los instrumentos: solo queda actuar. Hagámoslo. No hay tiempo que perder. Nos va la vida en ello.

Francina Armengol
Presidenta del Congreso de los Diputados



Dr. Ángel Gil de Miguel.
Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.



Dra. Rosa Polo. *Profesora honoraria de la Universidad Rey Juan Carlos y Directora del Máster en formación continuada sobre el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.*

CARTA DE LOS COORDINADORES

Presentación del Libro Blanco Salud y Género



Carina Escobar Manero.
Presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes.



Rita de la Plaza.
Tesorera del Consejo General de Farmacéuticos y responsable de la Estrategia Social de la Profesión Farmacéutica.



Son numerosos los determinantes sociales y demográficos implicados en la salud de la población. Diferencias ampliamente marcadas en factores sociales como el nivel cultural, educación, empleo, estatus económico, acceso a redes sociales y, en general, condiciones de vida, junto con otras relativas a factores demográficos tales como edad, género o migración, constituyen los cimientos de las desigualdades en la atención sanitaria. La Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) establecen que 'la equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social' y que su existencia sería el resultado de la 'ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas'. No obstante, las diferencias sociodemográficas presentes entre diferentes grupos son responsables, al menos en parte, de las desigualdades en la salud de la población.

Un factor demográfico muy relevante y especialmente presente en esta inequidad observada en la población, corresponde al género. Desde hace varias décadas conocemos la denominada 'paradoja de género en salud', de tal modo que la morbilidad, la autopercepción de salud y el acceso a la atención sanitaria de las mujeres es claramente peor en comparación con los hombres, aunque de forma paradójica su esperanza de vida es mayor. Para alcanzar la 'justicia social' mencionada por la OPS/OMS es necesario implementar estrategias que eviten todas las desigualdades en general, y las de género en particular.

El conocimiento de los factores implicados en la falta de equidad según el género es imprescindible para establecer políticas y estrategias que a corto plazo disminuyan esta brecha en el abordaje sanitario, y que a medio y largo plazo la hagan desaparecer. Igualmente, el análisis de estos factores debe realizarse considerando que existen diferencias entre grupos de mujeres al desglosarlos por variables sociodemográficas. Es necesario evaluar las diferencias entre mujeres y hombres, tanto biológicas como sociodemográficas, y especialmente culturales y asociadas a los roles asignados al género. Igualmente, resulta imprescindible evaluar como



estas diferencias, influyen en el desarrollo de enfermedades físicas y psíquicas, en el acceso al sistema sanitario y en la adherencia al tratamiento. Existen aspectos tanto biológicos como sociales que de forma exclusiva, afectan a las mujeres. Entre los primeros se encuentran el embarazo, la menopausia, la dismenorrea, etc., y entre los segundos, y de forma destacada los efectos de la violencia de género. Esta última requiere un abordaje amplio en sus vertientes física, psíquica y preventiva.

El personal sanitario no puede quedar fuera de este abordaje con perspectiva de género. Las disciplinas implicadas en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los desórdenes físicos y psíquicos, así como las involucradas en el conocimiento y análisis de los determinantes sociales, deben ser impartidas adecuadamente en su período académico, así como el acceso a la formación continuada disponible desde las instituciones. Es necesario universalizar la perspectiva de género y ello implica garantizar la participación de las mujeres y géneros diversos en la formulación de políticas, protocolos y planificación de programas de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 'la resolución WHA60.25 (2007) de la Asamblea Mundial de la Salud y la Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS (2008)' implican 'el compromiso de aplicar una estrategia para integrar el análisis del género y las medidas encaminadas a garantizar la igualdad'. En España, la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo tiene como objeto "hacer efectivo el derecho de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, en particular mediante la eliminación de la discriminación de la mujer". Así mismo, en su artículo 27.2 se especifica que "las Administraciones públicas garantizarán un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros", que implicaría la igualdad entre géneros en el campo de la salud.

Aún existiendo un acuerdo unánime en la necesidad de establecer una equidad entre géneros, incluido géneros diversos, seguimos asistiendo a desigualdades en el caso de las mujeres, y especialmente a ciertos subgrupos de estas. Este 'Libro Blanco. Salud y Género' desarrolla ampliamente temas implicados en la brecha entre géneros. Junto a temas que describen patologías orgánicas estructurados por aparatos, sistemas y, en algunos casos, enfermedades específicas, se exponen temas relacionados con salud mental, farmacia, perspectiva desde la plataforma de organizaciones de pacientes, salud con perspectiva de género en medicina y en enfermería, salud pública y discapacidad. Con este libro pretendemos sensibilizar sobre la falta de equidad en salud por diferente género y aportar información que favorezca la desaparición de ésta, llevándonos al cumplimiento de los objetivos establecidos de justicia social y la salud como derecho humano.

https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud

https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender#:~:text=El%20g%C3%A9nero%20es%20un%20factor,profesionales%20de%20los%20trabajadores%20sanitarios



INTRODUCCIÓN

Salud con perspectiva de género, la visión de las pacientes



I - INTRODUCCIÓN: PERSPECTIVA DESDE LA PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES

Carina Escobar Manero.
Presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes.



II - LA VISIÓN DE LAS PACIENTES

Dra. Ana López Trenco. *Médica Vocal del Foro Español de Pacientes (FEP). Gerente de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME Aragón).*



I- INTRODUCCIÓN: PERSPECTIVA DESDE LA PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES[1]

Como señala la Organización Mundial de la Salud[2] , el género influye en la experiencia y acceso de las personas a la atención sanitaria. La forma en que se gestionan y ofrecen los servicios de salud puede limitar o permitir el acceso de una persona a la información, el apoyo y los servicios sanitarios que requiere. A menudo, muchas mujeres y niñas enfrentan más obstáculos que los hombres y los niños para acceder a información y al sistema sanitario. Entre estos, destacan la falta de acceso al poder de toma de decisiones; peores tasas de alfabetización en salud; actitudes discriminatorias del personal o la falta de formación entre profesionales instituciones sobre sus necesidades y desafíos de salud específicos. La visión de la POP es conseguir, que especialmente las personas con necesidades crónicas de salud, puedan acceder a una atención integral y personalizada, en condiciones de acceso universal, equidad y trasparencia, por lo que atender a las desigualdades en salud derivadas de la condición de género, es prioritario para conseguir una atención de calidad.

La participación de las mujeres en la investigación biomédica es aún insuficiente en todos los procesos, no sólo en las evaluaciones de los proyectos de los ensayos clínicos, sino también en que se garantice la participación en la investigación en todo el ciclo del proceso, incluida la participación en todas las fases de ensayos clínicos.

En un ámbito en el que resulta haber un severo problema es en el diagnóstico de las mujeres, o bien porque las mujeres, en su papel de cuidadoras minimizan los síntomas y acuden más tarde, o bien porque los profesionales, por estar acostumbrados a que ciertas patologías sean más frecuentes en hombres que en mujeres, dificultan el diagnóstico con un sesgo de género. A su vez, las mujeres también están más medicalizadas que los hombres. Por tanto, resulta urgente garantizar la equidad de género con diferentes rutas asistenciales en aquellas patologías diferenciales entre hombres y mujeres.

La principal cuestión a tener en cuenta al tratar la mirada de los pacientes respecto al género y la salud es que no existe una única mirada. La perspectiva de las pacientes es una amalgama de experiencias heterogéneas y diversas, que varían enormemente dependiendo de la enfermedad, la edad, la etnia, la identidad, la situación económica, la discapacidad, la condición de migración o la etapa y desarrollo de la patología, entre otras muchas cuestiones.

Por otro lado, los cambios demográficos y el aumento de la esperanza de vida conllevan que cada vez haya más personas con enfermedades crónicas, de modo que la cronicidad supone un reto importante para el sistema sanitario y social que hay que abordar con garantías para la ciudadanía y la sostenibilidad del sistema. En España más de 21 millones de personas de 15 años o más cuentan con un diagnóstico de enfermedad crónica, esto supone un 54,3% de la población. Este dato no es únicamente relevante por el elevado porcentaje de personas afectadas, sino –también– por el especial impacto que la enfermedad tiene en todos los ámbitos de la vida.

La situación de cronicidad no es igual a la dependencia o a la discapacidad, pero –además de verse influida en gran medida por las categorías anteriores– genera una mayor vulnerabilidad. El diagnóstico, los años de enfermedad, la edad, el sexo, la ocupación, la educación y el estado civil también son factores importantes que interseccionan con la situación económica de las personas con necesidades crónicas de salud. Paralelamente, una situación económica precaria puede tener efectos psicológicos devastadores que, a su vez, agravan la salud mental, emocional y física de la persona, generando un círculo vicioso de difícil solución.

Por su parte, los efectos de la pandemia que hemos sufrido han evidenciado la necesidad de fortalecer nuestra asistencia sanitaria y contar con una estrategia y planes de salud pública que protejan especialmente a las personas con enfermedades crónicas más vulnerables, como pueden ser las mujeres. Uno de los mecanismos que pueden ayudar a mejorar la perspectiva de género en la salud es la de la segmentación de la población. El momento vital en el que se encuentra cada persona es de alta importancia a la hora de tomar decisiones que se adapten a sus necesidades. La humanización del sistema sanitario debe suponer la individualización de la atención, valorando el caso concreto, la situación particular según las necesidades específicas y la perspectiva biopsicosocial de la persona, incluyendo la situación de las personas cuidadoras y familiares. Segmentar y ajustar los procesos de acceso a medicación de los diferentes colectivos ayudará a dar una atención multidisciplinar, respetando su autonomía y fomentando su corresponsabilidad.

Detallar y establecer grados de vulnerabilidad ayuda a visibilizar a los colectivos más invisibilizados, al igual que permite diseñar políticas de salud pública más efectivas en el ámbito de la información, la formación, las medidas de protección, la vacunación y otros tratamientos específicos. En esta definición se debe detallar las diferentes patologías, los factores diferenciales de género y riesgo, o las diferencias en la edad y sus implicaciones. También deben diseñarse nuevas estrategias en el abordaje la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, en el acceso a la maternidad de mujeres con enfermedades o trastornos crónicos.

En este sentido, las unidades de igualdad pueden jugar un rol esencial a la hora de ofrecer indicadores de análisis o perspectiva de género puesto que, en muchas ocasiones, no hay formación suficiente entre profesionales sanitarios/as para ofrecer ese enfoque. Esta falta de perspectiva de género no hace más que agudizar las desigualdades sociales ya existentes, a la vez que refleja cómo los Determinantes Sociales de Salud [3] quedan a un lado en las políticas públicas sanitarias. Al no contar con sistemas de información actualizados que segmenten claramente a la población según su nivel de fragilidad, se dificulta la monitorización y abordaje de las desigualdades, condenando a los márgenes a las personas más vulnerables.

Aspectos de género desde la visión del paciente

En consecuencia, a lo largo del año 2020 la Plataforma de Organizaciones de Pacientes llevó a cabo el primer estudio sobre ‘‘Mujer, discapacidad y enfermedad crónica’’, pues, hasta la fecha, no existen investigaciones que tengan en cuenta esa doble opresión de género y cronicidad desde la perspectiva de los y las pacientes.

El estudio, realizado a partir de 2.656 entrevistas válidas a personas con un total de 30 enfermedades crónicas potencialmente discapacitantes reflejó, por un lado, datos relevantes sobre la percepción del grado de avance de su propia enfermedad, y por otro, la percepción de su estado de salud. En ambos casos, las mujeres mostraban considerablemente peores resultados que los hombres, tanto en la percepción de su estado de salud [4], como en el grado de avance de la enfermedad.

Uno de los datos más impactantes del estudio fue el infradiagnóstico de las mujeres: hay una considerable diferencia de tiempo que transcurre entre los primeros síntomas de la enfermedad y el momento del diagnóstico: 3,2 años para los hombres y 6,0 años para las mujeres, mientras en la media global se sitúa en 4,7 años. Además, el retraso del diagnóstico de la enfermedad, que afecta especialmente a las mujeres, impacta negativamente sobre el estado de salud (empeora a mayor retraso), el grado de avance de la enfermedad (incrementa a mayor retraso) y la satisfacción con el tratamiento (empeora a mayor retraso) [5]. A su vez, los hombres están más satisfechos que las mujeres con el tratamiento que reciben (6,3 frente a 4,8 sobre 10). La insatisfacción de las mujeres con su tratamiento tiene graves implicaciones sobre su salud, como el abandono de tratamiento, la falta de adherencia, el peor estado de salud y un mayor consumo de recursos del sistema.

En el ámbito de autonomía personal, un 25% de mujeres tienen alguna limitación para realizar las tareas propias de autocuidado, frente a un 15% de varones. Por otro lado, tienen dificultades para realizar las actividades del hogar un 57% de mujeres frente a un 34% de varones. Respecto al dolor, como elemento limitante y desestabilizante que es, los datos indican que las mujeres sufren más discapacidades con manifestaciones dolorosas que los hombres [6].

Este impacto negativo de la enfermedad crónica en la salud determina otros impactos negativos en otras esferas de la vida de las pacientes, y es mayor en la medida que la salud empeora, especialmente en tres áreas: la vida social, la vida laboral y la situación económica.

A nivel social, las mujeres pierden más relaciones que los varones a consecuencia de su enfermedad, un 75% ellas y un 68% ellos. Por otro lado, las personas con una enfermedad crónica cuentan con mayor dificultad para llegar a fin de mes (63%) que el conjunto de la población (53%). Entre los diversos motivos destaca el mayor esfuerzo económico que tienen que hacer por los gastos que acarrean las propias enfermedades. En este sentido, las ayudas y prestaciones cumplen un papel determinante por su efecto compensador de las desigualdades económicas, tanto en las personas con certificado de discapacidad como en las que no disponen del mismo.

La cronicidad afecta a la vida laboral de distintas maneras (dejando de trabajar, cesando en la búsqueda de empleo o causando baja, entre otras). Mientras que en la población española trabajan el 48% de los mayores de 18 años, entre el colectivo de personas con enfermedad crónica están ocupados el 44%, encontrándose de baja un 9% de las mismas. Esto supone que sólo el 35% se encuentran efectivamente trabajando. A su vez, no asistir al trabajo contribuye al deterioro de las relaciones sociales y de menores ingresos. Por tanto, el impacto económico negativo de tener una enfermedad crónica se puede dar tanto por la falta de ingresos

laborales, como por el sobrecoste en las necesidades de atención y asistencia que supone la misma. Este impacto negativo se acrecienta en el caso de las mujeres, presentándose las mayores diferencias económicas en el ámbito laboral. El porcentaje de mujeres que tienen limitaciones para desarrollar con normalidad su actividad profesional se eleva al 11%, frente a un 8% de varones.

El impacto económico derivado de padecer una enfermedad crónica y tan solo atendiendo a la reducción en la probabilidad de encontrar trabajo, es creciente en la edad según la progresión de la carrera profesional se ve más truncada, con el agravante de que, para los pacientes crónicos más mayores, una reducción en las cotizaciones a la Seguridad Social derivadas de la reducción de salarios tiene impacto directo en las pensiones a cobrar una vez jubilados, cuando forman parte de la población más vulnerable [7] . Esta situación en las pensiones se acrecienta en el caso de las mujeres, cuyas cotizaciones son drásticamente menores que las de los hombres a medida que aumenta su edad.

En el mismo estudio también se pudo observar que el colectivo de mujeres con enfermedad crónica y discapacidad reconocida requiere una especial atención por sus particulares características, viéndose que en su caso el avance de la enfermedad es mayor y la mayoría no tienen reconocida la dependencia. Por otro lado, un considerable grupo de mujeres no tienen un certificado de discapacidad ni reconocimiento de grado de dependencia pese a necesitar cuidados para las actividades de la vida diaria. Este problema, de nuevo, afecta mucho más a mujeres que a hombres. El motivo principal con diferencia sobre otros tiene que ver con la falta de información de los pacientes [8].

Puntos de mejora asistencial con perspectiva de género

De acuerdo con los datos mencionados, podemos afirmar que existe un grave problema de infradiagnóstico o retraso de diagnóstico de las enfermedades crónicas que afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres. Por ese motivo, resulta urgente ajustar los criterios de diagnóstico con perspectiva de género, analizando y diferenciando los síntomas que presentan uno u otro sexo. En este sentido se debe trabajar también en mejorar la información y formación sobre las enfermedades crónicas a los profesionales sanitarios y una mejor coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que permitan acortar tiempos de diagnósticos. Se debe innovar en procesos que permitan acceder a un diagnóstico precoz [9] .

Además, el dolor crónico en concreto limita también otras esferas de la vida cotidiana de quienes lo sufren, dificultando la participación en actividades de ocio y familiares y disminuyendo la capacidad productiva en el ámbito laboral. Por tanto, se detecta la necesidad de impulsar y agilizar la mejora del diagnóstico precoz y el tratamiento del dolor en la enfermedad con el fin de garantizar tanto la mejora de la calidad de vida del paciente, como la reducción de la carga económica derivada de éste. Actuar precozmente en el abordaje del dolor impacta positivamente en las dimensiones personal, social, laboral, familiar y económica, además de reducir la carga de la enfermedad para el Sistema Sanitario y Social.

Puesto que el reconocimiento de la dependencia o de la discapacidad también son bajos en relación con la cantidad de las mujeres que afirman necesitar estas prestaciones, conviene que las instituciones ahonden en la cuestión, ofreciendo soluciones individualizadas y heterogéneas que respondan a esta compleja situación.

Es importante vigilar de forma muy especial las condiciones de participación en el mercado de trabajo de las mujeres con enfermedad crónica que además son cuidadoras de otras personas, dado que tienden a reportar más problemas que los hombres en la misma situación

(baja laboral, reducción de jornada, problemas de relación con compañeros y superiores). En este sentido se debe proteger a las personas con enfermedades crónicas en el entorno laboral estableciendo medidas que flexibilicen el mercado laboral, así como la adaptación del puesto de trabajo[10]. Más concretamente, la conciliación de la vida personal y laboral de las mujeres que, además de ser madres, tienen necesidades crónicas de salud, debe ser una prioridad institucional por el impacto que sufre su participación en el mercado laboral, en la percepción de pensiones contributivas y en la doble jornada de trabajo doméstico y trabajo de cuidados.

En el ámbito académico, deben desarrollarse medidas que permitan una mayor flexibilidad o adaptación curricular, de forma que las mujeres con necesidades crónicas de salud puedan ver continuidad en sus estudios, logrando reducir las barreras en la permanencia y progresión entre las diferentes modalidades y etapas educativas.

Toda esta situación aboca a los márgenes a las mujeres con necesidades crónicas de salud, con el consecuente impacto en la salud física, emocional y psicosocial, incrementando, además, la soledad no deseada. Teniendo en cuenta la pérdida económica derivada de la menor tasa de empleo y los salarios medios diferenciados de este invisibilizado colectivo, desde la POP defendemos que se atienda la situación de vulnerabilidad económica y soledad no deseada de las mujeres con cronicidad y se garanticen las medidas de protección social necesarias. La protección social es la única herramienta que tienen las personas con enfermedad crónica y discapacidad o dependencia para ver garantizada su inclusión social y laboral o ver reducida la brecha económica. Se debe proteger a estas pacientes más allá del sistema sanitario, también en el ámbito laboral estableciendo un entorno seguro y, cuando no sea posible, garantizando una baja como medida de protección.

Asimismo, consideramos que se deben crear y difundir guías de recursos sociales para profesionales sanitarios, en colaboración con las organizaciones de pacientes, con el objetivo de formar al personal de las administraciones públicas sobre las implicaciones sanitarias y sociales de la cronicidad. También creemos que se debe divulgar la labor de las entidades de pacientes en el entorno sanitario con el objetivo de que los profesionales sanitarios las prescriban a sus pacientes como instrumento clave de apoyo y acompañamiento.

La cronicidad y el género son realidades que interseccionan entre sí, debiendo entenderse en toda su magnitud para poder analizarse de forma efectiva; por ese motivo consideramos que deberían existir presupuestos compartidos para ayudar a elaborar políticas más eficaces, completas e integrales que aborden estas problemáticas de manera global.

Finalmente, la sostenibilidad del sistema sanitario pasa por la innovación en la atención y respuesta de los sistemas de salud y sociales, en los tratamientos y los apoyos a los pacientes. Necesitamos trabajar para conseguir una máxima eficacia y eficiencia en la utilización de los recursos disponibles, respetando siempre las necesidades de las personas. Para conseguirlo, apostamos por una participación real de las entidades de pacientes en las políticas sanitarias. Creemos firmemente que apostar por la salud de la ciudadanía es apostar también por su crecimiento social y económico, por ello solicitamos aumentar el gasto de sanidad del PIB al 7%, como hacen otros países de nuestro entorno. Estableciendo un Fondo de Cohesión Social dotado adecuadamente para poder garantizar un acceso equitativo de todas las personas que residen en nuestro país a la mejor asistencia, independientemente del lugar donde residan. Se requiere de un acuerdo en financiación y reformas del SNS para que pueda dar respuesta a los grandes retos del siglo XXI. La sostenibilidad y equidad del SNS pasa también porque el paciente sea protagonista y tenga voz y voto en la toma de decisiones. Necesitamos regular la participación de los pacientes de forma que ésta no quede sujeta a la decisión de cada equipo de gobierno, sino que sea un derecho reconocido.

Como ha quedado expuesto, los cambios demográficos y el aumento de la esperanza de vida conllevan que cada vez haya más personas con enfermedades crónicas, de modo que la cronicidad supone un reto importante para el sistema sanitario y social que hay que abordar con garantías para la ciudadanía y la sostenibilidad del sistema. A su vez, las intersecciones con otros ejes de vulnerabilidad, como el género, originan situaciones de fragilidad muy específicas para las que actualmente no se ofrecen soluciones. Para afrontarlas se necesita de la colaboración de toda la sociedad y de todos los agentes implicados en el ámbito de la salud y de los servicios sociales, incluyendo y reconociendo la inestimable labor de las organizaciones de pacientes.

Bibliografía

1.- La Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) agrupa a 36 organizaciones nacionales que reúnen, a su vez, a más de 1.796 asociaciones estatales, autonómicas y provinciales que representan, entre otras patologías crónicas: autismo y TEA, enfermedades oncológicas, enfermedades raras, personas trasplantadas y enfermas de riñón, hígado y corazón, enfermedades inflamatorias inmunomediadas, VIH-Sida, enfermedades respiratorias, neurológicas, cerebrovasculares, cardiovasculares y lesionados medulares. Con más de 941.600 asociados, 12.170 trabajadores y 66.000 voluntarios sumamos experiencias, esfuerzo y trabajo para elevar la voz de las personas con enfermedades crónicas y defender sus derechos. La Plataforma de Organizaciones de Pacientes surge de la necesidad de elevar la voz de los pacientes a todos los ámbitos en los que deba ser escuchada y coordinar acciones comunes asumiendo la representación de los intereses de las personas con enfermedades crónicas y las asociaciones que las representan.

La misión de la POP es la de promover la participación y defender los derechos de las personas con necesidades cró¬nicas de salud en todos los ámbitos, políticas y actuaciones que afectan a sus vidas para lograr su plena inclusión y una mejor calidad de vida. Para ello, tenemos una visión: ser la voz para conseguir que las personas con necesidades crónicas de salud puedan ac¬ceder a una atención integral y personalizada, en condiciones de acceso universal, equidad, transparencia y sostenibilidad. En esta labor, nuestros valores son la participación, la legitimidad, la transparencia, la democracia y la cooperación, con el objetivo de ampliar el conocimiento de la situación de los pacientes y sus necesidades, fomentar su empoderamiento, planificar, gestionar y evaluar centrándonos en las necesidades sociales y sanitarias de las personas con enfermedad crónica fomentando alianzas y colaboraciones con los agentes del sector y trabajar en el desarrollo eficaz, efectivo y eficiente de la POP.

2.- Gender and health. World Health Organization. Who.int. [citado el 20 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/gender

3.- La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad.

4.- Un 50% de las mujeres entrevistadas afirmaron que su estado de salud es malo o muy malo, frente al 28% de los hombres.

5.- Estudio mujer, discapacidad y enfermedad crónica. Plataforma de pacientes. 2021 [último acceso: 12 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.plataformadepacientes.org/observatorio-de-la-cohesion/estudio-mujer-discapacidad-y-enfermedad-cronica-informe-de-resultados. P. 137.

6.- Id. P. 41.

7.- Id. P. 127.

8.- Id. P. 143.

9.- Id.

10.- Id.

11.- Informe para la reconstrucción del sistema sanitario y social. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2020. P. 25.



II- LA VISIÓN DE LAS PACIENTES

Según la Organización Mundial de la Salud, "los determinantes de la salud relacionados con el género son las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad frente los riesgos para la salud, así como la protección frente a los mismos, y que determinan los comportamientos de promoción de la salud y de búsqueda de atención sanitaria y las respuestas del sistema de salud en función del género. Son uno de los principales determinantes sociales de las inequidades sanitarias". /Sic/

"La integración de la perspectiva de género implica evaluar el modo en que el género determina las medidas planificadas, incluidas la legislación, las políticas y los programas, en todos los ámbitos y a todos los niveles. La incorporación de la perspectiva de género también puede contribuir al empoderamiento de las mujeres y la igualdad de participación en todos los niveles del personal sanitario". /Sic/

Desde la experiencia del Foro Español de Pacientes (FEP) queremos poner de manifiesto que se arrastra una carencia histórica con relación al abordaje de la perspectiva de género en todos los ámbitos de la salud. Si bien, cada día hay más voces reclamando una visión que incluya todos los aspectos que tienen que ver con las singularidades que afectan a esa concepción cultural que denominamos género. Todavía tenemos demasiadas lagunas, déficits en el abordaje sanitario, social y científico, así como falta de conciencia social y políticas para plantear un cambio de mentalidad y de legislación que permitan ofrecer respuestas adecuadas, tanto a la diversidad sexual como de género.

Conviene aclarar que, aunque en el lenguaje coloquial se utilicen indistintamente los conceptos de sexo y género, éstos son diferentes; siendo el primero la situación biológica

que determina una morfología como mujer o como hombre y con unas características diferenciadoras que permiten la reproducción. Sin embargo, el género es un constructo social que ha estado delimitado en nuestra cultura por una concepción dualista en cuanto a hombre y mujer y que tiene una marcada tendenciosidad generada por las creencias, la ideología y los posicionamientos de poder.

Por otra parte, aunque otras orientaciones afectivas, sexuales y de género han sido silenciadas y perseguidas, la realidad se ha mostrado insistente a lo largo de la historia, mostrándonos otras realidades que, no solo deben respetarse en virtud de los derechos humanos, sino que tienen que ser tenidas en cuenta en relación con su derecho a la protección de su salud. Porque las personas no binarias encuentran serias dificultades a la hora de que sus problemas de salud sean atendidos en las mismas condiciones y con el debido respeto a su identidad.

En nuestra cultura, tradicionalmente, se han distribuido los roles de género en virtud del sexo que ha correspondido al nacer. De hecho, incluso antes de nacer ya estamos predisponiendo al futuro bebé qué comportamientos va a tener. Y si no, pensemos como se compra ropa de un color concreto, se usan elementos ornamentales (como lazos o pendientes), se adecúan los dormitorios y entorno con decoraciones específicas, juguetes que predispondrán a un determinado comportamiento, se otorgan adjetivos calificativos claramente diferenciados (campeón al niño y bonita a la chica; el rey de la casa, la princesa…). Todo ello va actuando, de forma insidiosa y muchas veces inconsciente, desde los modelos de crianza hasta en la futura educación, sesgada y predeterminada, reforzando estereotipos de niño con comportamientos de masculinidad tóxica o patriarcal y en las mujeres inculcando una feminidad que en nada contribuye a su autodeterminación y libertad.

Un sesgo que influye directamente en la salud es esa supuesta fortaleza en el hombre, que lo limita a la hora de ser consciente de su vulnerabilidad y le impide pedir ayuda cuando la necesita; mensajes como “los niños no lloran”,” tú eres muy fuerte”, etc., contribuyen a que los chicos no manifiesten ni expresen sus emociones y adquieran comportamientos más dominantes. Por otro lado, a las chicas se las educa con una mayor protección, se les atribuye una mayor sensibilidad, debilidad y sumisión. Toda esta amalgama de modelos educativos y conductas van fraguando los diferentes roles que se han estereotipado en nuestra sociedad, los cuales tienen una clara influencia en el tipo de estudios que se eligen, la tipología de trabajos a los que se tendrá opción, el techo de cristal en las empresas y organizaciones. Todo ello, combinado con los roles asignados en el ámbito de la familia, el otorgamiento de funciones de cuidadora para la mujer, que han favorecido la sobrecarga de trabajo, ha hecho que la mujer esté sometida a una presión que conduce a que tenga menos tiempo para ella misma, se exija más y se incremente su nivel de estrés.

El género influye notablemente en las relaciones afectivo sexuales entre mujeres y hombres, en las que, al establecerse relaciones desiguales de poder, las mujeres son muy vulnerables a sufrir violencia de género y agresiones sexuales.

En la población adolescente de nuestro país, las cifras señalan que existe una preocupante normalización de la violencia de género entre los y las adolescentes. Para entender esta reflexión, hacemos referencia a la Macroencuesta de Violencia contra la mujer (2019) que mostró que el 6,2% de las adolescentes de 16 y 17 años han sufrido violencia física por parte de parejas o exparejas, el 6,5% violencia sexual, el 16,7% violencia emocional y el 24,9% violencia psicológica o de control. Por otra parte, hacer referencia al Barómetro Juventud y Género 2021, el cual indica que 1 de cada 5 hombres jóvenes niega la violencia de género y cree que es un ‘invento ideológico‘.

Las investigaciones que se llevan a cabo sobre muchas enfermedades se hacen sobre muestras masculinas, por lo que los resultados, al no tener en cuenta las diferencias hormonales, genéticas y culturales, no consideran las diferencias existentes entre hombres y mujeres

No podemos olvidar el impacto que tiene esta situación de desigualdad en la violencia sobre las niñas, incluida la violencia sexual; lo que conlleva una mayor tasa de problemas de salud mental en la edad adulta.

Los comportamientos más vinculados con conductas de riesgo, como consumo de bebidas alcohólicas, de sustancias tóxicas (tabaco y otras drogas), práctica de deportes de riesgo, conducción más agresiva, etc., facilitan que la tasa de "Años de vida ajustados por discapacidad" (AVAD) sea tres veces superior en hombres que en mujeres. No obstante, son datos que están variando conforme estas pautas se van igualando entre los géneros.

A ello, hay que sumar el hecho de que la ciencia sigue investigando sobre la pérdida de la salud obviando la diversidad sexual y la diversidad de género, que, como hemos dicho, no tienen por qué coincidir. Las investigaciones que se llevan a cabo sobre muchas enfermedades se hacen sobre muestras masculinas, por lo que los resultados, al no tener en cuenta las diferencias hormonales, genéticas y culturales, no consideran las diferencias existentes entre hombres y mujeres.

Los condicionantes relatados, son solo una pequeña parte de las causas que generan inequidad del sistema en lo que respecta al acceso a la salud para una gran parte de la sociedad. Mientras no se tengan en cuenta al más alto nivel, tanto político como científico, estaremos muy lejos de ofrecer una igualdad de oportunidades para hombres y mujeres y seguiremos manteniendo importantes brechas a nivel de prevención, de promoción y terapias adecuadas para toda la población. Es por ello, que los planes de salud deben de contemplar el principio de igualdad, equidad y universalidad, paliando desigualdades directas e indirectas. Es necesario que estos planes sean transversales en diferentes ámbitos, tanto en las administraciones públicas (sanitarias, sociales, educativas, entre otras) y en el ámbito laboral y social. Además, su alcance no debe considerar solo las de naturaleza de salud reproductiva, que son las que tradicionalmente se han contemplado con perspectiva de género, también se debe prestar especial atención a la prevención de riesgos psicosociales, a la mayor tasa de enfermedades autoinmunes en las mujeres, al incremento de patología cardiovascular en la mujer y, por supuesto, a la prevención de determinados tumores que se desarrollan con más frecuencia según el sexo y edad.

Los y las pacientes cada día reciben más información, son conscientes de cómo influye el sexo y el género en la salud, pero todavía existe mucha desinformación. Por ello, quieren que se les tenga en cuenta a la hora de trazar un abordaje integral y no discriminatorio, siendo parte activa y participando en los programas de investigación (tanto a nivel diagnóstico como terapéutico), en las políticas sanitarias y sociales, en su propio autocuidado y en la participación social a través de las entidades que las representan.

Es tan significativo el impacto que tienen los roles de género en el propio asociacionismo en organizaciones de pacientes que el liderazgo de estas lo han ejercido más hombres que mujeres, a pesar de que había más mujeres asociadas que hombres. Afortunadamente, es

una tendencia que está cambiando y ponemos como ejemplo el propio Foro Español de Pacientes (FEP) cuya gobernanza está inclinada en este momento hacia un mayor porcentaje de mujeres en su Junta Directiva.

Es el caso que estamos experimentando las asociaciones que formamos parte del FEP, como ASAPME Aragón, entidad en la que trabajo y que presta atención a personas con problemas de salud mental. En ella se están igualando las cifras de personas asociadas, aunque todavía un 56% son mujeres y un 44% son hombres. Es importante destacar que tradicionalmente las personas con enfermedad mental solo adoptaban un rol de personas beneficiarias y, por tanto, no se asociaban, siendo sus familiares quienes lo hacían. Así, en la actualidad se siguen asociando un 66,96% de familiares del sexo femenino, frente a un 33,03% de hombres cuidadores, de los que un 56% de pacientes que se han asociado son hombres, frente a un 43% de mujeres con problemas de salud mental. Son datos que dan mucho que pensar y que siguen demostrando que las mujeres cuidan más y se cuidan menos.

Esta diferencia es más apreciable en las mujeres de más edad, quienes ejercían el rol de cuidadoras y fueron pioneras en el asociacionismo en organizaciones de familiares. Ellas impulsaban el asociacionismo, pero dejaban en manos de los hombres el liderazgo de esas entidades. Observamos, afortunadamente, que se va produciendo una mayor homogeneidad entre géneros a la hora de asociarse en menores de 40 años, lo que se vincula a una mayor igualdad en sus responsabilidades y en su asunción del rol de cuidadores.

En cuanto al abordaje farmacológico, una de las circunstancias significativas que no se han tenido en cuenta en la práctica clínica, ha sido la información que el personal sanitario ofrece en relación con los efectos secundarios de los fármacos. Muchas pacientes relatan que no se les ha informado que impacto podía tener la medicación en cuanto a su menstruación o a su deseo sexual. Sin embargo, es más habitual que al paciente se le traslade información con relación a cómo puede afectar el fármaco a su deseo sexual, la erección o en su capacidad reproductiva.

Otro de los aspectos que influyen notablemente en la naturalidad con la que se puede hacer frente a diferentes enfermedades es el doble estigma según la orientación sexual y como paciente según la sintomatología o las manifestaciones clínicas de la patología que se padece. Los estereotipos de género como cánones de belleza, estilos de vida asignados culturalmente, tópicos sobre la maternidad, clichés sobre la intimidad, etc., condicionan la vivencia del trastorno, empeorando el estado de malestar subjetivo e incluso el curso de la dolencia.

Es el caso que se produce con las mutilaciones ante diferentes patologías como puedan ser los procesos tumorales; véase como afecta a muchas mujeres la amputación de una mama, una extremidad o una deformidad facial. Todas estas situaciones, que determinan cambios sustanciales en el físico de una persona e incluso en su autonomía personal, afectan a su autoestima, a las relaciones con los demás, con su sexualidad y con su desarrollo profesional. Incluso el propio paso de la edad, en el que se producen cambios sustanciales en el organismo, provocan tal rechazo social que generan el llamado “edadismo” o discriminación a causa de la edad. En este escenario, en el que existe un desmedido culto al cuerpo, se generan numerosos problemas como la vigorexia, los trastornos de alimentación, ansiedad generalizada, depresión y otros problemas de salud mental.

Una de las situaciones que más daño ha hecho esta sociedad es la idealización de la maternidad y la crianza, ya que no se ha tenido en cuenta el difícil momento que atraviesa el cuerpo humano para adaptarse a los cambios hormonales, físicos y sociales, que conlleva un momento tan maravilloso, pero a la vez tan complejo, como es la concepción y el desarrollo de un nuevo ser.

En este momento tan crucial de la vida propia y del nuevo ser que va a nacer, se necesita disponer de información, formación y atención específica cuando los cambios inciden en la evolución normal del embarazo y afectan a la salud de la mujer. No sólo se pueden producir problemas como la diabetes gestacional, hipertensión, hiperémesis gravídica, anemia, preeclamsia, etc., que requieren tratamiento y que suelen estar bien tratados por tener un buen seguimiento. Sin embargo, la depresión perinatal, los episodios psicóticos y otro tipo de trastornos mentales pueden pasar desapercibidos porque la madre no se permita a sí misma buscar ayuda en estos periodos tan delicados o incluso se sienta culpable por no responder a los cánones impuestos por la sociedad, de eterna alegría por el embarazo y llegada del bebé. Ni que decir de la falta de apoyo que suelen tener las madres tras un aborto espontáneo o el fallecimiento del bebé, siendo situaciones enormemente dolorosas que pueden conducir a un duelo patológico. Por ello, se necesita disponer de profesionales con amplia formación, así como un cambio de mentalidad en la sociedad que no obligue a la mujer a sentirse culpable de una situación de la que no es responsable.

No podemos olvidar determinadas condiciones de salud que trastocan la intimidad de las personas, como son aquellas patologías que cursan con incontinencia, y que conllevan la necesidad de utilizar sondas, colectores, colostomías, drenajes y que muchas veces generan un sentimiento de vergüenza debido a no disponer de zonas adecuadas en servicios públicos para disponer del espacio, material e intimidad que requieren para poder llevar una vida normal. En estos casos la perspectiva de género es imprescindible por el doble estigma que padece una mujer que afronta estas situaciones.

Y en cuanto a estigma, son estremecedores los testimonios de mujeres que han sido víctimas de violencia de género y a su vez cursan con una enfermedad mental y que no han sido creídas cuando han denunciado los hechos, por achacar el relato a un delirio. Hay que añadir que ellas son más vulnerables al maltrato y tienen menos posibilidades de protegerse debido a que son, en un número no desdeñable de casos, dependientes económicamente de su maltratador al no encontrar un empleo que les proporcione autonomía financiera por la falta de oportunidades laborales. Es importante que profesionales del sistema de salud cuenten con herramientas y formación suficiente para detectar posibles situaciones de violencia de género enmascarada tras una crisis de ansiedad, estado depresivo u otros problemas de salud mental, ya que en muchos casos no se atreven a relatar esta situación.

En cuanto a los condicionamientos sociales que generan desigualdades, son tantos los factores que afectan a la salud, que serían inabordables en un artículo, pero quiero destacar la feminización de determinados puestos de trabajo, tanto en la sanidad como en la atención social, y en los que la exposición a situaciones de riesgo laboral (como el sobreesfuerzo, la turnicidad, la presión asistencial, el afrontamiento del dolor ajeno y el tener que dar malas noticias) que requieren una especial atención.

Y para finalizar, no quiero dejar de plantear algunas estrategias que incluyan puntos de mejora asistencial con perspectiva de género.

En primer lugar, es necesario promover la sensibilización y capacitación de profesionales, ya que en numerosas ocasiones se prima la enfermedad sobre la persona y muchas veces no se es consciente de que la calidez en la atención mejora la capacidad de escucha, la percepción de las particularidades de cada paciente y de las diferencias que requiere tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Haber incorporado la perspectiva de género para entender el curso de la enfermedad, las diferencias biológicas y psicosociales, así como el impacto del tratamiento según la metabolización de los fármacos, mejorará el pronóstico. Para ello, considero muy útil formar en las bases del "Modelo afectivo-efectivo" que hemos impulsado diferentes profesionales

con Cátedras en Red y Jannsen y que surgió de las enseñanzas del Dr. Albert Jovell, quien fue el impulsor del Foro Español de Pacientes. Un modelo que tiene en cuenta todo el ecosistema que afecta a la salud, incluyendo a los y las profesionales, al contexto de gobernanza, a los recursos asistenciales y terapéuticos, a los medios de comunicación y a la sociedad en su conjunto.

Hay que seguir apostando por políticas inclusivas en las que, a través de procesos de participación activa, las personas afectadas puedan ofrecer su experiencia a nivel de investigación, prevención y promoción de la salud.

El grado de asociacionismo de un país es representativo de su capacidad democrática, ya que permite establecer cauces de diálogo, participación e implicación de los colectivos específicos en la planificación de servicios, en la determinación de prioridades, en la humanización de la atención, en la visión global de los problemas y la inclusión de la diversidad; además de, en los aspectos que tienen que ver con la gobernanza, la investigación, el abordaje terapéutico y la cartera de servicios. Por otra parte, la información que se traslada desde las asociaciones permite defender los derechos de los y las pacientes y aporta una mayor capacidad para la toma de decisiones en todo lo referente a la salud.

Las asociaciones de pacientes, de la mano de los colegios profesionales, las sociedades científicas y otros agentes de salud, son imprescindibles para impulsar los cambios sociales necesarios para que se instaure una cultura que aborde una perspectiva de género en la salud, teniendo capacidad de influencia en nuestros gobernantes, sensibilizando y formando a profesionales y manteniendo un contacto permanente con los medios de comunicación para concienciar a la población general.

Hoy, todas las entidades sociales, nos encontramos alineadas con la Agenda 2030, cuyo Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 5 pretende eliminar la brecha de género en todos los ámbitos, incluida la salud. Y que mejor que hacerlo amparándonos en el ODS 17, que hace referencia a las alianzas para lograr los objetivos. Una alianza entre todos los actores que componen el ecosistema de la salud para impulsar la perspectiva de género nos ayudará a eliminar barreras, prejuicios y tener en cuenta la riqueza que proporciona la diversidad.

Bibliografía

Declaración de los derechos humanos. ONU https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights

Género y salud. OMS https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender

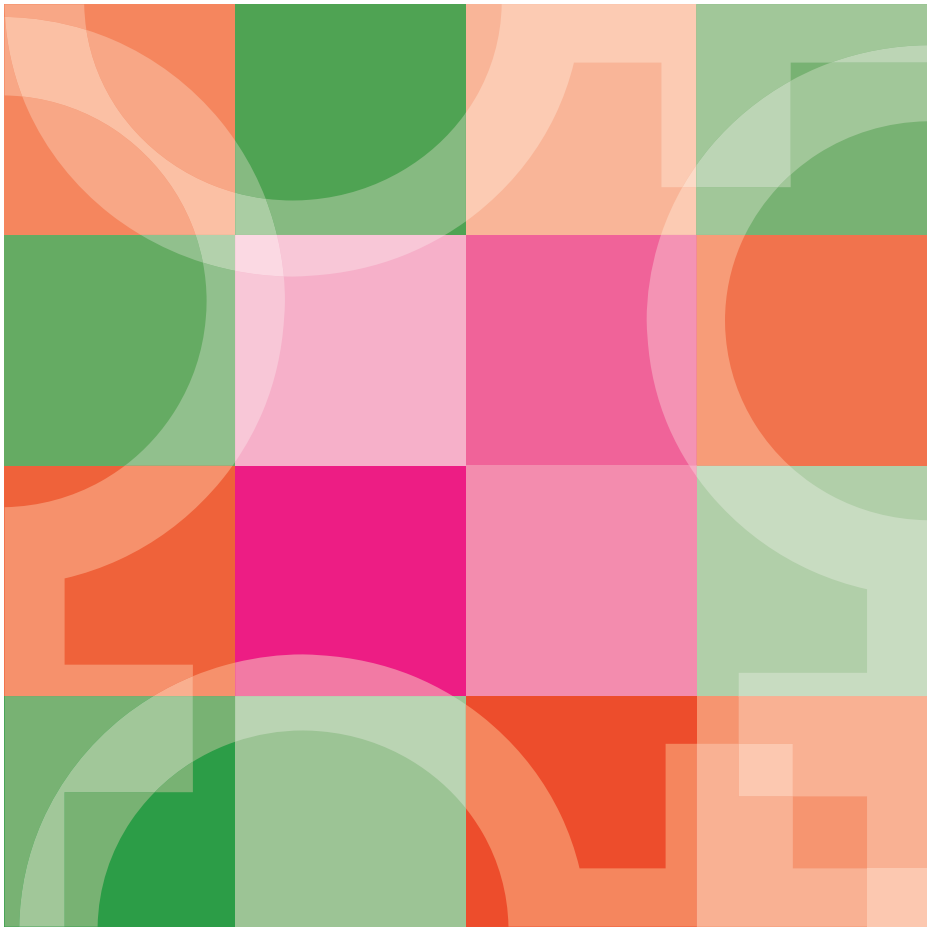
Definiciones según la RAE https://www.rae.es/drae2001/sexo

Definiciones según la RAE https://www.rae.es/drae2001/g%C3%A9nero

Guía básica sobre diversidad sexual y de género. https://www.igualdadnavarra.es/imagenes/documentos/-235-f-es.pdf

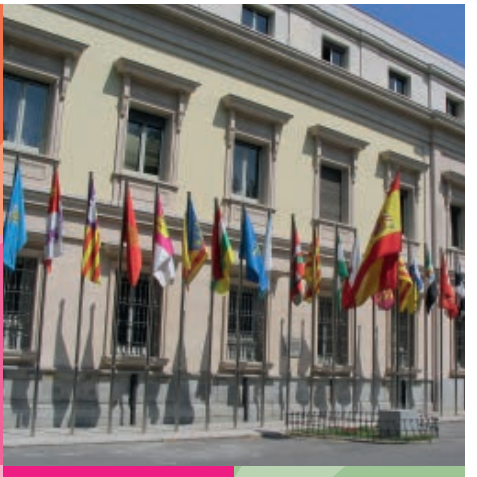
Artículo "Impacto de los roles de género en la Salud Mental" escrito por Oneida Azón Ginés y Ainhoa Montoya San Juan para el número 18 de Educar y Orientar. Revista COPOE https://www.copoe.org/revista-copoe-educar-y-orientar/n-18-abril-2023

Objetivos de Desarrollo Sostenible https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/



LA VISIÓN DE LAS

Comunidades Autónomas





Olga Pané Mena
Consellera de Salut de Catalunya



Por una Catalunya más saludable, justa y diversa

La salud y la equidad de género son pilares fundamentales del sistema sanitario catalán. Desde el Departament de Salut impulsamos el Pla de Salut Afectiva, Sexual i Reproductiva, que sitúa a las personas en el centro de la atención y garantiza el acceso equitativo a los recursos sanitarios.

Entre nuestras prioridades destacan la mejora de la accesibilidad a la interrupción voluntaria del embarazo, el fortalecimiento de la medicina reproductiva pública y el despliegue integral de la atención a la salud de las personas trans, con una mirada respetuosa hacia su identidad.

Avanzamos también en la promoción de la salud mental perinatal, la prevención de la violencia machista y el acceso a métodos anticonceptivos de larga duración, reforzando el papel de la atención primaria en la promoción de la salud sexual y afectiva.

Además, las comisiones clínicas de Salut i Gènere son otro eje clave: promueven la perspectiva de género en la práctica clínica, la investigación y la formación, garantizando que nuestras políticas y entornos sanitarios sean inclusivos, equitativos e innovadores.

Con este compromiso, seguimos trabajando por una Catalunya más saludable, justa y diversa, donde cada persona pueda ejercer plenamente su derecho a la salud y al bienestar.

> *La salud y la equidad de género son pilares fundamentales del sistema sanitario catalán.*



Antonio Gómez Caamaño
Conselleiro de Sanidade de la Xunta de Galicia

Perspectiva de género: para una atención sanitaria más eficaz

Es indudable el papel que juega la introducción de la perspectiva de género en las polí-ticas sanitarias públicas de cara a garantizar una atención más eficaz y acorde a la realidad de las mujeres, permitiendo diagnósticos y tratamientos más precisos.

Desde la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia así lo hemos entendido y es por ello que, en la Estrategia de Salud 2030, el documento marco de referencia que guía la transformación de nuestro ecosistema sanitario, hemos incorporado una visión integral para el abordaje de enfermedades con manifestaciones que difieren según el género. Hablamos de diferencias que no solo responden a trazos biológicos, sino también a fac-tores socioculturales, percepciones y roles que influyen en la salud y en el acceso a los cuidados.

Además de reconocerlas, es necesario incorporarlas a la práctica clínica, actualizando procedimientos y asegurando que los ensayos clínicos incluyan mujeres en todas sus etapas vitales.

A esto responden iniciativas puestas en marcha por el Gobierno gallego, como el proyecto "Muller Hoxe", con el que buscamos sensibilizar sobre la perspectiva de género, profundizar en las causas de estas desigualdades y diseñar estrategias que permitan reducirlas; o la guía "La salud de las mujeres en atención primaria", un documento de apoyo para fomentar la perspectiva de género en este primer nivel asistencial.

Con ello no tratamos de crear una atención sanitaria paralela, sino de aportar una mirada más humana y justa.

> *Es indudable el papel que juega la introducción de la perspectiva de género en las políticas sanitarias públicas para garantizar una atención más eficaz y acorde a la realidad de las mujeres.*



Antonio Sanz Caballero
Consejero de Sanidad, Presidencia
y Emergencias de la Junta de Andalucía

Salud en Igualdad: Género Transversal en las Políticas Sanitarias Andaluzas

Los sistemas públicos de salud se enfrentan, en toda Europa, a importantes desafíos que es necesario abordar desde la responsabilidad, la eficiencia y el servicio a la ciudadanía. La salud es el bien más preciado y el elemento común que, desde las instituciones, estamos obligados a poner en el centro de la agenda política y social. Hacerlo sin tener en cuenta la perspectiva de género supone no sólo dejar fuera a la mitad de la población, sino también limitar la eficacia de las políticas públicas por no dar la respuesta necesaria a una sociedad que es diversa y variada.

Por eso, el Gobierno andaluz apuesta por incorporar de forma transversal el enfoque de género en el diseño, implementación y evaluación de todas las políticas de salud. Este mismo año, la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias ha publicado el 'Informe Salud y Género en Andalucía', en el que se analizan las desigualdades de género en materia sanitaria y se marca la hoja de ruta que nos permitirá seguir dando pasos para alcanzar la igualdad real también en esta cuestión.

La presencia de la mujer en el sistema sanitario público de Andalucía ha alcanzado cuotas destacables: hoy suponen el 72% de la plantilla y más de la mitad de los puestos de responsabilidad. También en el campo de la investigación se ha avanzado enormemente en los últimos años, con cerca del 60% de proyectos activos a cargo de mujeres.

Recorremos ahora un camino en el que, más allá de los programas específicos como el cribado de cáncer de mama o cérvix, el conjunto de las estrategias, planes y actuaciones dirigidas a mejorar la salud de la población aborden de forma clara y consecuente las diferencias biológicas de las mujeres, y también la destrucción de los estereotipos de género o los riesgos y modos de enfermar que les son propios. La formación de los profesionales, la investigación y la voluntad política son las herramientas que nos permitirán cuidar la salud de las andaluzas como merecen.

> *El gobierno andaluz apuesta por incorporar de forma transversal el enfoque de género en el diseño, implementación y evaluación de todas las políticas de salud.*



Concepción Saavedra Rielo
Consejera de Salud del Principado de Asturias

Implementación de la Estrategia de Salud de las Mujeres de Asturias 2024-2030

La salud en igualdad es un derecho, no una opción. Por eso, desde el Principado impulsamos la Estrategia de Salud de las Mujeres 2024-2030 que, en su primer año, consolida un enfoque de género e interseccionalidad en todas las políticas públicas sanitarias. Porque la igualdad no puede ser un añadido: debe estar presente en cada decisión, en cada programa, en cada política.

Este marco refuerza programas ya existentes y actualiza documentos clave incorporando evidencia científica sensible al género y la voz de entidades del tercer sector en la elaboración de materiales y foros de participación. Entre los hitos destacan la celebración del II Foro de Salud de las Mujeres, la constitución del Comité de Buenas Prácticas en embarazo, parto y posparto, la publicación de una nueva Guía y Cartilla Maternal y el pilotaje pionero para la detección temprana de violencia de género en atención primaria. Para ello contamos con la colaboración estratégica del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa), áreas sanitarias y planes municipales para garantizar la transversalidad.

Porque la igualdad en salud solo será real si impregna todas las políticas públicas. En Asturias seguimos trabajando para que la salud de las mujeres sea un eje central de la política sanitaria. Integrar la perspectiva de género no es una meta puntual: es una carrera de fondo que exige compromiso y acción sostenida.

> *La igualdad no puede ser un añadido: debe estar presente en cada decisión, en cada programa, en cada política.*



María Martín Díez de Baldeón
Consejera de Salud y Servicios Sociales de La Rioja

Igualdad también desde la Salud

Promover la igualdad entre mujeres y hombres es un eje transversal de las políticas públicas que impulsa el Gobierno de La Rioja, también por supuesto en el ámbito sanitario y social. La perspectiva de género está presente en muchas de las actuaciones, desde las más evidentes -como la implementación de Planes de Igualdad en todos los centros de salud- a las que pueden resultar más generalistas pero que inciden de manera determinante en mujeres en una situación de vulnerabilidad mayor. Puedo referirme a las que residen en el mundo rural para las que resulta crucial la puesta en marcha de una nueva infraestructura sanitaria o el mantenimiento de la farmacia en su localidad.

Desde la prevención en Salud Pública al ámbito más asistencial desde el Servicio Riojano de Salud, estamos comprometidos en formación en materias como la salud sexual y reproductiva o la menopausia, en investigaciones oncológicas con connotaciones diferentes si el paciente es hombre o mujer, en cribados y protocolos para víctimas de violencia de género o en la potenciación de los programas de Atención Temprana que facilitan la conciliación y la corresponsabilidad. El impacto de género se percibe en el tratamiento de los problemas de Salud Mental, frente a los que estamos actuando con gran determinación, y en otras estrategias que aún requieren de este esfuerzo que aún debemos seguir haciendo para lograr la justa igualdad de género.

Promover la igualdad entre mujeres y hombres es un eje transversal de las políticas públicas que impulsa el Gobierno de La Rioja, también por supuesto en el ámbito sanitario y social.



Juan José Pedreño Planes
Consejero de Salud de la Región de Murcia

Información Consejería de Salud de la Región de Murcia

El Servicio Murciano de Salud (SMS) aprobó en 2023 su II Plan de Igualdad, un compromiso firme con la equidad entre mujeres y hombres en la organización. Fruto del trabajo de una Comisión específica, este documento busca mejorar las condiciones laborales y fomentar una organización más saludable.

El objetivo principal es promover la igualdad real, eliminando barreras y dificultades en el entorno laboral. Para lograrlo, el plan establece acciones concretas en varios ámbitos clave.

Entre las principales actuaciones destacan la puesta en marcha de medidas de conciliación y corresponsabilidad, el desarrollo de protocolos contra el acoso sexual y por razón de sexo, y acciones para proteger a las trabajadoras víctimas de violencia de género.

Complementariamente, contempla acciones formativas y de sensibilización para promover equipos más igualitarios. Con estas sinergias, el Servicio Murciano de Salud busca no solo la equiparación de derechos y oportunidades, sino también reforzar la humanización de los cuidados a los pacientes.

> *El servicio murciano de salud busca no solo la equiparación de derechos y oportunidades, sino también reforzar la humanización de los cuidados a los pacientes.*



José Luis Bancalero
Consejero de Sanidad de Aragón

Una sanidad que atiende las diferencias en salud

La sanidad aragonesa avanza con decisión en la incorporación de un enfoque sanitario que tenga en cuenta las diferencias en salud entre mujeres y hombres, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y garantizar una atención eficaz para toda la población.

Desde el Gobierno de Aragón hemos impulsado en los últimos años diversos planes y actuaciones orientados a reforzar el sistema sanitario y adaptar los servicios de salud a las necesidades reales de los ciudadanos.

Entre ellos destaca la incorporación sistemática del análisis de las diferencias en salud entre mujeres y hombres en la planificación sanitaria, la formación de profesionales y la elaboración de guías clínicas que permitan mejorar la detección, el diagnóstico y el tratamiento de distintas patologías. El desarrollo de programas específicos en ámbitos como la salud sexual y reproductiva, la prevención y atención sanitaria ante situaciones de violencia o la mejora del abordaje de enfermedades con mayor prevalencia o infradiagnóstico en mujeres, está fortaleciendo nuestras respuestas asistenciales.

Asimismo, la consolidación de sistemas de información desagregados por sexo y la promoción de la investigación en salud permiten identificar mejor los retos sanitarios, orientar la toma de decisiones y diseñar intervenciones más eficaces.

Con la segunda edición del Libro Blanco reafirmamos nuestro compromiso de seguir mejorando la atención sanitaria teniendo en cuenta las diferencias en salud entre mujeres y hombres y avanzando hacia un Aragón más saludable para toda su ciudadanía.

> ***Reafirmamos nuestro compromiso de seguir mejorando la atención sanitaria teniendo en cuenta las diferencias en salud entre mujeres y hombres y avanzando hacia un Aragón más saludable para toda su ciudadanía.***



Jesús Fernández Sanz
Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha

La perspectiva de género, eje del nuevo Plan de Salud 3.0 en Castilla-La Mancha

En Castilla-La Mancha tenemos el convencimiento de que la atención sanitaria, la prevención y la promoción de la salud no pueden aspirar a la excelencia si no se estudian e identifican los determinantes que marcan la salud de la ciudadanía de nuestra región.

En este sentido, integrar en las líneas estratégicas de nuestras políticas de Salud el determinante que supone la perspectiva de género es uno de los retos en los que hemos trabajado con esmero.

Los objetivos son, siempre, promover la equidad de género, disminuir las posibles desigualdades que se pudieran producir en la atención sanitaria, adaptándola a las necesidades particulares de la población, y fomentar la prevención y la detección precoz con actividades de protección, promoción y educación para la salud específicamente diseñadas para la ciudadanía de nuestra región en todas las etapas de su vida, teniendo en cuenta los diferentes determinantes que condicionan la salud de mujeres y hombres.

Algunos ejemplos tangibles son iniciativas como los programas de cribado de cáncer de mama, de cérvix y de colon; los distintos protocolos de actuación sanitaria ante la violencia de género, la violencia sexual, la sumisión química o la mutilación genital femenina; o los programas de atención en el embarazo, parto y puerperio o para los trastornos del climaterio, entre tantos otros.

En definitiva, en los últimos diez años hemos dedicado muchos esfuerzos y recursos para diseñar e implementar las respuestas que mejor se adaptan a las realidades de nuestra región, reconociendo la singularidad de sus ciudadanos y ciudadanas e incorporando la perspectiva de género de forma transversal en todas las fases del desarrollo de nuestras políticas, nuestros programas y nuestras estrategias.

El objetivo ahora es seguir avanzando en todo ello durante los próximos años a través de nuestro nuevo Plan de Salud horizonte 3.0.

> *Integrar en las líneas estratégicas de nuestras políticas de Salud el determinante que supone la perspectiva de género es uno de los retos en los que hemos trabajado con esmero.*



Esther Monzón Monzón
Consejera de Sanidad de Canarias

Salud, género y cronicidad: un reto estructural

El sistema sanitario público de Canarias tiene un marcado rostro femenino. Cerca del 75 por ciento de las personas que integran la plantilla del Servicio Canario de la Salud son mujeres, una realidad que se consolida además en las nuevas generaciones de profesionales sanitarios. Esta feminización del sistema convive con otro de los grandes desafíos de la sanidad contemporánea: el abordaje de la cronicidad en una población equilibrada entre mujeres y hombres, progresivamente envejecida y con necesidades asistenciales complejas.

En este contexto, incorporar la perspectiva de sexo y género resulta imprescindible. La evidencia científica demuestra que persisten sesgos en la práctica clínica, especialmente en patologías tiempo-dependientes como las cardiovasculares, donde las diferencias en la presentación clínica entre mujeres y hombres llevan varias décadas siendo objeto de estudio; y en las que las manifestaciones en las mujeres han sido históricamente infravaloradas, lo que ha contribuido a retrasos diagnósticos y a peores resultados en salud.

Las mujeres expresan y viven la enfermedad de forma distinta a los hombres debido a factores biológicos -genéticos y hormonales- y socioculturales. Presentan umbrales de dolor distintos, metabolizan los medicamentos de manera diferente y requieren pruebas diagnósticas adaptadas a sus características biológicas; todos estos factores hacen que los tratamientos también deban ajustarse.

La sanidad canaria avanza en esta línea mediante estrategias y programas que integran el enfoque de género en el abordaje de la cronicidad, la salud cardiovascular, la atención primaria comunitaria, la salud sexual y reproductiva, la prevención de la violencia de género, la prescripción de medicamentos y la humanización de la asistencia. El desarrollo de protocolos específicos, el uso de indicadores desagregados por sexo y la formación continuada de los y las profesionales refuerzan un modelo de atención más equitativo, personalizado y basado en la evidencia.

Pensar la salud desde el género no es una cuestión identitaria, sino una condición necesaria para garantizar calidad, seguridad y sostenibilidad del sistema sanitario público.

El desarrollo de protocolos específicos, el uso de indicadores desagregados por sexo y la formación continuada de los y las profesionales refuerzan un modelo de atención más equitativo, personalizado y basado en la evidencia.



Fernando Domínguez Cunchillos
Consejero de Salud de Navarra

Equidad en Salud Navarra

Uno de los principales retos de nuestra sociedad es reducir las desigualdades en salud para avanzar hacia una equidad real. La evidencia muestra que los determinantes sociales —como el nivel de ingresos, el sexo o el país de nacimiento— influyen de forma decisiva en la salud física y mental.

Desde el Departamento de Salud reafirmamos nuestro compromiso con la integración de la perspectiva de género como principio rector de todas las políticas sanitarias y de investigación. Desde el inicio de esta legislatura, hemos trabajado con esta perspectiva en el desarrollo de la Ley Foral de Salud, del Plan de Salud o del Plan estratégico de Investigación e Innovación del departamento de Salud. Asimismo, financiamos iniciativas como el Área de investigación Transversal de Dimensión de Género Inclusiva en I+D+i de Navarrabiomed para promover una investigación biomédica de excelencia, libre de sesgos, que beneficie al 100 % de la población.

Apostamos por impulsar una atención sanitaria y una investigación científica desde una mirada feminista y plural, formar a profesionales capaces de identificar y corregir desigualdades y garantizar una atención centrada en la persona, la diversidad y los cuidados. Queremos construir colectivamente una salud más justa, inclusiva y sin sesgos de género.

> ***Reafirmamos nuestro compromiso con la integración de la perspectiva de género como principio rector de todas las políticas sanitarias y de investigación.***



Fátima Matute Teresa
Consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Salud con Género: Equidad Madrileña

La salud tiene género y este no depende de cuotas, discursos o ideologías, sino que tiene que ver con cómo afectan las patologías a hombres y mujeres.

Somos diferentes y por eso, tenemos clara la visión de la sanidad madrileña donde trabajamos para curar, cuidar y acompañar a las mujeres en todas las etapas de la vida. Y no sólo desde el punto de vista ginecológico donde la prevención y los cribados de mama o cervix son fundamentales sino desde una perspectiva global. Los infartos de miocardio por ejemplo alertan de forma diferente a las mujeres y aunque mueran más hombres que mujeres por esta causa, somos conscientes de la necesidad de concienciación en relación con la salud cardiovascular femenina.

Cuando se incluye la palabra genero automáticamente parece que tenemos que hablar de igualdad y yo prefiero hablar de equidad. Entiendo que un sistema sanitario justo es aquel que es equitativo donde lo que se premia es el talento, el esfuerzo y la meritocracia.

Y cuándo el acceso asistencial atiende a estos criterios de justicia, equidad y merito se vuelve excelente. La sanidad de la Comunidad de Madrid además es solidaria, es humana y de calidad. Una sanidad donde los pacientes son el centro del sistema y donde prima la idea de libertad de elección.

Defiendo que la sanidad madrileña es la mejor de España no porque el 78,35% de la plantilla del SERMAS sean mujeres (dato que me enorgullece) sino porque está constituido por los mejores profesionales sanitarios.

> ***Un sistema sanitario justo es aquel que es equitativo donde lo que se premia es el talento, el esfuerzo y la meritocracia.***



José María Villa Andrada
Subdirector de Cuidados y Humanización
de la Asistencia del Servicio Extremeño de Salud

Extremadura apuesta por la prevención para reducir las desigualdades en salud

En Extremadura, la dispersión geográfica y la ruralidad condicionan el acceso a los servicios sanitarios.

Por ello, ha decidido situar la prevención como uno de los elementos fundamentales para avanzar hacia una mayor equidad en salud.

Un ejemplo significativo es la ampliación del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, con el adelanto de la edad de acceso de los 50 años en 2023 a los 47 en 2026 para mujeres sin antecedentes. Esta medida no solo contribuye a un mejor pronóstico del cáncer más frecuente en mujeres, sino que garantiza una cobertura más justa ya que muchas de las beneficiarias viven en entornos rurales.

En paralelo, la actualización del calendario común de inmunización a lo largo de toda la vida, junto con los calendarios específicos para menores y personas adultas con condiciones clínicas de riesgo, refuerza la equidad universal. Especialmente significativo es la ampliación de la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH) a los niños, corrigiendo desigualdades históricas y evitando que la responsabilidad de prevención del cáncer asociado al VPH recaiga únicamente en las niñas.

> *Situar la prevención como uno de los elementos fundamentales para avanzar hacia una mayor equidad en salud.*



LA VISIÓN DE LAS PROFESIONALES

Doble perspectiva de género y equidad: La mujer como trabajadora en salud y como paciente



Dra. Virginia Izura
Vicesecretaria de la Organización Médica Colegial (OMC)

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Doble perspectiva de género y equidad: La mujer como trabajadora en salud y como paciente

El título no puede ser más concreto: desde la perspectiva de la Organización Médica Colegial, OMC, queremos analizar en este artículo la situación de la mujer como profesional de la salud y como paciente. Respecto al primero de los aspectos, veremos que nos enfrentamos a problemas clásicos, como la brecha salarial, la falta de representación en posiciones de liderazgo y las dificultades de conciliación entre trabajo y familia, que se ven agravados en el terreno de la salud. El otro aspecto sobre el que hablaremos, la mujer como paciente, nos permitirá mostrar que encontramos desigualdad en aspectos tan básicos como los diagnósticos, cuando los síntomas en mujeres son subestimados e, incluso, malinterpretados, o la investigación, históricamente dominada por estudios realizados en hombres y, por tanto, carente de la compresión de cómo las enfermedades afectan a las mujeres.

I.- La mujer como profesional de la salud.

La brecha salarial. Es habitual que las mujeres en medicina reciban salarios más bajos que sus colegas masculinos, lo que refleja una disparidad en la remuneración. La brecha salarial en medicina es un problema complejo que refleja desigualdades de género arraigadas en la sociedad. Abordar esta cuestión no solo es fundamental para garantizar la justicia y la equidad en el lugar de trabajo, sino que también es esencial para atraer y retener talento en el campo de la salud. Al cerrar la brecha salarial, se puede promover un entorno de trabajo más equitativo y eficaz, beneficiando tanto a las profesionales de la salud, como a los pacientes que dependen de su atención.

Las brechas salariales entre hombres y mujeres en el campo de la medicina son un asunto crítico que refleja desigualdades más amplias en el ámbito laboral. Pero si en la medicina pública, de base, no existen diferencias salariales entre hombre y mujeres, ¿por qué entonces hablar de "brecha salarial"? Obviamente, la brecha salarial de género se refiere a la diferencia en el salario promedio que reciben hombres y mujeres por realizar trabajos similares o iguales. En medicina, esta brecha se manifiesta en diferentes especialidades y niveles de experiencia, y puede ser particularmente pronunciada en roles de liderazgo y en especialidades quirúrgicas.

Vayamos a los datos: diversos estudios han documentado la existencia de una brecha salarial significativa en el ámbito médico. Por ejemplo, se ha reportado que las médicas ganan, de promedio, entre un 20% y un 30% menos que sus colegas masculinos en posiciones similares. Estas disparidades se mantienen incluso después de ajustar por factores como años de experiencia, especialidad y horas trabajadas. [6] [7] Entre los factores que pueden contribuir a esta brecha salarial, tenemos:

las médicas ganan, de promedio, entre un 20% y un 30% menos que sus colegas masculinos en posiciones similares

- Elección de especialidad. Las mujeres tienden a concentrarse en especialidades que, aunque cruciales, a menudo tienen una remuneración más baja, como la pediatría o la medicina familiar, en comparación con especialidades como la cirugía o la cardiología, donde predominan los hombres. En concreto, en el Sistema Nacional de Salud, SNS, el sueldo base es el mismo para todas las especialidades, pero la diferencia se concreta en la remuneración por complementos , fundamentalmente las guardias.



- Discriminación de género. La discriminación implícita y explícita puede influir en las decisiones salariales. Las mujeres pueden ser subestimadas en su capacidad o en el valor que aportan, lo que puede resultar en una oferta salarial inicial más baja.

- Cargas familiares. Las expectativas sociales sobre las mujeres en roles familiares pueden influir en sus elecciones de carrera y en su dedicación al trabajo, lo que puede impactar negativamente en las oportunidades de promoción y, por ende, en sus salarios. Las bajas maternales conllevan periodos en los que, tradicionalmente el salario se ha visto reducido por no realizar guardias y por lo tanto no percibir este complemento, en ocasiones muy importante. Este asunto en concreto está siendo reivindicado por los sindicatos (CESM principalmente), se han ganado varias sentencias y en distintas comunidades autónomas se percibe durante la baja maternal un prorrateo de las guardias realizadas en los meses previos.

Pero ¿cuál es el impacto real a largo plazo de esta brecha salarial? Todo esto tiene consecuencias significativas no solo para las profesionales de la salud, sino también para sus familias y la sociedad en general. Las mujeres que ganan menos a lo largo de su carrera pueden enfrentar dificultades en la planificación de su jubilación y en el acceso a recursos que garanticen su bienestar en la vejez. Además, la desigualdad salarial alimenta la percepción de que las mujeres somos menos valiosas en el ámbito médico, perpetuando estereotipos dañinos.

Visto lo anterior, cabe plantear una serie de acciones que contribuirán a cerrar la brecha salarial:

Las mujeres que ganan menos a lo largo de su carrera pueden enfrentar dificultades en la planificación de su jubilación y en el acceso a recursos que garanticen su bienestar en la vejez

- **Transparencia salarial.** Fomentar políticas que promuevan la transparencia en las remuneraciones puede ayudar a identificar y corregir disparidades. La divulgación de datos salariales puede empoderar a las mujeres para que negocien mejores salarios.

- **Programas de mentoría.** Implementar programas que conecten a mujeres jóvenes con mentores en el campo médico puede ayudar a aumentar la confianza en la búsqueda de oportunidades de promoción. En este sentido se han desarrollado en España diversos programas de mentoría, como por ejemplo el de la fundación Everis, que nace en el año 2001 con el compromiso de estimular el espíritu emprendedor, impulsar la innovación y fomentar el talento de las personas. Estos tres pilares nos permiten devolver a la sociedad lo que recibimos de ella, gracias al compromiso voluntario y la capacidad transformadora en los países en los que tiene presencia esta fundación (Europa y América).

- **Políticas de igualdad salarial.** Las instituciones deben adoptar políticas que garanticen la igualdad salarial y penalicen la discriminación salarial. Esto incluye revisiones periódicas de las estructuras salariales y prácticas de contratación.

- **Apoyo a la conciliación laboral y familiar.** Facilitar el equilibrio entre la vida laboral y la vida personal puede ayudar a las mujeres a avanzar en sus carreras sin tener que sacrificar sus responsabilidades familiares. Esto incluye horarios flexibles y opciones de trabajo a distancia.

- **Falta de representación en posiciones de liderazgo.** Aunque las mujeres representan una gran parte de la fuerza laboral médica, su presencia en roles de liderazgo y toma de decisiones sigue siendo limitada. Si bien este tema ya ha sido tratado por la Dra. Pilar Garrido, nunca está de más dar unas pequeñas pinceladas adicionales sobre el tema.

La demografía médica en España [6] [7] ha experimentado cambios significativos en las últimas décadas, destacándose la feminización de la profesión médica. Este fenómeno se ha dado en un contexto de aumento de la presencia de mujeres en la educación médica y en la práctica clínica, lo que ha llevado a un cambio en la composición del personal sanitario. Desde las últimas décadas del siglo XX, se ha observado un aumento progresivo en la matrícula de mujeres en las facultades de medicina. En la actualidad, las mujeres constituyen aproximadamente el 60% de los estudiantes de medicina en España. Sería más realista decir que un 60% de los estudiantes son mujeres y en torno a un 70% de los egresados finalmente son mujeres. Este porcentaje varía ligeramente según la universidad, pero en general, la tendencia es clara.

Según datos de 2020, el 50% (actualmente ya entre el 60-65%) de los médicos en activo en España son mujeres, aunque con variaciones dependiendo de la especialidad. Las mujeres están especialmente representadas en especialidades como pediatría, medicina familiar y comunitaria, y medicina interna. Sin embargo, su presencia en especialidades quirúrgicas y otras áreas tradicionalmente dominadas por hombres, como la cardiología o la urología, sigue siendo menor. De todas las mujeres que acaban la carrera, tan sólo en torno a un 25-30% escogen especialidades quirúrgicas.

A pesar del aumento de mujeres en la profesión, persisten, como hemos visto, desafíos como la conciliación de la vida laboral y personal, la brecha salarial y lo que en este punto nos ocupa, que es la dificultad para acceder a cargos de responsabilidad.

A pesar del aumento de mujeres en la profesión, persisten, desafíos como la conciliación de la vida laboral y personal, la brecha salarial y la dificultad para acceder a cargos de responsabilidad.

La representación de la mujer en cargos directivos y de importancia en hospitales es todavía limitada y no se corresponde con su incremento en la profesión médica. Las mujeres ocupan una menor proporción de puestos de dirección en comparación con sus colegas masculinos. A pesar de la alta feminización en la base de la profesión, en 2021, solo alrededor del 30% de los cargos directivos en hospitales estaban ocupados por mujeres, lo que indica una brecha significativa en el acceso a posiciones de liderazgo y a fecha de hoy este porcentaje no ha variado significativamente.

Dentro del SNS (Sistema Nacional de Salud), donde cerca del 70% de los facultativos (en este caso facultativas) son mujeres, tan sólo un 30-35% de ellas ocupan cargos directivos. En cuanto a los Colegios de Médicos, de los 52 Colegios de Médicos de España, actualmente 10 mujeres ejercen la presidencia (menos de un 20%).

Dentro del SNS (Sistema Nacional de Salud), donde cerca del 70% de los facultativos son mujeres, tan sólo un 30-35% de ellas ocupan cargos directivos.

Desde la organización Unión Profesional (organización multidisciplinar que aúna a las profesiones colegiadas en España, creada en 1980 con vocación de defender los intereses comunes de las profesiones) todas las profesiones que la constituyen, en 2024 se unieron al manifiesto ¿Dónde están ellas?, promovido por el Parlamento Europeo, que se compromete a aumentar la visibilidad de las mujeres en conferencias y debates.

Pero, sobre todo, la inclusión de mujeres en cargos de dirección puede tener un impacto positivo en la atención sanitaria, promoviendo una cultura más inclusiva y empática que refleja mejor la diversidad de la población a la que sirven.

La inclusión de mujeres en cargos de dirección puede tener un impacto positivo en la atención sanitaria, promoviendo una cultura más inclusiva y empática que refleja mejor la diversidad de la población a la que sirven.

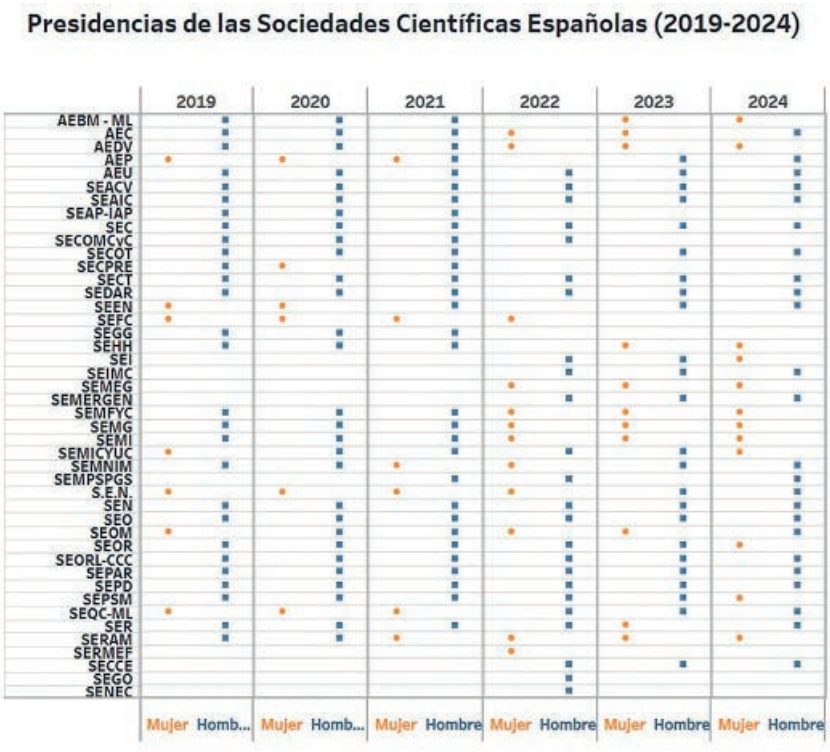


Fig. 1 Evolución de la feminización de la presidencia de las sociedades científicas del 2019 al 2024.

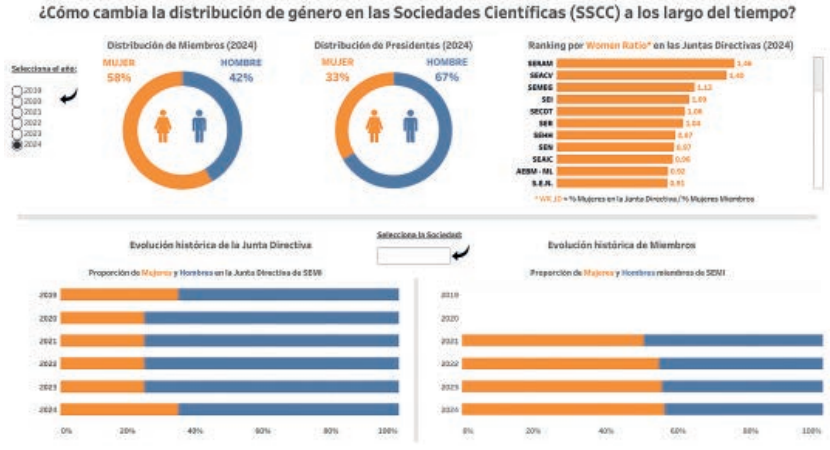
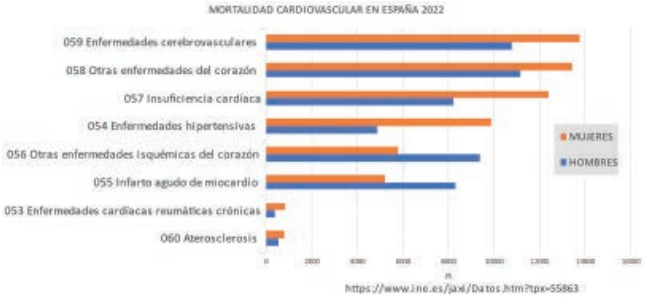


Fig. 2 Distribución de género en las sociedades científicas

feminización	2017	2021	2024
01 Araba/Álava	0%	18%	0%
02 Albacete	60%	43%	33%
03 Alicante	50%	24%	38%
04 Almería	0%	36%	25%
05 Ávila	67%	38%	33%
06 Badajoz	0%	38%	25%
07 Balears, Illes	14%	30%	40%
08 Barcelona	17%	38%	33%
09 Burgos	50%	27%	50%
10 Cáceres	14%	40%	43%
11 Cádiz	14%	24%	14%
12 Castellón	14%	50%	50%
13 Ciudad Real	33%	44%	50%
14 Córdoba	43%	53%	43%
15 Coruña, A	43%	47%	29%
16 Cuenca	20%	22%	0%
17 Girona	60%	56%	60%
18 Granada	20%	50%	67%
19 Guadalajara	0%	47%	0%
20 Gipuzkoa	0%	53%	67%
21 Huelva	40%	42%	40%
22 Huesca	38%	38%	50%
23 Jaén	43%	31%	0%
24 León	0%	19%	29%
25 Lleida	40%	40%	50%
26 Rioja, La	43%	40%	43%
27 Lugo	29%	44%	14%
28 Madrid	40%	23%	25%
29 Málaga	14%	25%	14%
30 Murcia	40%	46%	40%
31 Navarra	0%	27%	20%
32 Ourense	29%	53%	50%
33 Asturias	0%	27%	14%
34 Palencia	40%	29%	33%
35 Palmas, Las	33%	60%	33%
36 Pontevedra	38%	44%	38%
37 Salamanca	17%	25%	33%
38 Santa Cruz de Tenerife	14%	26%	13%
39 Cantabria	20%	53%	33%

Fig. 3 Feminización de las Juntas Directivas de los Colegios de Médicos

En este apartado, podemos incluir también el acceso limitado a oportunidades de desarrollo profesional. Las mujeres pueden tener menos acceso a mentorías, redes profesionales y oportunidades de promoción, lo que limita su avance en la carrera. Además, esta escasez de mujeres en posiciones de liderazgo puede dificultar que las mujeres jóvenes en medicina se sientan representadas y apoyadas en sus trayectorias profesionales.



Conciliación trabajo-familia. Las mujeres enfrentan a menudo dificultades para equilibrar sus responsabilidades laborales con las obligaciones familiares, lo que puede llevar a un aumento del estrés y la insatisfacción laboral [1] [5]. Son muy variados los factores que intervienen en generar estos conflictos de conciliación. Entre ellos, establecer unos horarios que permitan compatibilizar la vida familiar, la dificultad para encontrar servicios de cuidado infantil de calidad y asequibles, aspecto este último que puede ser también un obstáculo significativo, e incluso los sentimientos de discriminación y acoso que en el ámbito médico pueden experimentar las mujeres, lo que afecta, cuando se dan, a su bienestar emocional y profesional [4].

Los horarios irregulares, muchas veces inherentes a la naturaleza del trabajo médico, son otro de los factores que dificulta la conciliación. Implican turnos largos y horarios impredecibles, lo que dificulta la planificación de actividades familiares; esto, unido a una carga de trabajo elevada, tiene como resultado el agotamiento y un menor tiempo para la familia. A menudo,

las mujeres se sienten presionadas para cumplir con las expectativas de ser cuidadoras en el hogar, además de sus responsabilidades profesionales. Esto se ve agravado porque en muchos entornos laborales hay una falta de políticas adecuadas de apoyo, como licencias parentales extendidas o flexibilidad horaria, lo que puede complicar más la conciliación.



Se originan entornos y situaciones de discriminación, porque las mujeres pueden enfrentar prejuicios en su entorno laboral al intentar equilibrar responsabilidades familiares, lo que puede afectar su carrera y desarrollo profesional. De igual modo, esta presión constante para equilibrar ambas esferas puede llevar a altos niveles de estrés y ansiedad, con el impacto correspondiente en la salud mental.



Salud mental. Las mujeres a menudo se enfrentan a barreras para buscar ayuda para su salud mental, debido a estigmas relacionados con su rol como profesionales en el campo de la medicina. Superar estas barreras es crucial para fomentar un entorno donde las médicas se sientan seguras y apoyadas cuando buscan ayuda para su estabilidad sicológica.



La respuesta a la pregunta de por qué esta posible "estigmatización profesional" es que existe una percepción de que los médicos, especialmente las mujeres, deben ser fuertes y no mostrar vulnerabilidad. Esto puede llevar a la creencia de que buscar ayuda es un signo de debilidad. Esto puede enlazarse con un "Miedo a la Reputación": las mujeres médicas pueden temer que la búsqueda de tratamiento para problemas de salud mental afecte su reputación profesional o credibilidad ante colegas y pacientes. Las propias creencias de las mujeres sobre lo que significa ser médico pueden hacer que se sientan culpables o inadecuadas al considerar que necesitan apoyo emocional.

La carga de trabajo y las responsabilidades familiares pueden hacer que las mujeres sientan que no tienen tiempo para buscar atención, lo que les impide priorizar su salud mental; por otro lado, además, en algunos entornos laborales, puede haber una falta de recursos de salud mental accesibles o adecuados para los profesionales de la salud, de ahí la vital importancia del desarrollo de programas colegiales como el PAIME, programa de atención integral al médico enfermo(*).

(*)PAIME: Programa colegial, de ámbito nacional, dirigido a médicos/as colegiados/as en activo con patologías de tipo psíquico y/o adictivo. Su objetivo es garantizar la buena praxis profesional. Ofrece asistencia sanitaria, atención social, apoyo legal y asesoramiento laboral para favorecer su rehabilitación con total confidencialidad y privacidad para el médico enfermo. Además, le proporciona las herramientas necesarias para desarrollar su profesión en las mejores condiciones y con las máximas garantías para sus pacientes *(https://portal.cgcom.es)*.

Incidiendo más en la salud mental, las mujeres con problemas de algún tipo pueden temer que su búsqueda de ayuda conduzca a repercusiones en su carrera, como la pérdida de oportunidades o incluso la licencia médica. Además, en algunas instituciones, la cultura no apoya abiertamente la salud mental, lo que puede desincentivar a las mujeres para buscar la ayuda que necesitan.

Todos estos desafíos resaltan la necesidad de políticas más inclusivas y un cambio cultural que apoye a las profesionales de la salud en su búsqueda de un equilibrio más saludable entre trabajo y familia.

Salud mental y carga de trabajo. A toda esta problemática de salud mental, se añade un desequilibrio en la carga de trabajo, siempre en sentido negativo para la mujer médica. Las trabajadoras de la salud a menudo asumen una mayor carga de trabajo emocional y tareas administrativas, lo que suele afectar a su calidad de vida.

El desequilibrio en la carga de trabajo de la mujer médica es un fenómeno que se manifiesta de diversas maneras, afectando tanto su bienestar personal como su desempeño profesional. He aquí algunos aspectos destacados en este sentido:

- Las mujeres médicas a menudo enfrentan una carga de trabajo considerable, que incluye largos turnos, guardias y responsabilidades administrativas, lo que puede llevar al agotamiento. Además, asumen simultáneamente responsabilidades (¨responsabilidades duales"), tanto en el ámbito profesional como en el familiar, lo que incrementa la presión y reduce el tiempo disponible para el autocuidado. Paralelo a todo esto, a menudo, las contribuciones de las mujeres en el ámbito médico no son reconocidas de la misma manera que las de sus colegas masculinos (desigualdad de reconocimiento), lo que puede traducirse en menos oportunidades de avance profesional. En este aspecto, debemos considerar incluida la falta de apoyo institucional, como políticas de flexibilidad laboral o programas de bienestar, que puede perpetuar esta diferencia en la carga de trabajo.

- La sobrecarga de trabajo y la inequidad de género tienen un impacto significativo en la salud mental de las mujeres médicas. La presión constante de cumplir con altas

expectativas laborales y familiares puede llevar al agotamiento físico y emocional, conocido como 'síndrome de burnout', que afecta la calidad del trabajo y el bienestar personal. La carga adicional de responsabilidades y la falta de apoyo pueden incrementar los niveles de ansiedad y el riesgo de depresión, afectando la salud mental en general.

- Este desequilibrio puede contribuir a problemas de salud mental, como ansiedad y depresión, afectando la calidad de vida y el rendimiento profesional.



- Las mujeres médicas pueden experimentar dudas acerca de su habilidad para equilibrar su carrera y la vida familiar, lo que normalmente generar sentimientos de incompetencia o fracaso, con sentimientos de inadecuación [2] [5]. Las mujeres pueden sentir que se espera que asuman un papel de cuidadoras, tanto en el trabajo como en el hogar, lo que agrava la carga laboral y emocional (expectativa de cuidados).

- La falta de redes de apoyo, tanto en el ámbito laboral como personal, puede llevar a un sentimiento de aislamiento, dificultando la búsqueda de ayuda y el intercambio de experiencias. Todo esto, inevitablemente, junto con la sobrecarga de trabajo tiene un alto impacto en la convivencia familiar. La sobrecarga de trabajo puede generar tensiones en las relaciones familiares, afectando la dinámica del hogar y contribuyendo a un ciclo de estrés. Pero no sólo la convivencia familiar va a verse afectada: la inequidad de género y la falta de reconocimiento pueden llevar a la desmotivación, haciendo que las mujeres se cuestionen su lugar en la profesión y su futuro en ella, con la aparición de la consecuente desmotivación profesional.



Para mitigar estos efectos, es fundamental promover políticas de equidad en el lugar de trabajo, ofrecer recursos de salud mental y crear un entorno que apoye el bienestar integral de las mujeres médicas.

Es fundamental promover políticas de equidad en el lugar de trabajo, ofrecer recursos de salud mental y crear un entorno que apoye el bienestar integral de las mujeres médicas.

Pero, además de la salud mental, es indiscutible que el estrés crónico y la falta de autocuidado pueden manifestarse en problemas de salud física, como trastornos del sueño, enfermedades cardiovasculares y otros problemas relacionados.

II.- La mujer como paciente.

La atención desigual a las mujeres en el ámbito de la salud es un problema multifactorial que requiere atención urgente [3]. Abordar estos desafíos implica una combinación de formación continua para los profesionales de la salud, mayor investigación sobre las condiciones que afectan a las mujeres y la promoción de una cultura de atención centrada en el paciente que valore las experiencias y necesidades de todas las personas. La equidad en la atención médica no solo mejora la salud de las mujeres, sino que también beneficia a la sociedad en su conjunto, al garantizar que todos reciban la atención que merecen.

Las mujeres también pueden enfrentar sesgos en el tratamiento médico, donde sus síntomas o preocupaciones pueden ser subestimados o malinterpretados. Estas desigualdades en la atención como paciente son un aspecto crítico en la discusión sobre la salud de las mujeres. El fenómeno se manifiesta en diversas formas y tiene profundas implicaciones en la calidad de la atención que recibimos.

Subestimación de síntomas. Las mujeres a menudo experimentan una subestimación de sus síntomas por parte de profesionales de la salud [14]. Esto puede deberse a estereotipos de género que llevan a suponer que las mujeres tienden a exagerar o a ser más emocionales. Como resultado, pueden recibir diagnósticos tardíos o incorrectos, lo que puede tener consecuencias graves para su salud. Por ejemplo, en condiciones como la enfermedad cardiovascular, las mujeres pueden presentar síntomas diferentes a los tradicionales, y su malinterpretación por parte de los médicos (dolor u opresión en el pecho interpretado como ansiedad o angustia en lugar de posible isquemia cardiaca) pueden conducir a un diagnóstico y tratamiento inadecuados [14].

Dificultades en el diagnóstico. Las enfermedades que afectan predominantemente a las mujeres, como el síndrome de ovario poliquístico (SOP) o la endometriosis, a menudo son mal diagnosticadas o tardan en ser diagnosticadas. Esto se debe a la falta de investigación y conocimiento sobre estas condiciones, así como a la tendencia de los médicos a asociar síntomas con problemas psicológicos en lugar de enfermedades físicas [11].

Acceso a tratamientos adecuados. Las mujeres pueden enfrentar barreras en el acceso a tratamientos adecuados o en la obtención de segundas opiniones. A menudo, se les prescribe un tratamiento menos agresivo o se les recomienda esperar, lo que puede llevar a un empeoramiento de su condición [5]. Además, en el caso de condiciones como el cáncer de mama, las mujeres pueden verse limitadas en su acceso a opciones de tratamiento basadas en su situación socioeconómica o en la disponibilidad de recursos en su localidad.

Sesgos implícitos en la atención médica. Los sesgos implícitos pueden influir en las decisiones clínicas, donde los proveedores de salud, sin darse cuenta, pueden tratar a las pacientes de manera diferente basándose en su género. Esto puede incluir la minimización de sus quejas [11] [14], la falta de consideración de sus antecedentes médicos o la asunción de que sus problemas de salud son menos graves que los de sus contrapartes masculinos.

Impacto en la salud mental. Las desigualdades en la atención médica también pueden tener un impacto significativo en la salud mental de las mujeres [1]. La frustración por no ser escuchadas o por recibir una atención inadecuada puede llevar a la ansiedad, depresión y una sensación de impotencia frente a su salud. Esto, a su vez, puede crear un ciclo de desconfianza en el sistema de salud.

Otro de los factores que afecta de modo importante a la salud mental es la falta de educación sobre la salud específica de las mujeres, lo que contribuye a estas desigualdades. Muchas mujeres no están informadas sobre sus derechos en el sistema de salud ni sobre cómo abogar eficazmente por sí mismas. Promover la educación y el empoderamiento de las pacientes es fundamental para que puedan exigir una atención adecuada y equitativa.

Investigación insuficiente y/o sesgada. Históricamente, la investigación médica ha estado dominada por estudios realizados en hombres por varias razones arraigadas y estructurales [8] [9], lo que ha llevado a un vacío en la comprensión de cómo las enfermedades afectan a las mujeres de manera diferente. Esta falta de datos específicos sobre género puede resultar en un tratamiento que no considera las particularidades de la salud femenina y, por lo tanto, no sea tan efectivo.



Durante mucho tiempo, las mujeres fueron excluidas de los ensayos clínicos, lo que llevó a una falta de datos sobre cómo las enfermedades y tratamientos afectan a ambos sexos. Este sesgo puede llevar a que los tratamientos no sean igualmente efectivos para mujeres, lo que resalta la importancia de incluir una perspectiva de género en la investigación clínica para garantizar que todos los grupos se beneficien de manera equitativa.

El problema con la talidomida [15], por ejemplo, tuvo un impacto significativo en la inclusión de mujeres en la investigación clínica. La talidomida, un medicamento utilizado en la década de 1950 y 1960 para tratar náuseas en el embarazo, resultó en graves malformaciones congénitas en los bebés de mujeres que lo tomaron. Este escándalo llevó a un mayor escrutinio sobre la seguridad de los medicamentos durante el embarazo.

Como consecuencia, muchas organizaciones y reguladores adoptaron políticas más restrictivas con respecto a la inclusión de mujeres en ensayos clínicos, especialmente aquellas en edad fértil. Se temía que los medicamentos pudieran tener efectos adversos en el desarrollo fetal, lo que llevó a la exclusión de mujeres en muchos estudios, perpetuando el sesgo de género en la investigación.

Los ensayos clínicos. El debate sobre la exclusión sistemática de las mujeres de los ensayos clínicos [10] existe en la bibliografía científica desde principios de los noventa. Con el argumento de prevenir el riesgo potencial de daño fetal, se las ha podido dañar en lugar de proteger. La tendencia histórica de realización de ensayos que incluyen mayoritariamente muestras de hombres como sujetos de estudio y la extrapolación automática de los resultados a las mujeres parten de la presunción errónea de igualdad entre mujeres y hombres.

La Food and Drug Administration (FDA) publicó una guía, en 1977, que excluía explícitamente de los ensayos a las mujeres en edad fértil. Este procedimiento se criticó para la realización de ensayos con fármacos nuevos, pues su exclusión de las primeras fases de la investigación (evaluación de toxicidad y efectos adversos) dejaba de proporcionar información útil para redefinir el diseño del ensayo en fases posteriores.

En 1993, la FDA rescindió su prohibición y publicó una guía para el estudio y la evaluación de las diferencias según el sexo en los ensayos, donde para detectar posibles diferencias clínicamente significativas en la respuesta al fármaco insta a la inclusión de mujeres en todos los ensayos, recomienda la inclusión de un número adecuado de pacientes de ambos sexos y el diseño y el análisis con enfoque de género de los ensayos. El Instituto Nacional de Salud (NHI) de Estados Unidos también publicó en 1994 otra guía para la inclusión de mujeres y minorías como sujetos de investigación clínica.

En España la legislación cambió también a este respecto y el Real Decreto 561/1993 no hace referencia a la exclusión de las mujeres en las primeras fases de los ensayos clínicos y únicamente especifica que “las mujeres gestantes o en periodo de lactancia sólo podrán participar en ensayos clínicos sin finalidad terapéutica cuando el comité ético de investigación clínica (CEIC) concluya que no supone ningún riesgo previsible para la salud de la madre ni para la del feto o niño y que se obtendrán conocimientos útiles del embarazo o lactancia”.

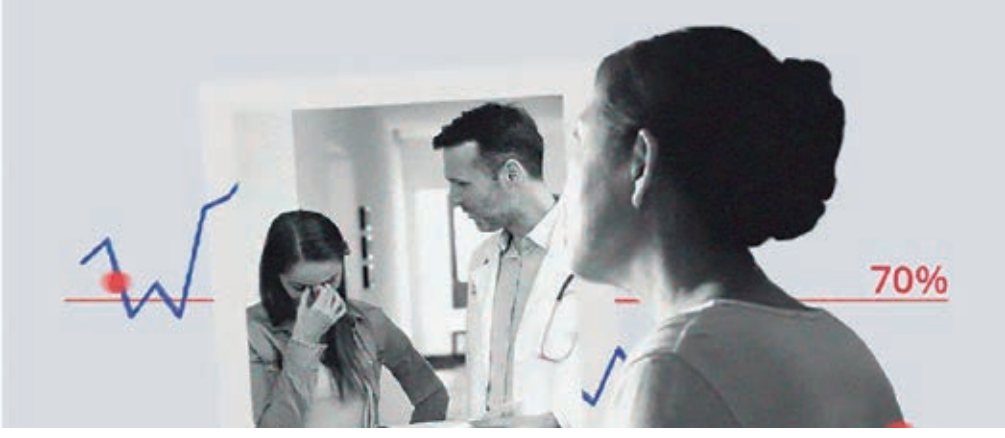
Este enfoque, aunque motivado por preocupaciones legítimas, resultó en una falta de datos sobre cómo los tratamientos afectan a las mujeres, contribuyendo a la brecha de conocimiento en la salud femenina y a la inadecuada atención médica que reciben [4] [5]. La lección aprendida de la talidomida ha sido crucial para replantear la diversidad y la inclusión en la investigación clínica, aunque el cambio ha sido demasiado lento.

Se creía que las diferencias hormonales y biológicas entre hombres y mujeres complicaban los estudios, por lo que se optaba por modelos más homogéneos. Simplificación igual a eliminación de las mujeres en los ensayos clínicos, igual a resultados dirigidos a hombres y no consideración de efectos secundarios ni de resultados en valor para el sexo femenino.

Como no, las percepciones culturales sobre las mujeres, su salud y su papel en la sociedad han influido en la manera en que se lleva a cabo la investigación, priorizando la salud masculina: Históricamente, se ha considerado que incluir mujeres en edad fértil podría plantear riesgos éticos relacionados con el embarazo y la salud fetal, así como con el papel primordial de la mujer como “cuidadora” y garante de la familia.

La mayor dificultad en incorporar a las mujeres a los ensayos, su alta tasa de abandono durante el seguimiento, los efectos de confusión provocados por los cambios hormonales y las interacciones con otros tratamientos concomitantes --terapia hormonal sustitutiva (THS) o anticonceptivos– son más argumentos para su exclusión. Sin embargo, estas razones de exclusión son las que hacen recomendable su inclusión, pues para prescribir un fármaco hay que conocer la existencia de variaciones en la respuesta al tratamiento según el estadio del ciclo menstrual y si es antes o después de la menopausia, si las terapias hormonales afectan a la respuesta, si los fármacos estudiados pueden afectar a su fertilidad y si ambos sexos responden de forma diferente al mismo tratamiento. Todo ello coincide con los fines de la Ley del Medicamento Española de 1990. Además, el hecho de que las mujeres sufran más efectos adversos que los hombres, incluso bajo el control de dosis y el número de fármacos que se prescriben, es un argumento más para cuestionar la validez de la extrapolación a mujeres de los resultados de los ensayos realizados en hombres.

Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Las investigaciones sobre el sesgo de género en el esfuerzo terapéutico se centran en el acceso a los hospitales de ambos sexos para igual necesidad, la comparación de los tiempos de demora y de espera desde los primeros síntomas hasta la atención sanitaria, los tipos de estrategias terapéuticas y el consumo y el gasto de medicamentos por sexos. Por sus objetivos, también se incluyen las investigaciones de sobre prescripción de terapias en problemas de salud de mayor prevalencia o exclusivos de mujeres.



Muchas veces, los recursos y la financiación para la investigación se asignan de manera que favorecen áreas consideradas de mayor interés o impacto, y éstas a menudo han estado más centradas en la salud masculina.

El sesgo de género en el esfuerzo terapéutico se ve afectado por el sesgo de género en el esfuerzo diagnóstico, pues la probabilidad de que quien padece sea tratado es casi nula si por cualquier causa queda excluido del proceso diagnóstico, o disminuye si durante el proceso diagnóstico no se realizan las pruebas oportunas. Sin diagnóstico, como mucho se realizará un esfuerzo terapéutico sólo sintomático o una sobre prescripción de fármacos psicótropos.
Es difícil argumentar contra la lógica de que la mayor prevalencia y la gravedad de ciertos problemas conducen el esfuerzo terapéutico, y determinar cuánto depende de decisiones profesionales y cuánto de los pacientes. Incluso aunque las mujeres tengan un riesgo mayor de desarrollar ciertas afecciones, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el diagnóstico continúa siendo más frecuentemente emitido en hombres. El argumento es que éstos tienen verdaderamente un mayor riesgo por fumar más históricamente. Pero es un

argumento circular, pues los datos epidemiológicos que comparan la prevalencia por sexos son dependientes de la validez de los diagnósticos.

En la Reunión de la Sociedad Española de Epidemiología de 2002, sobre género y salud, alrededor de un 3% de las comunicaciones se relacionó con el sesgo de género en el esfuerzo terapéutico en procedimientos de problemas comunes a ambos sexos: infarto agudo de miocardio (IAM) y tuberculosis. Esta línea de investigación, que es reconocida en el ámbito internacional, comienza a dar resultados en España --consistentes con los resultados ya producidos– que evidencian desigualdades de género. Se presentaron cuatro comunicaciones sobre esfuerzo terapéutico por sexo en el IAM [12], procedentes de Asturias, Castilla-La Mancha, Guipúzcoa y una de ámbito nacional.

Sesgo de género en la utilización hospitalaria. La mayor utilización del hospital por hombres que por mujeres es un indicador de sesgo de género en el esfuerzo terapéutico de los que más información existe en la bibliografía científica. Ésta no es sólo responsabilidad de los pacientes, sino que está mediada por el médico y el sistema sanitario.

El estudio de Guipúzcoa observó que el 52% de los casos del Registro poblacional de IAM ingresaron en el hospital un 69% en hombres y un 31% en mujeres. Éstas sufrieron más complicaciones y mayor letalidad (un 13% en hombres y un 21% en mujeres). Estos resultados concuerdan con los de estudios internacionales que muestran que el retraso en el diagnóstico en mujeres –entre otras razones por la diferente presentación de los síntomas–, con gran

Tabla 1. Diferencias por sexos en procedimientos hospitalarios (España, 1999)

	Sexo	Casos	%
Aparato circulatorio	Mujeres	24.795	29,75
	Hombres	58.558	70,25
Aparato digestivo	Mujeres	16.057	43,87
	Hombres	20.546	56,13
Cadera	Mujeres	23.683	69,57
	Hombres	10.359	30,43
Obesidad	Mujeres	1.237	84,73
	Hombres	223	15,27
Riñón y vías urinarias	Mujeres	1.911	32,26
	Hombres	4.012	67,74

Estudio de 25 grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) agrupados en procedimientos para aparato circulatorio (GRD 103-108, 110-112, 121-123 y 126), aparato digestivo (GRD 146-149, 154,155), cadera (GRD 210-212), obesidad (GRD 288) y riñón y vías urinarias (GRD 302,567). Fuente: CMBD de 1999 del Ministerio de Sanidad y Consumo.

probabilidad, es la principal causa de la mayor tasa de letalidad posthospitalización en éstas que en los hombres [13] [16]. Los resultados del estudio IBERICA sobre 8.200 casos de IAM también concluyen que las mujeres tienen menor frecuencia de síntomas típicos y mayor gravedad al ingreso y, por ende, mayor letalidad ajustada por edad.

Entre 1982 y 1990 se observó que, a igual necesidad, había mayor acceso de hombres que de mujeres a las tecnologías más desarrolladas: las ubicadas en hospitales. Los ingresos se incrementaron en hombres y permanecieron constantes en mujeres, y ellos presentaron una mayor utilización hospitalaria. Posteriormente, a partir de fuentes de información disponibles en Cataluña (1990-1997), se concluyó que, exceptuando el parto, el puerperio y las complicaciones del embarazo, las hospitalizaciones son más frecuentes en hombres en todos los grupos de edad y para la mayoría de los grupos diagnósticos.

Con relación a los tratamientos sintomáticos, como el dolor, en Cataluña se observó en 1.964 personas (un 50,3%, mujeres) que en cualquier grupo de edad las mujeres acuden más al médico y se automedican más que los hombres, pero los hombres reciben más tratamiento hospitalario que las mujeres.

Los hombres también pueden sufrir las consecuencias del sesgo de género, pero en la dirección de la sobreexposición a los servicios sanitarios. Entre 1993 y 1994, una de cada 5 o 6 hospitalizaciones pediátricas se podría haber evitado. Éstas representaron el 15% del total de hospitalizaciones en Cataluña, y el 21% en la Comunidad Valenciana, donde se detectaron diferencias significativas por sexo, con más ingresos de niños que de niñas.

Sesgo de género en la aplicación de procedimientos terapéuticos. El sesgo de género en el esfuerzo terapéutico también puede identificarse mediante la comparación de la aplicación de procedimientos terapéuticos según el sexo. Falta información de las razones de estas diferencias por sexos en los procedimientos hospitalarios y sus costes. Pese a no detectar diferencias significativas en la presentación del IAM (ECG, enzimas y síntomas) y que más mujeres presentaron al ingreso cuadros de IAM más graves (el 14% de los hombres y el 21% de las mujeres), el estudio de Guipúzcoa observó un mayor esfuerzo terapéutico en hombres, medido en términos de acceso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) (el 90% frente al 75%). Además, se aplicó trombólisis (el 33% frente al 24%), se realizaron angioplastias (el 48% frente al 29%) y cateterismo (el 10% frente al 6%) a más hombres que mujeres.

Según el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), en 1999, debido a problemas del aparato circulatorio, el riñón y las vías urinarias y el aparato digestivo, se trató a más hombres que mujeres en los hospitales de España, mientras que es mayor el porcentaje de mujeres tratadas por obesidad y problemas de cadera.

III.- Acciones desde el CGOMC/OMC en pro de la equidad de género en salud.

Desde el Consejo General de la Organización Médica Colegial de España se están desarrollando, desde hace más de 7 años acciones, que buscan no sólo mejorar la salud de las mujeres, sino también garantizar un sistema de salud más equitativo para toda la población y, de igual modo, fomentar la participación activa y paritaria de las mujeres médicas en los foros científicos, organizaciones médicas y puestos directivos en proporción a los porcentajes de egresadas en las facultades y trabajadoras médicas; eso sí, siempre teniendo en cuenta los méritos individuales y sin anteponer el género como término discriminatorio en contra de las capacidades.

Los firmantes de #DóndeEstánEllas se comprometen a llevar a cabo un recuento interno que analice cada año cuántas mujeres expertas como ponentes han participado en sus eventos, con el compromiso de ir mejorando la cifra progresivamente.

Así, en marzo de 2018 nace la iniciativa #DóndeEstánEllas de mano de la Oficina del Parlamento Europeo en España, con el objetivo de visibilizar la presencia de mujeres expertas en el espacio público, especialmente como ponentes en debates, eventos y conferencias sobre asuntos europeos. Esta plataforma supone un compromiso para:

- Evitar paneles de expertos completamente masculinos (all-male panels) asegurando siempre que sea posible la participación de mujeres expertas.
- Visibilizar y celebrar el papel y la contribución de las mujeres al progreso de la Unión Europea en sus diferentes ámbitos.
- Promover la creación de "redes de expertas" que faciliten su visibilidad.

De esta forma, los firmantes de #DóndeEstánEllas se comprometen a llevar a cabo un recuento interno que analice cada año cuántas mujeres expertas como ponentes han participado en sus eventos, con el compromiso de ir mejorando la cifra progresivamente.

La organización Unión Profesional (actualmente presidida por Dr. Don Tomás Cobo, presidente también del CGCOM/OMC),forma parte de este proyecto, y la OMC como miembro de Unión Profesional y de modo independiente también, con una representante que inicialmente fue la vicepresidenta 2ª, Dra. Dña. Mª Rosa Arroyo, y actualmente es la vicesecretaria, Dra. Dña. Virginia Izura.

Desde 2018 se han realizado varias publicaciones relacionadas con el tema e, igualmente, cada mes de marzo se realiza una webinar/mesa de debate coincidiendo con la celebración del Día de la Mujer, en la que se exponen y comentan distintos temas relacionados con la mujer médico y salud con perspectiva de género.

Consultando la página web de la OMC *(https://portal.cgcom.es)* podemos ver las numerosas publicaciones relacionadas con el tema:

- **Diagnóstico de Género de la Profesión Médica** (febrero 2018).
- **Consulta para el observatorio de género y profesión médica** (febrero 2022).
- **Mujeres pioneras en la Medicina española** (febrero 2023).
- **Encuesta del observatorio de género y profesión médica** (febrero 2023).

En estos documentos se analiza la desigualdad de género en la profesión médica en España con los factores que hemos ido desgranando a lo largo de este capítulo, destacando brechas salariales y dificultades de conciliación, pero también la percepción de desigualdad, acoso laboral... estableciéndose también medidas para mejorar la igualdad.

En 2018, la OMC publicó también un documento de gran importancia que supone una declaración de principios de la organización frente al problema de la igualdad:

Decálogo para la Igualdad entre mujeres y hombres en la Profesión Médica (15 Oct 2018).

1 Promover un cambio cultural entre los profesionales médicos en aras a la igualdad entre hombres y mujeres.

2 Realizar campañas de corresponsabilidad entre hombres y mujeres.

3 Solicitar a las diferentes Administraciones Sanitarias la elaboración de Planes Directores para la igualdad y su inclusión en los correspondientes planes estratégicos, así como la necesidad de confeccionar planes específicos para su despliegue.

4 Requerir a las administraciones públicas que potencien los planes de conciliación, estableciendo criterios claros y objetivos que eviten interpretaciones subjetivas a la hora de aplicar los cambios organizativos necesarios, para seguir avanzando en la conciliación de la vida personal, familiar y laboral de todo el personal médico.

5 Instar a las Administraciones a la promoción e inclusión del enfoque de género en los Planes de Salud.

6 Trabajar en aras a fomentar la presencia de las médicas en los espacios de toma de decisiones.

7 Trabajar en la identificación de los factores que condicionan la discriminación por género y la actual brecha salarial en el ámbito sanitario y realizar propuestas de mejora.

8 Instar a las distintas administraciones sanitarias a que las situaciones de embarazo, alumbramiento, lactancia y acogimiento no supongan merma retributiva alguna.

9 Realizar campañas de sensibilización contra el acoso sexual y/o laboral, trabajar en su prevención y actuación y establecer protocolos para la denuncia de estas situaciones.

10 Con el objetivo de hacer un seguimiento de la puesta en marcha y efectividad de las propuestas realizadas, el CGCOM adquiere el compromiso de llevar a efecto un "Observatorio para la igualdad en la profesión médica".



En las últimas Jornadas de la mujer realizadas el pasado mes de marzo sobre el tema que da título a este capítulo *(Doble perspectiva de género y equidad: la mujer como trabajadora en salud y como paciente*), entre varias conclusiones se convino que una actualización de este Decálogo suponía llevar a cabo tres acciones fundamentales, que constituyen las siguientes líneas de trabajo para estos próximos años:

Líneas de trabajo 2025-2029

1 **Promover la formación.** Formación en la igualdad/equidad de género, tanto de los profesionales en medicina, como de los usuarios, incluyendo los médicos en formación y alumnos de últimos cursos en institutos.

2 **Ofrecer información.** A través de folletos y carteles informativos en áreas de consulta, aparatos de TV en dichas áreas, periódicos de salud gratuitos, etc.

3 **Difusión y divulgación.** Medios audiovisuales, redes sociales, podcasts, mensajes o participación en radios, etc.

IV.- Conclusiones.

En conclusión, el capítulo aborda la profunda inequidad en salud que afecta a las mujeres, destacando tres áreas cruciales: la atención médica, la investigación y la representación en puestos de liderazgo. Se evidencia que las mujeres enfrentan barreras significativas para acceder a servicios de salud de calidad, lo que se traduce en peores resultados de salud en comparación con sus contrapartes masculinas. Además, la falta de investigación centrada en las necesidades específicas de las mujeres perpetúa estas desigualdades, dejando vacíos en el conocimiento que podrían mejorar la atención. En investigación y en la práctica médica sería positivo tener en cuenta los objetivos de la medicina basada en el género, cuyas hipótesis son similares a algunas de la medicina basada en la evidencia. Estos desafíos requieren atención y acción para fomentar un entorno más equitativo y apoyar a las mujeres en la medicina en su desarrollo profesional y bienestar personal.

Finalmente, la escasa representación de mujeres en posiciones de liderazgo en el ámbito de la salud limita la toma de decisiones inclusivas y efectivas. Para lograr una equidad real en salud, es fundamental abordar estas disparidades de manera integral, promoviendo políticas que garanticen el acceso equitativo, fomenten la investigación inclusiva y fortalezcan el liderazgo femenino en el sector. Sería conveniente que los profesionales de la medicina, investigadores incluidos, introdujeran entre sus objetivos prioritarios el de la equidad de género; de lo contrario, seguirá existiendo discriminación de una parte mayoritaria de la ciudadanía.

El enfoque de género aporta información teórica útil para el estudio de la variabilidad en la práctica médica.



Doble perspectiva de género y equidad



Las médicas en España ganan entre un 20% y un 30% menos que sus colegas masculinos en posiciones similares, incluso tras ajustar por experiencia y especialidad.

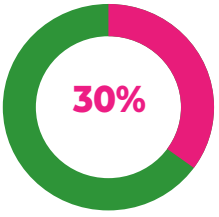
Actualmente, entre el **60%** y el **65%** de los médicos en activo **son mujeres**, consolidando la feminización de la profesión médica.

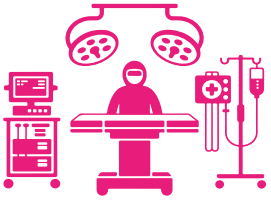




Aunque cerca del **70% de los facultativos** del Sistema Nacional de Salud **son mujeres, solo un 30-35% ocupa cargos directivos.**

En **2021**, apenas el **30% de los puestos directivos hospitalarios** estaban ocupados por **mujeres**, pese a su mayoría en la base profesional.

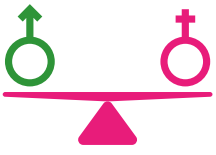




Las **mujeres** representan aproximadamente el **60%** del **alumnado** de Medicina y el **70% de los egresados**, pero solo un **25-30% elige especialidades quirúrgicas.**

De los **52 Colegios de Médicos de España, solo 10 están presididos por mujeres**, lo que supone **menos del 20% de representación.**





En **2018**, la **OMC aprobó un Decálogo con 10 medidas** para **fomentar la igualdad efectiva** entre mujeres y hombres en la profesión médica.

Bibliografía

1.-The role of gender in Health disparities: A review. Journal of Health and Social Behavior. 2023.

2.- Gender and Health: A global perspective. JS McKenna,PL Smith. 2022.

3.-Exploring Gender in Health: A sociological perspective. MK McCarthy. 2022.

4.-The Gendered innovations in Health Research. European Comission. 2021.

5.-Gender Equity in Health: A global perspective. World Health Organitation.2020.

6.-Diagnóstico de Género de la Profesión Médica. CGCOM/OMC. Feb 2018.

7-Consulta para el observatorio de género y profesión médica .CGCOM/OMC. Febrero 2022.

8.-Lerner, B. H.The Gendered Nature of Clinical Research: An Ethical Perspective. New England Journal of Medicine 2017; 377(25), 2478-2481.

9.-Wenner, M. The Gender Gap in Clinical Trials: Why More Women Are Needed in Medical Research. Journal of Women's Health, 2016;25(5), 432-434.

10.- Cascales S, Ruiz MT, Pardo MA. Ensayos clínicos con rofecoxib: análisis de la información desde la perspectiva de género. Med Clin (Barc) 2003;120:207-12.

11.-Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. Fam Pract 2002;19:178-82.

12-. Mosquera C, De la Hera J, Barriales V, Grupo de Estudio RIMAS. El infarto ¿Por qué la sobremortalidad en mujeres? Gac Sanit 2002;16(Supl 1):60.

13.-Gonseth J, Sanz J, Segura A, García C. Diferencias por sexo en el tiempo hasta la monitorización del infarto agudo de miocardio. Gac Sanit 2002;16(Supl 1):90.

14. -Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. Fam Med 2000;32:603-10.

15.-Brenner, M. H. The Thalidomide Tragedy: Lessons Learned. Journal of Medical Ethics, 2000;26(5), 347-352.

16.- Diferencias por sexo en la supervivencia relativa y los factores pronósticos de pacientes con un primer infarto agudo de miocardio en Guipúzcoa. Mónica Machóna,b, Mikel Basterretxeaa,b, Pablo Martínez-Camblora,b,c, Elena Aldasoroa,Jesús María San Vicentee y Nerea Larrañagaa, aCIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). España. Subdirección de Salud Pública de Guipúzcoa. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Guipúzcoa. España. 2010



LA VISIÓN DE LAS PROFESIONALES

Salud con perspectiva de género en medicina



Dra. Pilar Garrido. *Jefa del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Profesora del departamento de Medicina de la Universidad de Alcalá. Codirectora del área de Cáncer del Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS). Expresidenta de la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (FACME) y miembro de su Junta Directiva. Primera mujer presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica. Miembro del Comité de la Estrategia Nacional del Cáncer de España, ex presidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de la Comisión Nacional de Oncología Médica. Coordinadora del comité ESMO Women For Oncology y miembro del Council de ESMO. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid en 1986. Obtuvo el Grado de Doctora en el año 1993 con la calificación de Sobresaliente Cum Laude, por la Universidad Autónoma de Madrid.*



Introducción

La salud con perspectiva de género se ha convertido en un campo de estudio esencial que aborda las diferencias en la salud entre hombres y mujeres, reconociendo las influencias biológicas y sociales que contribuyen a estas disparidades. Este enfoque no solo destaca las variaciones en las enfermedades y condiciones de salud, sino que también examina cómo los roles de género, las normas culturales y las experiencias específicas de hombres y mujeres afectan su bienestar.

Las desigualdades de salud entre géneros son evidentes en diversas áreas, desde la prevención hasta el acceso a la atención médica. Estas disparidades en salud se pueden atribuir a factores sociales, económicos y culturales que relegan a las mujeres a roles específicos, limitando su autonomía y, por ende, su capacidad para cuidar de su salud.[1]

La perspectiva de género en la salud reconoce que las condiciones sociales, económicas y culturales influyen directamente en la salud de hombres y mujeres. Por ejemplo, diversos estudios, analizan los determinantes sociales de la salud[2]. Entre sus principales conclusiones revelan que las mujeres a menudo enfrentan mayores niveles de estrés debido a roles de cuidado desproporcionados, discriminación laboral y violencia de género. Estos factores contribuyen a disparidades en enfermedades mentales, enfermedades crónicas y otros problemas de salud. Y es que, como resaltan estos ejemplos, las relaciones de género no sólo pueden influir en la expresión (e interpretación) de los rasgos biológicos, sino que también las características biológicas ligadas al sexo pueden, en algunos casos, contribuir o amplificar las diferencias de género en la salud.

En lo referente a la violencia de género, este supone un fenómeno que impacta significativamente en la salud de las mujeres. Claudia García-Moreno[3] expone en su estudio cómo la violencia basada en el género está asociada con una serie de problemas de salud, que van desde lesiones físicas hasta trastornos mentales. Además, las mujeres que han experimentado violencia de género a menudo enfrentan barreras adicionales para acceder a la atención médica, ya sea por miedo, vergüenza o limitaciones económicas.

Oportunidades para la Promoción de la Salud de Género

La promoción de la salud con perspectiva de género abre un camino hacia la equidad y el bienestar integral de la sociedad. A pesar de los desafíos existentes, existen diversas oportunidades para mejorar la salud de mujeres y hombres mediante enfoques específicos y programas diseñados para abordar las disparidades de género.

El de las mujeres se presenta como una oportunidad clave para mejorar la salud con perspectiva de género. La autonomía y la toma de decisiones de las mujeres en relación con su salud son fundamentales. En el estudio, la economista Naila Kabeer[4] apunta a la necesidad de desarrollar programas que fortalezcan la educación, el acceso a recursos y la participación en la toma de decisiones como herramienta clave para a las mujeres, permitiéndoles tener un mayor control sobre su salud y bienestar.

En este sentido, cabe destacar la necesidad de continuar implementando políticas que aborden la equidad de género en diversos sectores, con el fin de contribuir significativamente a la promoción de la salud. Políticas que promueven la igualdad salarial, los permisos de maternidad y paternidad de forma equitativa y la eliminación de la discriminación laboral basada en el género son ejemplos concretos. La investigación desarrollada por Erin A. Cech y Mary Blair-Loy, destaca que estas políticas no solo benefician a las mujeres en el ámbito laboral, sino que también tienen un impacto positivo en su salud y bienestar general[5].

Y es que, el citado estudio, analiza las desigualdades de género en el campo de las carreras de ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas (STEM) focalizando las barreras a las que se enfrentan estos profesionales durante la maternidad. Así, concluye que, entre todos las profesionales y profesionales incluidos en el estudio, el 43% de las mujeres abandonan el empleo STEM a tiempo completo después de su primer hijo. Las nuevas madres tienen más probabilidades que los nuevos padres de abandonar las carreras profesionales STEM, pasarse a trabajar a tiempo parcial y abandonar el mundo laboral. Estas diferencias de género se mantienen independientemente de la variación por disciplina, raza y otros factores demográficos. En cuanto a los hombres, el estudio revela que el 23% de los nuevos padres también abandonan la carrera STEM después de tener su primer hijo. Lo que sugiere la dificultad de combinar el trabajo STEM con las responsabilidades de cuidado en general.

Inequidades en la profesión médica

El campo de la medicina ha experimentado cambios significativos en términos de género en las últimas décadas. Y es que, a pesar de los notables avances, persisten diferencias significativas entre hombres y mujeres en el ámbito de representación.

Aunque las mujeres representan una proporción creciente de estudiantes de medicina, la brecha de género persiste en niveles superiores de la jerarquía profesional. Según datos de la Association of American Medical Colleges (AAMC), las mujeres constituyen aproximadamente el 36% de los profesionales médicos en los Estados Unidos, pero solo alrededor del 18% ocupan puestos de liderazgo, como jefas de departamentos o decanas en facultades de medicina.

Esta brecha está también presente en España y así lo avala el estudio 'Mujeres en Medicina en España (Womeds)', un análisis pionero en nuestro país cuyo objetivo es monitorizar las desigualdades de género en las posiciones de liderazgo en la medicina española. De momento se han publicado los datos correspondientes a los años 2019-2021[6].

En el citado estudio se han analizado posiciones de liderazgo correspondientes a cuatro ámbitos: asistencia sanitaria, participación en organizaciones profesionales (sociedades científicas, congresos médicos, colegios profesionales), posiciones académicas e investigación. En los cuatro ámbitos hay desigualdades muy notables. Para cuantificarlas con un indicador comparable, hemos definido el índice de feminización, que es el porcentaje de mujeres en una determinada posición de relevancia o liderazgo dividido entre el porcentaje de mujeres en el colectivo relevante. Un índice igual a 1 refleja equilibrio o neutralidad, valores inferiores a la unidad reflejan desigualdades en contra de las mujeres

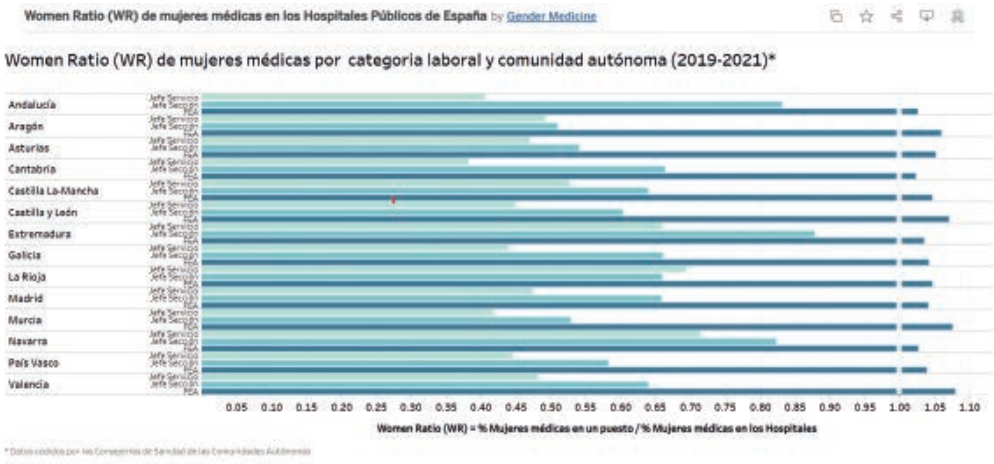
Además, se ha lanzado la web www.womeds.es con el fin de mostrar de una forma interactiva, visual y accesible los datos recopilados. La página web cuenta con gráficos y tablas que desglosan los datos de cada indicador de forma pormenorizada de forma que se pueden desglosar por comunidad autónoma, especialidad médica, facultad de Medicina o tipo de organización profesional.

Liderazgo hospitalario

En junio de 2021, el 61% de los médicos que trabajaban en centros sanitarios públicos en España eran mujeres. Las cifras de mujeres jefes de servicio oscilaban entre el 20,3% de Andalucía y el 46,7% de Navarra 12 comunidades autónomas (ver tabla 1). Respecto a jefas de sección, se observan también cifras con gran variación según las regiones, que se sitúan entre el 24,8% de Aragón y el 53,2% de Navarra.

Tabla 1

Posiciones de liderazgo en el ámbito asistencial por CCAA



En cuanto a las sociedades científicas, tres SSCC tuvieron una presidenta durante todo el periodo 2019 y 2021, ocho sociedades tuvieron presidentes de ambos géneros durante el periodo analizado y el resto de las sociedades científicas tuvieron a un hombre como presidente durante todo el periodo.

En junio de 2021, el 61% de los médicos que trabajaban en centros sanitarios públicos en España eran mujeres

En cuanto a su presencia como ponentes en congresos médicos nacionales organizados por sociedades científicas es variable, pero destaca que sólo en tres, la ratio de médicas ponentes versus socias era superior a 1.

En las juntas directivas de los colegios oficiales de médicos, el porcentaje de mujeres oscila entre el 11% de Burgos y el 64,3% de Cantabria y tan solo 7 de los 51 colegios de médicos en España tuvieron una mujer presidenta en el periodo analizado.

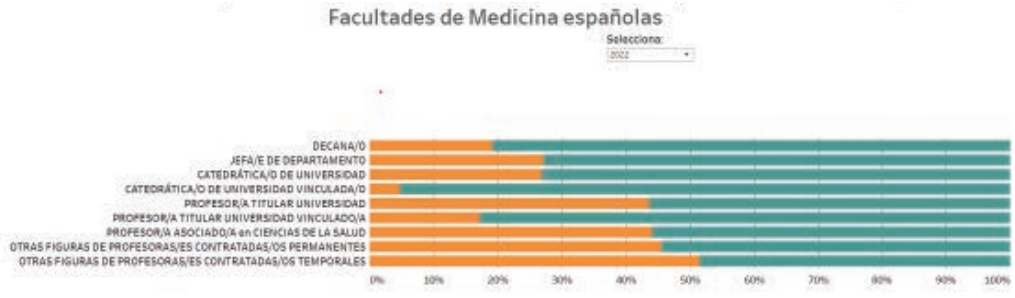
En el caso de las academias de medicina, el porcentaje oscila entre el 0% de Salamanca, Sevilla, Asturias, Galicia y y Valladolid y el 50% de Cataluña siendo el cargo más frecuente el de secretaria general (23,1%).

Inequidad académica

En España hay en la actualidad 47 Facultades de Medicina. Los datos recogidos son de 2021 cuando eran 44. De la información recogida de las 39 que proporcionaron datos sabemos que, de los 13.567 docentes médicos, el 45% eran mujeres. Sin embargo, el porcentaje de docentes médicas es claramente inferior con respecto a los docentes médicos en las figuras estables de profesorado y (ver tabla 2), siendo llamativamente inferior en las figuras más elevadas de la carrera académica (10% de mujeres catedráticas con plaza vinculada asistencial y 28% de catedráticas en total), frente a las figuras docentes temporales donde el porcentaje de mujeres es similar al de los hombres y superior en el caso de los profesores asociados.

Tabla 2

Posiciones de liderazgo en las Facultades de Medicina en España. Distribución por género



Asimismo, el porcentaje de directoras de departamento y decanas fue solo del 26% y 27% respectivamente en el curso académico 2020-2021.

Falta de liderazgo femenino en la investigación

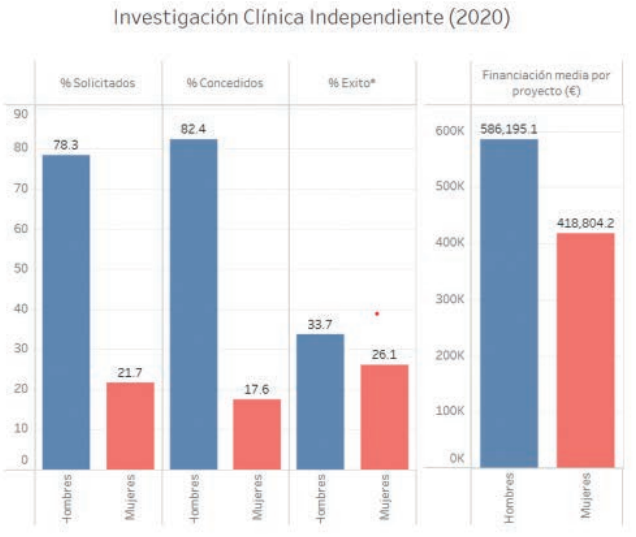
En el ámbito de la investigación, los datos del estudio fueron proporcionados por el Instituto de Salud Carlos III. Se observa que, en el año 2020, la solicitud de proyectos de investigación con financiación pública fue liderada por mujeres sólo en un 45% de los casos y la financiación media de los proyectos concedidos a las mujeres fue un 24,3% inferior a la de los hombres.

Asimismo, en el programa de intensificación de la actividad de investigadora del ISCIII, las mujeres solo representaron el 30% (en los años 2019 y 2020) y el 40% en el año 2021.

Tabla 3

Distribución por género en los Proyectos de Investigación Clínica Independiente del ISCIII | Tableau Public

ByGender Medicine



En 2021, alrededor del 50% de los 4.377 miembros de los grupos de investigación integrados en el CIBER en España eran mujeres, pero sólo el 26% de los jefes de grupo.

También en 2021, sólo 3 de los 22 directores científicos médicos de los 32 Institutos de Investigación Sanitaria acreditados eran mujeres, lo que supone el 13,6%.

Como conclusiones de este estudio podemos destacar la pronunciada brecha de género en las posiciones de liderazgo de la Medicina en España. De momento, el acceso generalizado de las mujeres a la profesión médica y la progresiva feminización de la profesión no se ha traducido en una incorporación proporcional a los puestos de liderazgo que correspondería por edad y experiencia.

La visibilidad de las mujeres médicos es limitada y los cambios muy lentos. Por ello a título individual pero también a título colectivo hemos de aumentar las oportunidades, desarrollando una mirada de género que sirva de estímulo para que haya más mujeres en puestos de responsabilidad; no podemos permitirnos el lujo de desaprovechar la mitad del talento en nuestro país.

En cuanto a los factores que pueden explicar esta disparidad, destacan algunos como la falta de modelos y referentes en posiciones de liderazgo, los estereotipos el síndrome del impostor o los desafíos específicos relacionados con la conciliación entre la vida laboral y familiar que señalan como la maternidad a menudo se percibe como un obstáculo para el avance profesional en medicina, lo que puede influir en las decisiones de las mujeres sobre el equilibrio entre la carrera y la familia[6].

Desafíos en el Avance Profesional para las mujeres Médicas

Los desafíos a los que nos enfrentamos a la hora de abordar las diferencias de género en las oportunidades de desarrollo de la carrera profesional son múltiples y requieren un enfoque integral. En diferentes países existe una brecha Salarial. Estudios como el de Lo Sasso et al[7] señalan que esta disparidad puede deberse a factores como la discriminación de género y la asignación desigual de responsabilidades administrativas.

Los mentores son importantes para el desarrollo profesional, pero las mujeres en medicina a menudo encuentran dificultades para acceder a oportunidades en este sentido. Investigaciones de Files et al[8]señalan que la falta de mentores femeninos y la escasez de tiempo son barreras comunes que enfrentan las mujeres médicas. En otros trabajos sin embargo se señala que las mujeres están "sobre mentorizadas" pero muy poco "esponsorizadas", debiendo producirse un cambio de mentalidad para que realmente aumenten las oportunidades.

Por último, es importante recordar el sesgo inconsciente, tan presente en la literatura científica, y que está demostrado puede influir en las decisiones de contratación, promoción y asignación de responsabilidades. El estudio de Carnes et al[9] resalta la necesidad de abordar estos sesgos para crear un entorno más equitativo.

Conclusiones y Reflexiones Finales

En la actualidad existen diferencias de género en las posiciones de liderazgo en diferentes ámbitos de la medicina en España relacionadas con un desigual acceso a las oportunidades de desarrollo profesional.

Aunque hay muchos desafíos y retos pendientes, las oportunidades están emergiendo a través de diferentes iniciativas, incluyendo programas de mentoría, políticas de conciliación laboral y familiar, y sensibilización sobre los sesgos de género, pero queda mucho por hacer.

Quizás es importante empezar por reconocer que el problema existe, pero también obtener un compromiso y voluntad decidida de políticos y meso gestores para mitigarlo.

Puesto que el punto de partida es reconocer y cuantificar el problema, confiamos en que nuestro proyecto WOMEDS sea útil, máxime considerando que vamos a monitorizar los avances (o la falta de avances) de forma anular con una desagregación progresiva, territorial y por especialidades médicas con la esperanza de contribuir y servir de aliciente y acicate a las nuevas generaciones.

Bibliografía

1. Sen, A. (2001). The many faces of gender inequality. New Republic, 226(12), 35-39.

2. Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: What are the connections—and why does it matter. International Journal of Epidemiology, 32(4), 652-657.

3. García-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. The Lancet, 368(9543), 1260-1269.

4. Kabeer, N. (2005). Gender equality and women's empowerment: A critical analysis of the third Millennium Development Goal 1. Gender & Development, 13(1), 13-24.

5. Cech, E. A., & Blair-Loy, M. (2019). The changing career trajectories of new parents in STEM. Proceedings of the National Academy of Sciences, 116(10), 4182-4187.

6. Seemann, N. M., Webster, F., Holden, H. A., Moulton, C. A., Baxter, N., Bohnen, J. D., ... & Cadeddu, M. (2020). Women in academic surgery: Why is the playing field still not level. The American Journal of Surgery, 219(2), 212-217.

7. Lo Sasso, A. T., Richards, M. R., Chou, C. F., & Gerber, S. E. (2011). The $16,819 pay gap for newly trained physicians: The unexplained trend of men earning more than women. Health Affairs, 30(2), 193-201.

8. Files, J. A., Mayer, A. P., Ko, M. G., Friedrich, P., Jenkins, M., & Bryan, M. J. (2017). Speaker introductions at internal medicine grand rounds: forms of address reveal gender bias. Journal of Women's Health, 26(5), 413-419.

9. Carnes, M., Devine, P. G, Manwell, L. B., Byars-Winston, A., Fine, E., Ford, C. E., Forscher, P., Isaac, C. Kaatz, A. Magua, W. Palta, M. Sheridan, J. (2015). The effect of an intervention to break the gender bias habit for faculty at one institution: a cluster randomized, controlled trial.



LA VISIÓN DE LAS PROFESIONALES

Salud con perpectiva de género en la enfermería



I - SALUD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ENFERMERIA

Dra. Raquel Rodríguez Llanos.

Vicepresidenta primera del Consejo General de Enfermería y Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Cáceres.



II - INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Pedro José Soriano Martín.

Enfermero. Docente en la Universidad Europea de Madrid. Director Digital Health & Patients en el Observatorio de la Salud. Fundador de la iniciativa #FFPaciente.



I - SALUD Y GÉNERO: CONCEPTOS GENERALES

Los conceptos de salud y enfermedad lo configuran una serie de elementos que van a condicionar parte del proceder cotidiano del ser humano y, por tanto, la actividad cuidadora. La salud y la enfermedad ha sido, y debiera de seguir siendo, un medio a través del cual la persona cumple su ciclo biológico preparado para ella. Spector dice que "existen innumerables espejos en los que mirar para ponderar los conceptos de salud y enfermedad"[1].

El concepto clásico de la salud como ausencia de enfermedades ha ido evolucionando para incluir los niveles somático o biológico (integridad anatómica y funcional orgánica), psicológico (conducta u desarrollo de los procesos psíquicos y autopercepción de bienestar/malestar), sociocultural (integración de las personas en las instituciones, ideas compartidas por el grupo), ecológico (adaptación al medio). Además, se contempla como algo positivo dentro del continuum salud/enfermedad, como algo dinámico.

La salud y la enfermedad no son conceptos neutros, están relacionados con la propia vivencia como sujeto histórico y cultural, continuamente modificado y construido en función de los distintos espacios de legitimidad que socialmente deciden que es estar sano y que no, o como definió Nájera, la salud como "la capacidad social para gozar de la vida, para tener placer de vivir, para tener calidad de vida" (OMS, 1960). También es de considerar importante, la salud como el resultante de la interacción de distintos factores que interrelaciona con los individuos. A estos factores se les denomina determinantes de salud (Lalonde, 1974): la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y los sistemas sanitarios.

El género hace referencia a aquellos componentes psicológicos y culturales que forman parte de las definiciones sociales de las categorías mujer y varón



Cuando la OMS en 1948, definió la salud como, "el completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" dio reconocimiento a lo que ya era una convicción explícita, que la salud no es un estado sino un proceso[2].

La consideración de la salud integral de las personas pasa por el reconocimiento de que no es solo el cuerpo el que enferma o está sano, sino que en la salud intervienen las tres esferas: biológica, social y psíquica.

La esfera biológica abarca el cuerpo que nos constituye, la anatomía, la fisiología, lo real.

La esfera social contiene los vínculos y las formas de relación. Es la esfera de lo imaginario, de las imágenes en la que los demás son espejos con los que ir construyendo nuestra propia imagen que será cambiante según el escenario, el lado de la escena que nos corresponda estar y los lazos afectivos que vayamos estableciendo.

Y la esfera psíquica, que corresponde al mundo interior donde residen los afectos, los sentimientos, la representación de nosotros mismos y la representación psíquica del resto de la realidad exterior, donde se construye nuestra identidad. Es el registro de la simbolización.

Este es el fundamento del abordaje bio-psico-social de la salud, porque las tres esferas son interdependientes. Su articulación biológica, psíquica y social (registros real, simbólico e imaginario), permite que los acontecimientos biográficos dejen su impronta en cualquiera de ellas o en todas.

En cuanto al sexo, tiene también su lugar en las tres esferas: el cuerpo es portador de la diferencia anatomofisiológica que determina la adscripción a un sexo. Se definiría con la díada macho o hembra. El cuerpo define el sexo en el registro real. En la esfera social, nos adscribimos a una identificación del lado de mujer o de hombre. Pertenece al registro imaginario.

Y por último el tercer registro, la esfera psíquica que nos representa como femenino o masculino.

Tras haber descrito el concepto de salud, y su abordaje bio-psico-social, es necesario explicar el sistema sexo-género y la importancia que tiene a nivel sanitario la perspectiva o enfoque de género.

El sexo hace referencia a los componentes y características biológicas, que son universales, y que determinan que una persona sea varón o mujer.

El género hace referencia a aquellos componentes psicológicos y culturales que forman parte de las definiciones sociales de las categorías mujer y varón. Son características construidas social y culturalmente variables en el tiempo y que tienen un gran potencial de cambio dentro del mismo país y entre distintos países. Las personas nacen hombre o mujer, pero aprenden a ser niñas y niños que crecen y se constituyen en mujeres y hombres. Este comportamiento aprendido es el que determina la identidad de género y los roles de género. El género, por tanto, se refiere a los roles y responsabilidades de las mujeres y hombres, que son condicionados por factores sociales.

La perspectiva o enfoque de género es un análisis que nos da a conocer las diferencias entre mujeres y hombres, sus necesidades e intereses, los desequilibrios existentes, las diferentes interpretaciones que hacen de la realidad y la forma que tienen unas y otros de comprender el mundo.

La perspectiva de género es aplicable para abordar "la experiencia humana teniendo en cuenta las significaciones atribuidas al hecho de ser varón o se mujer en cada cultura y en cada sujeto". Es multidimensional abarcando un nivel sociocultural; y un nivel psico-social; e individual.

Utilizamos el enfoque de género para analizar críticamente las construcciones teóricas y aportar una nueva forma de interrogar la realidad, crear nuevas categorías analíticas con el fin de explicar dimensiones de la realidad que no habían sido tenidas en cuenta y que ha supuesto, no solo la redefinición de conceptos de algunas ciencias, sino también una crítica de sus paradigmas.

El análisis de género define, analiza e informa las medidas encaminadas a hacer frente a las desigualdades que se derivan de los distintos papeles de la mujer y el hombre, o de las desiguales relaciones de poder entre ellos, y las consecuencias de esas desigualdades en su vida, su salud y su bienestar.

Es, por tanto, un espacio teórico que abarca tanto una óptica de observación y estudio, interpretación de lo observado, análisis de los efectos y las acciones e intervenciones.

El impacto de género en la salud

La salud, fundamental para una vida plena, está inextricablemente ligada al género. Más allá de definir comportamientos sociales y relaciones interpersonales, el género es un determinante clave de la salud, interactuando con otros factores sociales como la clase, la etnia y la edad. Esta interacción afecta la vulnerabilidad a enfermedades y el acceso a recursos de salud, evidenciando diferencias y desigualdades de salud entre mujeres y hombres.

Estas desigualdades se manifiestan tanto en aspectos biológicos como en factores relacionados con el género, y su impacto es significativo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la salud como un derecho humano esencial, independiente de raza, religión o condición socioeconómica. Las diferencias de género en la salud, a menudo evitables e injustas, son consideradas inequidades por la OMS y, como tales, deben ser abordadas y no toleradas[3].

El género influye en la capacidad de las personas para alcanzar su potencial y vivir vidas largas y saludables. Afecta directamente a las necesidades de salud, la exposición y vulnerabilidad a enfermedades, y el acceso a servicios y tratamientos sanitarios.

Estilos de vida diferenciados por género, moldeados por normas y roles sociales, pueden resultar en disparidades en la salud. Comportamientos como los hábitos alimenticios y de consumo de alcohol varían según el género, al igual que la prevalencia de ciertas enfermedades[4].

El género, por lo tanto, es una influencia fundamental en la experiencia de vida, emociones y comportamientos de hombres y mujeres, afectando directamente su bienestar físico y psíquico



En cuanto a las enfermedades, existen diferencias significativas en su prevalencia, curso y tratamiento entre hombres y mujeres. Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares se diagnostican más tarde en mujeres, y ciertos trastornos musculoesqueléticos son más comunes en ellas. Las enfermedades inmunológicas y los trastornos relacionados con el alcohol también presentan patrones de prevalencia diferentes entre géneros.

El género, por lo tanto, es una influencia fundamental en la experiencia de vida, emociones y comportamientos de hombres y mujeres, afectando directamente su bienestar físico y psíquico. Los roles de género aprendidos impactan en cómo las personas cuidan de su salud y enfrentan riesgos o prácticas de autocuidado[5].

Reconociendo la salud como un concepto integral, es esencial abordarla desde múltiples perspectivas. Esto implica modificar las imposiciones sociales de género y prevenir hábitos tradicionales de masculinidad y feminidad que afectan negativamente la salud de ambos géneros. La enfermería, como pilar fundamental en el cuidado de la salud, desempeña un rol crucial en la identificación y el manejo de estas diferencias.

Igualdad de género en la atención sanitaria

Los principios y valores que orientan el enfoque de género en la atención sanitaria se enmarcan en las aspiraciones de igualdad, equidad y atención integral a la salud.

Las sucesivas recomendaciones de la OMS para avanzar hacia la equidad de género dicen: ”para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades”[6].

Hace hincapié en que para disminuir las desigualdades en el estado de salud y promover la equidad en la atención sanitaria hay que proporcionar con equidad los recursos diagnósticos y terapéuticos y que estos sean adecuados a las necesidades diferenciales de hombres y de mujeres.

La posición de mujeres y hombres en la sociedad es diferente y esto en sí mismo no es un problema, lo que sí es problema es que de ellos se deriven desigualdades en el trato y en la consecución de los derechos.

Igualdad de género en salud significa, por tanto, que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados.

La equidad de género significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres. La inequidad de género en el ámbito de la salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres y los hombres en el estado de salud, la atención de salud y la participación en

el trabajo sanitario. La estrategia de equidad de género se utiliza para finalmente lograr la igualdad. La equidad es el medio, la igualdad es el resultado.

Surge, por tanto, el término empoderamiento, referido a la toma de control por parte de las mujeres y los hombres sobre sus vidas, es decir, a la capacidad de distinguir opciones, tomar decisiones y ponerlas en práctica. Se trata de un proceso, pero es también un resultado, es colectivo y al mismo tiempo individual. El empoderamiento de las mujeres es esencial para el logro de la igualdad de género. Otros no pueden dar poder a las mujeres, solo las mujeres pueden empoderarse a sí mismas. Sin embargo, las instituciones pueden apoyar los procesos de empoderamiento tanto en el plano individual como en el colectivo.

El concepto de diversidad incorporado al enfoque de igualdad de género significa reconocer que las mujeres y los hombres no constituyen grupos homogéneos. Al abordarse los problemas de género y salud, debe tenerse en cuenta la diferencias entre las mujeres y los hombres con respecto a la edad, el estado socioeconómico, la educación, el grupo étnico, la cultura, la orientación sexual, y la discapacidad.

Para que no se perpetúe la desigualdad, es necesario la transversalización de la perspectiva de género, que es el proceso de evaluar las consecuencias que tiene para los hombres y las mujeres cualquier acción planeada, incluidas la legislación, las políticas y los programas, en cualquier sector y en todos los niveles. Es una estrategia para hacer de los problemas y experiencias de las mujeres y los hombres una dimensión integral del diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de las políticas y programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales. El objetivo último es conseguir la igualdad de género.

La equidad de género en salud requiere que hombres y mujeres sean tratados de manera igualitaria atendiendo a que tienen necesidades en común y que las diferencias también deben ser abordadas con sentido de equidad. Los siguientes factores ponen de manifiesto la existencia de situaciones de inequidad de género sobre la salud de mujeres y hombres desde etapas muy tempranas:

- Diferencias en los factores de riesgo y de protección de la salud.
- Desequilibrio entre necesidades en salud y el acceso a recursos.
- Diferencias en cómo las políticas y programas afectan a las mujeres y hombres.

Así mismo, para evitar los sesgos de género se hace necesario:

- Visibilizar y atender las necesidades diferenciales por sexos Existe morbilidad diferencial femenina y masculina. Es común que se aplique el patrón masculino de enfermar, quedando el patrón femenino bajo el umbral visible de la intervención clínica.

- Controlar los sesgos de género en la clínica. Los estereotipos de género condicionan una atención que, en ocasiones corre el riesgo de no responder a las necesidades de hombres y de mujeres y que pueden tener como resultado menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con las mujeres en determinadas enfermedades[7].

La equidad de género significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres

La práctica clínica es una oportunidad privilegiada para influir en los determinantes a nivel individual. Al mismo tiempo la clínica es altamente sensible a actuaciones sesgadas por estereotipos de género. Estos sesgos dan lugar a inequidades en la atención sanitaria.

Del mismo modo que el género afecta a la salud física y mental de las mujeres, las desigualdades de género afectan también al uso que hacen de la atención sanitaria y a la calidad de los servicios que reciben. A las mujeres, se les oferta un acceso igualitario a los servicios sanitarios básicos. Sin embargo, el uso que hacen de estos servicios puede verse limitado a causa de una serie de factores relacionados con el género. Estos incluyen:

- Carecer de unas pautas de cuidado apropiadas.
- Alto coste de los servicios sanitarios.
- Elevado coste de los medicamentos.
- Carencia de medios de trasporte.
- Ausencia de otros cuidadores para las personas dependientes.

Si las estrategias de la salud pública han de promover la igualdad de género, será necesario reducir la discriminación que las mujeres sufren, no solo en el sector sanitario, sino también en otras esferas de la sociedad.

La enfermería, como pilar fundamental del cuidado de la salud, desempeña un papel crucial en la identificación y gestión de las disparidades de salud y en la reducción de las desigualdades en la sociedad[8].

Al centrarse en el cuidado y las relaciones, la enfermería ocupa una posición única para abordar las necesidades de los grupos marginados y oprimidos[9]. Al promover el acceso, la equidad y la protección de la salud a través de la atención sanitaria, la enfermería puede contribuir a reducir las disparidades[10].

El cuidado de las enfermeras con enfoque holístico



Cada cultura, cada comunidad, en cada momento, se da una respuesta diferente a la salud y a las situaciones relacionadas con ella, por eso, el debate conceptual sobre salud sigue su curso normal de acuerdo con el tiempo y a la complejidad social.

El ser humano para poder subsistir necesita de cuidados “independientemente de la cultura o la raza en la que se practique, está ligada al ciclo vital del ser humano, ya que éste comienza a demandar cuidados desde el mismo momento de su nacimiento y persiste necesitado de cuidados hasta el día de la muerte”[11], “Se puede vivir sin curación, pero no sin cuidados”[12].

El concepto de ser humano, que va más allá de lo puramente biológico, que por su morfo-biología necesita relacionarse con los demás generando como consecuencia de esto toda una red muy compleja, que no habita en el orden biológico sino en el psicológico y en el social. Por eso debemos considerar, como indica Medina que “la persona es un ser bio-psico-social como un todo irreductible, en congruencia con valores y epistemologías propiamente enfermeras”[13].

La enfermera holística tendrá una actitud atenta a los sentidos ocultos y será capaz de romper el prejuicio y la superficialidad, como factores que incrementan el malestar y sufrimiento de la persona



La conferencia de la OMS en Alma-Ata[14] marca un punto de inflexión a nivel internacional hacia los nuevos conceptos de salud y la forma de abordarlos. Todas las civilizaciones a lo largo de su historia van organizándose y protegiéndose tanto de forma individual como colectiva, buscando la forma de satisfacer las distintas necesidades que a la población le producen problemas. Si se asume esta concepción "holística" del individuo, la prestación de cuidados de salud no puede ser unidireccional, por eso la respuesta ha de ser integral y más compleja dada la multicausalidad, además incorporando la visión de evitar (la prevención) y mejorar las condiciones existentes (la promoción) de la salud.

El holismo forma parte de la concepción y desarrollo de las ciencias de la enfermería, y desde esta visión se trata de dar significado a su práctica basando su filosofía y atención en un modelo holístico.

La palabra holismo tiene sus orígenes en el vocablo griego holikós que significa "todo, íntegro y/o completo". Esta connotación, entiende la salud como un cambio continuo a los retos medioambientales y el equilibrio dinámico del cuerpo. Por tanto, el cuidado tendrá un significado más amplio, que la aplicación correcta de una técnica o procedimiento. Cuidar a una persona bajo el paradigma holístico significa atenderla en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, entre otros, así como en su interrelación con el entorno.

De ahí surge la importancia de considerar este modelo como una filosofía en la praxis de enfermería, el cual generará un proceso de mutualidad y satisfacción entre el que provee el cuidado, "la enfermera", y el que lo recibe, "el usuario".

El holismo surge como un nuevo paradigma o forma de ver la salud, que se enfoca hacia una atención más humanizada e integral del individuo. Esta forma de percibir y conceptualizar el bienestar es asimilada por disciplinas como la enfermería, la cual tiene entre sus objetivos promover la salud global y holística del ser humano. Siguiendo esta filosofía, todos los modelos y teorías de enfermería se han construido con una visión humanística del cuidado.

Diversos estudios afirman que el abordaje holístico en enfermería se evidenció en la década de 1980 cuando el concepto holismo se relacionó con otros términos como: bio-físico social, una función integral y total del individuo. Ante esta forma de percibir la disciplina, Peplau

consideró que el individuo debe ser visto como un "ser bio-psico-social-espiritual, dotado de creencias, costumbres, usos y modos de vida que son determinados por una cultura y ambiente diversificado"[15].

La Asociación de Enfermeras Americanas Holísticas (AHNA) definió a la enfermería holística como "aquella que abraza toda la práctica de enfermería y tiene como meta la salud de la persona como un todo, para lo cual utilizan terapias de salud complementarias y alternativas, como vehículo de conexión con el paciente a través de la intención, presencia y conciencia".

La visión holística en la enfermería puede ser medida a través de las intervenciones que estos profesionales realizan y de las respuestas de los usuarios a dichas acciones. Por ello, las enfermeras deben comprender el paradigma holístico, para que les ayude a mantener una relación más íntima, de colaboración y apoyo mutuo con la persona.

Para entender el acompañamiento holístico de la persona, se debe generar la salud holística y ésta incluye la experiencia de la persona en armonía y con responsabilidad para la gestión de su propia vida. De la misma forma, acompañar a la persona enferma en sentido holístico supone un conocimiento multidimensional, que incluye la apropiación de las propias cogniciones, ideas, teorías, visiones de las cosas y la vida. "Una atención holística promoverá la salud relacional y la salud en la dimensión social" esto significa que la persona se podrá relacionar bien consigo misma y con todos los demás. Por tanto, el usuario reconocerá las diferentes interdependencias en los diferentes ámbitos de la vida.

La salud emocional, desde una visión holística, coadyuvará a que la persona realice un manejo responsable de sus sentimientos. La enfermera holística tendrá una actitud atenta a los sentidos ocultos y será capaz de romper el prejuicio y la superficialidad, como factores que incrementan el malestar y sufrimiento de la persona.

Considerar al usuario como un solo ser, que trae una historia de vida impregnada de emociones, experiencias y valores culturales, es esencial para una atención de calidad dentro del modelo humanístico. Un cuidado holístico implica estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones. Por eso, se añade que la visión holística y humanista del cuidado deber ser eje central del cuidado de enfermería.

De esta manera, se puede afirmar que el cuidado holístico constituye una excelente referencia de apoyo al cuidado de enfermería, que, al ser implementado mediante el uso del proceso de enfermería, permitirá calificar y sistematizar la asistencia ofrecida, y producir prácticas más efectivas en el acogimiento y en la asistencia en los servicios de salud.

La falta de control sobre la propia vida y la falta de poder derivada de la desigualdad de oportunidades y de la discriminación estructural tienen un impacto sobre la autoestima y la salud mental y el bienestar de las mujeres. De ahí, que el modelo holístico de cuidados puede contribuir con el cuidado de enfermería en el contexto de la salud de las mujeres, trabajando de forma didáctica la adaptación eficaz del proceso de enfermería a individuos y familias dentro de la salud de las mujeres, buscando alcanzar la autonomía profesional y la buena calidad de la asistencia prestada no solo a las mujeres, también, a la familia y a la sociedad en general.

El profesional de enfermería, localizándose más cerca de las personas en la red formal de asistencia en salud, puede desempeñar un importante papel en el enfrentamiento de los problemas de salud con perspectiva de género, dialogando con diferentes conocimientos y contribuyendo para el refuerzo de una cultura constante de igualdad y equidad en salud.

Retos futuros para una atención sanitaria de calidad con perspectiva de género

La promoción de la salud con una perspectiva de género implica abordar directamente las normas de género, abordar los determinantes estructurales y sociales de la salud, abordar los determinantes subyacentes relacionados con el género y utilizar un diseño, una implementación y una evaluación basados en la complejidad[16].

La inclusión de la perspectiva de género en la salud, aunque reciente, ha generado líneas de acción para mejorar la calidad asistencial: enfocarse en la salud de las mujeres, las desigualdades de género y el análisis de determinantes de género. Los retos futuros incluyen:

- Disminuir las desigualdades de género en la salud.
- Aplicar un modelo biopsicosocial integral.
- Visibilizar a las mujeres como sujetos con necesidades y morbilidades específicas.
- Promover la autonomía y empoderamiento para combatir la vulnerabilidad.
- Evitar la medicalización excesiva.
- Transformar culturalmente modelos y estereotipos de género.
- Fomentar la participación comunitaria en la gestión de la salud.
- Implementar políticas de igualdad para liberar de roles de género restrictivos.
- Desarrollar políticas para identidades saludables y oportunidades igualitarias.

Los cambios organizacionales en los servicios sanitarios requieren:

- Análisis de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en instituciones sanitarias.
- Evaluación de políticas organizativas.
- Identificación de fuentes de poder y sensibilidad de género.
- Apoyo a fuerzas que promuevan cambios.

Avanzar hacia una atención de calidad implica:

- Democratizar la producción de conocimiento en salud, incluyendo a ambos géneros.
- Diseñar investigaciones que consideren diferencias de género.
- Tener en cuenta las clasificaciones de enfermedad.
- Orientar la investigación hacia síntomas y quejas, además de enfermedades.
- Considerar el género como variable principal en la investigación.
- Diseñar innovaciones para detectar desigualdades en el acceso y resultados de salud.

Para mejorar la calidad de vida y la salud, es vital considerar la influencia del género, centrarse en modificar estilos de vida y actuar sobre factores sociales y medioambientales. La transición de un enfoque biomédico a uno biopsicosocial, reforzando los recursos de enfermería, es esencial para un futuro de salud preventiva y promotora, permitiendo a hombres y mujeres vivir de forma autónoma, solidaria y plena.[16,17,18]

Bibliografía

1. Spector R. Muñoz, M°. J. Las Culturas de la Salud. Madrid: Prentice Hall;2002

2. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS. Ginebra; 1960.

3. Organización Mundial de la Salud. Health Promotion. A Resurce Book. Copenhagen: WHO-EURO.1990

4. Rohlfs, Izabella; Borrell, Carme; Fonseca, Manuel. Género, desigualdades y salud: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit. 2000;14 (Supl.3):60-71.

5. Lasheras, ML; Pires, M; Rodríguez, MM. Género y salud. N.° 3. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 2004.

6. Organización Mundial de la Salud Talleres de Salud y Género. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Cuadernos 1-5 Washington. C. EEUU; 1992

7. Valls i Llobet C. En: Penacho C. La medicina se feminiza. Suplemento Salud. Madrid: El Mundo; N.661;2006

8. Kathleen, A., Bower. Managing Care: The Crucial Nursing–Case Management Partnership. Nurse Leader, (2012).;10(6):26-29. doi: 10.1016/J.MNL.2012.09.003

9. Ann, K., Cashion., Marie, Zeimetz. IOM's clarion call for health care transformation: the role of nursing science. Biological Research For Nursing, (2012).;14(2):113-114. doi: 10.1177/1099800412439746

10. Gloria, R., Smith. Health Disparities: What Can Nursing Do?. Policy, Politics, & Nursing Practice, (2007).;8(4):285-291. doi: 10.1177/1527154408314600

11. García Martín-Caro C, Martínez Martín ML. Historia de la Enfermería. Evolución del Cuidado. Enfermero. Harcourt 2001:28-29

12. Collière MF. Cuidar, asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida. Index de enfermería,1996; (18):9-14.

13. Medina Moya JL. Fundamentos epistemológicos de la teoría del cuidado. Enfermería Clínica. Sep-Octubre1994; 5 (4):221-32.

14. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional de Alma-Ata Ginebra;1978.

15. Peplau H. Modelo Interpersonal Relations in Nursing.1952 En Marriner Tomey A. Modelos y Teorías de Enfermería, Barcelona: Rol SA; 1989

16. Jane, Fisher., Shelly, Makleff. Advances in Gender-Transformative Approaches to Health Promotion. Annual Review of Public Health, (2022). doi: 10.1146/annurev-publhealth-121019-053834

17. The inclusion of the gender perspective in oncology research. (2023). doi: 10.21203/rs.3.rs-2840452/v1

18. M., Pilar, Sánchez-López., Rosa, M., Limiñana-Gras. Health From a Gender Perspective: The State of the Art. (2017). doi: 10.1016/B978-0-12-803864-2.00001-8

II - INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Puntos clave del capítulo

Punto Clave	Descripción
Influencia del Género en la Salud y la Atención de Enfermería	Explicación de cómo el género, como constructo social, afecta la experiencia de salud, enfermedad y cuidados sanitarios, y su impacto en las prácticas de enfermería.
Determinantes Sociales de la Salud	Análisis de cómo factores como la pobreza, la educación, y el entorno laboral y social afectan la salud y calidad de vida, y la importancia de estos determinantes en la atención de enfermería.
Educación y Empoderamiento en Salud	Discusión sobre el papel de las enfermeras en la educación para la salud y el empoderamiento de individuos y comunidades, enfatizando la participación activa en la toma de decisiones sanitarias.
Género como Determinante de la Salud	Diferenciación entre género y sexo, y su implicación en la salud, incluyendo la evolución en la comprensión de estos conceptos y su impacto en la atención sanitaria.
Herramientas y Estrategias para Abordar las Desigualdades de Género en Salud	Presentación de herramientas específicas para evaluar el impacto en salud con enfoque de género y equidad, y el papel de la enfermería en la implementación de estas herramientas para garantizar una atención equitativa.

La importancia de considerar el género en la atención de enfermería es una necesidad imperante para garantizar los cuidados de salud equitativos y eficaces.

El reconocimiento del género es un constructo social que influye directamente en cómo las personas experimentan su salud, enfermedad y los propios cuidados sanitarios. Las diferencias de género pueden afectar no solo a las condiciones de salud, sino también en cómo acceder a los servicios sanitarios e incluso cómo responden a las estrategias de tratamiento.

Durante este capítulo pretendo visibilizar la compleja intersección entre género y cuidados de enfermería, comenzando con una exploración de los determinantes sociales en salud, abordando la influencia de las enfermeras en la promoción de la equidad en salud.

Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud hacen referencia a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen. Estas influyen significativamente en su estado de salud y en su calidad de vida[1]. Estos factores incluyen elementos como la pobreza, la vivienda inadecuada, el desempleo y la inseguridad alimentaria, qué pueden causar estrés crónico y dañar los sistemas corporales, relacionándose con enfermedades crónicas y envejecimiento prematuro[2].



Fuente: https://wayback.archive-it.org/5774/20220413183449/https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-health/interventions-resources

La importancia de los determinantes sociales para las enfermeras radica en que estas condiciones tienen un impacto profundo en la salud y la esperanza de vida de las personas. Para brindar una atención centrada en el paciente, las enfermeras deben integrar integralmente estos determinantes y su influencia en los resultados de salud. Además, la detección de determinantes sociales permite a las enfermeras vincular a las personas con los recursos necesarios y participar en la planificación de programas e intervenciones[3].

Abordar los determinantes sociales no es tarea exclusiva de la atención sanitaria, ya que requiere una colaboración interdisciplinar que trascienda los límites del sistema de salud. Las enfermeras pueden tener un impacto significativo en esta área utilizando su experiencia y conocimiento para abogar por cambios de políticas y acciones a nivel del sistema necesarios para promover la equidad en salud[4].

Determinantes sociales de la Salud

La Organización Mundial de la Salud ha publicado un documento con el propósito de equipar al personal sanitario y del cuidado, con la formación y comprensión necesaria sobre los determinantes de la salud que afectan a los pacientes y comunidades. Centrándonos en la parte sanitaria y en concreto de las enfermeras, se identifican algunos puntos a resaltar[4]:

1. Educación y formación. El nivel educativo de la población influye en su salud a largo plazo y en su calidad de vida. Las enfermeras son clave en la promoción de la salud y el bienestar, desempeñando funciones esenciales tanto en la atención directa como en la educación sanitaria.

   Como promotoras de salud, las enfermeras realizan un trabajo proactivo para prevenir enfermedades a corto, medio y largo plazo fomentando estilos de vida saludables. Las intervenciones educativas que realizan proporcionan herramientas necesarias para cuidar de su salud a lo largo de la vida fomentado bienestar a la población. Cabe destacar la figura de la enfermera escolar como un agente clave en la educación sanitaria que actualmente se está posicionando dentro de los centros educativos, así como las enfermeras especialistas en Atención Primaria[5].

2. Participación social y empoderamiento. Este enfoque implica que las enfermeras trabajen en colaboración con las personas y las comunidades para que puedan tomar decisiones que afecten positivamente a su salud.

   El empoderamiento de las personas y comunidades de pacientes es esencial para la prevención de enfermedades, pero va más allá. La participación social implica involucrar a las personas en procesos de toma de decisiones relacionadas con políticas y programas

de salud. Las enfermeras desempeñan un papel activo en facilitar la participación de los pacientes y de la comunidad en la identificación de sus necesidades y prioridades de salud.

Una vez reconocidas estas necesidades, las enfermeras pueden proporcionar educación y recursos para ayudar a las personas a aprehender mejor cómo los determinantes de la salud pueden afectar a su vida y qué acciones pueden tomar para abordar estos problemas. Uno de los recursos a nivel nacional que trabaja el empoderamiento y capacitación de los pacientes, junto con ellos, es la Red de Escuelas de Pacientes.

La Red de Escuelas de salud para la ciudadanía[6], nace como una propuesta del Ministerio de Sanidad con la finalidad de aportar a los pacientes, cuidadores informales y familiares una fuente de información y herramientas online de formación, a partir del compromiso de poner a su disposición las mejores evidencias disponibles.

3. Abordaje de la salud mental. Las enfermeras desempeñan un papel significativo en la promoción de la salud mental y la prevención del abuso de sustancias[7], lo que es esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

   La reducción del estigma asociado a problemas de salud mental, fomentar prácticas de autocuidado, organizar campañas de sensibilización, talleres educativos, sesiones informativas, son algunas de las acciones que desarrollan las enfermeras para ayudar a las personas a comprender y abordar los desafíos relacionados con la salud mental.

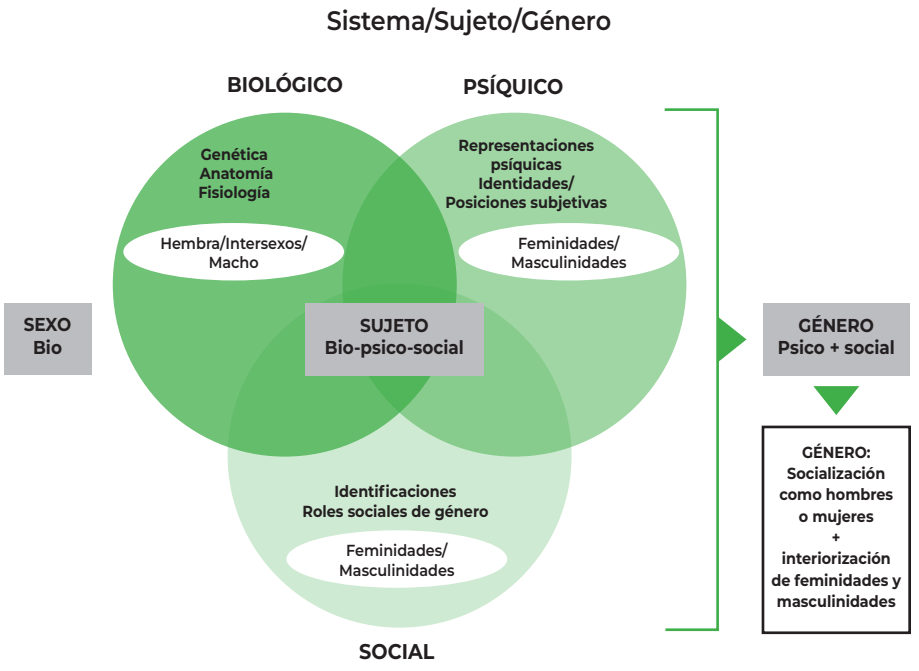
El género como determinante de la salud

Para abordar el género como determinante de la salud, es necesario distinguir claramente entre los términos "género" y "sexo". Además, es esencial destacar las desigualdades existentes en el área de epidemiología que justifican la evolución de ambos conceptos y su implicación en salud.

Cuando nos referimos al sexo, lo definimos como los aspectos biológicos, físicos, genéticos y hormonales de una persona, incluyendo sus características corporales. Es esencial destacar la necesidad de diferenciar claramente entre sexo y género, ya que estos conceptos representan constructos distintos[8].



Esquema 1



Fuente: Sara Velasco, 2006 y 2009.

El sexo es 'bio', el género es psicosocial y el sujeto es biopsicosocial.

Cuando hablamos de sexo, hablamos de la esfera biológica. Cuando hablamos de género, hablamos de las esferas social y psíquica.

El género trata de la socialización como hombre o mujer (roles de género) y las posiciones femeninas y masculinas interiorizadas en la esfera psíquica (ideales de feminidad y masculinidad).

El género se refiere a las características, roles, responsabilidades y expectativas que la sociedad asigna a una persona en función de cómo expresan su identidad y cómo son percibidos por los demás. En cambio, el género se considera un sistema social que distribuye de manera diferenciada recursos y posiciones sociales entre personas con diversas identidades de género[8].

Tiene gran relevancia incidir que el género no se limita a aspectos biológicos, físicos, genéticos o hormonales asociados al sexo. La comprensión del género va más allá de la dicotomía tradicional de hombre/mujer y cómo este influye en la salud a través de factores sociales, políticos y económicos.

Para darse cuenta de cómo ha cambiado la percepción del género en el campo de la salud, es clave reconocer que, en el pasado, los conceptos de género y sexo se manejaban de forma binaria y simplista, enfocándose solo en comparar la salud y los comportamientos de hombres y mujeres[8].

Esta forma de ver las cosas ignoraba la amplia gama de experiencias vinculadas al género y excluía a las personas transgénero o no binarias. Como resultado, la recolección de datos basada en esta perspectiva limitada ha sido inadecuada, lo que podría haber afectado negativamente a la salud de las personas al no considerar sus características individuales.



A medida que avanzamos en nuestro conocimiento sobre el género, las formas de evaluar y entender la salud se han vuelto más inclusivas y sensibles a las diferencias individuales. Se reconoce que existen desigualdades en género relacionadas con factores sociales, políticos y económicos, y no se limitan únicamente a diferencias individuales y comportamientos. Esto ha llevado a enfoques más completos y multidimensionales en la medición de la salud, que tienen en cuenta la influencia de género en las disparidades en salud[8,9].

En el ámbito de la enfermería, es esencial entender cómo el género influye con el sexo biológico y tiene un impacto significativo en los cuidados de enfermería. Los roles de género influyen en los comportamientos individuales, como la dieta, la percepción del estrés, los hábitos de tabaquismo y la actividad física, y tienen un impacto directo en la salud y la susceptibilidad a las enfermedades. Además, la identidad de género de los pacientes puede influir en cómo se perciben a sí mismos y en su comportamiento durante la atención sanitaria.

Por ejemplo, se ha observado que las mujeres a menudo subestiman su riesgo de enfermedades crónicas en comparación con los hombres, lo que puede llevar a un diagnóstico y una atención de enfermería más tardíos. Por lo tanto, conocer cómo el género influye en los comportamientos de los pacientes es esencial para brindar una atención de enfermería de calidad y equitativa[10].

Tiene gran relevancia que las enfermeras consideren el género y el sexo como aspectos clave en la atención de salud. Al hacerlo, brindan unos cuidados más personalizados, lo que mejora la relación terapéutica y ayuda a los pacientes a lograr una mejor calidad de vida. Al considerarlo un aspecto fundamental en el abordaje de la salud, las enfermeras adaptan sus cuidados de forma integral y respetuosa, teniendo en cuenta los principios básicos de identidad de cada persona, lo que es esencial para una atención centrada en el paciente.

Las enfermeras adaptan sus cuidados de forma integral y respetuosa, teniendo en cuenta los principios básicos de identidad de cada persona, lo que es esencial para una atención centrada en el paciente

Herramientas para medir desigualdades en salud

Utilizar herramientas de evaluación del impacto en salud que consideren de manera específica los aspectos de género y equidad es prioritario y necesario. Estas herramientas desempeñan un papel crucial en la planificación y ejecución de intervenciones relacionadas con la salud. Una de las principales razones por las cuales estas herramientas son esenciales es su capacidad para destacar y poner en valor los determinantes de la salud y la equidad en salud[11].

Reconocer el género y los roles de género tienen un impacto significativo en la salud de las personas. Permite evaluar el impacto en salud considerando cómo las diferencias que presentan afectan a la vulnerabilidad biológica, a la exposición a riesgos, a la prevención y al acceso a los servicios de salud[12].

A continuación, se citan algunas de estas herramientas que permiten abordar los determinantes de salud:

- **Health Inequalities:** el portal de desigualdades en salud está gestionado por EuroHealthNet, la Asociación europea para la salud, la equidad y el bienestar[13].

  EuroSaludNet es una asociación sin fines de lucro de organizaciones, agencias y órganos estatutarios que trabajan en salud pública, prevención de enfermedades, promoción de la salud y reducción de desigualdades.

  En su página web, https://health-inequalities.eu/es/ encontrarás herramientas y recursos que ayuden a los profesionales de la salud y a los investigadores a abordar las desigualdades en salud de manera efectiva.

- **Health Inequiality Monintor**: es la mayor colección de datos desglosados disponibles públicamente sobre la salud y sus determinantes. Incluyen datos desglosados para todos los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible donde hay datos disponibles.

  Contiene más de 50 conjuntos de datos, que cubren más de 2.000 indicadores y más de 25 dimensiones de desigualdad en todas las regiones del mundo[14]. Página web: https://www.who.int/data/inequality-monitor/about

- **Health Leads:** es una organización que se dedica a promover la equidad en salud racial y trabajar para que todas las personas tengan la oportunidad de vivir con salud, bienestar y dignidad.

  Desde Health Leads se ha lanzado un kit de herramientas para identificar y abordar determinantes sociales en los pacientes, ayudándote a reconocer los factores que pueden tener un impacto significativo en la salud integral de las personas[15]. Página web: https://healthleadsusa.org/news-resources/the-health-leads-screening-toolkit/

- **Centers For Medicare & Medicaid Service:** es una agencia del Gobierno de los Estados Unidos que administra los programas de salud.

  Utilizan una herramienta para identificar necesidades sociales relacionadas con la salud con el objetivo de mejorar la atención bridada y reducir los costes de la atención sanitaria[16]. Página web: https://www.cms.gov/priorities/innovation/media/document/ahcm-screeningtool-companion

- **American Academy of Family Physicians:** organización que tiene que objetivo fortalecer el papel de los médicos de familia, así como promover la tención centrada en la comunidad y los pacientes.

  Tienen un cuestionario para recopilar información sobre los determinantes sociales más representativos con el propósito de identificar posibles necesidades no cubiertas[17]. Página web: https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/everyone_project/physician-long.pdf

Enfermeras en el abordaje de salud de género

Las enfermeras participan en la atención integral de las personas y están capacitadas para abordar la violencia de género[18]. Tienen la capacidad de identificar y abordar los determinantes sociales de la salud para promover una atención sanitaria de calidad.

También contribuyen a las políticas de salud pública y pueden realizar acciones para satisfacer las necesidades específicas de las mujeres en las diferentes fases del ciclo reproductivo. Asimismo, las enfermeras tienen la capacidad para contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la reducción de la pobreza, la mejora de la educación primaria y la equidad de género, que son esenciales para promover la salud mundial y el bienestar de las mujeres y los niños[19].

La importancia de las enfermeras en el abordaje de la salud de género de las mujeres es evidente basado en su capacidad para brindar una atención integral, abordar los determinantes sociales de la salud, contribuir a las políticas de salud pública y trabajar para lograr los objetivos de salud globales.

DECÁLOGO "ENFERMERÍA EN SALUD Y GÉNERO"

1. Integración del Género como Constructo Social en la Atención de Enfermería: la enfermería integra el género como un factor social fundamental que influye en la salud y el bienestar de los individuos.
2. Enfoque Holístico de los Determinantes Sociales de la Salud: la enfermería adopta un enfoque holístico para entender y abordar los determinantes sociales que afectan la salud, proporcionando cuidados equitativos y efectivos.
3. Compromiso con la Educación y Formación en Salud y Género: la enfermería se compromete con la educación continua sobre género y salud, tanto para el desarrollo profesional como para la educación de los pacientes, fomentando así prácticas saludables y prevención de enfermedades.
4. Fomento del Empoderamiento y la Participación Activa: la enfermería impulsa el empoderamiento y la participación activa de pacientes y comunidades en la toma de decisiones de salud.
5. Promoción Activa de la Salud Mental: la enfermería juega un rol clave en la promoción de la salud mental, luchando contra el estigma y promoviendo prácticas de autocuidado y concienciación.
6. Reconocimiento de la Distinción entre Género y Sexo: la enfermería reconoce y aplica la distinción entre género y sexo, comprendiendo su influencia diferenciada en la salud y en la atención sanitaria.
7. Aplicación de Herramientas de Evaluación Sensibles al Género: la enfermería utiliza herramientas de evaluación del impacto en salud que incorporan específicamente aspectos de género y equidad.
8. Abordaje Integral y Sensible al Género: la enfermería implementa un enfoque integral y sensible al género en todos los aspectos de la práctica profesional.
9. Acción Contra las Desigualdades de Género en Salud: la enfermería actúa activamente para reducir las desigualdades de género en la salud, asegurando cuidados equitativos y personalizados para todos los pacientes.
10. Contribución Activa a las Políticas Públicas y Objetivos Globales: la enfermería contribuye de manera significativa a la formulación y aplicación de políticas de salud pública, apoyando los objetivos globales de reducir desigualdades y promover la equidad de género en la salud.

Bibliografía

1. Office of Disease Prevention and health Promotion. Social Determinants of Health [Internet]. 2020. Disponible en: https://wayback.archive-it.org/5774/20220413203948/https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health

2. Velasco-Arias S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género [Internet]. 2009. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf

3. Lathrop B. Moving Toward Health Equity by Addressing Social Determinants of Health. Nurs Womens Health. febrero de 2020;24(1):36-44.

4. World Health Organization. Integrating the social determinants of health into health workforce education and training [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240064256

5. De La Torre SR, Chaparro MVC, Rodado IV, Ortega AT, Soria PAV, Al Nitei AC. Importancia de la figura de la enfermera escolar en los centros educativos. Revista Sanitaria de Investigación. 2023;4(3):142.

6. Ministerio de Sanidad. Red de Escuelas de Salud [Internet]. Disponible en: https://www.redescuelassalud.es/home.htm

7. Regalado Chamorro M, Medina Gamero A. El rol de enfermeros en la atención de la salud mental. Aten Primaria. febrero de 2023;55(2):102530.

8. Miani C, Wandschneider L, Niemann J, Batram-Zantvoort S, Razum O. Measurement of gender as a social determinant of health in epidemiology—A scoping review. PLoS One. 3 de noviembre de 2021;16(11):e0259223.

9. García Calvente M, del Río Lozano M, Marcos Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. Gac Sanit. diciembre de 2011;25:100-7.

10. Mauvais-Jarvis F, Bairey Merz N, Barnes PJ, Brinton RD, Carrero JJ, DeMeo DL, et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. The Lancet. agosto de 2020;396(10250):565-82.

11. Suárez Álvarez Ó, Fernández-Feito A, Vallina Crespo H, Aldasoro Unamuno E, Cofiño R. Herramientas para una evaluación del impacto en salud de los programas de salud pública e intervenciones comunitarias con una perspectiva de equidad. Gac Sanit. noviembre de 2018;32(6):579-81.

12. López V. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España 2009, 2015. Organización Mundial de la Salud. 2011;

13. EuroHealthNet. Health Inequalities [Internet]. Disponible en: https://health-inequalities.eu/es/

14. Hosseinpoor AR, Bergen N, Kirkby K, Schlotheuber A. Strengthening and expanding health inequality monitoring for the advancement of health equity: a review of WHO resources and contributions. Int J Equity Health. 17 de marzo de 2023;22(1):49.

15. Health Leads. The Health Leads Screening Toolkit [Internet]. Disponible en: https://healthleadsusa.org/news-resources/the-health-leads-screening-toolkit/

16. Centers For Medicare & Medicaid Services. A Guide to Using the Accountable Healh Communities Health-Related Social Needs Screening Tool. [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.cms.gov/priorities/innovation/media/document/ahcm-screeningtool-companion

17. American Academy Of Family Physicians. Social Needs Screening Tool [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/everyone_project/physician-long.pdf

18. Tiase V, Crookston CD, Schoenbaum A, Valu M. Nurses' role in addressing social determinants of health. Nursing (Brux). abril de 2022;52(4):32-7.

19. Tyer-Viola LA, Cesario SK. Addressing Poverty, Education, and Gender Equality to Improve the Health of Women Worldwide. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. septiembre de 2010;39(5):580-9.



LA VISIÓN DE LAS PROFESIONALES

La farmacia, pionera en igualdad y motor de la equidad en salud



Rita de la Plaza
Tesorera del Consejo General de Farmacéuticos y responsable de la Estrategia Social de la Profesión Farmacéutica

1. Introducción: el género como determinante de la salud

La transformación social que comenzó a principios del siglo pasado no solo supuso la incorporación progresiva de las mujeres al mundo laboral, sino que abrió la posibilidad de redefinir el propio modelo de sociedad, especialmente en ámbitos como la sanidad.

A medida que las mujeres accedimos a la educación superior y a profesiones tradicionalmente masculinizadas se abrió la puerta a la influencia femenina en la forma de entender los cuidados, la prevención, la atención sanitaria y la salud en su conjunto. Este proceso, impulsado por los movimientos de derechos civiles, permitió que la perspectiva femenina aportara una nueva visión de la sanidad, más centrada en la persona, más comunitaria y más consciente de las desigualdades sociales.

Con ello, no solo se amplió la presencia de mujeres en farmacias, centros sanitarios, hospitales, universidades y organismos sanitarios internacionales, sino que también surgió una nueva responsabilidad histórica para todas nosotras: la de participar activamente en la construcción de sistemas sanitarios más humanos, equitativos y sostenibles, capaces de integrar la tradicional dimensión biológica, con una nueva visión que incluye también dimensiones del cuidado de las personas como la emocional y la social. Y también la oportunidad de impulsar un modelo de sociedad donde la corresponsabilidad, la empatía y la justicia sean fundamentales.

Desde la profesión farmacéutica asumimos desde el principio como propio este desafío. Y hoy la Farmacia está ya plenamente comprometida con esa transformación de la sanidad y la sociedad en favor de la igualdad de oportunidades, de una sociedad sin barreras en las que las mujeres podamos aportar todo nuestro liderazgo y talento a la ciencia y el bienestar de todas las personas. Una sociedad en la que no existan inequidades en el acceso a la sanidad ni brechas de género en salud.



Desde la Organización Farmacéutica Colegial trabajamos activamente para ello con más de 600 iniciativas en marcha alineadas con los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, muy en especial con el objetivo 3 de promoción de la salud y el bienestar y el objetivo 5, centrado en la igualdad de género. Dos objetivos que son además catalizadores para alcanzar el resto de los objetivos de desarrollo sostenible.



El género es uno de los mayores protagonistas entre los determinantes de la salud.

Sabemos que la salud en el siglo XXI no puede comprenderse exclusivamente desde parámetros biológicos. La evidencia científica, la experiencia clínica y el análisis social coinciden en que las condiciones económicas, culturales, laborales y sociales influyen de forma decisiva en la aparición de la enfermedad, en su evolución y en los resultados terapéuticos. Y entre todos estos factores, el género es uno de los mayores protagonistas entre los determinantes de la salud.

Farmacia con perspectiva de género como exigencia de calidad y seguridad

Incorporar por tanto la perspectiva de género en el sistema sanitario no es para nosotros como profesión farmacéutica una cuestión complementaria ni una opción ideológica. Es una exigencia técnica, científica y ética orientada a garantizar la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la equidad real.

El género condiciona los estilos de vida, la exposición a riesgos, el acceso al sistema sanitario, la percepción de los síntomas, la manera en que se solicita y se recibe ayuda, la adherencia y la respuesta a los tratamientos y la relación con los profesionales sanitarios.

Por eso, no se trata únicamente de tener en cuenta las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, sino de tener presente que la interacción entre biología y contexto social produce realidades sanitarias muy distintas. Y, por tanto, requiere respuestas diferenciadas para poder atender en condiciones de equidad a todas las personas con independencia de su género.

Las mujeres presentan, por ejemplo, mayor esperanza de vida que los hombres, pero peor calidad de vida, con más años vividos con enfermedad crónica, dolor o dependencia. En España, aproximadamente seis de cada diez mujeres mayores de quince años declaran padecer algún problema de salud crónico. La artrosis, el dolor lumbar, los trastornos tiroideos, determinados problemas autoinmunes y los trastornos de ansiedad y depresión muestran una mayor prevalencia femenina. Esta realidad clínica se suma a factores sociales que afectan a las mujeres como la sobrecarga de cuidados, la mayor precariedad laboral y brecha salarial, el riesgo de pobreza en edades avanzadas y el riesgo de sufrir violencia. Factores que sabemos condicionan claramente la salud de las personas.

Las mujeres presentan mayor esperanza de vida que los hombres, pero peor calidad de vida, con más años vividos con enfermedad crónica, dolor o dependencia.

La soledad es otro de esos factores de creciente importancia que afecta especialmente a las mujeres. Más del 70 % de las personas mayores de 65 años que viven solas son mujeres. Una circunstancia que influye en su adherencia terapéutica, su estabilidad emocional y capacidad de acceso a recursos sanitarios y sociales.

Cuando el sistema sanitario no integra variables como estas en su diseño y funcionamiento, cuando la sanidad no tiene en cuenta el género, la teórica neutralidad del sistema sanitario acaba por convertirse en inequidad en la práctica asistencial. Dicho de otro modo, cuando en sanidad tratamos por igual situaciones que son desiguales, ese desequilibrio entre hombres y mujeres se hace aún mayor.

Este desafío común a cualquier contexto social se acrecienta con frecuencia en el ámbito sanitario como consecuencia de lo que se ha denominado "la ley de los cuidados inversos" que refleja cómo, con frecuencia, las personas que más cuidados precisan son las que menos los demandan y reciben.

En este contexto, la farmacia se ha consolidado en las últimas décadas como un actor sanitario estratégico que puede ayudar a combatir las inequidades en salud ya que permite no sólo actuar asistiendo a las personas enfermas que demandan atención sino también contribuir a la salud de la población desde la educación sanitaria, la prevención, la detección precoz y la alerta y acompañamiento ante situaciones de vulnerabilidad.

La farmacia se ha convertido en un agente transformador de cambio social positivo capaz de actuar precisamente donde más necesario es, en las personas más vulnerables. Y cuando más necesario es, antes de que la desigualdad se haya traducido ya en daño.

Así, el potencial de la profesión farmacéutica para contribuir a la reducción de la brecha de género y a la inequidad en salud es enorme y se da en una doble vertiente, tal y como se expondrá en este capítulo.

La farmacia se ha consolidado en las últimas décadas como un actor sanitario estratégico que puede ayudar a combatir las inequidades en salud .

Por un lado, la profesión farmacéutica es ya desde todos sus ámbitos de actuación, desde la farmacia comunitaria a la farmacia hospitalaria, pasando por la investigación, la industria, la distribución farmacéutica, la salud pública, los análisis clínicos, la óptica, la ortopedia, la dermofarmacia o la nutrición, una profesión fundamentalmente femenina y, sobre todo, pionera en la gobernanza igualitaria y el liderazgo femenino.

Por otro lado, toda la profesión farmacéutica -hombres y mujeres- está plenamente comprometida con la reducción de la brecha de género, lo que nos está permitiendo actuar con acciones de enorme impacto en todos los ámbitos y niveles de la sanidad, desde la incorporación de la perspectiva de género a la investigación y ensayos clínicos de un medicamento al seguimiento del día a día de una paciente mayor polimedicada y dependiente o la protección de una mujer víctima de violencia.

La profesión farmacéutica es instrumento más transversal y cercano del que dispone el sistema sanitario para contribuir a reducir la desigualdad en salud.

La profesión farmacéutica es, en definitiva, no sólo una profesión mayoritariamente femenina, pionera en el liderazgo de la mujer y plenamente comprometida con la lucha contra la brecha de género, sino también el instrumento más transversal y más cercano del que dispone el sistema sanitario para contribuir a reducir la desigualdad en salud que sufren las mujeres desde casi la raíz del problema.

2. La farmacia, profesión de vanguardia en la igualdad de género

Si en el ámbito sanitario el género se ha situado como uno de los determinantes estructurales de la salud de mayor impacto, en el caso de la profesión farmacéutica también ha sido protagonista. La farmacia no solo ha acompañado los cambios sociales en materia de igualdad, sino que en muchos momentos históricos los ha anticipado, convirtiéndose en uno de los primeros espacios profesionales donde las mujeres pudieron ejercer responsabilidades en condiciones equiparables a las de los hombres.



El hecho de que hoy siete de cada diez farmacéuticos colegiados sea mujer no es casual. Tiene su origen histórico en el siglo XIX, cuando el acceso femenino a la universidad era todavía una excepción. Y fue precisamente en las facultades de Farmacia donde se produjeron algunas de las primeras y más significativas conquistas académicas de la mujer en España. En un contexto en el que la educación superior estaba prácticamente vedada para las mujeres, la Farmacia se convirtió en uno de los primeros espacios universitarios que abrió sus puertas al talento femenino.

Hace más de 150 años que aquellas pioneras mujeres iniciaron estudios superiores y alrededor de 125 lograron licenciarse en Farmacia y abrir su propia oficina. Desde entonces, hace ya más de un siglo, las mujeres farmacéuticas comenzaron a colegiarse y a asumir responsabilidades al mismo nivel que los hombres. La Farmacia se convirtió en uno de los primeros ámbitos profesionales donde la mujer no solo accedió a una profesión universitaria, sino que llegó a desempeñar funciones técnicas y científicas al mismo nivel que los hombres.



Aquellas mujeres no solo rompieron barreras académicas y laborales de su tiempo. Consolidaron un precedente que ha marcado el desarrollo de nuestra profesión. Abrieron camino a las siguientes generaciones y sentaron las bases de una cultura profesional centrada en el rigor científico y con una nueva perspectiva hacia los cuidados del paciente.

La implicación de estas pioneras no se limitó al ejercicio asistencial, sino que impregnó también el liderazgo de la profesión. Muy pronto estas primeras farmacéuticas licenciadas participaron activamente en los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, incorporándose a sus Juntas de Gobierno y alcanzando responsabilidades institucionales, mucho antes de que la mujer accediera a las cúpulas directivas en otras profesiones.

No es casual que en 2009 la Farmacia fuera, por ejemplo, la primera profesión colegiada en contar con una presidenta en su Consejo General, ni que en 2007 la Real Academia Nacional de Farmacia se convirtiera en la primera Real Academia Española presidida por una mujer. Estos hitos no fueron episodios aislados, sino la consecuencia natural de una trayectoria en la que la igualdad encontró en la Farmacia uno de sus primeros y más sólidos espacios de avance.

Hoy la dimensión femenina de la profesión es incontestable. El 71,9 % de los farmacéuticos colegiados son mujeres, lo que supone más de 58 .000 profesionales. Esta mayoría se refleja en todas las comunidades autónomas y en todas modalidades de ejercicio de la profesión. En ámbitos como la Administración y Salud Pública, las mujeres llegan a superar el 78 % de colegiados; en Farmacia Hospitalaria, el 75 %; y en Farmacia Comunitaria, el 72 %. Y en el resto de las modalidades de ejercicio de la profesión como el laboratorio clínico, la óptica, la industria o la distribución farmacéutica al menos dos de cada tres colegiados son mujeres.

El 71,9 % de los farmacéuticos colegiados son mujeres, lo que supone más de 58.000 profesionales.

Se trata de más de casi 40. 000 mujeres farmacéuticas que trabajan en la red de farmacias comunitarias, atendiendo cada día a los 2,3 millones de españoles que acuden a diario a una farmacia comunitaria en busca de consejo, seguimiento y servicios farmacéuticos asistenciales. De casi 2.000 farmacéuticas que ejercen su labor en la Farmacia Hospitalaria integradas en equipos multidisciplinares, contribuyendo al uso seguro y eficiente de medicamentos. De casi 3.000 farmacéuticas que desarrollan su labor en la industria y la distribución, participando en la investigación y producción de nuevos tratamientos y garantizando el oportuno suministro de medicamentos. Y de varios miles de mujeres que ejercen la Farmacia desde ámbitos de la salud tan diferentes como el laboratorio clínico, la nutrición, la óptica y acústica, la ortopedia, la salud pública o la administración pública.

Siguiendo el ejemplo marcado por esas pioneras que abrieron camino a principios de 1900, la presencia femenina no sólo se ha hecho mayoritaria en el ejercicio profesional en todos sus ámbitos de actuación, sino también muy significativa en la gobernanza de nuestras instituciones farmacéuticas.

Las mujeres no sólo son mayoría, sino también líderes de su propia profesión. En el conjunto de la Organización Farmacéutica Colegial –Consejo General, Consejos Autonómicos y Colegios provinciales de Farmacéuticos– las mujeres representan el 57,4 % de los cargos en juntas de gobierno. En los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, la presencia femenina alcanza el 58,7 %. Y aunque en los Consejos Autonómicos la proporción es aún inferior (42,4 %), el balance



global sitúa a la Farmacia como una de las profesiones sanitarias con mayor representación femenina en sus órganos de decisión.

Este liderazgo no debe interpretarse únicamente en términos corporativos o cuantitativos. La incorporación masiva de mujeres a la farmacia ha contribuido a consolidar también un nuevo modelo profesional caracterizado por la atención integral al paciente, la escucha activa, la orientación comunitaria y el compromiso con la equidad. Valores que no son exclusivos del género femenino, pero que han encontrado en la evolución histórica de nuestra profesión un terreno muy apropiado para desarrollarse.

Nuestra farmacia es hoy, por tanto, una profesión mayoritariamente femenina, científicamente sólida y socialmente comprometida, que ha sabido integrar la igualdad en su estructura interna pero también proyectar esos valores hacia su función asistencial.

No se trata solo de haber alcanzado cifras paritarias o mayoritarias de mujeres en nuestras filas, sino de haber construido un espacio profesional donde el talento femenino no es excepción, sino norma, donde la corresponsabilidad y el liderazgo femenino forman parte de nuestra cultura organizativa y donde la igualdad no es un objetivo futuro, sino una realidad consolidada.

Desde esta posición de vanguardia, la farmacia refleja el avance de las mujeres y está actuando como referente para otras profesiones, demostrando que la igualdad entre géneros no sólo es compatible con una sanidad de excelencia sino imprescindible para ella.

En definitiva, la historia de la farmacia en España es también la historia del avance profesional de las mujeres. Desde aquellas primeras universitarias que desafiaron las barreras de su tiempo hasta las miles de farmacéuticas que hoy lideran equipos, proyectos e instituciones farmacéuticas. Hemos demostrado a través de la farmacia que la igualdad en sanidad no es una concesión, sino una fortaleza.

Y lo más importante, esta transformación ha contribuido a cambiar nuestra propia identidad como profesión, porque una profesión con una sólida base científica como la nuestra, que

se ha transformado para ser mayoritariamente femenina y con una gobernanza paritaria, está especialmente preparada para comprender cómo y dónde se dan las desigualdades de género en salud y, por tanto, cómo pueden llegar a corregirse desde nuestra práctica sanitaria cotidiana.

Y por eso la farmacia no es sólo buen un ejemplo a seguir en el avance de las mujeres, está también llamada a un ser agente activo y protagonista en la reducción de la brecha de género en salud.

3. La farmacia como agente de cambio social positivo

La profesión farmacéutica reúne, tal y como se ha explicado, dos características que la sitúan en una posición singular para actuar contra la brecha de género en salud. La primera es su marcada feminización y la consolidación progresiva del liderazgo femenino en todas nuestras estructuras de gobernanza colegiales. Esta realidad ha favorecido una sensibilidad institucional hacia los determinantes sociales de la salud y hacia las desigualdades que afectan específicamente a las mujeres.

La segunda característica que sitúa a nuestra Farmacia como un actor protagonista en la lucha contra la brecha de género en salud es su transversalidad a lo largo de toda la cadena del medicamento. La profesión farmacéutica está presente en la investigación, el desarrollo, la producción, la evaluación, la distribución, la dispensación y el seguimiento farmacoterapéutico. Esa posición nos permite como profesión identificar desigualdades que no siempre son visibles desde una única perspectiva de otras profesiones sanitarias o desde un único nivel asistencial, como los hospitales o la atención primaria.

La profesión farmacéutica está presente en la investigación, el desarrollo, la producción, la evaluación, la distribución, la dispensación y el seguimiento farmacoterapéutico.

Las diferencias de sexo y género en la investigación clínica, la infrarrepresentación histórica de mujeres en los ensayos clínicos, la falta sistemática de ajuste de las dosis en función de variables biológicas o la distinta expresión de dudas y síntomas entre hombres y mujeres son ejemplos de cómo la profesión farmacéutica es testigo protagonista de las manifestaciones que produce la brecha de género en muy diversos ámbitos, lugares y momentos.

La dosis de muchos medicamentos, por ejemplo, no suele ajustarse según el peso del paciente, sino que se prescribe una pauta general para adultos y esto puede hacer que las mujeres, que tienen un peso promedio inferior, reciban dosis relativamente más altas del medicamento, lo que provoca mayores concentraciones del fármaco en el cuerpo y mayor riesgo de efectos adversos.

Las mujeres, de media, tienen también mayor porcentaje de grasa corporal que los hombres, lo que influye en cómo se absorben y distribuyen algunos medicamentos. Además, eliminan ciertos fármacos más lentamente porque su tasa de filtración renal es aproximadamente un 10 % menor que la de los hombres. También existen diferencias en la actividad de algunas enzimas del hígado que metabolizan medicamentos, lo que puede hacer que algunos se procesen más lento o más rápido en mujeres. Situaciones como la menstruación o la menopausia también pueden condicionar el efecto de determinados medicamentos.

Estos casos no son minoritarios. Entre los fármacos que precisarían ajustes de dosis para las mujeres existen algunos de amplio uso como las estatinas, la digoxina, los opiáceos y benzodiacepinas o los antipsicóticos.

La histórica falta de acciones en esta línea ha provocado que actualmente las mujeres tengan un riesgo aumentado entre 1,5 y 1,7 veces de sufrir reacciones adversas a medicamentos.



A esta problemática, que tiene un origen en diferencias biológicas pero que se ha consolidado como una inequidad de género en salud, se añaden otras diferencias de género que afectan especialmente a la mujer, como un mayor riesgo de sufrir violencia, pobreza o soledad. Y una percepción diferente de las mujeres sobre su estado de salud y necesidad de cuidados.
La profesión farmacéutica en su conjunto tiene una posición privilegiada para detectar y actuar sobre situaciones como estas y reducir así los efectos de la brecha de género. En el caso concreto de la farmacia comunitaria esta oportunidad es si cabe mayor gracias a su accesibilidad y capilaridad en todo el territorio.

No en vano, los datos del último informe Actitudes hacia el Estado del Bienestar del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) han situado ya a la red de 22. 231 farmacias como el servicio más accesible y el mejor valorado por los españoles, con una puntuación de 8,2 sobre 10.

Su proximidad y su accesibilidad, sin listas de espera ni cita previa, y su presencia capilar en todo el territorio nacional, con dos de cada tres farmacias fuera de capitales de provincia, han situado a la red de farmacias comunitarias española en una posición protagonista para actuar como puente entre el sistema sanitario y la realidad cotidiana que viven las mujeres. Como bastión desde el que impulsar la transformación de la sanidad en pro de la equidad.

Conscientes de esta responsabilidad, hemos puesto en marcha desde la Organización Farmacéutica Colegial la Estrategia Social de la Profesión Farmacéutica, una hoja de ruta alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que integra de forma transversal la igualdad de género y la reducción de desigualdades. No se trata de acciones aisladas, sino de

un enfoque estructurado que entiende la farmacia como infraestructura social de salud desde la que actuar para transformar la sociedad.

En este marco, el Barómetro Social de la Farmacia ha identificado ya más de 600 iniciativas de la farmacia española alineadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el grueso de ellas vinculadas a los objetivos 3 y 5, los referentes a la protección de la salud de las personas y la igualdad entre hombres y mujeres.

Su proximidad y su accesibilidad y su presencia capilar en todo el territorio nacional, han situado a la red de farmacias comunitarias española en una posición protagonista para actuar como puente entre el sistema sanitario y la realidad cotidiana que viven las mujeres.

Campañas de sensibilización: entre las iniciativas más destacadas puestas en marcha por la Organización Farmacéutica Colegial figuran algunas de las vinculadas a la Escuela de Pacientes, como la campaña de educación La farmacia por la salud de la mujer, cuidando de ti, cuidando de todas. Esta iniciativa está enfocada a la sensibilización de profesionales y pacientes sobre las diferencias en la atención a la mujer a lo largo del ciclo vital, con especial atención a etapas como la menopausia o a patologías con diferente expresión según sexo y género. También ha abordado la sensibilización de los profesionales sanitarios sobre las diferencias farmacológicas y clínicas para contribuir a una atención más segura y personalizada para las mujeres.

Educación sanitaria: la puesta en marcha del proyecto de Escuelas Rurales de Salud Mental, en las que han participado casi 300 farmacias españolas de pequeñas localidades con acceso limitado a otros recursos sanitarios, ha permitido formar a través de las farmacias rurales a más de 5.000 cuidadores y pacientes de salud mental. En estas escuelas se han abordado cuestiones como la adherencia terapéutica, la detección de signos de alarma y empeoramiento, los hábitos de vida saludables, la alimentación o el ejercicio físico, de especial importancia en este colectivo.

Esta iniciativa, que no estaba inicialmente diseñada de forma específica para el colectivo femenino, ha tenido una importante acogida e impacto positivo entre las mujeres, que se ven afectadas en mayor proporción que los hombres por problemas de salud mental y que son también en mayor proporción cuidadoras de personas afectadas por estas patologías.

Junto a esta iniciativa, muy recientemente se han puesto en marcha, también en el ámbito de la farmacia rural, las Escuelas de Salud de la Mujer, con formaciones dirigidas a la población e impartidas por farmacéuticos comunitarios que permitan la alfabetización sobre aspectos de salud en todas las etapas de la vida de la mujer. Estas acciones no solo mejoran conocimientos sanitarios de las pacientes y cuidadoras y de los profesionales encargados de su atención, sino que refuerzan la autonomía y capacidad de decisión de las mujeres en el ámbito familiar y comunitario.

La educación sanitaria por etapas vitales permite a la farmacia acompañar a la mujer en la adolescencia, la edad reproductiva, la menopausia y la etapa avanzada, y ofrecerle en tiempos de desinformación y bulos, información segura sobre anticoncepción, salud sexual, prevención cardiovascular, osteoporosis o salud mental.

Prevención y actuación frente a la soledad: Más del 70 % de las personas mayores de 65 años que viven solas en España son mujeres. Y esta situación influye de forma decisiva en su

adherencia terapéutica, su estabilidad emocional y capacidad de acceso a recursos sanitarios y sociales. Por esa razón, entre las líneas de trabajo de la Estrategia Social de la Profesión Farmacéutica hemos abordado la soledad como una prioridad, con el objetivo de facilitar desde la farmacia comunitaria la detección precoz y actuación en caso de aislamiento social.

La puesta en marcha de iniciativas para la detección precoz de soledad en colectivos vulnerables surgió durante la pandemia de covid-19, cuando las farmacias comenzaron a colaborar con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para alertar de personas vulnerables y de riesgo que habían dejado de acudir a recoger su medicación habitual. A raíz de esta iniciativa se trabajó en la firma de un Protocolo general de actuación para configurar la Red de Farmacias contra la Soledad no deseada entre el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos y el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso).

Esta iniciativa ha permitido realizar ya tres formaciones dirigidas a los farmacéuticos para ampliar conocimientos sobre la soledad que les permitan apoyarse en las tareas de detección y alerta temprana.

Además, el convenio suscrito entre las citadas entidades contempla la elaboración de guías de actuación que conviertan a la farmacia en un radar para la detección temprana de signos de alerta sobre soledad y apoyen las tareas de prevención; así como el impulso de acciones informativas, de comunicación y sensibilización a la población a través de las farmacias. Iniciativas que redundan directamente en la salud de las mujeres, el colectivo más afectado por la soledad.



Protocolo de actuación ante la violencia contra las mujeres: Otra de las líneas de trabajo más importantes que hemos puesto en marcha desde la Organización Farmacéutica Colegial para combatir la brecha de género en salud es la lucha contra la violencia contra las mujeres.

Desde la profesión farmacéutica tenemos claro que el primer paso para avanzar en la igualdad es construir una sociedad en la que no haya espacio para la violencia y tenemos un compromiso de apoyo absoluto e irreversible hacia todas las víctimas de violencia de género.



Hace ya casi una década que desde el Consejo General de Farmacéuticos nos adherimos al Pacto de Estado contra la Violencia de Género, suscrito en diciembre de 2017, y firmamos un acuerdo marco de colaboración con la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género con el objetivo de avanzar hacia una red de farmacias contra la violencia de género.

De nuevo, el confinamiento durante la pandemia de covid-19 mostró la utilidad de las farmacias como espacios seguros y de confianza para la mujer, capaces de detectar situaciones de violencia y alertar de ellas. La iniciativa Mascarilla 19, puesta en marcha por el Instituto Canario de Igualdad y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Las Palmas y Tenerife para que las mujeres pudieran alertar de forma sencilla y discreta de su situación y pedir ayuda diciendo el código "mascarilla 19" cuando acudían a la farmacia incluso si iban acompañadas del maltratador, fue un éxito y se extendió rápidamente a 12 comunidades autónomas e incluso a 20 países de cuatro continentes.

Conscientes del enorme potencial de iniciativas como esta, se lanzó en 2021 la campaña Estás en un lugar seguro para que las mujeres identificaran la farmacia como un refugio donde expresar sus miedos y pedir ayuda. Desde entonces 14. 000 farmacias se han identificado ya como Puntos Violeta contra la violencia de género, mostrando a las mujeres que tienen en las farmacias un lugar seguro y de confianza al que acudir en busca de ayuda.

En el marco de estas iniciativas, el pasado año se presentó junto al Ministerio de Igualdad y el Ministerio de Sanidad el Protocolo de actuación de la Farmacia ante la violencia frente a las mujeres, un instrumento llamado ayudar a los profesionales farmacéuticos a identificar las diferentes casuísticas relacionadas con la violencia a las que se pueden enfrentar, en función de si hay urgencia vital, si la mujer está pidiendo expresamente ayuda, si está o no acompañada del maltratador, etc., y a saber actuar en cada caso.

Todas estas iniciativas de carácter social se han complementado, en línea con nuestra estrategia corporativa -Somos asistenciales, sociales y digitales-, con un amplio desarrollo de servicios profesionales farmacéuticos asistenciales como cribados o servicios de seguimiento y adherencia terapéutica. Cuando estos servicios incorporan la perspectiva de género, su impacto se multiplica. La revisión de la medicación en mujeres mayores polimedicadas permite identificar duplicidades, ajustar dosis y prevenir eventos adversos. El seguimiento farmacoterapéutico facilita la detección temprana de resultados negativos asociados a la medicación y refuerza la adherencia.



Integrar la perspectiva de género en salud es no sólo una exigencia ética y científica, sino también una garantía de calidad asistencial.

Iniciativas que, sin estar específicamente diseñadas para el colectivo de mujeres, tienen un impacto especial en ellas teniendo en cuenta que no sólo gozan de peor salud y tienen un mayor índice de polimedicación, sino que también son, con frecuencia, cuidadoras de otros pacientes polimedicados.

4. Retos de futuro para afrontar la brecha de género

En conclusión, no podemos perder de vista que el género no es un matiz en salud, es un importantísimo determinante que afecta a la percepción del estado de salud, al acceso a los recursos sanitarios, a la exposición a riesgos y a la respuesta terapéutica. Ignorar esto y mantener la teórica neutralidad en el sistema sanitario genera inequidad y acrecienta la brecha, mientras que integrar la perspectiva de género en salud es no sólo una exigencia ética y científica, sino también una garantía de calidad asistencial.

La profesión farmacéutica ha demostrado ser pionera en la comprensión de este fenómeno, anticipándose a los cambios sociales, abriendo las aulas a las mujeres, promoviendo el liderazgo femenino y fomentando un nuevo modelo de cuidados que tiene en cuenta la brecha de género. Y, en especial, las más de 22.000 farmacias españolas han sido capaces de aprovechar su accesibilidad y cercanía a la población para trasformar en hechos cotidianos su compromiso con la igualdad de géneros.

Es difícil pensar que la igualdad entre hombres y mujeres se alcanzará únicamente desde grandes reformas normativas o declaraciones institucionales. Para tomar decisiones informadas en salud, hacen falta iniciativas cotidianas y un compromiso firme de los profesionales, como el que está mostrando la farmacia en el día a día, en cada revisión de medicación que previene una reacción adversa, en cada conversación que detecta soledad, en cada alerta de riesgo de violencia y en cada consejo que empodera a una mujer.

Es imprescindible normalizar el uso de la red de farmacias como agente facilitador de educación sanitaria a la población, aprovechando la capilaridad de la farmacia comunitaria y su capacidad de llegar a colectivos y lugares donde no alcanzan otros recursos y profesionales sanitarios.

La farmacia está así llamada no solo a acompañar al sistema sanitario en su evolución hacia la equidad, sino a liderar esta transformación en pro de la calidad, seguridad y justicia sanitaria. Este cambio exige todavía afrontar al menos algunos retos pendientes como la integración sistemática de la perspectiva de sexo y de género en todas las fases de la vida y uso de los medicamentos, impulsando la inclusión equilibrada de mujeres en los ensayos clínicos, el ajuste de dosis basados en evidencia diferenciada por sexos, la incorporación de alertas específicas de riesgo para mujeres en el sistema de farmacovigilancia y, en general, la medición de todos los datos de salud y farmacoterapia de forma diferenciada por sexos.

Para facilitar esa labor es necesario que el sistema sanitario aproveche también el compromiso firme de la profesión farmacéutica convirtiendo la red de farmacias comunitarias en un sistema estructurado de detección precoz de la vulnerabilidad, en línea con las experiencias de éxito que se están realizando en el ámbito de la soledad, las personas desaparecidas o la violencia de género.

Además, es necesario reducir la brecha de seguridad del paciente polimedicado, que afecta en especial a mujeres mayores y solas, intensificando –mediante la financiación– la implantación de servicios profesionales farmacéuticos como los sistemas personalizados de dosificación o la revisión de la medicación e incluyendo otros servicios asistenciales con impacto especial en el colectivo femenino, como los relacionados con la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
Además, debe combatirse la desinformación y acompañar a la mujer en todas sus etapas vitales, desde la niñez o la pubertad al embarazo o la menopausia, con información segura sobre salud y medicamentos. Para ello es imprescindible normalizar el uso de la red de farmacias como agente facilitador de educación sanitaria a la población, aprovechando la capilaridad de la farmacia comunitaria y su capacidad de llegar a colectivos y lugares donde no alcanzan otros recursos y profesionales sanitarios.

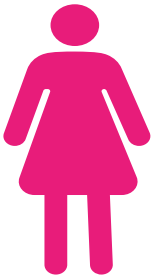
Finalmente, no podemos renunciar a seguir consolidando el liderazgo femenino como motor de transformación, impulsando y visibilizando la presencia de mujeres referentes en ámbitos como la investigación científica, la gestión, la política y la práctica asistencial.
La historia de la farmacia nos ha demostrado que cuando la igualdad entra en una profesión no debilita su rigor científico, sino que lo fortalece. Nos ha demostrado que cuando se integra la perspectiva de género, no se ideologiza la sanidad, sino que mejora su calidad. Y cuando se actúa desde la proximidad y el compromiso social, la equidad deja de ser un discurso para convertirse en práctica diaria.

La farmacia ha sido vanguardia en igualdad profesional. Ahora está llamada a ser vanguardia en equidad en salud. El desafío es grande. Pero también lo es nuestra capacidad para afrontarlo.



La farmacia, pionera en igualdad y motor de la equidad en salud

El **71,9%** de los farmacéuticos colegiados en España **son mujeres**, más de **58.000 profesionales**, lo que convierte a la farmacia en una de las profesiones sanitarias con **mayor liderazgo femenino**.



Cada día, 2,3 millones de personas acuden a una farmacia comunitaria en España, convirtiéndola en uno de los puntos de atención sanitaria más cercanos y accesibles para la población.

Las **mujeres tienen entre 1,5 y 1,7 veces más riesgo de sufrir reacciones adversas a medicamentos**, en parte por la falta histórica de ajustes de dosis según diferencias biológicas.



La red de **22.231 farmacias comunitarias, valorada con 8,2 sobre 10 por los ciudadanos**, es uno de los servicios sanitarios más accesibles del país.

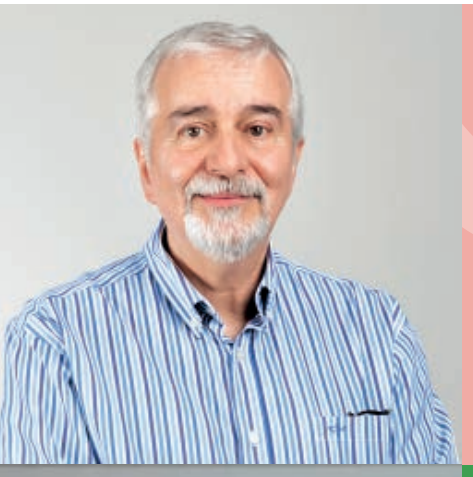
Más del 70 % de las personas mayores de 65 años que viven solas son mujeres, un colectivo especialmente vulnerable en el que la farmacia puede actuar como **punto de detección y apoyo sanitario y social**.



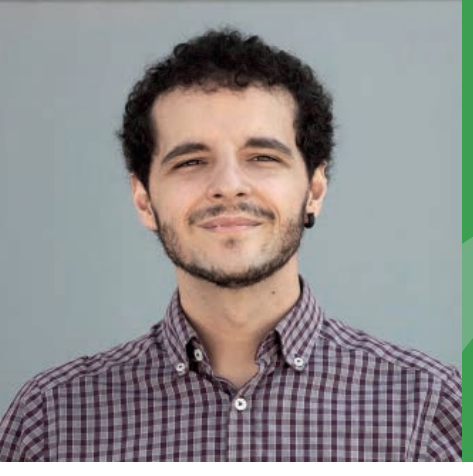


CAPÍTULO 1

Salud Pública



Dr. Ángel Gil de Miguel
Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.



Dr. Pedro Gullón
Director General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad.

1. INTRODUCCIÓN AL ÁREA SANITARIA

SALUD PÚBLICA, EJE FUNDAMENTAL DE LAS ESTRATEGIAS SANITARIAS

Después de tres años de la publicación del libro, hoy nos enfrentamos a una actualización y, aunque no han cambiado aspectos relacionados con los conceptos generales de salud pública, sí hay elementos que han sufrido modificaciones y que hacen que el capítulo deba revisarse y actualizarse; aun así, comenzamos de la misma manera que en el primer capítulo originalmente publicado.

El Ministerio de Sanidad español entiende la Salud Pública como el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas, con la participación del resto de la sociedad, que se encarga de la protección y promoción de la salud y la prevención de la enfermedad [1], en línea y en consonancia, como es lógico, con la definición de la OMS, que la define como el arte y la ciencia cuyos esfuerzos organizados se dirigen a la prevención de enfermedades y dolencias, así como a la protección y promoción de la salud en la sociedad [2].
La Salud Pública, como su propio nombre indica, vela por la protección de la salud de la población y lo hace a través de cinco ámbitos [3]:

La Salud Pública, como su propio nombre indica, vela por la protección de la salud de la población, y lo hace a través de cinco ámbitos [3]:

- La epidemiología, que incluye la vigilancia de la salud, el control de brotes y emergencias sanitarias, el desarrollo de programas de investigación en salud pública y la elaboración de sistemas de información e indicadores.
- La administración sanitaria, que engloba las actividades relacionadas con la elaboración de planes de salud, la dirección y gestión asistencial, así como la evaluación de servicios y programas y la gestión de la calidad asistencial.
- La medicina preventiva, en la que se desarrollan y ejecutan actividades de prevención dirigidas a individuos, colectivos o grupos de riesgo e implementadas desde las instituciones.
- La salud ambiental y laboral, que desarrolla y evalúa programas de protección de la salud frente a riesgos ambientales y laborales desde una perspectiva poblacional, en especial en materia de higiene y seguridad alimentaria.
- La promoción de la salud, que se encarga del diseño y desarrollo de programas de educación y participación de los ciudadanos en el control y mejora de su propia salud, y que en esta ocasión tendrá un desarrollo especial por cumplirse el 40° aniversario de la Carta de Ottawa, que representó un cambio en la forma de entender la salud pública.
- Se trata de una especialidad médica interdisciplinar que incorpora, entre otras, las ciencias sociales, las políticas públicas, la educación pública y la economía [4].

Se trata de una especialidad médica interdisciplinar que incorpora, entre otras, las ciencias sociales, las políticas públicas, la educación pública y la economía [4].

La salud pública es una especialidad médica interdisciplinar que incorpora, entre otras, las ciencias sociales, las políticas públicas, la educación pública y la economía

Figura 1. 10 Servicios esenciales de la Salud Pública [5]



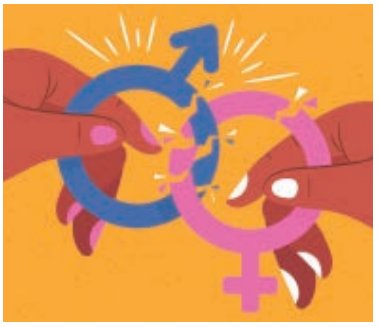
Modificado de 10 Essential Public Health Services. APHA [5].
Disponible en https://www.apha.org/What-is-Public-Health/10-Essential-Public-Health-Services

La integración de la Salud Pública en los sistemas sanitarios proporciona una mejor respuesta a las necesidades tanto de los individuos como de la comunidad, ya que aporta una perspectiva comunitaria, aumenta el acceso a los servicios de salud y reduce los costes tanto directos como indirectos. Aunque las actividades se dirijan a la comunidad, como puede ser el caso de toda la perspectiva de salud en todas las políticas, la vacunación o los programas de abandono del tabaquismo, el objetivo final sigue siendo la mejora de la salud individual [2].

SEXO Y GÉNERO: ¿POR QUÉ IMPORTAN?

Desde Aristóteles hasta la Ilustración, las mujeres eran consideradas una versión imperfecta de los hombres, con los órganos sexuales invertidos (en el interior del cuerpo). A partir del siglo XVIII se empezaron a reconocer diferencias entre ambos sexos, pero no se establecía si estas diferencias eran biológicas o socioculturales, por lo que muchos factores biológicos se atribuyeron a determinantes psicológicos o sociales (6). El concepto de género fue introducido en los años 70 del pasado siglo como alternativa al de sexo para oponerse a un determinismo biológico implícito y, a menudo, explícito que impregnaba el lenguaje médico y coloquial [7].

Aunque en muchas ocasiones se utilizan erróneamente como sinónimos, sexo y género son dos conceptos distintos, aunque con interacciones entre ambos. La Real Academia Española de Medicina define el sexo como la condición orgánica, masculina o femenina, de un ser vivo, determinada por el tipo de células germinales (espermatozoides u óvulos) que producen sus gónadas, mientras que el género o papel sexual lo define como el conjunto de características, comportamientos, actitudes y atributos que una sociedad determinada considera propios o adecuados para hombres o mujeres.



Así, mientras que las diferencias de sexo son inmutables, las diferencias por género son construidas socialmente y varían en el tiempo y según los distintos lugares [8]. Las personas, independientemente de otros factores socioeconómicos como la raza o la posición social, son clasificadas como hombres o mujeres y, en base a esa clasificación, se esperan de ellas comportamientos muy diferentes y se les adjudican deberes y responsabilidades también distintos. Es más, el género, como categoría de organización social, juega un papel fundamental en la jerarquización del acceso a los recursos —materiales, de conocimiento o simbólicos— entre hombres y mujeres [9].

Ejemplos de diferencias biológicas y, por lo tanto, relacionadas con el sexo, son la mayor incidencia de enfermedades autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico, en mujeres [9]. También se ha observado que las mujeres son más resistentes a ciertas enfermedades infecciosas, como la malaria o la tuberculosis, probablemente en relación con diferencias en el sistema inmunológico [8]. Si se tiene en cuenta la epidemiología del cáncer, las diferencias por sexo suponen, lógicamente, que únicamente las mujeres contraen cáncer de cérvix y los hombres, cáncer de próstata.

Sin embargo, las diferencias biológicas, en principio, no explican que los hombres presenten mayores tasas de cáncer de pulmón o de cabeza y cuello que las mujeres, sino que estas se explican, al menos en parte, en base al género y a diferencias de comportamiento entre hombres y mujeres. Las tasas de hospitalización y fallecimiento por cáncer de laringe en España a lo largo de la década 2009-2019 presentan una relación de 13:1 y 16:1, respectivamente, para varones y mujeres [10]. Con respecto al cáncer de pulmón, de 2010 a 2020 se observó una disminución del 16% en las tasas de hospitalización por esta causa en varones, frente a un aumento del 61,9% en mujeres [11]. Estos datos reflejan probablemente el aumento progresivo, desde los años 70, del porcentaje de mujeres fumadoras en España, que ha llegado a ser del 16,4% en el año 2022, frente al 23,3% de varones [12].

Las desigualdades en los indicadores de salud también pueden deberse a diferencias en los sistemas sanitarios. Por ejemplo, algunos estudios en EE. UU. y en Reino Unido han demostrado que las mujeres con síntomas de infarto son sometidas a menos pruebas diagnósticas que los hombres con los mismos síntomas y que es menos probable que reciban un trasplante renal, aun con el mismo pronóstico [8].

Las desigualdades de sexo y género en salud se deben a una combinación de diferencias biológicas, sociológicas y comportamentales, así como a la interacción de estos factores [13]. El Informe Salud y Género 2022, publicado por el Ministerio de Sanidad Español, que tiene como eje central la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 en 2020, concluyó, con respecto a los síntomas de la COVID-19, que la fiebre, la tos y la disnea fueron más frecuentes en hombres, mientras que el dolor de garganta, los vómitos o la diarrea se presentaron más en mujeres (90%, 40% y 10% más, respectivamente). Esto pudo provocar un posible retraso diagnóstico de la enfermedad en mujeres y la infranotificación de casos [9].



Estos sesgos de género y sexo no afectan exclusivamente a las mujeres. A menudo, los varones se ven condicionados por las normas sociales impuestas sobre su género a asumir comportamientos que conllevan riesgos para la salud, como muestran las mayores tasas de fallecimiento por accidentes de tráfico [7], las mayores tasas de tabaquismo y alcoholismo [13] o el infradiagnóstico de patologías como, por ejemplo, la osteoporosis [14].

Para otras diferencias aún es necesaria una explicación. Por ejemplo, que algunos medicamentos sean más eficaces para el alivio del dolor en mujeres que en hombres; que las mujeres que han sufrido un infarto de miocardio sean mucho más propensas que los hombres a presentar un segundo episodio durante el primer año [8]; o que un 70% de las mujeres con EPOC sean no fumadoras, frente a un 8% de varones [15].

La integración de las perspectivas de sexo y género en la investigación, mejora la calidad y la eficacia de los sistemas de salud

La salud pública se relaciona fundamentalmente con el sexo y el género, ya que estas variables influyen en la epidemiología, los síntomas y el pronóstico de numerosas enfermedades, como el VIH/sida, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos psiquiátricos. Reconocer las distinciones entre sexo (características biológicas) y género (roles y comportamientos sociales asignados a las personas) permite diseñar políticas sanitarias más eficaces y equitativas que aborden las necesidades específicas de las diferentes poblaciones. Las disparidades de sexo y género contribuyen a las variaciones en la incidencia de enfermedades, los comportamientos de salud y el acceso a los servicios sanitarios, lo que afecta a los resultados en salud. Por ejemplo, las diferencias biológicas explican la mayor incidencia de enfermedades autoinmunes en las mujeres, mientras que los comportamientos relacionados con el género influyen en patrones como la prevalencia del tabaquismo y las consiguientes tasas de cáncer. La integración de las perspectivas de sexo y género en la investigación y en las intervenciones de salud pública mejora la calidad y la eficacia de los sistemas sanitarios al promover la equidad y optimizar la asignación de recursos, lo que, en última instancia, mejora los resultados de salud de la población.

LA NECESIDAD DE ESTABLECER POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Tanto el sexo como el género son conceptos importantes en Salud Pública, porque se asocian con la epidemiología, los síntomas y el pronóstico de enfermedades como el VIH/SIDA, la enfermedad cardiovascular o los trastornos psiquiátricos. Por este motivo, tener en consideración estas variables optimiza las políticas implementadas, ya que contribuye a definir mejor las necesidades de las personas [16].

Los conceptos de igualdad de género y equidad de género no son intercambiables. La igualdad de género aspira a eliminar la discriminación por razón de sexo, mientras que el objetivo de la equidad de género se centra más en las necesidades específicas [6]. Según estos conceptos, la desigualdad en salud puede ser necesaria, en el sentido de que grupos diferentes pueden precisar distintos recursos, como es el caso de las mujeres en el ámbito de la salud reproductiva.

Así, la equidad de género se reconoce como un factor importante que influye en la calidad de los sistemas de Salud Pública y en sus resultados [4]. Integrar el sexo y el género en la investigación sanitaria es necesario para avanzar hacia la igualdad de género en el impacto social producido por la ciencia [16].

2. ACCIONES PARA UNA SALUD PÚBLICA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y SU IMPACTO EN LA SOCIEDAD

La medicina preventiva es la parte de la Salud Pública dirigida a la prevención de la enfermedad. Sus esfuerzos pueden orientarse tanto a personas individuales como a la comunidad.
Existen cuatro tipos de prevención [17]:

- La prevención primaria, cuyo objetivo es impedir la aparición de una patología. Ejemplos de prevención primaria son el abandono del tabaco (intervención a nivel individual) o la fluoración de las aguas para prevenir la aparición de caries dental (intervención comunitaria).
- La prevención secundaria, que se basa en la detección precoz de una enfermedad durante su estadio asintomático. El paradigma serían los programas de cribado de cáncer, como las mamografías para el cáncer de mama.
- La prevención terciaria dirige sus esfuerzos a disminuir las consecuencias o complicaciones de una enfermedad una vez que se ha producido y se solapa con la aproximación clínica habitual de diagnóstico y tratamiento. Un ejemplo sería la rehabilitación cardíaca tras un evento coronario.
- La prevención cuaternaria dirige sus esfuerzos a reducir los riesgos relacionados con el consumo de medicamentos; es decir, plantea la protección de los pacientes frente a los daños causados por intervenciones médicas innecesarias o excesivas, evitando el sobrediagnóstico y el sobretratamiento y limitando el intervencionismo en la vida diaria para adherirse al principio de «primero, no hacer daño». Por lo tanto, busca identificar riesgos de medicalización, reducir pruebas sin fundamento y paliar daños ya existentes, promoviendo decisiones compartidas y éticas para proteger la identidad y el bienestar del paciente frente a los actos médicos [18].

Los datos de mortalidad muestran un claro cambio en las causas desde los años 80 hasta los primeros 15 años del siglo XXI

La importancia de la Medicina Preventiva se pone de manifiesto al observar cómo los datos de mortalidad muestran un claro cambio en las causas desde los años 80 hasta los primeros 15 años del siglo XXI, propiciado por los cambios en los estilos de vida y en los comportamientos de salud (ver tabla 1). Un ejemplo es el descenso de las enfermedades infecciosas gracias a las vacunaciones, que es evidente en algunas patologías, como el sarampión, la tos ferina o la difteria. Igualmente, se estima que la disminución en la mortalidad por enfermedad coronaria se debió al descenso en la prevalencia de tabaquismo y en los niveles de colesterol antes de la aparición de los procedimientos de bypass coronario, las unidades coronarias y la mejora en la respuesta de los servicios de urgencias [17].

En definitiva, la Medicina Preventiva posee la capacidad de modificar las condiciones de salud mediante medidas de promoción y protección de la misma.

Tabla 1.

Leading causes of global YLLs for both sexes combined for 1990, 2005, and 2015

Leading causes 1990	Leading causes 2005	Leading causes 2015
1 Lower respiratory infections	1 Ischaemic heart disease	1 Ischaemic heart disease
2 Neonatal preterm birth complications	2 Lower respiratory infections	2 Cerebrovascular disease
3 Diarrhoeal diseases	3 Cerebrovascular disease	3 Lower respiratory infections
4 Ischaemic heart disease	4 HIV/AIDS	4 Neonatal preterm birth complications
5 Cerebrovascular disease	5 Neonatal preterm birth complications	5 Diarrhoeal diseases
6 Neonatal encephalopathy	6 Diarrhoeal diseases	6 Neonatal encephalopathy
7 Malaria	7 Malaria	7 HIV/AIDS
8 Measles	8 Neonatal encephalopathy	8 Road injuries
9 Congenital anomalies	9 Road injuries	9 Malaria
10 Road injuries	10 COPD	10 COPD

Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida. Fuente: Ministerio de Sanidad del Gobierno de España.

CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DE CÁNCER: CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA Y CÉRVIX

Actualmente, uno de los pilares de la lucha contra el cáncer se basa en la prevención secundaria, a través de campañas de detección precoz. La evidencia muestra que, para determinados tumores, la detección precoz puede reducir el impacto que la enfermedad provoca.

Esta recomendación de detección precoz está limitada a tres tumores en los que se ha demostrado que el beneficio sobre la mortalidad compensa los riesgos de los posibles sobrediagnósticos y sobretratamientos. Además del cáncer de colon, los otros dos se enfocan específicamente en la salud de la mujer: el cáncer de mama y el cáncer de cérvix.

El cáncer de cérvix es el cuarto en incidencia en las mujeres en el mundo y el segundo en España en mujeres entre 15 y 45 años [19]. Su incidencia y mortalidad en España se encuentran entre las más bajas de Europa y del mundo [20].

Para la aparición del cáncer de cérvix es necesaria la infección por el virus del papiloma humano (VPH), un virus tan prevalente que se estima que en torno al 80% de las personas sexualmente activas se han infectado en algún momento de su vida. Sin embargo, para que las lesiones precancerosas puedan progresar a cáncer, es necesaria la infección persistente por serotipos de alto riesgo. Otros factores de riesgo son la toma de anticonceptivos orales, el tabaquismo, las múltiples parejas sexuales, la inmunosupresión y los antecedentes de neoplasia o de enfermedades de transmisión sexual [20,21].

En España están en marcha un programa de vacunación y un programa de detección precoz. Se estima que un 60% de los casos de cáncer de cérvix se producen en mujeres que no se someten al cribado (21). En este sentido, en 2024 el grupo de trabajo de cáncer de cérvix estableció las siguientes recomendaciones [22]:

Entre 25 y 29 años: en función de la vacunación frente al VPH.

- Sin protección adecuada por vacunación: citología cada 3 años.
- Con protección adecuada por vacunación: en función del estado de implementación del programa de cribado, se realizará citología cada 3 años o se iniciará el cribado a los 30 años.

Entre 30 y 65 años: VPH-AR, independientemente del estado vacunal frente al VPH:

- VPH-AR negativo: repetir prueba VPH-AR a los 5 años.
- VPH-AR positivo: triaje adecuado para la estratificación del riesgo de lesiones por VPH. Si se descarta alto riesgo, repetir VPH-AR al año.

(https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerCervix/docs/requisitosRecomendaciones_CribadoCervix.pdf)



La vacunación se inició en España en 2008 y se administra a niñas de 12 años con un esquema de dos dosis. Actualmente, sin embargo, se vacuna con una sola dosis de la vacuna nonavalente y se incluye tanto a niñas como a niños.

Con respecto al cáncer de mama, los programas de cribado mediante mamografía se iniciaron en España en el año 1990 para mujeres entre 50 y 69 años [22], aunque en algunas comunidades se ofrece actualmente a partir de los 45 años. De hecho, la revisión de esta estrategia contempla que el cribado comience a los 45 años y finalice a los 74 años. La tasa de participación en 2017 fue del 75% [20].

El cáncer de mama fue en 2020 el de mayor incidencia en las mujeres a nivel mundial y supuso un 25% de los casos de cáncer diagnosticados en mujeres en ese año [19]. Su elevada incidencia, junto con una alta supervivencia, hace que presente una prevalencia muy elevada. Solo un 10% de los casos de cáncer de mama se relaciona con antecedentes familiares y hereditarios [20].

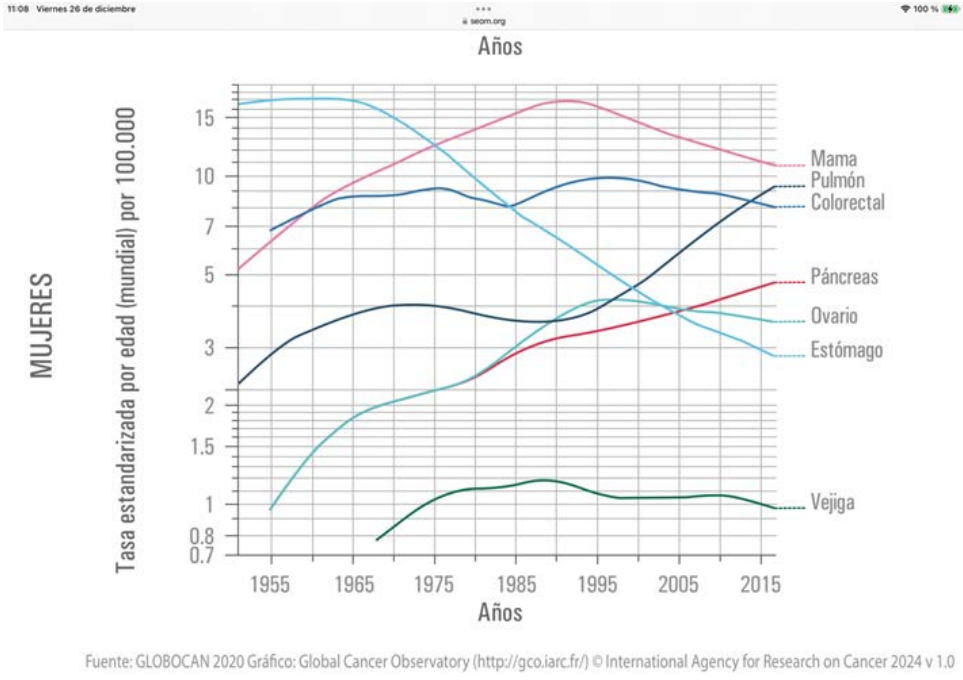
Durante los últimos años se ha producido un intenso debate en la comunidad científica sobre la idoneidad de este programa, pero en general existe acuerdo en que la mamografía de cribado en población de riesgo medio reduce la mortalidad por cáncer de mama [20]. Se ha descrito una reducción de la mortalidad del 40% en las mujeres de entre 40 y 74 años que se

someten a una mamografía [24]. En la figura 2 se puede observar la evolución de la mortalidad por cáncer de mama en España en los últimos años [12]. En esa misma figura se muestra la evolución temporal de la mortalidad estandarizada por distintos tumores en mujeres en España, tal y como recoge el informe SEOM sobre las cifras del cáncer en el año 2025 [12].

En principio, al igual que en la mayor parte de los programas de cribado en Europa, el riesgo se identifica en función de la edad; sin embargo, en la actualidad se aboga por la realización de cribados más personalizados, que tengan en cuenta el riesgo individual y que ofrezcan estrategias adaptadas [20].

Hay que recordar que, en caso de existir antecedentes familiares o factores de riesgo, se debe recomendar una primera mamografía a los 40 años o incluso antes, o solicitar pruebas complementarias si hay síntomas, ya que la estrategia a seguir en estos casos debe orientarse a la protección individual más que a la poblacional.

Figura 2.



Evolución temporal de la mortalidad estandarizada por distintos tumores en España en las mujeres, SEOM 2025 (12)

PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA EN EL EMBARAZO [25]

La atención a patologías prevenibles y el seguimiento del embarazo han conseguido, en países desarrollados, un descenso importante en las tasas de mortalidad perinatal y materna. Desde antes de la concepción existen recomendaciones para prevenir patología materna y congénita.

Los suplementos de ácido fólico han demostrado ser eficaces para la prevención de defectos del tubo neural. Se recomienda la administración de distintas dosis en función del riesgo (se consideran de alto riesgo las mujeres con diabetes, con epilepsia o con IMC > 35 kg/m^2) desde un mes antes de la concepción y durante los primeros tres meses de embarazo. Esta recomendación se extiende a mujeres con posibilidad de presentar un embarazo no deseado.

La prevalencia de la diabetes gestacional en España oscila entre el 6% y el 8%. Se recomienda realizar un cribado universal mediante el test de O'Sullivan en la semana 24 de embarazo o al inicio del mismo en caso de factores de riesgo (historia familiar de diabetes, IMC > 30 kg/m^2, antecedentes de diabetes gestacional o de tolerancia alterada a la glucosa, antecedentes obstétricos de malformaciones, macrosomía o abortos).

Es importante realizar el cribado de los estados hipertensivos del embarazo mediante la toma de la presión arterial, ya que constituyen una de las cuatro primeras causas de mortalidad materna y de morbilidad perinatal. La administración de dosis reducidas de ácido acetilsalicílico puede ser recomendable en algunas gestantes. Algunos grupos también recomiendan el cribado sistemático de la función tiroidea, aunque no se ha demostrado su beneficio. Tampoco está justificada en España la suplementación generalizada con yodo, ya que la dosis recomendada puede alcanzarse con la dieta.

Con respecto a la prevención de enfermedades infecciosas, se recomienda la realización de serologías de lúes, VIH, hepatitis B y rubéola en todas las embarazadas. No se recomienda la serología de toxoplasmosis, pero sí la adopción de medidas preventivas, como evitar el contacto con tierra o arena y con gatos; consumir la carne bien cocinada (aunque los ahumados, embutidos y el jamón pueden tomarse si previamente se congelan a -20 °C durante 48 horas); y lavar adecuadamente verduras y hortalizas. La infección por listeria también requiere medidas preventivas similares, como el cocinado adecuado de los alimentos y evitar el consumo de leche no pasteurizada y sus derivados o de productos cárnicos envasados.

Otras medidas dirigidas a la prevención de enfermedades infecciosas son el cribado de la bacteriuria asintomática y su tratamiento, así como la detección mediante cultivo rectal y vaginal del Streptococcus agalactiae del grupo B y el tratamiento de las mujeres portadoras.

INMUNIZACIÓN, HERRAMIENTA CLAVE: VACUNAS EN EL EMBARAZO

Durante el embarazo se consideran seguras las vacunas elaboradas con virus o bacterias muertas o inactivadas. La decisión de vacunar a una mujer gestante se basa en el beneficio obtenido tanto para la propia mujer como para el lactante. Aunque pueden administrarse otras en caso necesario, en el momento actual están recomendadas de forma sistemática durante la gestación la vacunación antigripal, si el embarazo coincide con la época de gripe estacional, y la vacuna dTPa [25].

GRIPE

La infección por gripe se relaciona con enfermedad grave y hospitalización en mujeres embarazadas y en bebés. La recomendación de la vacunación contra la gripe en mujeres gestantes procede de la OMS desde 2005 [26]. Sin embargo, en España las coberturas vacunales solo alcanzan al 62% de las embarazadas [27].

Se ha demostrado que la vacunación antigripal en mujeres embarazadas disminuye en un 50% las tasas de infección por gripe confirmada por PCR. Esta protección, además, se extiende a los

recién nacidos, con una reducción del 63% de las infecciones confirmadas por PCR en los primeros seis meses de vida [26]. También se ha demostrado la persistencia de anticuerpos de clase IgA en la leche materna durante los seis primeros meses, así como un descenso significativo de las infecciones respiratorias en ese mismo periodo en bebés de madres vacunadas que recibieron lactancia materna [28].

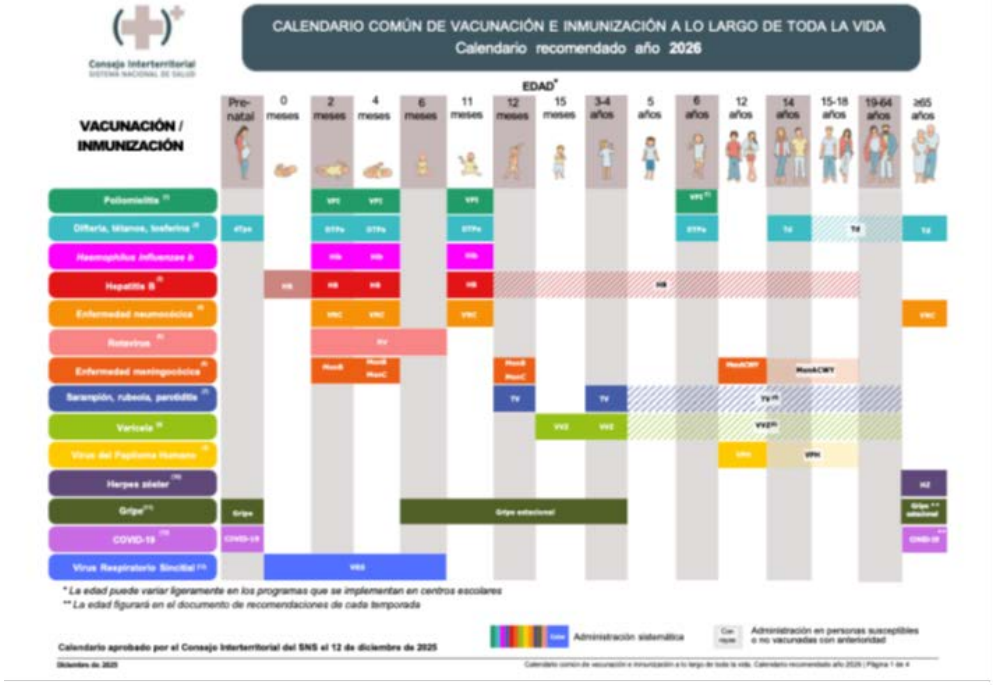
Los estudios en mujeres embarazadas concluyen que la vacuna inactivada no supone ningún riesgo para la madre y que no aumenta el riesgo de muerte intrauterina, aborto espontáneo ni defectos congénitos [26].

TOS FERINA

Se recomienda la vacunación con la vacuna dTpa (difteria, tétanos y pertussis acelular) entre las semanas 28 y 32 de gestación, con una cobertura en España bastante elevada (85,4%) [23]. Esta estrategia se ha mostrado eficaz para disminuir las tasas de infección por tos ferina en los primeros meses de vida, así como el riesgo de hospitalización y la necesidad de ingreso en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) [25,29].

La mayor morbimortalidad producida por la tos ferina ocurre en lactantes menores de 3 meses, ya que no reciben las primeras dosis de vacunación hasta los dos meses de vida (figura 3) [29,30]. No se ha constatado asociación entre la vacuna y el riesgo de complicaciones maternas o perinatales, como los trastornos hipertensivos del embarazo, la muerte fetal o neonatal o el nacimiento pretérmino [31].

Figura 3.



Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida. Fuente: Ministerio de Sanidad del Gobierno de España.

COVID

La tasa de infección por SARS-CoV-2 en España fue superior en mujeres durante las tres olas, probablemente en relación con su mayor exposición al virus debido a sus ocupaciones como trabajadoras esenciales (las mujeres representan el 70% del personal sanitario) y al tradicional rol de cuidadoras dentro de los hogares [9]. Las mujeres embarazadas han mostrado un mayor riesgo de enfermedad grave, hospitalización y muerte, así como de parto pretérmino [27]. Aunque fueron excluidas de los ensayos clínicos para la autorización inicial de las vacunas, su administración en mujeres embarazadas fue recomendada, ya que los beneficios superaban los riesgos de contraer la infección [32,33].

La vigilancia posterior sobre las vacunas frente a la COVID en mujeres embarazadas no ha encontrado un aumento del riesgo de acontecimientos adversos propios de la gestación relacionado con la administración de estas vacunas (tanto de ARNm como de vector vírico), incluida la muerte materna o neonatal [32]. Sí se ha demostrado una eficacia significativa en la reducción de las tasas de infección y de la necesidad de hospitalización por COVID [34].

Virus Respiratorio Sincitial (VRS)

El VRS es la principal causa de hospitalización en lactantes [35]. Tras años sin disponer de ningún medicamento eficaz frente al virus, desde hace tres años se dispone de un anticuerpo monoclonal para la prevención de la enfermedad en neonatos y lactantes menores de 6 meses, con resultados de cobertura cercanos al 90% y una efectividad muy elevada, especialmente en la reducción de hospitalizaciones y muerte [36].

Actualmente también se dispone de una vacuna que puede administrarse durante la gestación, entre las semanas 28 y 36, con el objetivo de ofrecer una protección eficaz a los niños durante los seis primeros meses de vida. Algunos países de nuestro entorno ya la están implementando; sin embargo, en España, aunque está disponible, dado el éxito de la administración del anticuerpo monoclonal, no se considera necesaria por el momento su recomendación de forma generalizada [37].

3. RETOS FUTUROS EN SALUD PÚBLICA

DIFERENCIAS POR SEXO Y DESIGUALDADES POR GÉNERO EN SALUD

Gran parte de la investigación sobre salud y género se ha enfocado en las diferencias en la longevidad entre hombres y mujeres (a favor de estas últimas). Mientras que algunas diferencias entre sexos pueden explicarse parcialmente por la biología, en los países industrializados con mayor igualdad de género ese gap en la esperanza de vida está disminuyendo, probablemente en relación con la asunción por parte de las mujeres de conductas de riesgo asociadas tradicionalmente con el rol masculino, como el consumo de alcohol o tabaco [39].

Se ha observado que, tras ajustar por el tipo de trabajo desempeñado, las mujeres presentan mayor nivel de estrés después de la jornada laboral que los hombres, probablemente en relación con las responsabilidades domésticas. Este hecho repercute de forma negativa en la salud cardiovascular de las mujeres [40].

Las enfermedades no distinguen entre géneros, clases sociales ni fronteras y, por lo tanto, todos estamos en situación de riesgo de contraerlas.



Mucha información sobre salud muestra diferencias más o menos significativas entre hombres y mujeres cuando los datos se desagregan por sexo, pero para muchas de estas diferencias no existe una explicación clara. La igualdad en la oferta de servicios no asegura la equidad en el acceso ni la efectividad de estos servicios en toda la población por igual [41].

También merece la pena señalar que las enfermedades no distinguen entre géneros, clases sociales ni fronteras y que, por lo tanto, todos estamos en situación de riesgo de contraerlas. Ahora bien, existen situaciones de vulnerabilidad íntimamente ligadas a factores sociales que son clave y que deben tenerse en cuenta, lo que obliga a poner el foco en ellos. La salud no puede ser solo para quienes tienen más recursos o pueden permitírsela; es evidente que constituye un derecho humano fundamental [42] y que la salud de todos solo se alcanzará cuando realmente esté al alcance de todos, tal y como se recoge en el libro publicado en el año 2020 por Gullón y Padilla [43].

La salud es un derecho humano fundamental, y solo se alcanzará cuando realmente esté al alcance de todos.

De hecho, las Naciones Unidas llaman la atención sobre estos aspectos a través del índice de desarrollo humano, del índice de desigualdad de género y del índice de pobreza multidimensional. Estos dos últimos incluyen como indicadores sanitarios la mortalidad materna y la tasa de fecundidad específica en adolescentes y, en el caso del último, la mortalidad infantil. Los tres ponen de manifiesto que las mujeres y los niños menores de un año son tremendamente vulnerables y que estamos obligados a garantizar su seguridad y su salud [44].

CIENCIA BÁSICA E INCLUSIÓN DE MUJERES EN ESTUDIOS CLÍNICOS

A menudo no se tienen en cuenta las diferencias potenciales entre hombres y mujeres en el diseño de los estudios, lo cual puede generar y perpetuar sesgos [16]. Por ejemplo, apenas existen estudios sobre la menstruación y sus alteraciones durante la pandemia en los países desarrollados [9]. Asimismo, la baja representación de mujeres en los estudios farmacológicos ha conllevado tasas más altas de reacciones adversas en mujeres que en hombres [16].

Además de incluir la variable sexo en los estudios, es necesario analizar los datos en función tanto de esta variable como de la variable género, ya que estos análisis pueden suponer el inicio de un proceso que explique el porqué de esas diferencias y, así, permitir abordarlas de manera específica [8].

Las actuaciones en salud, para ser equitativas, deben tener en cuenta su impacto diferencial sobre la salud de mujeres y hombres y, por lo tanto, su capacidad para incrementar o disminuir las desigualdades [41].

VISIÓN DE LA CARTA DE OTTAWA EN SU 40° ANIVERSARIO

La Carta de Ottawa nos marcó un antes y un después en el enfoque de la salud de la población y de lo que debería ser una población saludable, con sistemas sanitarios equitativos y sostenibles. Fue un marco de referencia que, cuarenta años después, sigue estando vigente, ya que sus tres estrategias básicas —promocionar, habilitar y mediar— son ejes esenciales en la salud de la población y en la sostenibilidad de nuestros sistemas sanitarios. Tenemos que mantener y fomentar las condiciones para la salud de todos; tenemos que dotar a la población de los medios necesarios para alcanzar su máximo potencial de salud; y tenemos que buscar la integración de los diferentes sectores para crear salud y bienestar.

Figura 4.



Además de estas tres estrategias básicas, la Carta identificó cinco enfoques para lograrlas que, al igual que sus estrategias, siguen estando vigentes. Estos enfoques son: el fomento de habilidades personales, la creación de entornos favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de una política pública saludable y la reorientación de los servicios de salud. Estamos en un momento crítico en el que, de forma continua, afirmamos que tenemos que fortalecer el sistema sanitario cuando, además de esto, debemos detenernos y reflexionar sobre el sistema sanitario que queremos: un sistema que considere la Salud Pública como un eje esencial y transversal, en el que estas estrategias y enfoques de la Carta de Ottawa sean la clave de nuestro futuro. Un futuro que, al igual que hicieron nuestros padres y nuestros abuelos, nos permita sentirnos orgullosos de dejar un sistema mucho mejor, más justo y más solidario a las generaciones que vienen detrás, y que les permita gozar y disfrutar del mejor estado de salud posible.

Un sistema en el que la promoción de la salud no se cuestione, sino que esté presente en todas nuestras políticas, no solo, obviamente, en las sanitarias, sino en todas aquellas que tienen una implicación directa sobre la salud, que, evidentemente, son todas las que afectan a la vida de las personas en el más amplio sentido de la palabra (figura 4).

Agradecimientos: *Agradecemos la revisión del capítulo y las aportaciones realizadas al mismo por la Profª Luisa Borrell, DDS, PhD University Distinguished Professor Graduate School of Public Health & Health Policy, The City University of New York.*

Salud Pública

ORIGEN DE LAS DESIGUALDADES

Resultado de la interacción de factores biológicos, sociológicos y comportamentales [13]

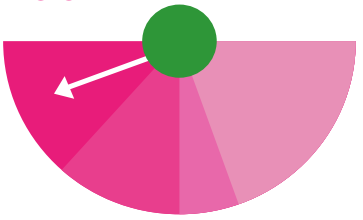


¿POR QUÉ IMPORTAN?

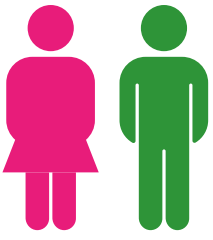


- Influyen en **epidemiología, síntomas y pronóstico** (VIH/SIDA, ECV, trastornos psiquiátricos).
- Mejoran la **planificación de políticas sanitarias** al definir mejor las necesidades [16].
- La **equidad de género** impacta en la calidad y resultados de los sistemas de Salud Pública [4].
- Integrar sexo y género en investigación es clave para la **igualdad en el impacto social de la ciencia**.

APLICACIÓN EN TODOS LOS NIVELES DE PREVENCIÓN



- **Primaria:** Evitar la enfermedad.
- **Secundaria:** Detección precoz (cribados).
- **Terciaria:** Reducir complicaciones.
- **Cuaternaria:** Evitar sobrediagnóstico y sobretratamiento.



PRINCIPIO CLAVE

Las intervenciones deben considerar su **impacto diferencial en mujeres y hombres**, para no perpetuar desigualdades y avanzar hacia la equidad.

Bibliografía

1. Estrategia_de_Salud_Publica_2022___Pendiente_de_NIPO.pdf [Internet]. [citado 27 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022___Pendiente_de_NIPO.pdf

2. Jarvis T, Scott F, El-Jardali F, Alvarez E. Defining and classifying public health systems: a critical interpretive synthesis. Health Res Policy Sys. diciembre de 2020;18(1):68.

3. https://www.boe.es/boe/dias/2005/06/27/pdfs/A22751-22759.pdf

4. Leung TY, Sharma P, Adithipyangkul P, Hosie P. Gender equity and public health outcomes: The COVID-19 experience. J Bus Res. agosto de 2020;116:193-8.

5. 10 Essential Public Health Services [Internet]. [citado 27 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.apha.org/What-is-Public-Health/10-Essential-Public-Health-Services

6. Hammarström A, Johansson K, Annandale E, Ahlgren C, Aléx L, Christianson M, et al. Central gender theoretical concepts in health research: the state of the art. J Epidemiol Community Health. febrero de 2014;68(2):185-90.

7. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? Int J Epidemiol. agosto de 2003;32(4):652-7.

8. Doyal L. Sex and Gender: The Challenges for Epidemiologists. Int J Health Serv. julio de 2003;33(3):569-79.

9. INFORME_SALUD_Y_GENERO_2022.15.09.2022.web.pdf [Internet]. [citado 16 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeSaludyGenero2022/INFORME_SALUD_Y_GENERO_2022.15.09.2022.web.pdf

10. Carazo-Casas C, Gil-Prieto R, Hernández-Barrera V, Gil de Miguel Á. Trends in hospitalization and death rates among patients with head and neck cancer in Spain, 2009 to 2019. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 30 de noviembre de 2022;18(5):2082192.

11. Galindo-Utrero A, San-Román-Montero JM, Gil-Prieto R, Gil-de-Miguel Á. Trends in hospitalization and in-hospital mortality rates among patients with lung cancer in Spain between 2010 and 2020. BMC Cancer. 21 de noviembre de 2022;22(1):1199.

12. Las cifras del cáncer en España 2025 [Internet]. [citado 26 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DMC2025.pdf

13. Crimmins EM, Kim JK, Solé-Auró A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. Eur J Public Health. febrero de 2011;21(1):81-91.

14. McGregor AJ, Templeton K, Kleinman MR, Jenkins MR. Advancing sex and gender competency in medicine: sex & gender women's health collaborative. Biology of Sex Differences. 1 de junio de 2013;4(1):11.

15. Carrasco-Garrido P, de Miguel-Díez J, Rejas-Gutierrez J, Martín-Centeno A, Gobartt-Vázquez E, Hernandez-Barrera V, et al. Characteristics of chronic obstructive pulmonary disease in Spain from a gender perspective. BMC Pulmonary Medicine. 2 de enero de 2009;9(1):2.

16. van Hagen LJ, Muntinga M, Appelman Y, Verdonk P. Sex- and gender-sensitive public health research: an analysis of research proposals in a research institute in the Netherlands. Women Health. enero de 2021;61(1):109-19.

17. Hensrud DD. Clinical Preventive Medicine in Primary Care: Background and Practice: 1. Rationale and Current Preventive Practices. Mayo Clinic Proceedings. febrero de 2000;75(2):165-72.

18. J.M. Cucalón y M. Guiu. El enigma de la prevención cuaternaria en atención primaria.Cuándo hacer y cuándo no hacer (a propósito de 2 casos). Semergen. 2013;39(6):313---315

19. Cancer today [Internet]. [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: http://gco.iarc.fr/today/home

20. Marzo-Castillejo M, Bartolomé-Moreno C, Bellas-Beceiro B, Melús-Palazón E, Vela-Vallespín C. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Actualización PAPPS 2022. Aten Primaria [Internet]. 1 de octubre de 2022 [citado 6 de julio de 2023];54. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-prevencion-del-cancer-actualizacion-S0212656722001603

21. López N, Gil-de-Miguel Á, Pascual-García R, Gil-Prieto R. Reduction in the burden of hospital admissions due to cervical disease from 2003–2014 in Spain. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 3 de abril de 2018;14(4):917-23.

22. Ministerio de Sanidad - Profesionales - Programa de cribado de cáncer de cérvix [Internet]. [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cancer/cervix.htm

23. Ministerio de Sanidad - Profesionales - Programa de cribado de cáncer de mama [Internet]. [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cancer/mama.htm

24. Seely JM, Alhassan T. Screening for breast cancer in 2018—what should we be doing today? Curr Oncol. junio de 2018;25(Suppl 1):S115-24.

25. López García-Franco A, Baeyens Fernández JA, Iglesias Piñeiro MJ, Alonso Coello P, Ruiz Cabello C, Pereira Iglesias A, et al. Actividades preventivas en la mujer. Actualización PAPPS 2022. Aten Primaria [Internet]. 1 de octubre de 2022 [citado 15 de junio de 2023];54. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actividades-preventivas-mujer-actualizacion-papps-S0212656722001913

26. Nitsch-Osuch AS, Bomba-Opon D, Jasik M. Influenza vaccination in pregnancy — current data on safety and effectiveness. Ginekologia Polska. 2020;91(10):629-33.

27. Martín Martín S, Morató Agustí ML, Javierre Miranda AP, Sánchez Hernández C, Schwarz Chavarri G, Aldaz Herce P, et al. Prevención de las enfermedades infecciosas. Actualización en vacunas PAPPS 2022. Aten Primaria [Internet]. 1 de octubre de 2022 [citado 15 de junio de 2023];54. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevencion-enfermedades-infecciosas-actualizacion-vacunas-S0212656722001822

28. Schlaudecker EP, Steinhoff MC, Omer SB, McNeal MM, Roy E, Arifeen SE, et al. IgA and Neutralizing Antibodies to Influenza A Virus in Human Milk: A Randomized Trial of Antenatal Influenza Immunization. PLOS ONE. 14 de agosto de 2013;8(8):e70867.

29. Committee Opinion No. 718: Update on Immunization and Pregnancy: Tetanus, Diphtheria, and Pertussis Vaccination. Obstet Gynecol. septiembre de 2017;130(3):e153-7.

30. CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf [Internet]. [citado 7 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf

31. Furuta M, Sin J, Ng ESW, Wang K. Efficacy and safety of pertussis vaccination for pregnant women – a systematic review of randomised controlled trials and observational studies. BMC Pregnancy and Childbirth. 22 de noviembre de 2017;17(1):390.

32. Moro PL, Olson CK, Clark E, Marquez P, Strid P, Ellington S, et al. Post-authorization surveillance of adverse events following COVID-19 vaccines in pregnant persons in the vaccine adverse event reporting system (VAERS), December 2020 - October 2021. Vaccine. 26 de mayo de 2022;40(24):3389-94.

33. Shimabukuro TT, Kim SY, Myers TR, Moro PL, Oduyebo T, Panagiotakopoulos L, et al. Preliminary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons. N Engl J Med. 17 de junio de 2021;384(24):2273-82.
34. Tormen M, Taliento C, Salvioli S, Piccolotti I, Scutiero G, Cappadona R, et al. Effectiveness and safety of COVID-19 vaccine in pregnant women: A systematic review with meta-analysis. BJOG. 12 de diciembre de 2022;10.1111/1471-0528.17354.

35. Venkatesan P. Nirsevimab: a promising therapy for RSV. The Lancet Microbe. 1 de mayo de 2022;3(5):e335.

36. :: CIMA ::. FICHA TECNICA BEYFORTUS 100 MG SOLUCION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA [Internet]. [citado 31 de agosto de 2023]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1221689004/FT_1221689004.html#2

37.https://eur02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fcima.aemps.es%2Fcima%2Fdochtml%2Fft%2F1231752001%2FFT_1231752001.html&data=05%7C02%7Cangel.gil%40urjc.es%7Cef2381f69b61490ce06908de44603f8a%7C5f84c4ea370d4b9e830c756f8bf1b51f%7C1%7C0%7C6390233773335940 83%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMiIsIkFOIjoiTWFpbCIsIldUIjoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=prqYc7VTXGuX3Em5%2FVsbb67Lf%2BjnmTlJB0patjq9cWs%3D&reserved=0

38. EMA. European Medicines Agency. 2023 [citado 31 de agosto de 2023]. First RSV vaccine to protect infants up 6 months of age and older adults. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/news/first-rsv-vaccine-protect-infants-6-months-age-older-adults

39. Wamala S. Gender inequity and public health: Getting down to real issues. The European Journal of Public Health. 1 de septiembre de 2002;12(3):163-5.

40. Connelly PJ, Azizi Z, Alipour P, Delles C, Pilote L, Raparelli V. The Importance of Gender to Understand Sex Differences in Cardiovascular Disease. Canadian Journal of Cardiology. mayo de 2021;37(5):699-710.

41. Colomer Revuelta C. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. Revista Española de Salud Pública. abril de 2007;81(2):91-3.

42. https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights

43. https://capitanswing.com/libros/epidemiocracia/

44. https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22pdf_1.pdf


SEMERGEN
Sociedad
Española
de Médicos
de Atención
Primaria
AP

CAPÍTULO 2

Atención primaria de salud



Dra. Matilde Torralba López
Médica de Medicina familiar y salud comunitaria.
Miembro del grupo de trabajo de la mujer de SEMERGEN.



Dra. M.ª Dolores Gallego Parrilla
Médica de Medicina familiar y salud comunitaria.
Miembro del grupo de trabajo de la mujer de SEMERGEN.

La atención primaria de salud es el primer punto de acceso a la asistencia sanitaria para la población.

Es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador y regulador de flujos [1].
El equipo de atención primaria está formado por profesionales de diferentes especialidades: medicina de familia, pediatría, odontología, enfermería, auxiliares, trabajo social, administrativos.
Los médicos de familia y salud comunitaria tienen como misión diagnosticar y atender a los principales problemas de salud agudos y crónicos, la asistencia sanitaria y social, actividades de promoción de la salud, atención preventiva, curativa y rehabilitadora, atención domiciliaria, atención urgente y/o continuada y atención a la salud sexual y reproductiva [2].

Según los datos del último barómetro del CIS, el 82,3 % de la población ha acudido al menos una vez a un médico de atención primaria del sistema público en el último año 2025 [3].

Hay una cartera de servicios común de atención primaria que son actividades dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial. Se prestan por equipos interdisciplinares, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados [1,4].

Pero no todas las comunidades autónomas ofrecen la misma cobertura. Hay diferencias en varios ámbitos: no hay un calendario vacunal único, existen diferencias en el material del que disponen y no se ofrece lo mismo en salud bucodental [5].

También hay diferencias en inversión sanitaria pública entre las diferentes CCAA que no se justifican completamente por factores como la edad o la dispersión geográfica de la población [6].



1. Ámbitos de la atención primaria

En atención primaria se ofrece atención a toda la población, de forma individual, familiar y comunitaria.

1.1. Atención individual

Tiene lugar desde el nacimiento hasta el final de la vida, ofreciendo una atención longitudinal.

1.1.1. Longitudinalidad

La longitudinalidad es la relación estable y mantenida en el tiempo con el mismo equipo



de profesionales sanitarios. Esto crea una relación de confianza, conocimiento mutuo y compromiso, que favorece una asistencia más humana y segura [7].

La longitudinalidad facilita la atención preventiva y el reconocimiento precoz de los problemas de salud; evita el sobrediagnóstico, la medicalización y los eventos adversos derivados de la sobreexposición a pruebas y tratamientos innecesarios; disminuye las derivaciones a los especialistas hospitalarios, reduce las visitas a los servicios de urgencias, los ingresos hospitalarios y la mortalidad [7], y mejora la esperanza y la calidad de vida. Unos resultados que muy pocos tratamientos e intervenciones sanitarias han podido demostrar [7].

Evidencia sólida: menos mortalidad, hospitalizaciones y errores clínicos [8]

Diversos estudios demuestran que una mayor longitudinalidad se asocia a:

- Reducción de hasta el 30% en la mortalidad en pacientes con relaciones estables con su profesional de atención primaria durante más de 15 años.
- Menos ingresos hospitalarios y visitas a urgencias: hasta un 28% y 30% menos, respectivamente, en comparación con pacientes sin longitudinalidad.
- Mejor control de enfermedades crónicas como diabetes, demencia o hipertensión, mayor adherencia a tratamientos y disminución de errores en la prescripción, especialmente en personas con múltiples patologías.
- Mayor eficiencia del sistema sanitario, con reducciones potenciales de hasta el 5,2% en la demanda total de consultas gracias a relaciones estables que evitan reconsultas innecesarias.

Estos beneficios son particularmente significativos en personas mayores, pacientes complejos y personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica, quienes requieren mayor continuidad y personalización en la atención.

1.1.1.1. Atención en la infancia

El niño es atendido por el equipo de pediatría desde el nacimiento hasta los 15 años. Se centra en el cuidado y control de la salud, consejos en la alimentación, detección de minusvalías, estado de ánimo, crecimiento, prevención de enfermedades y vacunas.

1.1.1.2. Atención en la edad adulta

En la edad adulta la atención se inicia al cumplir los 15 años, haciendo prevención, diagnóstico y seguimiento de las patologías que puedan presentar, continuando con la prevención de patologías y con el plan vacunación.

En esta etapa las patologías más prevalentes en las actividades de diagnóstico y seguimiento son: enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipercolesterolemia, dolor/artrosis y salud mental.

1.1.1.3. Atención en el final de la vida

En el final de la vida se ofrecen cuidados, conjuntamente con el equipo de cuidados paliativos, tanto al paciente como a la familia.

1.1.2. Individualización

En atención primaria se atiende a cada paciente de forma individualizada. En esta individualización está implícito el empoderamiento del paciente, que, según la Organización Mundial de la Salud, es “un proceso a través del cual las personas obtienen un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud” [9]. Para alcanzar este objetivo, los pacientes deben desarrollar habilidades, tener acceso a la información y a los recursos, y tener la oportunidad de participar e influir en la toma de decisiones relativas a su salud y su bienestar.

1.1.3. Enfoque integral

En atención primaria se ofrece un enfoque integral y centrado en la persona, es decir, una atención individualiza y personalizada al paciente:

- Se mantiene una relación a largo plazo con el paciente, lo que permite conocer su historial médico y quirúrgico, factores sociolaborales y familiares, estilo de vida y preferencias personales. Este conocimiento es esencial para una atención verdaderamente individualizada.
- No se trata la patología de forma aislada, sino que se aborda al paciente en su totalidad, con su patología actual, sus antecedentes y su situación sociolaboral y familiar.
- Se pone en valor la opinión del paciente, involucrándolo activamente en las decisiones sobre su propia salud, una vez le hemos informado de la situación en la que se encuentra y de las posibilidades de los tratamientos a seguir. Esto favorece el empoderamiento del paciente. Las personas empoderadas tienen más salud que las que no lo están y la atención centrada en la persona permite identificar a las que desean o no ser empoderadas [10,11].

La atención primaria ha de coordinar la atención con especialistas hospitalarios y otros servicios de salud para garantizar un enfoque coherente y adaptado a las necesidades únicas de cada persona.

Intentar mantener los factores de riesgo bien controlados nos permitirá intentar añadir vida a los años y no solo años a la vida. España se encuentra entre los países de Europa con mayores tasas de cronicidad.

1.1.4. Atención de la cronicidad

Hay un incremento de las enfermedades crónicas secundario al aumento de la esperanza de vida y el consecuente envejecimiento de la población. El envejecimiento puede producir un acortamiento de la vida libre de enfermedades crónicas graves y discapacidades en las últimas etapas de la vida [23]. Por ello, intentar mantener los factores de riesgo bien controlados nos permitirá intentar añadir vida a los años y no solo años a la vida.

España se encuentra entre los países de Europa con mayores tasas de cronicidad. El 20% de las personas presenta al menos una enfermedad crónica y consumen el 70% de los recursos sanitarios. Esa patología es la principal causa de mortalidad en el 91,3% de los casos [20].

Además, se calcula que el 80% de las consultas de atención primaria se deben a enfermedades crónicas, y los costes de los pacientes con más de una patología crónica se multiplican por seis con respecto a los que padecen una o ninguna enfermedad crónica [19]. La cronicidad es, pues, la primera causa de gasto sanitario.

La atención al paciente crónico, con pluripatología y complejidad, es una prioridad en los sistemas sanitarios europeos [20]. El mejor cuidado para un paciente crónico está en la atención primaria, ya que es donde se conoce a la persona en su ámbito familiar, social y, donde se puede ofrecer una atención preventiva e integral, con un enfoque holístico, centrado en la persona y su entorno, que apueste por la prevención, para ello, es indispensable una coordinación eficaz entre los distintos niveles asistenciales, con una comunicación fluida a través de registros compartidos, inteligentes y prácticos [20,21].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las enfermedades crónicas como «aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) con una progresión lenta y no se transmiten de persona a persona».



Los cuatro tipos más relevantes son: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes.

1.1.5. Prevención en atención primaria

La prevención en atención primaria incluye las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, en coordinación con otros niveles o sectores implicados.

1.1.5.1. Prevención de la enfermedad [22]

- Vacunaciones en todos los grupos de edad, especificas en grupos de riesgo, aplicando el calendario de vacunación vigente y aquellas que por situaciones epidemiológicamente lo aconsejen.
- Indicación y administración, en su caso, de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran.
- Actividades para prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o para detectarlas en fase presintomática, mediante cribado o diagnóstico precoz (prevención secundaria).

1.1.5.2. Promoción y educación para la salud [22]

- Actividades dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes para una vida saludable.
- Fomento de los autocuidados.
- Información y asesoramiento sobre conductas o factores de riesgo y sobre estilos de vida saludables promoviendo el cambio de conductas.
- Actividades de educación para la salud grupales y en centros educativos.

Un paciente informado es un paciente empoderado

1.1.6. Diagnóstico y Tratamiento

En atención primaria se tratan una gran variedad de patologías. Con base en los síntomas y signos que presenta el paciente y en la anamnesis, se puede llegar a una sospecha diagnostica. Con la exploración física y la realización de pruebas complementarias se puede confirmar o descartar la sospecha inicial. Hay pruebas complementarias como analíticas, radiografías, etc, que no son siempre imprescindibles, ya que hay multitud de patologías en las que, en muchos casos, se pueden llegar al diagnóstico realizando únicamente la anamnesis y la exploración clínica.

Los tratamientos que toma el paciente son controlados por atención primaria, valorando su beneficio y riesgos. Por ello es importante aclarar todas las dudas que tenga el paciente, valorar las interacciones, dosificación y pauta de administración.

En la práctica clínica hay una relación directamente proporcional entre el grado de información facilitada y el grado de comprensión de la misma por parte del paciente y el cumplimiento terapéutico. Un paciente informado es un paciente empoderado.

1.1.7. Brecha de género en atención primaria

No se habla de lo mismo cuando hablamos de sexo y género. Sexo es una clasificación biológica. Los hombres tienen una dotación de cromosomas sexuales XY, y las mujeres tienen una dotación de cromosomas sexuales XX. Hablamos de las características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer.

Género se refiere a los roles socioculturales, identidades socialmente construidas de niñas, mujeres, niños, hombres, y personas de género diverso. Hace más de 30 años que se habla del tema, pero no podemos olvidarnos de que, aunque se haya avanzado, sigue existiendo un sesgo y hemos de seguir trabajando para que éste deje de existir.



No hay que obviar que todavía, en el siglo XXI, siguen existiendo diferencias en el tratamiento de la salud del hombre y la mujer y éstas no lo son sólo en el terreno genital. En realidad, se ha avanzado, pero queda mucho camino por recorrer.

Aunque la medicina se presenta como una disciplina objetiva, hay estudios científicos que han identificado que el género puede influir en cómo se diagnostican y tratan las enfermedades. Esto puede deberse a factores como la infrarrepresentación de las mujeres en la investigación clínica, a la aplicación de estándares masculinos como norma para la atención de la salud en general, o a la influencia de las creencias culturales y sociales sobre la forma en que se perciben y tratan las enfermedades en las mujeres [16].

Las mujeres, a menudo, sufren un retraso en el diagnóstico u obtienen un diagnóstico incorrecto de su enfermedad. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte entre las mujeres y se diagnostican erróneamente o con menos frecuencia en mujeres que en hombres. Por ejemplo, en caso de infarto, los síntomas pueden diferir entre los hombres y las mujeres y el sesgo de género puede llevar a que pasemos por alto los síntomas en mujeres [16].

1.1.7.1. Dos ejemplos de estudios que confirman las diferencias que existen por el sesgo de género

1.1.7.1.1. Síndrome coronario agudo

En una revisión de la literatura de las desigualdades y sesgos de género en el síndrome coronario agudo, desde el inicio del proceso de la enfermedad hasta la resolución final, observaron la presencia de sesgos de género a lo largo de todo el proceso de atención médica en el síndrome coronario agudo: en el acceso a la atención médica, un bajo reconocimiento entre las propias mujeres y entre los profesionales de la salud; retrasos diagnósticos y tratamientos inadecuados; o menos asistencia a los programas de rehabilitación cardíaca.

Estos sesgos se produjeron en los diferentes niveles de los servicios de salud involucrados [17]. Este estudio concluye recomendando la reducción de los sesgos de género relacionados con el síndrome coronario agudo desarrollando estrategias para concienciar a las mujeres, mejorar la formación de los profesionales de los diferentes niveles de los servicios de salud, reducir los retrasos, desarrollar medidas de gestión de la salud y promover una agenda de investigación [17].

1.1.7.1.2. Enfermedad inflamatoria intestinal

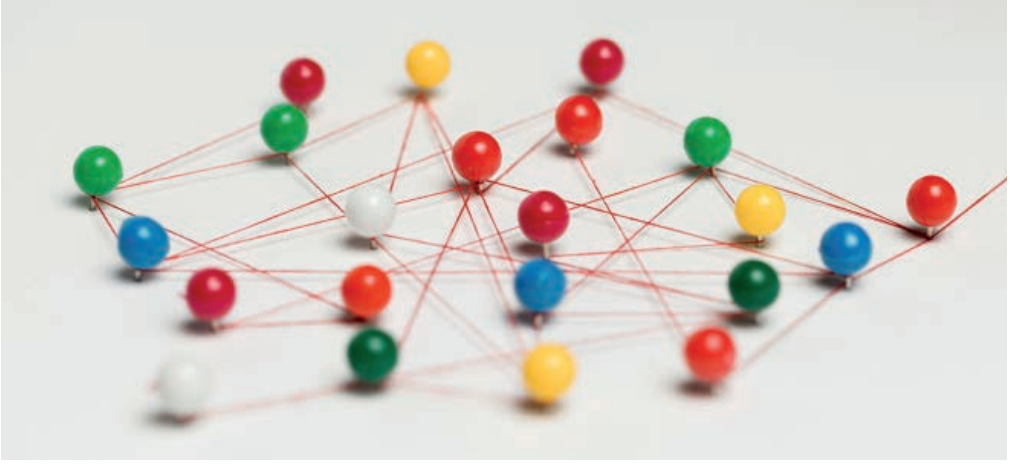
Un estudio de cohortes multicéntrico de pacientes con diagnóstico reciente de enfermedad inflamatoria intestinal, con el objetivo de investigar el retraso diagnóstico en mujeres frente a hombres y posibles causas, concluye que el género femenino podría ser una causa de retraso diagnóstico en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) [18].

Hay un retraso más prolongado en el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal en mujeres en comparación con los hombres tanto para la enfermedad de Crohn como para la colitis ulcerosa. Estas diferencias están presentes en todos los niveles del sistema de atención de la salud, y el diagnóstico erróneo también es más común en las mujeres [18].

1.1.7.1. Reducción del sesgo de género

Para disminuir o mejor eliminar el sesgo de género, es esencial:

- Que los profesionales de la salud se formen y capaciten sobre la influencia del género en la salud, para reconocer los sesgos y saber cómo proporcionar atención equitativa.
- Incluir a las mujeres en los ensayos clínicos y la investigación médica.
- Empoderar a las mujeres para evitar las barreras en el acceso a atención médica debido a roles de género tradicionales, como el cuidado de los niños o la falta de autonomía económica, lo que puede limitar la posibilidad de buscar atención médica y recibirla.



1.2. Atención familiar

Es la atención individual teniendo en cuenta el contexto familiar de los pacientes con problemas en los que se sospecha un componente familiar. Incluye la identificación de la estructura familiar, la etapa del ciclo vital familiar, los acontecimientos vitales estresantes, los sistemas de interacción en la familia y la detección de la disfunción familiar.

1.3. Atención comunitaria

Conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos.

2. Herramientas de comunicación y coordinación

2.1. Telemedicina en atención primaria

Es la atención del paciente a distancia ("medicina a distancia"), utilizando tecnologías de la información y la comunicación (TIC) [14]. Según La Organización Mundial de la Salud (OMS), la telemedicina es "la prestación de servicios de salud, en los que la distancia es un factor crítico, de forma que los profesionales sanitarios utilizan tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, para la investigación y la evaluación, y para la educación continua de los proveedores de asistencia sanitaria, todo ello en aras de promover la salud de los individuos y sus comunidades" [15].

La asistencia prestada a través de telemedicina facilita la accesibilidad a los servicios sanitarios, el seguimiento de las enfermedades crónicas y la educación sanitaria del paciente en medicina preventiva y salud publica [13].

2.1.1. Consulta telefónica

Las consultas telefónicas en atención primaria permiten el contacto de un profesional de la salud con el paciente. Sirven para aclarar las dudas del paciente, solicitar pruebas, dar resultados, hacer seguimiento, etc. evitando visitas presenciales. Éstas han de ser autorizadas por el propio paciente o tutor legal, en caso necesario.

2.1.2. Interconsulta entre profesionales

La telemedicina también es utilizada por el profesional de atención primaria para la comunicación con el profesional de atención hospitalaria para realizar consultas o aclarar dudas. Para ello se pueden compartir fotografías, pruebas y la historia clínica del paciente para la resolución de dudas, llegar a un diagnóstico y/o a una decisión de derivación. Facilita la atención al paciente de una forma integral, resolutiva, más certera y rápida sin que tenga que trasladarse en primera instancia a un centro de atención especializada.

2.1.3. Consulta vía correo electrónico o navegador

Este servicio existe en España con diferentes nombres en cada comunidad autónoma, como ejemplo, en Cataluña existe entre otros la E-consulta que es una herramienta que permite poner en contacto al paciente con su profesional de referencia al que quiera dirigirse el paciente: auxiliar administrativa para cambiar una cita o bien pedirla; enfermería para consultar dudas o informar sobre la evolución de la cura de una lesión; médico de familia para consultas sobre un tratamiento [13].

2.2. El referente de atención primaria

El referente es aquel profesional de atención primaria que, estando capacitado para manejar las patologías comunes de una especialidad hospitalaria e identificar casos que requieren derivación, tiene la responsabilidad de coordinar el cuidado de atención primaria con los profesionales hospitalarios de dicha especialidad.

El referente debe formarse de forma continuada mediante rotaciones en el servicio de la especialidad correspondiente y la participación en reuniones periódicas conjuntas de formación, discusión de casos y debate de necesidades y procedimientos. Estas actividades conjuntas favorecen el conocimiento entre los profesionales y el establecimiento de una relación de confianza entre ambos ámbitos, de modo que, ante las dudas que pudieran aparecer en la consulta diaria, el médico de atención primaria tendrá una forma rápida de comunicación con el especialista hospitalario [12].

Esta relación permite la confección, consensuada entre los dos ámbitos, de protocolos comunes y guías para una buena actuación. El profesional referente tiene, aparte de su consulta habitual, la de los pacientes derivados por sus compañeros de atención primaria. El referente también tiene como objetivo la formación del resto del equipo de su centro. La vivencia de los pacientes es favorable cuando su problema se puede resolver en atención primaria, sin necesidad de derivaciones.



3. Formación

Para garantizar la calidad y eficacia de los servicios de atención primaria, es esencial contar con profesionales debidamente formados y capacitados.

La formación del profesional de atención primaria es un proceso continuo y dinámico que juega un papel crucial en la prestación de servicios de salud efectivos y centrados en el paciente en el sistema de salud español.

3.1. La importancia de la formación médica continuada

La formación médica continuada por parte del médico de familia desempeña un papel crucial en el desarrollo profesional. Los avances en el conocimiento médico y su tecnología son muy rápidos, siendo esencial que los profesionales de la salud se mantengan actualizados y mejoren sus habilidades y competencias a través de la educación continuada.

Tradicionalmente, la formación médica continuada se realizaba a través de conferencias y talleres. Actualmente, con los avances de la tecnología y su uso generalizado, los métodos de aprendizaje han evolucionado para incluirla en la formación. Estos avances han hecho que ésta, sea más accesible y flexible para los profesionales de la salud, permitiéndoles participar en un aprendizaje continuo a su propio ritmo y conveniencia.

El objetivo de esta formación de los profesionales es mejorar su competencia profesional y mantenerse actualizados con las últimas prácticas basadas en evidencia, permitiendo ofrecer una atención de alta calidad. La formación continuada no sólo beneficia al profesional de forma individual, sino que tiene un impacto positivo en la calidad de los servicios de salud que se brindan a los pacientes.

La Organización Médica Colegial y los diferentes Colegios Oficiales de Médicos brindan la posibilidad de acceder a cursos que permiten una formación seria y reglada. Existen varias sociedades científicas de atención primaria que ofrecen la posibilidad de actualizarse y formarse, desempeñando un papel crucial actuando como plataformas en la difusión del conocimiento, fomentando la investigación y promoviendo la mejora de la práctica clínica, sin dejar de lado las nuevas tecnologías, como la inteligencia artificial (IA), que está transformando rápidamente la práctica médica [22].

4. Limitaciones

4.1. Condicionadas por los sesgos en la Atención Sanitaria a las mujeres, cuales son:

- Considerar el “patrón” masculino para determinar sintomatología, brecha de datos y diagnósticos, dosis de medicamentos, evolución de la enfermedad, sin tener en cuenta las diferencias existentes en la anatomía y fisiología entre hombres y mujeres,

lo que provoca que las mujeres tengan un 25% más de probabilidades de sufrir problemas de salud no diagnósticos o mal tratados. Esto es lo que ha podido pasar en la cardiopatía isquémica y otras enfermedades en las que se ha establecido el patrón masculino de sintomatología para su diagnóstico, no teniendo en cuenta que en las mujeres puede cursar de manera diferente. Se ha comprobado que la historia clínica a veces no coincide totalmente con lo expresado por los y las pacientes, ya que el/la profesional puede interpretarlo según lo que espera encontrar con lo que es más frecuente o lo estudiado en la literatura científica, como se ha visto en el estudio de las espondiloartritis [24].

- Por otro lado, otro error consiste en considerar a los hombres y mujeres distintos cuando no lo son, incluso llegando a considerar ciertas enfermedades, por darse más frecuentemente en uno de los dos sexos, como propias de este, y por tanto infra diagnosticándolas en el otro sexo. Por ejemplo, se ha observado que desde AP ante la misma presentación de dolor torácico de origen cardiovascular a las mujeres se las derivaba 2,5 veces menos a cardiología que a los hombres [25]. Esto sucede también con la EPOC para la que se realizan menos espirometrías ante la misma clínica a las mujeres o la osteoporosis que es más infradiagnosticada en los hombres [26].

Los diagnósticos se retrasan mucho más en las mujeres que en los hombres en, al menos, 700 enfermedades

En el artículo de Nature Communications se evidenciaba que los diagnósticos se retrasan mucho más en las mujeres que en los hombres en al menos 700 enfermedades, lo que puede conllevar empeoramiento del pronóstico y la mortalidad de las mismas. Es decir, con el modelo actual persiste un aumento de la morbilidad y mortalidad evitable en mujeres y mayor frecuencia de discapacidades en las mismas, invisibilidad de la cronicidad femenina, por lo que se hace necesario incorporar la perspectiva de género en todas las estrategias [27].

- Por último, es frecuente no tener en cuenta las diferencias que existen en la salud de hombres y mujeres debido a los distintos roles de género que nos asignan desde el nacimiento solo por el hecho de nacer con un sexo u otro.

Las mujeres tienen mayor tasa de morbilidad crónica, discapacidad, dependencia, pobreza y soledad

4.2. Para abordar la atención individual con perspectiva biopsicosocial y de género es necesario que:

- Los equipos de AP debemos conocer las diferencias biológicas existentes en las distintas enfermedades, en su expresión clínica con diferentes síntomas o signos, con diferente evolución y con diferencias en la efectividad y efectos adversos de los medicamentos [25]. Existen evidencias de cómo ante los mismos síntomas o signos se hace una interpretación diferente viniendo desde un hombre o una mujer (por ejemplo, el dolor), se piden menos pruebas ante un mismo síntoma a una mujer (por ejemplo, espirometrías) o se deriva menos al especialista (espondilo artritis) y se trata con menos intensidad o siguiendo menos las guías o protocolos en mujeres (cardiopatía isquémica, ictus) [28]. Con frecuencia hay una tendencia a tener más en cuenta las quejas de los hombres y considerar las de más mujeres más frecuentemente como psicosomáticas y medicalizarlas más. Las mujeres sufren más frecuentemente trastornos medicamente no explicados que los hombres e igualmente, también sabemos que, aunque la esperanza de vida es mayor



en las mujeres tienen mayor tasa de morbilidad crónica, discapacidad, dependencia, pobreza y soledad [29].

- Ser conscientes de las distintas formas de enfermar, de expresar la enfermedad, de cuidar y cuidarse. Médicos y médicas de atención primaria no actuamos de igual forma a la hora de valorar a los y las pacientes. De hecho, hay estudios que dicen que las médicas de atención primaria tienen un estilo de comunicación más centrado en la persona y en el abordaje psicosocial que los médicos. Esto también tiene que ver en la forma que nos construimos como hombres y mujeres, y por lo tanto es modificable con formación y práctica [30].

Debemos detectar qué condiciones de vida trae la persona que estamos atendiendo y, de qué manera, su socialización como hombre y mujer le dificulta o le impide cuidar adecuadamente su salud y bienestar

- Tener en cuenta los distintos factores de riesgo que van a existir entre hombres y mujeres, por los diferentes roles que desempeñan o las dificultades que encuentran cuando no quieren asumir esos roles de género. Esto es muy visible en atención primaria por ejemplo en salud mental, donde tendemos a medicalizar más los malestares de las mujeres que suelen acudir con síntomas de ansiedad o depresión y sin embargo los hombres, que no los suelen verbalizar, tienen un mayor índice de suicidios y mayor frecuencia de adicciones. Los cuidados no profesionales, desempeñados mayoritariamente por mujeres, suponen una sobrecarga física y emocional, que acaba repercutiendo en su salud y lleva a estas mujeres a nuestras consultas por somatizaciones, malestares o agotamiento, ocasionado por el cuidado mantenido de personas mayores, enfermas, dependientes, además de la atención familiar habitual. Debemos "mirar por la ventana de la consulta" para detectar qué condiciones de vida trae la persona que estamos atendiendo y además de qué manera su socialización como hombre y mujer le dificulta o le impide cuidar adecuadamente su salud y bienestar [30].

4.3. Dicho esto, cuando hablamos de limitaciones nos referimos a:

- 4.3.1. Sobrecarga asistencial y falta de tiempo por paciente. La alta presión asistencial que encuentran los médicos en sus consultas de Atención Primaria les impide explorar y de-dicar mayor atención a sus pacientes, especialmente a las mujeres con malestares inespecíficos, ello sumado a cierta desmotivación hacia el abordaje del problema o el miedo a invadir la intimidad o a ofender a la paciente [31]. Es interesante darse cuenta de que la interpretación de los signos y síntomas y la importancia que se les da depende de la perspectiva del profesional clínico que explora a la persona que va a su consulta, y esto va a depender en gran medida de sus vivencias, creencias, prejuicios además de sus conocimientos científicos. El mismo signo o síntoma pueden interpretarlo de manera diferente dos profesionales, con lo cual es necesario reconsiderar el rol y la posición del intérprete, sumando no solo en este caso el tiempo dedicado a la paciente a los conocimientos del profesional sanitario [32].

- 4.3.2. Las consultas no presenciales o la teleasistencia, pueden dificultar la comunicación en la valoración de aspectos sociales o más íntimos que requieren de cercanía y confianza en la entrevista [30].

- 4.3.3. Falta de formación del profesional médico que hace que la mujer sea "fragmentada", limitándose la salud a la reproductiva, dejando de lado patologías de alta prevalencia como migraña, fibromialgia o enfermedades autoinmunes entre otras [33].

- 4.3.4. En las actividades de prevención y promoción de la salud existen muchas diferencias entre hombres y mujeres. La primera es la falta de participación de los hombres en las mismas, por la falsa construcción masculina de "invulnerabilidad" en la salud, en la que debemos promover su incorporación a estas actividades. Además, hemos de conocer aspectos diferenciales en los distintos servicios de promoción de la salud de la cartera, incidiendo actualmente en la deshabituación tabáquica en mujeres jóvenes donde está aumentando la prevalencia. Prevenir en ellas también los trastornos de la alimentación con problemas en su autoimagen y captar más a los hombres en el cribado de colon, por poner unos ejemplos prácticos [30].

- 4.3.5. Infrafinanciación estructural. No se trata solo de falta de presupuesto, sino de una distribución inadecuada de los recursos que ignora las necesidades biológicas y sociales específicas de las mujeres. Con una Investigación Sesgada, apenas un 3,3% de la financiación pública para investigación en salud se destina a condiciones específicas de la mujer [34].

Contar con un médico de familia que acompañe al paciente a lo largo de su vida mejora el abordaje clínico, el seguimiento y la eficiencia global del Sistema Nacional de Salud



- 4.3.6. Falta de profesionales en AP como consecuencia de condiciones laborales precarias, sobrecarga asistencial y un modelo de trabajo poco compatible con las expectativas vitales. La humanización de la asistencia vuelve así al centro del debate, con la longitudinalidad como eje del modelo (se dejan de ver patologías que de otra manera saldrían a la luz), ya que realizar una evaluación integral o una buena entrevista clínica pueden ser tareas complejas. Contar con un médico de familia que acompañe al paciente a lo largo de su vida mejora el abordaje clínico, el seguimiento y la eficiencia global del Sistema Nacional de Salud [30].

- 4.3.7. Barreras de acceso: retrasos en la programación de citas y limitaciones en la disponibilidad para una patología urgente que siguen afectando a la continuidad de cuidados.

5. Puntos de mejora y necesidades

- 5.1. Intervención clínica bio psico social. Desde que fuera descrito hace más de 40 años, el Modelo de atención Biopsicosocial (George Engel, 1977; Jorge Luis Tizón, 1995; Ronald Epstein, 2001) sigue siendo de referencia en la intervención clínica en Atención Primaria [35]. Los estilos



de vida, las conductas en la esfera de la salud, la vivencia de enfermar, están marcados de una forma clara por los roles de género y es necesario su análisis para poder abordarlos adecuadamente. La importante sobrecarga física y emocional en muchas mujeres fruto de realizar un mayor esfuerzo y dedicar más tiempo al trabajo doméstico y los cuidados familiares, va a afectar en gran medida su salud y su calidad de vida [36].

- 5.2. Realizar clínica de calidad y equidad, evitando sesgos de género. Los estereotipos de género condicionan una atención que, en ocasiones, corre el riesgo de no responder a las necesidades de hombres y mujeres y que puede tener como resultado menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con las mujeres en determinadas enfermedades. Especial atención al enfoque de salud reproductiva y menopausia, normalizar su atención, integrando tratamientos actualizados, así como realizando prevención de riesgos cardiovasculares y óseos al existir una demanda creciente de programas específicos para menopausia y el envejecimiento activo, salud preven-tiva y atención a la salud mental con un abordaje integral, considerando el impacto de la carga desproporcionada de cuidados que recae en las mujeres [33].

- 5.3. Equidad territorial a la hora de recursos. La descentralización sanitaria en nuestro país no parece haber ido acompañada siempre de mecanismos efectivos de coordinación (en recursos humanos, evaluación de tecnologías sanitarias, información sanitaria, sistemas informáticos, políticas de salud pública, etc.) que garanticen un nivel mínimo de igualdad en todo el SNS. Existen desigualdades tanto en gasto como en financiación [37].

- 5.4. Estandarización de cartera de servicios y códigos diagnósticos entre las diferentes Comunidades Autónomas a fin de que todos hablemos el mismo idioma y expresemos el mismo lenguaje en las historias de salud de la mujer [37]. En Atención Primaria contamos con una herramienta de organización muy importante que es la Cartera de Servicios (CS) de AP que define el conjunto de actividades desarrolladas por los profesionales de Atención Primaria, destinadas a atender o prevenir un problema de salud o satisfacer una demanda sanitaria, sustentadas en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria. La Cartera de Servicios de Atención Primaria ha sido desde los años 90 un instrumento clave para la organización de la atención y la gestión de la AP en España, así como para la introducción de criterios de calidad explícitos en las prestaciones sanitarias ofrecidas a la población desde el primer nivel de atención, y su evaluación sistemática. Las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas (1981-2002) han permitido desarrollos y enfoques distintos de sus CS AP, pero se deben mantener unos principios generales, entre ellos, el de equidad en la atención proporcionada en la población (aunque no se especifique en muchas de ellas la equidad de género) [38].

- 5.5. Planificando con perspectiva de género: nos permitirá cambiar los horarios de actividades para que puedan asistir todos y todas las pacientes independientemente de sus roles. Es importante adaptar las actividades preventivas y de promoción de la salud con esta visión de perspectiva de género. De esta manera evitaremos que se produzca más patología e incidiremos con nuestras medidas donde más necesario sea, por ejemplo la deshabituación tabáquica en chicas jóvenes que actualmente es más prevalente, visibilizar el consumo de alcohol en mujeres y realizar medidas preventivas adaptadas, consejos de alimentación con perspectiva de género en mujeres adolescentes para prevenir los trastornos de la alimentación o la promoción de los buenos tratos en la pareja para prevenir la violencia de género [39].

- 5.6. Formación continuada. Es imprescindible la formación continuada, la formación a profesionales en especialización y la formación desde los estudios universitarios

sociosanitarios, para que estos aspectos entren a formar parte de nuestro modo de trabajar como profesionales desde el principio de nuestra carrera profesional. Un mayor conocimiento y formación se relacionan con una actitud positiva hacia la mujer y sus diferencias inherentes al género en los profesionales de atención primaria [40].

Para incorporar esta visión de género, va a ser muy útil la herramienta de Análisis Basado en Sexo y Género: ABSG (Sex and Gender-Based Analysis, SGBA), herramienta de análisis comparativo en la que ante cualquier problema de salud se profundiza en la comprensión de los determinantes de la salud en ambos sexos y se van generando conocimientos suficientes como para la mejora la salud de individuos y grupos (Health Canada 201016). Es además muy útil para tener en cuenta la diversidad humana, y cómo otros determinantes de salud se interrelacionan con el sexo-género implicando una exposición diferencial a factores de riesgo, enfermedades y resultados de salud diferentes [35]. También la investigación en AP y Comunitaria debe incorporar el enfoque de género en todas las etapas de los proyectos y en la evaluación debe considerarse como criterio imprescindible [30].

Ser conscientes de las normas de género es importante tanto en la investigación como en la práctica clínica, para contrarrestar el sesgo de género que puede suceder en la atención médica. Para ello, debemos apoyar a los/as profesionales de la salud en la prestación de una atención más equitativa que sea más capaz de satisfacer las necesidades de todos los pacientes hombres y mujeres [32]. Estudios cualitativos centrados en mujeres maltratadas han demostrado que el interés de los profesionales de la salud en su exposición a la situación de violencia reduce los sentimientos de aislamiento, frecuentemente experimentados en estas situaciones (Smith-Stover et al., 2009; Rhodes et al., 2002) [41].

No existe un buen conocimiento por parte de los profesionales del impacto que el género, como determinante social, tiene en morbilidad de hombres y mujeres y en la utilización de los servicios de salud

- 5.7. Desde la gestión y la institución sanitaria en atención primaria es necesario incluir la pers-pectiva de género en todos los protocolos, guías y programas de salud, desagregar los datos por sexo para poder analizar desigualdades, realizar todas las evaluaciones con perspectiva de género, y analizar el impacto en género de dichos programas [30]. Si en las Estrategias de AP no se incorpora este enfoque, se estará perpetuando la inequidad en la atención a hombres y mujeres, aunque estos sesgos afectan de forma mucho más negativa a las mujeres, como evidencian numerosos estudios, y el sistema sanitario no debe ser neutro ante este hecho, sino proactivo en reducir las desigualdades en salud [28].

- 5.8. Formar equipos multidisciplinares con otros profesionales hospitalarios para una mejor atención: Uno de los principales puntos es fomentar la formación e investigación con perspectiva de género para crear conocimiento útil que mejore la atención sanitaria. El conocimiento basado en la investigación de género tiene el poder de transformar la práctica médica. Además, es importante revisar los puntos de corte de normalidad en las pruebas diagnósticas, pues las diferencias biológicas entre hombres y mujeres deben ser tenidas en cuenta al interpretar los resultados. Es necesario incorporar este enfoque en las facultades de medicina y en la formación de posgrado para evitar la perpetuación de sesgos que pueden afectar la salud de las mujeres [42]. A pesar de la extensa bibliografía



existente sobre las desigualdades en salud que existen, no existe un buen conocimiento por parte de los profesionales del impacto que el género, como determinante social, tiene en morbilidad de hombres y mujeres y en la utilización de los servicios de salud [30].

- 5.9. Impulsar la atención comunitaria y la prevención. El potencial de las intervenciones comunitarias son un ámbito excelente para trabajar la comprensión de la socialización de género y po-der transformarla. Desde los grupos de educación prenatal o crianza, escuelas de familias, intervenciones con personas cuidadoras, grupos de promoción de la salud o socioeducativos de hombres y de mujeres, etc. hasta la educación afectivo sexual en centros educativos.

  Se debe incorporar transversalmente el enfoque de género, la construcción diferencial de hombres y mujeres para entender aspectos como las sobrecargas de los cuidados en las mujeres o los menores autocuidados en salud de los hombres. Así, se puede promover la corresponsabilidad en los cuidados, los buenos tratos y prevención de violencias y la expresión emocional con los hombres, y trabajar los sentimientos de culpa de las cuidadoras, poder poner límites al sobreesfuerzo y favorecer la autoestima en mujeres [42]. La Intervención comunitaria con perspectiva de género es imprescindible en las actividades de educación afectivo-sexual en centros escolares y otros entornos comunitarios. En estos contenidos es necesario incluir la igualdad y respeto a las personas diversas, trabajar los roles de género y promover el buen trato, formas todas ellas de contribuir a la prevención de la violencia de género [30].

- 5.10. Trabajo conjunto con servicios sociales, así como mejorar la coordinación entre el ámbito sanitario y las asociaciones. Desarrollando de esa manera todo su espectro de trabajo en relación con recursos humanos, evaluación de tecnologías sanitarias, información sanitaria, sistemas informáticos, políticas de salud pública, etc. que garanticen un nivel mínimo de igualdad en todo el SNS [37].

- 5.11. Además, desde las consultas de atención primaria también se puede trabajar por la igualdad, con la promoción del buen trato, la prevención de la violencia de género y la corresponsabilidad en los cuidados y autocuidados desde todos los encuentros con pacientes, familias y comunidades [30].

Atención primaria de salud

Atención Primaria (AP): puerta de entrada, continuidad y coordinación del sistema



de la población acudió a AP pública al menos una vez en el último año (2025)

SESGO DE GÉNERO

Patrón masculino como norma mayor probabilidad de **infradiagnóstico** o **mal tratamiento** en **mujeres** **+25%**

Con el **mismo dolor torácico**, las **mujeres** se derivan a **cardiología** **2,5× menos**

Retraso diagnóstico mayor en mujeres **≥700 enfermedades**



POR QUÉ IMPORTA



Solo 3,3%

De la **financiación pública de investigación en salud** se destina a condiciones específicas de la **mujer**

QUÉ PIDE EL CAPÍTULO

- Datos desagregados por sexo + evaluación con perspectiva de género
- Estandarizar cartera y códigos diagnósticos entre CCAA
- Aplicar ABSG/SGBA y enfoque bio-psico-social

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad [citado 19 ene 2026]. Cartera de servicios comunes de atención primaria. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm

2. Servicio Catalán de la Salud [Internet]. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud [citado 19 ene 2026]. Atención primaria y comunitaria. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-primaria-comunitaria/index.html#googtrans(ca|es)

3. Centro de Investigaciones Sociológicas [Internet]. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas [citado 19 ene 2026]. El 80% de españoles califica positivamente la atención primaria. Disponible en: https://www.cis.es/es/w/el-80-de-españoles-califica-positivamente-la-atención-primaria

4. Perdomo-Munar JD, Sánchez-Bayle M, Crisbasianu M. VI° Informe 2024: La Atención Primaria en las Comunidades Autónomas [Internet]. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; 2024 [citado 19 ene 2026]. Disponible en: https://fadsp.es/wp-content/uploads/2024/02/Informe_AP_CCAA4.pdf

5. Salud a Diario [Internet]. saludadiario.es; 12 feb 2020 [citado 19 ene 2026]. Graves diferencias entre comunidades autónomas en la atención asistencial primaria de los niños y adolescentes. Disponible en: https://www.saludadiario.es/atencion-primaria/graves-diferencias-entre-comunidades-autonomas-en-la-atencion-asistencial-primaria-de-los-ninos-y-adolescentes/

6. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. La atención primaria de salud (AP) en España en 2025 / grupo de trabajo AP-2025-OMC. 2a ed. A Coruña: OMC; 2019.

7. Añel-Rodríguez RM, Astier-Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. Rev Clín Med Fam. 2022;15(2):75-76.

8. Ministerio de Sanidad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2 dic 2025 [citado 19 ene 2026]. El Ministerio de Sanidad refuerza su apuesta por la longitudinalidad en Atención Primaria para mejorar salud, eficiencia y equidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/gabinete/notasPrensa.do?id=6803

9. Nutbeam D. Promoción de la salud glosario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica: 1999. p. 16.

10. Martín-Zurro A, Cano-Pérez JF, Gené-Badia J. Compendio de Atención Primaria. 5a ed., Barcelona: Elsevier; 2021. p. 24-5.

11. Cárdenas-Ramos M, Panadés-Zafra R, Fuster-Casanovas A, Ciurana Tebé M, Junyent Bastardas A, Cervera García A. Empoderamiento del paciente y ética en telemedicina: una mirada desde la Atención Primaria. Aten Primaria. 2025;57(7):103227.

12. Borbujo J. Dermatología y Atención Primaria: una relación obligada. Actas Dermosifiliogr. 2007; 98:159-63.

13. La meva Salut [Internet]. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud [citado 19 ene 2026]. eConsulta. Disponible en: https://lamevasalut.gencat.cat/es/web/cps/ajuda/serveis/consulta-online

14. Rabanales Sotos J, Párraga Martínez I, López-Torres Hidalgo J, Andrés Pretel F, Navarro Bravoa B. Tecnologías de la Información y las Comunicaciones: Telemedicina. Rev Clín Med Fam 2011;4(1):42-48.

15. World Health Organization. A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, 11–16 December, Geneva, 1997. Geneva: World Health Organization; 1998.

16. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia; 12 jun 2025 [citado 19 ene 2026]. El sesgo de género en la atención médica provoca desigualdades en el acceso, calidad y los resultados en la salud de las mujeres. Disponible en: https://www.semg.es/index.php/noticias/item/1328-noticias-semg-20250612-1

17. Mateo-Rodríguez I, Danet A, Bolívar-Muñoz J, Rosell-Ortriz F, Garcia-Mochón L, Daponte-Codina A. Gender differences, inequalities and biases in the management of Acute Coronary Syndrome. J Healthc Qual Res. 2022;37(3):169-81.

18. Sempere L, Bernabeu P, Cameo J, Gutiérrez A, García MG, García MF et al. Gender Biases and Diagnostic Delay in Inflammatory Bowel Disease: Multicenter Observational Study. Inflamm Bowel Dis. 2023;31(12):1886-1894.

19. Ambrosio L, García-Vivar C. Horizonte 2025 para la atención a la cronicidad. An Sist Sanit Navar. 2020;43(1):5-8.

20. Bengoa-Rentería R. El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que racionar. Gac Sanit. 2015;29(5):323–32.

21. Wagner EH. Organizing Care for Patients With Chronic Illness Revisited. Milbank Q. 2019;97(3):659-64.

22. Pallarés-Carratalá V, Cols-Sagarra C, Martínez-Berganza Asensio L, Segura-Grau A, Ibañez J, Matosas-Fonolleda M et al. Estrategia de formación para una sociedad científica de médicos de familia: «Un enfoque integral hacia la excelencia». Semergen. 2025;51:102481.

23. Borrás C. Nuevos retos para desvelar los secretos biológicos del envejecimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2022;57(1):5.

24. Jovani vega, Blasco Blasco Mar, Ruiz Cantero Mª Teresa. Callesges to conquer from the gender per-spective in medicine. The case of spondyloarthritis. PLoS ONE. 2018; 13(10).

25. Clerc Liaudat Christelle, Vaucher Paul, De Francesco Tommaso, Jaunin Nicole, Herzig Lilli, Verdon Francois, et al. Sex Gender bias in the management chest pain in ambulatory care. Womwn´s Health 2018; 14:1-9.

26. Delgado Ana, Saletti Cuesta Lorena, López Fernández Luis Andrés, Gil Garrido Natalia, Luna del Castillo Juan. Gender inequalities in COPS decisión making in primary care. Resp Med. 2016; 114:91-96.

27. Estergaard David Moseley Pope, Hemmingsen Sorup, Freja Baldi Pierre, Brunak Soren. Population wide análisis of difeences disease progression patterns in men and women. Nat Commun 2019; 10: 666.

28. MT Ruíz Cantero y L Salvador Sánchez. Retos de la Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de género. Sesgos e innovaciones. AMF. 2020; 16(5): 250-257.

29. Durán Ángeles. La riqueza invisible del cuidado. Colección Honoris Causa. Universitat de Valencia; 2018.

30. Atención Primaria y Comunitaria con perspectiva de Género. Socalemfyc. Junio 30, 2023. Actualidad, Observatorio de Salud y Género.

31. Aguar Fernández M, Delgado Sánchez A, Castellano Arroyo M, Luna del Castillo JD. Prevalencia de maltrato en mujeres que consultan al médico de familia. Atención Primaria. 2006; 37 (4): 241-242.

32. Malterud Kirsti. Symptoms as a source of medical knowledge: Understanding medically unexplained disorders in women. Jiating Yixue, (32(9)), 603-611.

33. Sara Velasco Arias. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Observatorio de la Mujer. 2009.

34. Plan de acción de Atención Primara y Comunitaria 2025-7. Ministerio de Sanidad. 2024.

35. Kusnanto Hari, Agustian Dwi, Hilmanto Dany. Biopsichosocial modelo f illnesses in primary care: A hermeneutic literatura review.Journal of family Medicine Primary Care. 2018; 7:497-500.

36. Carretero Mª Teresa, Calderón Larrañaga Amaia, Poblador Plou Beatriz, Prados Torres Alexandra. Pri-mary health care use from the perspective of gender and morbidity burden BMC Women´s Helath 2014, 14:145.

37. Alcaide Lozano Vanessa, Pérez Domínguez Alba, Lupresti Medina Elisenda, Almazán Sáez Cari. Pro-puestas para abordar la violencia contra las mujeres en la atención sanitaria. Un análisis cualitativo. Atención Primaria 2021; 53(6).

38. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Estrategia para el



CAPÍTULO 3

Humanización en la asistencia sanitaria con perspectiva de género



Dr. Julio Zarco Rodríguez
Director Gerente del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid.
Presidente de Fundación Humans.



Dra. Alicia Martín Martínez
Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.
Profesora Titular de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

INTRODUCCIÓN

La humanización en la asistencia sanitaria constituye un eje fundamental para garantizar una atención de calidad, centrada en la persona y respetuosa con su dignidad. En el ámbito de la salud de la mujer, este enfoque adquiere una relevancia particular debido a las desigualdades históricas, sociales y culturales que han condicionado su acceso a la atención, su experiencia clínica y su vivencia de la enfermedad.

A lo largo de la vida, la mujer se enfrenta a situaciones específicas, como son la menstruación, la maternidad, la menopausia, los cuidados familiares -tanto de hijos como de padres-, mayor prevalencia de enfermedades crónicas y autoinmunes, que requieren una mirada integral, sensible a sus necesidades y libre de sesgos de género. Sin embargo, la literatura internacional muestra que las mujeres continúan experimentando infravaloración del dolor, retrasos diagnósticos y mayor carga emocional y social asociada a la enfermedad, lo que impacta directamente en su calidad de vida y en los resultados clínicos [1, 3].

Humanizar la asistencia a las mujeres implica escuchar, acompañar, comprender el contexto vital por el que están pasando y promover un modelo en el que la mujer participe activamente en las decisiones sobre su salud. No se trata únicamente de mejorar la relación interpersonal, sino de transformar estructuras, procesos organizativos, modelos formativos y políticas públicas para garantizar una atención equitativa, empática y culturalmente competente.

Perfil de uso del sistema sanitario por parte de las mujeres

Las mujeres representan más del 50% de la población usuaria del sistema sanitario y concentran un volumen significativo de consultas en Atención Primaria, salud sexual y reproductiva, salud mental y enfermedades crónicas. Presentan mayor prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos, mayor carga de dolor crónico y enfermedades autoinmunes, y utilizan con mayor frecuencia los servicios sanitarios tanto para sí mismas como en su rol de cuidadoras principales [4].

Estos patrones de utilización están estrechamente relacionados con determinantes sociales, como la precariedad laboral, la sobrecarga de cuidados, la violencia de género y el aislamiento social. Dichos factores no solo incrementan el riesgo de enfermedad, sino que dificultan la adherencia terapéutica y el autocuidado, reforzando ciclos de vulnerabilidad que el sistema sanitario debe ser capaz de identificar e intervenir desde una perspectiva integral [4, 5].

Ante esta situación, los informes nacionales sobre humanización en España señalan que las mujeres perciben mayores déficits en el trato interpersonal, en el tiempo de consulta y la continuidad asistencial, lo que refuerza la necesidad de establecer estrategias específicas para este grupo poblacional [5].

Las mujeres perciben mayores déficits en el trato interpersonal, en el tiempo de consulta y la continuidad asistencial.

Principales factores que influyen en la humanización desde la perspectiva de género

La experiencia de las mujeres en el sistema sanitario está influida por múltiples factores interrelacionados. Entre los más relevantes se encuentran los sesgos de género, tanto clínicos como diagnósticos, la normalización del dolor femenino, las dificultades de comunicación

profesional paciente, la doble carga de enfermedad y cuidados, y la falta de acompañamiento emocional en procesos vitales, como el embarazo, el posparto, la infertilidad, el cáncer ginecológico o la menopausia [1, 3].

La evidencia muestra que estos factores contribuyen a retrasos diagnósticos, menor credibilidad de los síntomas expresados por las mujeres y menor satisfacción con la atención recibida, lo que impacta negativamente en los resultados en salud y en la confianza que tienen las mujeres depositadas en el sistema sanitario [2, 3].



Atención trascultural e interseccional

La creciente globalización y los flujos migratorios hacen imprescindible incorporar una perspectiva transcultural en la atención sanitaria a la mujer. La experiencia de la enfermedad, la percepción del cuerpo, la vivencia del dolor y las expectativas sobre el sistema sanitario están mediadas por factores culturales, lingüísticos, religiosos y sociales.

En este contexto, la Medicina debe adaptarse a la construcción cultural del bienestar, donde se defina mejor la cultura. De hecho, la cultura no debe descuidarse en la prestación de servicios sanitarios y de salud, y debe convertirse en un elemento central de las prácticas asistenciales. Las prácticas y servicios exportados e importados deben alinearse con el significado cultural local. Además, el fomento de la confianza en la atención sanitaria debe priorizarse como valor cultural y deben identificarse y fomentarse nuevos modelos de bienestar y atención en todas las culturas [6].

El género no actúa de forma aislada, sino que se entrecruza con otros ejes de desigualdad como la etnia, el estatus migratorio, la situación administrativa y el nivel socioeconómico. Este enfoque de interseccionalidad permite comprender por qué las mujeres migrantes y pertenecientes a minorías étnicas presentan mayores barreras de acceso, peor comunicación clínica y mayor riesgo de exclusión sanitaria.

El género se entrecruza con otros ejes de desigualdad como la etnia, el estatus migratorio, la situación administrativa y el nivel socioeconómico.

De hecho, la creciente diversidad cultural y étnica de las poblaciones migrantes a nivel mundial exige que el personal sanitario preste una atención que sea culturalmente competente. Se han determinado importantes disparidades sanitarias a las que se enfrentan los migrantes, incluidas las barreras para acceder a la atención sanitaria, los retos de comunicación y los problemas sistémicos dentro de las instituciones sanitarias.

Por eso, es necesario que se promuevan programas de formación integrales, políticas organizativas de apoyo, participación de la comunidad y uso innovador de la tecnología y la telemedicina. Los profesionales de la atención sanitaria, los educadores y los responsables políticos deben mejorar la prestación de la atención sanitaria, reducir las disparidades en materia de salud y garantizar un acceso equitativo a la atención sanitaria para las poblaciones migrantes, sobre todo para las mujeres [7, 8].

Diversos estudios europeos muestran desigualdades significativas en el acceso a servicios de salud entre población migrante y población nativa, especialmente en programas de salud preventiva y de salud reproductiva. Los cambios en los patrones migratorios que se han producido en las últimas décadas, tanto cuantitativos, con un aumento del número de inmigrantes, como cualitativos, debido a las diferentes causas de la migración (trabajo, reagrupación familiar, solicitantes de asilo y refugiados), requieren una actualización constante del análisis sobre cómo acceden los inmigrantes a los servicios sanitarios.

Por eso, es necesario comprender la existencia de dichos cambios en los patrones de uso para adaptar los servicios sanitarios a la nueva realidad sociodemográfica. Se ha visto que los inmigrantes muestran una tendencia general a utilizar menos los servicios sanitarios que la población autóctona y que existen diferencias significativas entre los subgrupos de inmigrantes en cuanto a sus patrones de utilización [9].

Atención humanizada debe incorporar mediación cultural, recursos de traducción, adaptación de protocolos y formación en competencia cultural y humildad cultural.

Una atención humanizada debe incorporar mediación cultural, recursos de traducción, adaptación de protocolos y formación en competencia cultural y humildad cultural por parte de los profesionales. A diferencia de la competencia cultural, que implica conocer una lista de rasgos de otras culturas, la humildad cultural es una actitud; es reconocer que uno no lo sabe todo sobre el otro, por lo que debe estar abierto a aprender del paciente sin prejuicios (10).





Los informes de Fundación HUMANS señalan además que la diversidad cultural aún no está suficientemente integrada en los modelos de humanización implementados en el sistema sanitario español y recomiendan reforzar la formación y los dispositivos de apoyo para garantizar equidad y trato digno. La humanización sanitaria se define como el esfuerzo por centrar el sistema de salud en la dignidad del paciente, entendiéndolo como un ser humano integral y no simplemente como una patología.

Este enfoque requiere una transformación cultural profunda y multidisciplinar que trascienda el contacto directo entre profesional y la persona, involucrando también a la Administración, las políticas públicas y a los propios cuidadores.

Existe un desequilibrio marcado entre el avance de la tecnología y el desarrollo de los aspectos humanísticos, una brecha que solo puede cerrarse mediante un liderazgo compartido y una formación académica sólida en competencias relacionales. A pesar de que la falta de tiempo, la escasez de recursos y la rigidez organizacional actúan como barreras críticas. Así, el éxito de este modelo depende de sensibilizar a los ciudadanos y de establecer herramientas de evaluación que garanticen una atención equitativa, donde se tengan en cuenta los aspectos de género, y de alta calidad para todos [5].

Diagnóstico y evolución clínica desde una perspectiva humanizada

El diagnóstico clínico no debe limitarse a la identificación de signos y síntomas, sino que debe incorporar la experiencia subjetiva de la mujer, su historia vital y los determinantes sociales que condicionan su salud. La validación del dolor, la exploración del impacto emocional de la enfermedad y el reconocimiento de la carga mental y social son componentes esenciales del proceso diagnóstico humanizado.

La comunicación entre pacientes y profesionales socio-sanitarios abarca tres atributos fundamentales de la atención centrada en el paciente. Son la consideración de las necesidades, perspectivas y experiencias individuales de los pacientes; la provisión de oportunidades a los pacientes para participar en su atención, y la mejora de la relación entre el paciente y el médico. Es decir, la atención centrada en el paciente depende colectivamente de los médicos, los pacientes, las relaciones (clínicas y sociales) y los servicios sanitarios. Las interacciones entre estos agentes son complejas y las deficiencias en cualquiera de ellos pueden reducir significativamente la calidad de los cuidados que reciben.

Es clave obtener, comprender y validar la perspectiva del paciente, donde se consideren, por ejemplo, sus preocupaciones, sentimientos y expectativas; comprender al paciente dentro de su propio contexto psicológico y social, llegar a un entendimiento común del problema del paciente y su tratamiento, y ayudar al paciente a tener una participación significativa en las decisiones relacionadas con su salud [11].

El diagnóstico clínico no debe limitarse a la identificación de signos y síntomas, sino que debe incorporar la experiencia subjetiva de la mujer, su historia vital y los determinantes sociales que condicionan su salud.

La calidad de la relación terapéutica influye directamente en la adherencia al tratamiento, la participación activa en el autocuidado y la percepción de bienestar. Cuando las pacientes se sienten escuchadas, respetadas y comprendidas, se incrementa la confianza en el sistema y mejora la continuidad asistencial.

Para comunicarse de manera eficaz, tanto los profesionales socio-sanitarios como los pacientes necesitan conocimientos, habilidades y motivación, así como un entorno sanitario que facilite la comunicación. Las habilidades de comunicación individuales por sí solas no son suficientes. Los médicos, los pacientes y las familias deben alinearse hacia objetivos comunes; adaptar sus estilos de comunicación para lograr el entendimiento mutuo; estar dispuestos a conciliar las diferencias debidas a creencias, idioma o cultura, y deliberar juntos sobre las decisiones difíciles.

La comunicación debe estar orientada a los resultados, especialmente a los resultados de salud, como la mejora de la supervivencia y las mejoras significativas de la calidad de vida relacionada con la salud.

Y es que la comunicación puede transformar a los pacientes de receptores pasivos a participantes activos en la atención sanitaria y permitirles asumir un papel más activo en el manejo de sus propias enfermedades [11, 12].

Lenguaje, actitudes profesionales y violencia simbólica

El uso del lenguaje y las actitudes profesionales forman parte central de la calidad asistencial. Comentarios paternalistas, minimización del dolor, cuestionamiento de síntomas o explicaciones condescendientes constituyen formas de violencia simbólica que deterioran la relación clínica y generan sensación de deslegitimación en las pacientes [1, 2].

La literatura internacional ha documentado de forma consistente la existencia de maltrato verbal y trato irrespetuoso durante la atención al parto y otros procesos reproductivos, así como su impacto negativo en la confianza institucional y en la utilización futura de los servicios sanitarios.





A nivel mundial, las mujeres siguen muriendo por afecciones relacionadas con el embarazo que podrían prevenirse garantizando el acceso oportuno a atención obstétrica de urgencia y partos en centros sanitarios supervisados por personal cualificado. Sin embargo, muchas mujeres se muestran reacias a dar a luz en centros de salud materna debido a la falta de respeto y la violencia obstétrica que, según se desprende de un estudio publicado en International Journal of Environmental Research and Public Health, han sufrido las pacientes en un hospital público regional especializado en maternidad e infancia en Gauteng, Sudáfrica. Las percepciones de los profesionales de la salud materna sobre la atención materna respetuosa y las condiciones que permiten su práctica concuerdan con la literatura publicada, lo que sugiere que las percepciones sobre la atención materna respetuosa no están limitadas por el contexto o la cultura.

Además, la reducción de la mortalidad materna debe ir siempre acompañada de una cobertura universal para los procedimientos más eficaces (prevención de hemorragias en el postparto como ejemplo de indicador más estudiado) así como de garantías de accesibilidad a una atención de emergencia integral [13, 15]. Dicha accesibilidad está condicionada a que la mujer se sienta atendida en un entorno seguro, que respete sus creencias.

El desarrollo de competencias relacionales, la formación en perspectiva de género y la promoción de una cultura organizacional libre de actitudes machistas son estrategias clave para prevenir la violencia verbal y simbólica en el entorno sanitario. Los marcos de humildad cultural y comunicación centrada en la paciente proporcionan herramientas prácticas para mejorar estas competencias [10, 11].

Impacto biopsicosocial en la salud de la mujer

La salud de la mujer está profundamente influida por factores biopsicosociales que incluyen el rol social, la sobrecarga de cuidados, la menor disponibilidad de tiempo para el autocuidado y la mayor prevalencia de trastornos afectivos y dolor crónico. Estos factores interactúan con las condiciones clínicas, amplificando el impacto de la enfermedad en la calidad de vida.

La escala MADM (Mothers' Autonomy in Decision Making) tiene como objetivo medir la autonomía en la toma de decisiones durante la atención materna. La atención de matronas se asoció con puntuaciones MADM más altas, incluso durante citas prenatales breves, mientras que mujeres atendidas por profesionales socio-sanitarios mostraban con mayor frecuencia su insatisfacción con su participación en la toma de decisiones [4].

Un enfoque humanizado reconoce que la enfermedad no es un fenómeno aislado, sino un proceso integrado en un contexto vital complejo que requiere acompañamiento, empatía y coordinación de recursos sanitarios y sociales. Además, hay que considerar que la formación en competencia cultural se perfila como una estrategia adecuada para mejorar los conocimientos, las actitudes y las habilidades de los profesionales sanitarios. Sin embargo, no hay pruebas suficientes de que mejore la adherencia de las pacientes al tratamiento, los resultados sanitarios y la equidad de los servicios entre los distintos grupos raciales y étnicos [12].

La enfermedad no es un fenómeno aislado, sino un proceso integrado en un contexto vital complejo.

Prevención, promoción y educación para la salud en infancia y adolescencia

La prevención y la educación para la salud son pilares fundamentales de la humanización, especialmente durante la infancia y la adolescencia, etapas clave para el desarrollo de la identidad corporal, la autoestima y los hábitos de autocuidado. En este sentido, el estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) es una de las investigaciones transversales más ambiciosas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que ha hecho una revisión sistemática de la salud y el bienestar en la adolescencia. El informe recoge datos de más de 220.000 jóvenes provenientes de 45 regiones distribuidas entre Europa y Canadá. Su análisis no se limita a la salud física, sino que profundiza en la complejidad del contexto social, examinando cómo las interacciones con la familia, el entorno escolar y los compañeros de edad influyen en el desarrollo de los chicos y chicas de 11, 13 y 15 años.

La prevención y la educación para la salud son pilares fundamentales de la humanización, especialmente durante la infancia y la adolescencia

El estudio integra indicadores específicos sobre la comunicación mediante medios electrónicos y el ciberacoso, reconociendo el impacto crítico que el entorno digital tiene en la salud mental. Además de evaluar comportamientos de salud tradicionales, como la actividad física y la nutrición, incluye conductas de riesgo, como son el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y cannabis) y la violencia escolar. Su análisis permite comparar los resultados según el sexo, la edad y el nivel socioeconómico de las familias, lo que lo convierte en una herramienta esencial para el diseño de políticas públicas de protección juvenil [16, 17].

En este contexto, la evidencia demuestra que los programas escolares de educación en salud sexual y reproductiva se asocian con mejoras en el conocimiento, actitudes y comportamientos preventivos, así como con reducción de conductas de riesgo.
En el estudio cualitativo sobre las preocupaciones de salud y el acceso a la atención médica de los DREAMers latinos se describen las necesidades de salud de los adultos jóvenes que pueden acogerse al programa DACA, Deferred Action for Childhood Arrivals. Estas se centran en los desafíos en salud mental y las numerosas barreras para acceder a la atención sanitaria. Muchos de estos obstáculos se atribuyeron a su estatus de indocumentados y persistieron incluso cuando obtuvieron un estatus legal temporal. Este trabajo proporciona una base para cambios en las políticas basados en evidencia, con el fin de abordar las necesidades de salud en poblaciones migrantes que carecen de permiso de residencia [18].

La OMS y la UNESCO recomiendan estrategias integradas entre sistemas educativos y sanitarios para promover salud física, mental y emocional desde edades tempranas. Así, se plantea la educación integral en sexualidad no solo como un aprendizaje sobre la reproducción, sino como un proceso basado en la experiencia para aprender sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. El objetivo principal del informe de la UNESCO es dotar a niños y jóvenes de conocimientos y habilidades basadas en evidencia para que puedan tomar decisiones informadas, desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas y comprender cómo proteger su salud a lo largo de su vida.

La guía se fundamenta en un enfoque de derechos humanos e igualdad de género, abordando temas que van desde la anatomía y la salud reproductiva hasta la prevención de la violencia de género, el consentimiento y el uso de tecnologías digitales. Al estar basada en evidencia



científica, la orientación demuestra que una educación sexual adecuada no aumenta la actividad sexual, sino que retrasa el inicio de las relaciones y fomenta comportamientos más seguros y responsables [16, 19].

Estas intervenciones deben incluir contenidos sobre igualdad de género, prevención de la violencia, gestión emocional y acceso a recursos sanitarios, favoreciendo el empoderamiento de niñas y adolescentes como agentes activos de su propia salud. Los modelos de salud comunitaria y trabajo intersectorial resultan especialmente efectivos para reducir desigualdades estructurales a largo plazo.

En este contexto, el informe Out in the Open: Education for Health de la UNESCO redefine la seguridad escolar mediante un modelo de salud comunitaria integral que trasciende la respuesta médica individual para centrarse en el entorno social del estudiante. Este enfoque, denominado whole-school approach, propone que la salud y el bienestar de los jóvenes dependen de la generación de redes de apoyo sólidas que involucren activamente a familias, servicios sanitarios locales y organizaciones de la sociedad civil, y que la escuela se convierta en un entorno preventivo. La prevención primaria no debe limitarse a reaccionar ante la violencia, sino a modificar las normas sociales estigmatizantes que afectan la salud mental y física de la población estudiantil, garantizando que el entorno educativo funcione como un determinante de salud positivo y participativo.

En este proceso, el informe identifica el sesgo de género estructural como las causas fundamentales de la exclusión y la mala salud en las aulas. Se apuesta por eliminar estos sesgos mediante una educación integral con una perspectiva interseccional, donde se reconozca que el género y la identidad influyen directamente en el acceso a la salud. De esta forma, las instituciones podrán construir un modelo adecuado equitativo, inclusivo y que proteja a todos los menores [20].

Aspectos diferenciadores de género

Las diferencias de género influyen en la expresión de síntomas, la vivencia del dolor, la percepción del riesgo y el acceso a diagnósticos y tratamientos. Las mujeres presentan mayor riesgo de diagnósticos tardíos en enfermedades cardiovasculares, autoinmunes y trastornos de dolor crónico, así como mayor probabilidad de que sus síntomas sean atribuidos a causas emocionales.

La incorporación de la perspectiva de género en la humanización sanitaria implica reconocer que hombres y mujeres no solo presentan diferencias biológicas, sino que transitan por el sistema de salud bajo condicionantes sociales y sesgos que afectan su diagnóstico y tratamiento. Para abordar estas diferencias de manera efectiva, es necesario actuar en diferentes aspectos.

Se debe combatir el sesgo de género en la práctica clínica

En primer lugar, se debe combatir el sesgo de género en la práctica clínica, el cual suele manifestarse en la invisibilización de la sintomatología femenina en patologías tradicionalmente estudiadas desde un patrón meramente masculino, como las enfermedades cardiovasculares. Humanizar bajo esta premisa significa formar a los profesionales para que identifiquen cómo el género influye en la expresión del dolor y en el cumplimiento de los tratamientos, evitando la tendencia histórica a psicopatologizar los síntomas físicos en las mujeres.

Además, el modelo debe considerar los determinantes sociales de la salud, reconociendo que las mujeres suelen asumir mayoritariamente el rol de cuidadoras informales, lo que genera una doble carga que impacta en su propio autocuidado y su salud mental. Una atención humanizada debe adaptar los procesos asistenciales y la accesibilidad horaria a estas realidades, garantizando que el sistema no penalice a quienes sostienen los cuidados en el ámbito doméstico.

Finalmente, con la perspectiva transversal es necesario que la comunicación y el trato sean equitativos pero diferenciados cuando la evidencia lo requiera. Esto implica prestar atención desde la recogida de datos desagregados por sexo para una mejor investigación hasta la generación de espacios que respeten la privacidad y las necesidades específicas de salud reproductiva y preventiva. Al integrar dichas diferencias, la humanización deja de ser un concepto genérico para convertirse en una herramienta de precisión que garantiza que cada persona reciba una atención ajustada a su realidad biológica y social [1].

En este contexto se puede situar el índice MOR (Mothers on Respect) con el que se consigue una medición de la calidad, la seguridad y los derechos humanos en el parto. El índice MOR puede ayudar a los profesionales sanitarios y a las autoridades sanitarias a evaluar el impacto psicosocial de los procesos de consentimiento informado y las percepciones de las pacientes sobre la discriminación y el maltrato. Las puntuaciones del MOR podrían utilizarse como indicador concreto para informar las iniciativas de mejora de la calidad institucional y la reforma de las políticas de los sistemas de salud.

Reconocer estas diferencias de género es esencial para garantizar equidad clínica y evitar la reproducción de sesgos diagnósticos.

El índice MOR también lo pueden utilizar las pacientes para evaluar las interacciones que tienen con sus profesionales de la salud y por los profesionales socio-sanitarios que desean involucrar a las pacientes en la mejora continua de la calidad en sus entornos diarios. La aplicación de este nuevo indicador de calidad y seguridad puede mejorar el acceso a un modelo de atención materna que prioriza la atención basada en las relaciones y centrada en la persona [3].

Reconocer estas diferencias de género es esencial para garantizar equidad clínica y evitar la reproducción de sesgos diagnósticos. La humanización implica integrar la perspectiva de género en guías clínicas, investigación y formación profesional.

Tratamientos y abordaje clínico desde la humanización

La atención humanizada requiere información comprensible, respeto a las decisiones de la paciente, planes terapéuticos realistas acordes con su contexto vital y acompañamiento emocional en procesos complejos. La integración de equipos multidisciplinares, que incluyan psicología clínica y trabajo social, permite abordar de forma más completa las necesidades biopsicosociales de las mujeres.

Según un estudio centrado en evaluar las intervenciones para mejorar la competencia cultural de los profesionales de la salud, la formación en dicha competencia se perfila como una estrategia prometedora para mejorar los conocimientos, las actitudes y las habilidades de los profesionales sanitarios. Sin embargo, no hay pruebas suficientes de que mejore la adherencia de las pacientes, los resultados sanitarios y la equidad de los servicios entre los distintos grupos raciales y étnicos [11, 12].

Evitar tratamientos estandarizados que no consideren el contexto vital, cultural y familiar es fundamental para mejorar adherencia y resultados en salud. La participación activa de la mujer en la toma de decisiones se asocia con mayor satisfacción y mejor evolución clínica.



Evitar tratamientos es fundamental para mejorar adherencia y resultados en salud.

Para mejorar la comunicación centrada en el paciente se deben tener en cuenta distintos aspectos, entre los que figura la validación de la perspectiva; no solo se trata de escuchar, sino de comprender y legitimar las preocupaciones, sentimientos y expectativas de la paciente; la contextualización individual, para entender a la paciente más allá de su diagnóstico, considerando su entorno social y su estado psicológico personal; la comprensión compartida, con el fin de lograr que tanto el médico como la paciente estén en la línea con respecto al problema de salud y el camino a seguir; y el empoderamiento y participación, para que se pueda redistribuir el poder de decisión, ofreciendo a la paciente una participación significativa en las opciones que afectan su salud.

Y es que la comunicación terapéutica es una habilidad activa. No basta con intercambiar información; se necesita que tanto el clínico como la paciente tengan la capacidad y el compromiso de ajustar su comportamiento para lograr los objetivos del cuidado centrado en la persona.

Para que la comunicación contribuya a la curación y a la reducción del sufrimiento, los médicos, las pacientes y sus familias deben tener la capacidad de adoptar comportamientos comunicativos que favorezcan los objetivos de la atención centrada en la persona. A nivel individual, los clínicos y las pacientes se comunicarán de manera competente. Por eso, deben tener el conocimiento, la comprensión y la autoconciencia necesarios para comunicarse con eficacia. Además, es importante contar con una habilidades perceptivas y lingüísticas adecuadas para generar conductas comunicativas eficaces y adaptarlas según sea necesario.

La capacidad de generar una comunicación centrada en el paciente también depende de dos tipos de habilidades: conductuales y perceptivas. Algunas conductas del médico pueden considerarse centradas en el paciente, dado que las investigaciones demuestran que suelen correlacionarse con la satisfacción del paciente, el cumplimiento del tratamiento y mejores resultados de salud.

Sin embargo, algunas comunicaciones, sobre todo del ámbito no verbal, son directamente una función del estado motivacional y la orientación que se tiene hacia el paciente. Otras conductas pueden requerir más esfuerzo cognitivo, especialmente si no forman parte del estilo comunicativo del clínico, como evitar interrumpir al paciente al inicio de la consulta. Incluso otras conductas pueden ser bastante novedosas para los clínicos, como explicar los procesos de la enfermedad en un lenguaje cotidiano, y puede ser necesario un entrenamiento y práctica considerables antes de que estas conductas puedan llevarse a cabo con eficacia.

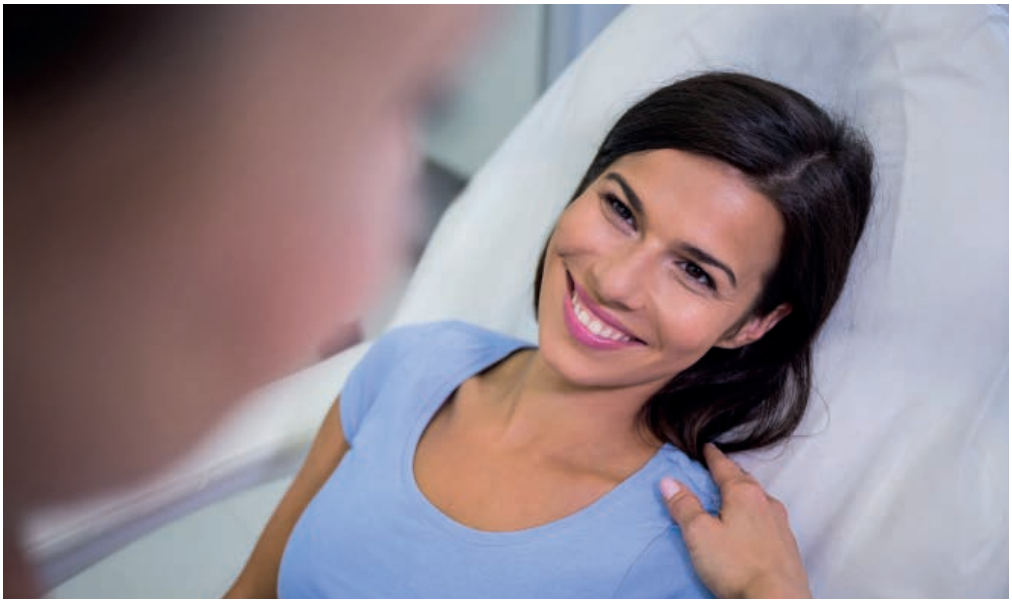
Desde la perspectiva de la comunicación, los clínicos más eficaces son los que tienen un estilo de comunicación centrado en el paciente y lo utilizan de forma constante en sus consultas. Las investigaciones muestran que ciertos profesionales socio-sanitarios proporcionan rutinariamente más información, fomentan la colaboración, utilizan una comunicación de apoyo y están más dispuestos a abordar temas psicosociales. Este estilo surge de la socialización, la experiencia con grupos específicos (como niños o ancianos), la formación médica y la propia filosofía de atención.

Los clínicos también deben poseer habilidades de observación y un nivel adecuado de autoconciencia. La falta de estas habilidades puede conducir a sesgos no analizados, errores

por descuido y confusión entre las necesidades emocionales del paciente y las del propio médico. Un clínico centrado en el paciente monitorea la dinámica de la interacción y es consciente de las diferencias entre su modelo explicativo de la salud y el del paciente.

El análisis sobre la comunicación clínica revela que las características demográficas, con un énfasis particular en el género, condicionan profundamente la dinámica de la consulta médica. En el caso de las mujeres, las investigaciones identifican un patrón distintivo donde los profesionales suelen priorizar un enfoque psicosocial, profundizando más en sentimientos y relaciones que cuando tratan con hombres. Esta tendencia plantea un interrogante: determinar si este trato responde a una necesidad real de la paciente o si es el resultado de un sesgo de género por parte del médico, quien podría asumir erróneamente que la mujer es intrínsecamente más emocional. Este enfoque conlleva, además, el riesgo de una disparidad en la información, ya que, al centrarse excesivamente en el plano afectivo, se podría descuidar la consideración de datos técnicos o educativos que son esenciales para el manejo de la enfermedad.

Por otro lado, la capacidad de respuesta y adaptación del paciente no es una cualidad estática, sino que fluctúa según su estado emocional y el nivel de distrés. En escenarios de relativa calma, las pacientes suelen mostrarse asertivos, capaces de cuestionar y colaborar activamente en su tratamiento. Sin embargo, ante situaciones de crisis clínica, caracterizadas por un dolor físico intenso o una ansiedad desbordante, la capacidad cognitiva se satura. En este punto crítico, el paciente pierde su facultad de adaptarse a las exigencias de la interacción, lo que obliga al clínico a modificar su estilo comunicativo para compensar esa carga emocional y asegurar que el cuidado siga siendo efectivo a pesar del colapso comunicativo del paciente [11].



Limitaciones estructurales y consecuencias en la calidad de vida

Las barreras para una atención humanizada incluyen sobrecarga asistencial, falta de tiempo por consulta, sesgos de género no identificados, insuficiente formación en comunicación clínica y protocolos poco sensibles a la diversidad de experiencias femeninas.

Según los informes de Fundación HUMANS, las políticas sanitarias se definen como la combinación de principios y medidas orientadas a alcanzar un objetivo concreto. En el ámbito de la salud, esta meta no es otra que garantizar el acceso universal a la protección y asistencia médica, un derecho que cobró fuerza tras la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 en París. Este compromiso se ratificó y expandió mediante diversos pactos internacionales sobre derechos sociales y culturales, estableciendo la salud como un pilar inamovible de la dignidad humana global.

Lograr este propósito exige que cualquier intervención médica considere la naturaleza humana; es decir, la forma en que cada individuo experimenta y procesa su padecimiento. Es necesario incluir la perspectiva de género y tener en cuenta las necesidades de las mujeres. Por eso, el valor fundamental de una política de salud reside en la inteligencia emocional y la sensibilidad de quienes brindan dicha atención. Más allá de las normas rígidas o los protocolos administrativos, deben prevalecer valores como la solidaridad y la empatía, asegurando siempre el respeto a la privacidad, la independencia y la dignidad de la paciente.

El cumplimiento de estas garantías recae principalmente en el personal sanitario. Son ellos quienes, en el trato directo, deben gestionar la vulnerabilidad y el temor que la enfermedad genera en las personas y sus familias. Esta dimensión ética no es opcional: constituye la base de la bioética y se refleja explícitamente en los códigos deontológicos que rigen las profesiones de la salud [5].

Infraestructuras, dignidad y privacidad

La humanización no depende únicamente de las actitudes profesionales, sino también de las condiciones físicas y organizativas de los centros sanitarios. El diseño arquitectónico y los circuitos asistenciales influyen directamente en la percepción de privacidad, dignidad y seguridad del paciente.

El estado del conocimiento sobre el diseño de entornos sanitarios basado en la evidencia ha crecido rápidamente en los últimos años. Los datos disponibles indican que los entornos físicos bien diseñados desempeñan un papel fundamental para lograr que los hospitales sean más seguros y propicios para la curación de las pacientes, además de mejores lugares de trabajo para el personal. Por eso, es necesario mejorar los resultados mediante una serie de características o intervenciones de diseño que incluyen habitaciones individuales, en lugar de compartidas; sistemas de ventilación eficaces; un entorno acústico adecuado; distracciones naturales y luz solar; iluminación apropiada; un mejor diseño ergonómico; habitaciones adaptables a la agudeza del paciente y una mejor distribución de las plantas y entornos de trabajo.

Por su parte, el estudio The impact of the physical environment on patients' perceptions of care sostiene que la infraestructura hospitalaria no es un marco neutro, sino un factor determinante en la experiencia terapéutica y en la evaluación que el paciente hace de la calidad médica. La investigación demuestra que los usuarios interpretan el estado del entorno físico, incluyendo la limpieza, la iluminación y el mobiliario, como un indicador directo de la competencia del personal clínico, asociando un espacio bien diseñado con una atención de mayor nivel. En dicho estudio se observó que la reducción de estresores ambientales, como el ruido excesivo y la falta de luz natural, influye positivamente en el estado de ánimo y en la recuperación física de las pacientes.

En este contexto destaca la transición hacia habitaciones individuales, que mejora la sensación de privacidad y dignidad, facilitando una comunicación más honesta con el médico y permitiendo un apoyo familiar más constante.

El diseño físico también juega un papel crucial en la autonomía del paciente; la facilidad para orientarse dentro del edificio y la capacidad de controlar elementos básicos, como la temperatura o la iluminación, reducen la sensación de indefensión cuando está ingresado.

Además, integrar elementos de la naturaleza y cuidar la estética del entorno no solo humaniza la asistencia, sino que optimiza los resultados de salud al disminuir la ansiedad y aumentar la confianza del paciente en el sistema sanitario [21, 22].

También hay que tener en cuenta la protección de la información personal y su espacio físico durante la atención médica. La privacidad no es un concepto unidimensional, sino que se divide principalmente en dos vertientes: la privacidad física (el cuerpo y el entorno) y la privacidad informativa (el manejo de datos y conversaciones confidenciales). La percepción de una privacidad adecuada es un pilar fundamental para construir confianza entre el paciente y los profesionales sanitarios, ya que cuando un paciente siente que su intimidad está protegida, tiende a ser más honesto en su historial clínico y muestra un mayor compromiso con el tratamiento.



No obstante, en la mayor parte de las situaciones, los fallos en la privacidad suelen ocurrir de manera involuntaria debido al diseño de los centros, como el uso de cortinas en lugar de paredes sólidas, lo que permite que conversaciones sensibles sean escuchadas por terceros. Esta vulnerabilidad genera incomodidad y puede llevar al paciente a omitir detalles relevantes por miedo a ser escuchado. Además, las pacientes asocian el respeto a su privacidad con su dignidad humana, y cualquier brecha percibida, ya sea por comentarios inapropiados del personal o por un entorno físico expuesto, afecta directamente su satisfacción global y su intención de volver a utilizar los servicios de ese centro de salud [23, 24].

Estudios cualitativos muestran que la falta de espacios adecuados para la intimidad durante exploraciones y procedimientos genera incomodidad, vergüenza y disminuye la disposición a expresar síntomas sensibles, especialmente en contextos ginecológicos y obstétricos.

Las matronas definen el cuidado respetuoso no solo como un protocolo clínico, sino como una interacción humana basada en la dignidad, el saludo amable y el uso del nombre de la paciente. Conceptualizan este cuidado como un pilar ético que va más allá de la competencia técnica, enfocándose en la dignidad, en el consentimiento informado y en la protección de la privacidad de la mujer. Sin embargo, existe una tensión constante, ya que, aunque las matronas desean ofrecer una atención humanizada se enfrentan a barreras sistémicas, como es la falta de recursos, la carga excesiva de trabajo y entornos hospitalarios que priorizan la eficiencia sobre la empatía. Esta brecha entre el ideal ético y la realidad práctica genera angustia moral en los profesionales.

El cuidado respetuoso no puede recaer únicamente en la voluntad individual de la matrona, sino que requiere cambios estructurales en los sistemas de salud que promuevan condiciones laborales dignas y una cultura organizacional que respalde los derechos humanos tanto de las pacientes como del personal sanitario [25].

La OMS subraya que la organización de los servicios y la accesibilidad forman parte de la calidad del sistema sanitario y condicionan la equidad en la atención. En el informe sobre la salud en el Mundo 2010, se sitúa la equidad como el eje central de la cobertura sanitaria universal e indica que el acceso a los servicios de salud debe basarse en la necesidad y no en la capacidad de pago. Para que esta equidad sea factible, la OMS propone trabajar sobre tres dimensiones: ampliar la base de personas cubiertas en la asistencia sanitaria para incluir a grupos que no tienen cobertura, diversificar los servicios esenciales disponibles y reducir los gastos que repercuten directamente en los usuarios. También hace hincapié en trabajar para lucha contra la ineficiencia, donde se pierde hasta un 40% de los recursos. Este porcentaje ayudaría a ampliar la cobertura a quienes están excluidos. En última instancia, la equidad en la atención se presenta no solo como una meta sanitaria, sino como un motor de desarrollo que protege los derechos humanos y garantiza que la salud sea un puente hacia la prosperidad y no un camino hacia la ruina económica. Aunque la situación del sistema sanitario español garantiza la asistencia universal, es importante conocer la cobertura sanitaria en otros puntos, aunque sean más lejanos geográficamente [26].

La OMS subraya que la organización de los servicios y la accesibilidad forman parte de la calidad del sistema sanitario

Los informes de Fundación HUMANS identifican déficits estructurales y organizativos que afectan la experiencia del paciente y recomiendan revisar infraestructuras desde criterios de intimidad y respeto.

Concretamente, el informe de dicha fundación de 2017 lleva a cabo un diagnóstico crítico sobre cómo el entorno físico y la organización del sistema sanitario español pueden deshumanizar la atención. A diferencia de otros análisis puramente clínicos, pone el foco en que la estructura del hospital a menudo responde más a la logística institucional que a las necesidades personales del paciente y su familia.

La experiencia del paciente se ve deteriorada por entornos que generan estrés y pérdida de control, que aparecen por la masificación y la falta de espacios privados, donde persisten las habitaciones compartidas y salas de espera saturadas, que hacen complicado que se pueda mantener la confidencialidad necesaria.

Los espacios están diseñados para la eficiencia del flujo de personal, no para el confort emocional. A esto hay que sumar el ruido y la contaminación lumínica, que generan entornos hostiles que impiden el descanso reparador y la tranquilidad necesaria durante los procesos que se prolongan en el tiempo. Además, la señalética deficiente y la rigidez organizativa en horarios dictados por conveniencia laboral ignoran los ritmos personales, lo que aumenta la vulnerabilidad del paciente y su familia.

Por eso, en el informe se recomienda una transición hacia una arquitectura humanizada, bajo criterios de intimidad y respeto. En este sentido, es necesario que el diseño garantice espacios de confidencialidad para compartir la información clínica en privado, abogando por la habitación individual como estándar para proteger la privacidad y el duelo.

Este tipo de infraestructuras denominadas en muchos medios "arquitectura de la maternidad" orientan su diseño y planificación de los espacios a la atención de la mujer embarazada, el parto, el recién nacido y su familia. Este tipo de arquitectura busca crear ambientes que sean seguros, funcionales, humanizados y emocionalmente acogedores. En líneas generales deben ser espacios amables mediante el uso de luz natural, materiales que absorban el ruido y áreas terapéuticas adecuadas. También sería recomendable contar con un mobiliario ergonómico para el acompañante y permitir que el paciente tenga control sobre su entorno inmediato, como la luz o la temperatura, de esta forma, se sentiría más en casa y con menos sensación de estar ingresado en un hospital. Una arquitectura de maternidad bien planificada y humanizada no solo mejora la eficiencia hospitalaria, sino que transforma la experiencia del parto en un proceso más digno, seguro y emocionalmente positivo para las mujeres. Estos resultados son más importantes si cabe en situaciones de duelo perinatal en aras de disminuir el impacto negativo de la experiencia sobre las familias [27, 28, 29].

Por eso, la estructura física de los hospitales no es neutra y debe convertirse en un aliado en el proceso de curación [5].



Propuestas para avanzar en la humanización de la asistencia sanitaria en la mujer

Avanzar hacia una atención verdaderamente humanizada en la salud de la mujer requiere intervenciones coordinadas en varios niveles: profesional, organizativo, estructural y comunitario. No basta con apelar a la buena voluntad individual de los profesionales, sino que es necesario promover cambios sistémicos sostenidos en el tiempo.

1. Formación obligatoria en perspectiva de género, competencia cultural y comunicación clínica

La formación continuada de los profesionales sanitarios debe incorporar de forma estructural contenidos sobre sesgos de género, comunicación centrada en la paciente, diversidad cultural y detección de desigualdades. La evidencia demuestra que las intervenciones educativas bien diseñadas mejoran las actitudes profesionales, la calidad de la comunicación y la satisfacción de las pacientes.

Para avanzar en este sentido es necesario integrar la formación obligatoria en comunicación clínica y competencia cultural para garantizar una atención que responda a las necesidades reales de una población diversa. La comunicación centrada en el paciente no es una habilidad accesoria, sino una herramienta terapéutica que permite construir una comprensión compartida y facilitar la toma de decisiones de una manera adecuada e informada.

La comunicación centrada en el paciente no es una habilidad accesoria, sino una herramienta terapéutica

Este enfoque exige que el profesional sea capaz conocer y entender las dimensiones biopsicosociales del paciente, incluyendo la perspectiva de género, para mitigar sesgos implícitos que pueden comprometer el diagnóstico o la adherencia al tratamiento. Al formalizar esta formación, se asegura que el profesional pueda gestionar las funciones clave de la comunicación, como el apoyo emocional y el intercambio de información, dentro de un marco de respeto y autonomía.

Se ha comprobado que las intervenciones educativas en competencia cultural mejoran significativamente los conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales sanitarios, lo que tiene un impacto positivo en la satisfacción del paciente. La formación obligatoria en esta área no solo aborda las barreras idiomáticas, sino que profundiza en la capacidad de los clínicos para interactuar con humildad cultural frente a diversas situaciones a las que se enfrenta cada día. De esta forma, se logran reducir las disparidades en salud, transformando la atención en un proceso inclusivo donde se tienen en cuenta las diferencias de sexo para asegurar un cuidado seguro y efectivo [11, 12].

El informe Situación de la humanización de la atención sanitaria en España 2023–2024 de Fundación HUMANS identifica la formación en habilidades relacionales y humanización como una de las principales áreas de mejora del sistema sanitario español, recomendando su integración en los planes formativos institucionales y en los programas de desarrollo profesional continuo. Uno de los déficits más críticos es la brecha entre la alta capacitación técnica de los profesionales y su preparación en competencias transversales como la empatía, la escucha activa y la gestión de la vulnerabilidad. Aunque existe una creciente sensibilización, estas habilidades suelen adquirirse de forma voluntaria o autodidacta, lo que genera una heterogeneidad que afecta directamente la calidad percibida de la asistencia y la seguridad del paciente.

Para corregir esta situación, se recomienda formalizar e institucionalizar esta formación mediante su integración obligatoria en los planes de desarrollo profesional continuado, lo que implica que la humanización no debe tratarse como una formación aislada, sino como una competencia evaluable y curricular. Así, la capacitación debe enfocarse en herramientas de comunicación para situaciones difíciles, el manejo del estrés de los profesionales, con el

objetivo de prevenir el burnout, y la capacidad de diseñar el plan asistencial con el paciente. Solo mediante una formación reglada y apoyada por las instituciones se podrá transformar la cultura organizacional hacia un modelo donde la técnica y la calidez humana sean inseparables [4].

2. Protocolos clínicos sensibles al ciclo vital femenino y a la diversidad cultural

Los protocolos asistenciales deben adaptarse al ciclo vital de la mujer e incorporar recomendaciones específicas para etapas como la adolescencia, el embarazo, el posparto, la menopausia y la vejez. Asimismo, deben contemplar adaptaciones culturales y lingüísticas que faciliten el acceso y la comprensión de la información sanitaria por parte de mujeres migrantes o pertenecientes a minorías étnicas.

Y es que la salud no puede desvincularse del contexto cultural, ya que las percepciones sobre procesos como la menopausia, el posparto o la vejez están profundamente mediadas por normas sociales y valores comunitarios. Un sistema de salud equitativo debe, por tanto, diseñar itinerarios clínicos que no solo atiendan las necesidades fisiológicas de la adolescencia o el embarazo, sino que reconozcan cómo la cultura moldea la expresión del malestar y las expectativas de cuidado. Ignorar estas variables estructurales y culturales en el diseño de protocolos de salud de la mujer contribuye al aumento de barreras invisibles que tienen que soportar las pacientes de los servicios de salud.



La eficacia de protocolos específicos para la mujer depende de múltiples factores a considerar en un mundo cada vez más globalizado. Para las mujeres migrantes o pertenecientes a minorías étnicas, el acceso a la salud se ve obstaculizado cuando la información sanitaria no contempla adaptaciones lingüísticas o ignora sus marcos de referencia.

La integración de recomendaciones específicas debe ir acompañada de una comunicación que valide las necesidades de la paciente, sin olvidar que las adaptaciones culturales no sean meras traducciones, sino diálogos que faciliten una verdadera comprensión. Solo mediante protocolos que reconozcan la intersección entre la etapa biológica, el sexo y la herencia cultural se podrá garantizar una atención sanitaria que sea, a la vez, técnica y respetuosa con las necesidades de la mujer [6, 10].

La inclusión de mediación intercultural, materiales informativos multilingües y circuitos asistenciales flexibles contribuye a reducir barreras de acceso y a mejorar la adherencia terapéutica, especialmente en atención primaria y salud sexual y reproductiva.

3. Reorganización de tiempos asistenciales y continuidad profesional

La sobrecarga asistencial y la escasez de tiempo por consulta constituyen una de las principales barreras para la humanización. La literatura muestra que la percepción de ser escuchada y disponer de tiempo suficiente para expresar preocupaciones se asocia con mayor satisfacción, mejor comprensión del tratamiento y mayor adherencia.

La comunicación centrada en el paciente es un proceso complejo que requiere tiempo para el que se pueda intercambiar toda la información necesaria, para que el profesional pueda descifrar la expresión de emociones y para poder construir una relación de confianza. Cuando la sobrecarga asistencial es patente, el médico se ve forzado a priorizar los aspectos puramente biomédicos y recoger datos técnicos, dejando a un lado las cuestiones psicológicas y sociales. Esta falta de tiempo actúa como una barrera estructural que impide al profesional explorar las preocupaciones del paciente, lo que a menudo resulta en una atención fragmentada y deshumanizada donde la persona se puede sentir como un número más en una lista de espera.

La falta de tiempo limita la posibilidad de realizar una toma de decisiones compartida.

Pero la presión asistencial no solo afecta al paciente, sino que tiene un efecto perjudicial en la capacidad del médico poder prestar la atención necesaria con empatía. La falta de tiempo limita la posibilidad de realizar una toma de decisiones compartida, ya que este proceso exige explicar opciones, verificar la comprensión y delimitar los tratamientos a las necesidades del paciente. Al no disponer de ese tiempo, disminuye la satisfacción de ambas partes, que se traduce en un modelo de atención ineficiente. Pero la humanización no puede sostenerse únicamente en la voluntad del personal sanitario si las condiciones organizativas no garantizan un entorno donde la calidad del encuentro prime sobre la velocidad de la consulta [11].

El informe de Fundación HUMANS (2023–2024) señala de forma reiterada que la falta de tiempo es uno de los factores más mencionados por pacientes y profesionales como obstáculo para una atención centrada en la persona, proponiendo modelos organizativos que favorezcan la longitudinalidad y la estabilidad de los equipos asistenciales.

La escasez de tiempo es una barrera transversal que compromete la calidad tanto para quienes reciben la atención sanitaria como para quienes la prestan. Para las pacientes, la brevedad de las consultas se traduce en una sensación de invisibilidad y en la percepción de que sus preocupaciones emocionales o sociales son ignoradas y su médico se centra solo en los síntomas que presentan y que son motivo de consulta. Por su parte, los profesionales se

quejan que la presión asistencial y las agendas diarias actúan como un impedimento para poder aplicar habilidades de comunicación esenciales, como son la escucha activa o la toma de decisiones compartida. Esta falta de tiempo para el cuidado no solo genera insatisfacción, sino que cronifica un modelo de atención que se aleja de la personalización y del respeto a la dignidad de la persona [4].



4. Integración real de equipos multidisciplinares y apoyo psicosocial

La complejidad biopsicosocial de muchos procesos de salud en la mujer exige la participación activa de psicología clínica, trabajo social, enfermería comunitaria y, cuando sea necesario, mediadores culturales. Esta integración permite abordar no solo el componente biomédico, sino también los determinantes sociales, emocionales y familiares que influyen en la evolución clínica.

La atención a la salud de la mujer requiere un modelo transdisciplinar y multidisciplinar que reconozca que los procesos biológicos están intrínsecamente ligados a factores del entorno. Hay que prestar especial atención a las transiciones críticas que se producen a lo largo de la vida, como es la adolescencia, donde el bienestar no depende únicamente de la intervención médica, sino de un soporte integral que incluya la educación, el apoyo emocional y la protección social.

La complejidad de estos procesos exige un trabajo coordinado en el que participe enfermería, psicología clínica y, en los casos necesarios, asistente social y colaboren para hacer frente a los riesgos que van más allá de los aspectos médicos y abarquen cuestiones relativas a la exclusión social o la falta de redes de apoyo, los cuales son determinantes en la evolución clínica a largo plazo.

Para que esta integración sea efectiva en sociedades cada vez más diversas, es imprescindible incorporar la competencia cultural para poder decodificar los determinantes sociales y familiares que, a menudo, son invisibles. Al abordar las barreras lingüísticas y los diferentes marcos de valores, el equipo multidisciplinar puede ofrecer un cuidado que no solo trate la

enfermedad, sino que se fije en la realidad que vive en esos momentos la mujer, garantizando así una mayor adherencia y una humanización real del proceso asistencial [12, 17].

También hay que considerar que el acompañamiento emocional resulta especialmente relevante en los procesos que puede vivir una mujer, como es la infertilidad, el duelo perinatal, las enfermedades oncológicas y el dolor crónico, donde la carga psicológica puede ser tan determinante como la patología orgánica.



5. Refuerzo de la prevención y educación para la salud desde el ámbito comunitario

La promoción de la salud debe concebirse como una estrategia longitudinal que comienza en la infancia y la adolescencia. La coordinación entre sistema sanitario, centros educativos y comunidad local permite desarrollar programas de educación en salud sexual, bienestar emocional, igualdad de género y prevención de la violencia con impacto sostenido en el tiempo.

La promoción de la salud concebida como una estrategia longitudinal es fundamental para garantizar un desarrollo saludable desde las etapas más tempranas. Según el informe Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) International Report 2018, de la OMS Europa, los comportamientos y hábitos adquiridos durante la infancia y la adolescencia son determinantes para la salud en la vida adulta. La coordinación entre el sistema sanitario y el entorno escolar permite monitorizar indicadores clave como el bienestar emocional y los estilos de vida, lo que facilita plantear y establecer intervenciones de prevención antes de que los riesgos se cronifiquen. Este enfoque reconoce que la salud no ocurre de forma aislada, sino que se construye a través de la interacción constante entre el joven y su comunidad, donde la escuela actúa como un nodo estratégico para la detección temprana y el apoyo continuo [16].



Así, la educación para la salud dentro del sistema educativo es una herramienta poderosa para promover la igualdad de género y prevenir la violencia. Al integrar programas que aborden la salud sexual y el bienestar emocional de manera transversal, facilita las herramientas necesarias para que los estudiantes puedan tomar decisiones informadas y desarrollar relaciones basadas en el respeto. Una estrategia de promoción de la salud longitudinal transforma el entorno escolar en un espacio protector que sienta las bases para una atención adecuada, equitativa y resiliente [20].

En definitiva, las recomendaciones de la OMS y la UNESCO subrayan la necesidad de enfoques integrales de escuela promotora de salud, donde los contenidos curriculares se acompañen de entornos seguros, participación familiar y acceso a servicios sanitarios amigables para adolescentes.

6. Revisión de infraestructuras y circuitos asistenciales desde criterios de dignidad

La humanización requiere también una revisión del diseño físico y organizativo de los centros sanitarios. Espacios que garanticen privacidad para el desvestido, exploraciones íntimas y comunicación de información sensible son indispensables para preservar la dignidad de las mujeres, especialmente en áreas como Ginecología, Obstetricia y Oncología.

Ya hemos comentado que el diseño físico de los centros sanitarios no es un elemento meramente estético, sino un componente crítico que influye en los resultados clínicos y en la seguridad del paciente. El diseño basado en la evidencia demuestra que entornos que minimizan el ruido y maximizan el acceso a la luz natural y a la privacidad reducen significativamente el estrés y la ansiedad. En zonas como Ginecología y Obstetricia, esta privacidad se debe cuidar más con espacios que garanticen que las exploraciones íntimas y el desvestido ocurran en entornos protegidos de interrupciones. Un diseño arquitectónico consciente actúa como un recurso terapéutico que mitiga la sensación de exposición y pérdida de control, factores que son esenciales para preservar la dignidad y el bienestar emocional de la mujer durante el proceso asistencial [21].

La confidencialidad no solo se refiere al manejo de datos, sino a la protección del espacio físico donde se comunica información sensible. En Oncología y Salud Reproductiva, la falta de salas de entrevista privadas o de barreras visuales y acústicas adecuadas es un hecho que se percibe de forma negativa por parte de las pacientes. Las recomendaciones sugieren que los centros deben ser diseñados con criterios de intimidad percibida, asegurando que cada interacción clínica respete el derecho de la mujer a ser tratada en un entorno que salvaguarde su integridad física y psicológica. Esta revisión de las infraestructuras es, por tanto, un requisito indispensable para que la humanización pase de ser un concepto teórico a una realidad arquitectónica y funcional (24).

El informe de la Fundación HUMANS identifica déficits en infraestructuras y circuitos asistenciales que comprometen la experiencia del paciente y recomienda incorporar la perspectiva de humanización en los planes de diseño y reforma de centros sanitarios. Las infraestructuras actuales y los circuitos asistenciales rígidos constituyen barreras críticas que afectan a las pacientes, sobre todo por la falta de espacios para la privacidad, salas de espera masificadas y una señalética confusa que aumenta la desorientación y el estrés.

Ante esta realidad, es necesario incorporar la perspectiva de la humanización desde las fases iniciales de planificación, diseño y reforma de los centros sanitarios. No se trata solo de una mejora estética, sino de una transformación funcional que priorice el confort térmico y acústico, la luz natural y el diseño de áreas de comunicación privada, asegurando que el entorno físico ayude en el proceso asistencial [4].

La disponibilidad de datos específicos permite identificar barreras lingüísticas, administrativas o culturales que a menudo son ignoradas en las evaluaciones generales.

7. Evaluación sistemática desde la perspectiva de género e interseccionalidad

Las políticas sanitarias y los programas de humanización deben ser evaluados mediante indicadores sensibles al género y a la diversidad social. La recogida sistemática de datos desagregados por sexo, origen, nivel socioeconómico y otras variables relevantes permite identificar brechas, monitorizar avances y orientar decisiones basadas en evidencia.

La evaluación de las políticas de humanización requiere un enfoque que supere el análisis de promedios poblacionales para adoptar una perspectiva de interseccionalidad. La salud está moldeada por la interacción de múltiples elementos. Por eso, es necesario que los indicadores de evaluación sean sensibles a una serie de factores, como el género, el nivel socioeconómico y el origen étnico, que se entrelazan en una atención diferenciada. Sin una recogida sistemática de datos, las desigualdades estructurales permanecen invisibles, lo que impide que los programas de humanización alcancen a los grupos más vulnerables. La evidencia sugiere que solo mediante el análisis de estas variables cruzadas se pueden diseñar intervenciones que no sean humanizadas en la teoría, sino equitativas en su impacto real [7].

En este sentido, es necesario monitorizar las brechas de acceso entre poblaciones migrantes y nativas como un indicador de la calidad del sistema sanitario. La disponibilidad de datos específicos permite identificar barreras lingüísticas, administrativas o culturales que a menudo son ignoradas en las evaluaciones generales.

Al orientar las decisiones basadas en evidencia desagregada, los gestores sanitarios pueden transformar los programas de humanización para asegurar la mejora de la asistencia donde haya una reducción efectiva de las inequidades. En este sentido, la evaluación no es solo un ejercicio administrativo, sino un imperativo ético para garantizar que la atención centrada en la persona incluya a todas las personas [9].

La evaluación es solo un imperativo ético para garantizar que la atención centrada en la persona incluya a todas las personas [9].

Sin evaluación estructurada, las estrategias de humanización corren el riesgo de quedar limitadas a iniciativas aisladas sin impacto sostenible.

Conclusiones

La humanización de la asistencia sanitaria en la mujer no puede entenderse como un complemento opcional de la calidad asistencial, sino como un componente estructural de la seguridad clínica, la equidad y la eficacia del sistema sanitario. Las desigualdades de género, los determinantes sociales y la diversidad cultural influyen de manera decisiva en la experiencia de la enfermedad, el acceso a los servicios y los resultados en salud.

La evidencia científica muestra que las mujeres experimentan con mayor frecuencia infravaloración de síntomas, retrasos diagnósticos, mayor carga emocional y situaciones de trato irrespetuoso, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. La infravaloración de los síntomas, sobre todo del dolor, requiere una adecuada consideración a la hora de atender a la mujer. Otro aspecto relevante es la falta de privacidad y el uso de

intervenciones sin consentimiento, que debe ser corregido para garantizar una asistencia adecuada, sobre todo en aspectos relativos a la salud reproductiva.

También hay que tener en cuenta los fallos existentes en torno a la calidad de la atención que derivan en retrasos diagnósticos y en morbilidad materna. Una atención técnica sin respeto es, en sí misma, una atención de mala calidad. La carga emocional que soportan las mujeres no solo proviene de sus patologías, sino del miedo y la desconfianza hacia el sistema, lo que a menudo retrasa la búsqueda de ayuda y complica los cuadros clínicos.



Desde una perspectiva de medición, el índice MOR pone de manifiesto que la infravaloración de las preocupaciones de la paciente varía drásticamente según su perfil sociodemográfico, sobre todo al evaluar el impacto psicosocial de los procesos de consentimiento informado, la discriminación y el maltrato.

Además, se debe considerar que en algunas zonas geográficas las mujeres sienten una pérdida de voz durante el proceso clínico, sobre todo cuando el personal médico ignora o minimiza sus síntomas, lo que hace que aumente una carga emocional negativa, generando un entorno donde la seguridad clínica se ve comprometida por el sesgo de género.

Una de las etapas de la vida donde puede ser más patente esta situación es en el periodo postnatal, donde se agudiza la infravaloración y la negligencia. Esto pone de manifiesto que la atención en salud sexual y reproductiva está centrada en modelos que no validan plenamente la experiencia femenina. Para hacer frente a esta situación, el sistema de salud tiene que dejar de ver a la mujer como un sujeto pasivo y debe comenzar a tener en cuenta cómo se siente y planteárselo como una herramienta diagnóstica necesaria [1, 3, 13, 15].

Todos estos hechos deterioran la confianza institucional, reducen la adherencia terapéutica y perpetúan desigualdades evitables.

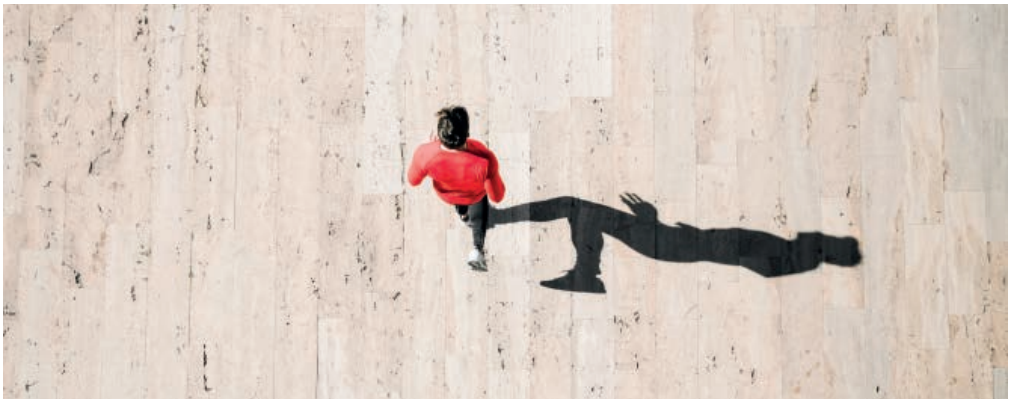
Asimismo, los informes nacionales de Fundación HUMANS ponen de manifiesto que, pese a los avances en políticas de humanización, persisten déficits relevantes en formación profesional, tiempos asistenciales, infraestructuras y atención a la diversidad, lo que limita la implementación real de modelos centrados en la persona.

Dichos informes ofrecen una radiografía de la evolución de la asistencia sanitaria en España, poniendo de relieve una brecha existente entre la teoría de las políticas de humanización y su ejecución práctica. Según el análisis de 2017, aunque existe una voluntad institucional por avanzar hacia modelos más humanísticos, la realidad se ve obstaculizada por una estructura asistencial rígida. Los déficits en formación profesional específica, la presión asistencial y el poco tiempo que dispone el médico en la consulta son las claves para que los profesionales no puedan establecer una conexión empática real con el paciente. El sistema sigue priorizando la eficiencia técnica sobre la calidad relacional, lo que deja a un lado los aspectos humanos y limita la capacidad de respuesta ante las necesidades emocionales de los usuarios.

Por su parte, el informe de 2023-2024 confirma que, a pesar del desarrollo de planes estratégicos regionales, persisten carencias estructurales que frenan la implementación real de modelos centrados en la persona. Las infraestructuras sanitarias actuales no siempre están diseñadas para garantizar la privacidad y el confort, elementos básicos de un trato digno. Además, se pone el foco en una atención insuficiente a la diversidad, puesto que el sistema aún no está plenamente adaptado para responder a las particularidades culturales, sociales y de género de la población. Esta persistencia de déficits formativos y organizativos sugiere que, sin una inversión profunda en recursos y un cambio en la cultura corporativa de los centros de salud, la humanización corre el riesgo de quedarse en un marco puramente teórico [4, 5].

Una atención verdaderamente humanizada debe integrar de forma transversal la perspectiva de género, la competencia cultural, la comunicación clínica de calidad, la prevención desde edades tempranas y el respeto a la intimidad y dignidad en los entornos asistenciales. Estos elementos no solo mejoran la experiencia de las pacientes, sino que contribuyen de forma directa a mejores resultados clínicos y a un uso más eficiente de los recursos sanitarios.

Avanzar en esta dirección requiere liderazgo institucional, compromiso político, inversión en formación y estructuras, y participación activa de las propias mujeres en el diseño y evaluación de los servicios sanitarios. Solo desde un enfoque sistémico y sostenido será posible construir un modelo de atención que reconozca la complejidad del ciclo vital femenino y garantice una asistencia equitativa, segura y respetuosa para todas las mujeres, independientemente de su origen, condición social o etapa de la vida.



Humanización en la asistencia sanitaria con perspectiva de género



Las mujeres, que representan más del 50% de las personas usuarias del sistema sanitario, **siguen experimentando infravaloración del dolor y retrasos diagnósticos** que impactan directamente en su calidad de vida.



La **humanización exige incorporar perspectiva de género** porque los sesgos clínicos **influyen en el diagnóstico de enfermedades como las cardiovasculares y el dolor crónico**, generando desigualdad en resultados en salud.

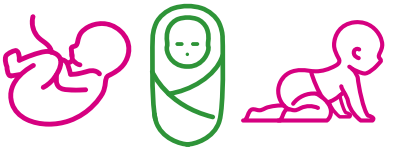
La inequidad no es solo clínica sino estructural: la **OMS estima que hasta un 40% de los recursos sanitarios se pierde por ineficiencia**, margen que podría destinarse a mejorar equidad y acceso.





La **comunicación centrada en la paciente se basa en 3 pilares fundamentales** -escuchar su experiencia, permitir su participación activa y construir una relación terapéutica sólida- y mejora adherencia y confianza.

En **salud materna**, herramientas como el **índice MOR** y la **escala MADM** permiten medir respeto, autonomía y percepción de trato digno durante el **embarazo, parto y posparto.**





Los **informes nacionales de humanización 2018 y 2023–2024** muestran que persisten **déficits en tiempo de consulta, formación relacional e infraestructuras**, lo que limita una atención verdaderamente centrada en la mujer.

Bibliografía

1. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. PLoS Med. 2015;12(6):e1001847.

2. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth: A qualitative synthesis. PLoS Med. 2015;12(6):e1001845.

3. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The Mothers on Respect (MOR) index. PLoS One. 2017;12(2):e0171804.

4. Fundación HUMANS. Situación de la humanización de la atención sanitaria en España: Revisión 2023–2024. Madrid: Fundación Humans; 2024.

5. Fundación HUMANS. Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España. Madrid: Fundación Humans; 2018.

6. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H, et al. Culture and health. Lancet. 2014;384(9954):1607–1639.

7. Hankivsky O, Christoffersen A. Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective. Crit Public Health. 2008;18(3):271–283.

8. Virumbrales M, Capdevila R. Migrant women and reproductive health: Barriers and strategies. Soc Sci. 2023;13(10):530.

9. Diaz E, Kumar BN, Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A. Inequalities in health care access among migrant and native populations. BMC Public Health. 2015;15:487.

10. Sangalang CC, Vang C. Cultural humility in clinical encounters. Clin Soc Work J. 2017;45(1):1–10.

11. Epstein RM, Street RL. Patient-centered communication in cancer care. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2007.

12. Beach MC, Saha S, Cooper LA. Cultural competence: A systematic review of educational interventions. Med Care. 2005;43(4):356–373.

13. Mandal I, et al. Experiences of respectful maternity care among postnatal women. Int J Environ Res Public Health. 2025;22(10):1570.

14. Hajizadeh K, Vaezi M, Mehdizadeh A, Alizadeh S. Designing a respectful maternity care guideline: A multiphase study. Reprod Health. 2022;19:94.

15. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality. Lancet. 2013;381(9879):1747–1755.

16. WHO Regional Office for Europe. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) International Report 2018. Luxemburgo: World Health Organization; 2020.

17. Senderowitz J. Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood. Washington (DC): World Bank; 2019.

18. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School-based education outcomes for adolescent sexual and reproductive health. J Adolesc Health. 2014;55(4):545–554.

19. UNESCO. International technical guidance on sexuality education. París: UNESCO; 2018.

20. UNESCO. Out in the Open: Education for Health. París: UNESCO; 2018.

21. Ulrich RS, Zimring C, Zhu X, DuBose J, Seo HB, Choi YS, et al. Evidence-based healthcare design. HERD. 2008;1(3):61–125.

22. Joseph A. The impact of the physical environment on patients' perceptions of care. J Healthc Des. 2006;18(1):80–87.

23. Virginie D, Goossens RHM, Meyfroidt GL, Lauwers P. Patient perception of privacy during emergency care. Int Emerg Nurs. 2013;21(6):300–305.

24. Harris D. Patient perceptions of privacy and confidentiality. J Health Serv Res Policy. 2012;17(3):155–160.

25. Lundgren I, Wigert H, Nilsson C, Karlström A. Midwives' experience of respectful maternity care (RMC) globally: A meta-synthesis. Nurs Ethics. 2024;31(5):715-731.

26. World Health Organization. World Health Report 2010: Health systems financing—The path to universal coverage. Ginebra: WHO; 2010.

27. Ulrich, R. S. (1991). Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. Journal of Healthcare Design, 3, 97–109.

28. Limbo, R., & Kobler, K. (2013). Caring for families experiencing perinatal loss: A perspective from the United States. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine, 18(2), 85–89.

29. Fernández, M., & Cordero, M. (2020). El duelo perinatal: abordaje integral desde la arquitectura hospitalaria. Revista Estoa, 9(18), 87–104.



CAPÍTULO 4

Salud, género y discapacidad

Una reflexión sobre el derecho a la salud de las mujeres y las niñas con discapacidad





Introducción

El grupo objetivo del movimiento asociativo de la discapacidad, las personas con discapacidad, está constituido por mujeres y hombres que a menudo no cuentan con las mismas oportunidades, por lo que es prioritario abordar la dimensión de género para avanzar en el ámbito de la discapacidad.

Estos dos factores, discapacidad y género, unidos a la perspectiva de salud, es lo que buscamos exponer en este capítulo, que se desarrolla bajo el enfoque de la interseccionalidad, que considera la interconexión entre tres o más ejes de discriminación teniendo en cuenta las realidades concretas que generan, siendo éstas complejas y suponiendo mucho más que la sencilla suma de dichos factores.

Para ello, tomaremos como referentes en el informe elaborado por Fundación CERMI Mujeres, "El derecho a la salud de las mujeres y niñas con discapacidad. Derechos Humanos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad. Informe España 2019"[1], así como en la "IV Conferencia Sectorial de Mujeres y Niñas con Discapacidad: Las mujeres con discapacidad y la salud" [2], organizada por dicha fundación los días 23 y 24 de septiembre del año 2020. Los datos aportados han sido actualizados, tomando como fuente principal al Instituto Nacional de Estadística.

El derecho a la salud de las mujeres con discapacidad

En el ámbito internacional, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, ratificada por España en 2008, integra, como uno de sus principios generales, la igualdad entre hombres y mujeres (artículo 3). Este Tratado contempla la situación específica de las mujeres con discapacidad (artículo 6), reconociendo que están sujetas a múltiples formas de discriminación y resalta la necesidad de adoptar medidas para el pleno ejercicio de sus derechos y libertades. Defiende el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad (artículo 25), además de hacer referencia al derecho de las personas con discapacidad a trabajar en igualdad de condiciones (artículo 27).

Pese a los indudables avances aún debemos enfrentarnos a desafíos como las desigualdades en materia de salud y atención sanitaria, los obstáculos que deben enfrentar las mujeres y niñas con discapacidad para acceder a los servicios de salud o las violaciones específicas de los derechos humanos relacionados con los ámbitos sanitarios

Igualmente, nuestro país ratificó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de las Naciones Unidas en 1983, que en su artículo 12 pide a los Estados Partes que adopten medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia, garantizándoles servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.

En el ámbito europeo, la Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad 2021-2030, promueve a nivel general una perspectiva interseccional en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas.

En España, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, se refiere a las mujeres con discapacidad ya desde su exposición de motivos: "(...) una especial consideración con los supuestos de doble discriminación y las singulares dificultades en que se encuentran las mujeres que presentan especial vulnerabilidad, como son las que pertenecen a minorías, las mujeres migrantes y las mujeres con discapacidad". Dicha consideración se eleva a criterio general de actuación de los Poderes Públicos (art.14.6.): "(...)

Así mismo, establece en su artículo 27, la integración del principio de igualdad en la política de salud.

Por otra parte, el Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025, recoge la necesidad de aplicar un enfoque interseccional e incluye diversas referencias a las mujeres con discapacidad en distintos ejes de actuación.

En cuanto a la Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030, la hoja de ruta para que España, a través de sus administraciones y poderes públicos, contribuya a hacer efectivos los derechos humanos de las personas con discapacidad y sus familias, recoge también un enfoque interseccional en relación con el género, especificando en su introducción.

Pese a los indudables avances en relación con la consideración de la perspectiva de género en los marcos de discapacidad, aún debemos enfrentarnos a desafíos como las desigualdades en materia de salud y atención sanitaria, los obstáculos que deben enfrentar las mujeres y niñas con discapacidad para acceder a los servicios de salud o las violaciones específicas de los derechos humanos relacionados con los ámbitos sanitarios.

Abordaremos estas y otras cuestiones a lo largo del capítulo, donde analizaremos la situación actual, ofreciendo datos y reseñando casos concretos de la salud de las mujeres y niñas con discapacidad.

Es necesario abandonar el enfoque médico-rehabilitador en favor de un enfoque biopsicosocial y sensible al género, apoyado por un trabajo interdisciplinar

En cuanto a la atención médica recibida, nos centraremos en el acceso a los servicios, considerando así mismo los específicos de salud sexual y reproductiva, y aquellos de salud mental, no olvidando las prácticas nocivas contra este grupo de mujeres y niñas.

Debido a su incidencia en las mujeres con discapacidad, trataremos específicamente la violencia de género, como problema de salud pública.

Salud, género y discapacidad

Abordar el derecho a la salud de las mujeres y niñas con discapacidad supone reflexionar sobre el modelo biomédico, que explica la enfermedad en base a factores biológicos y genéticos.

Este modelo, impregnado por la perspectiva androcéntrica, ha excluido a las mujeres de las investigaciones y ensayos clínicos, extrapolando la información obtenida de población predominantemente masculina para el uso clínico entre mujeres, pese a desconocer los efectos secundarios de los tratamientos en la población femenina en muchas ocasiones.

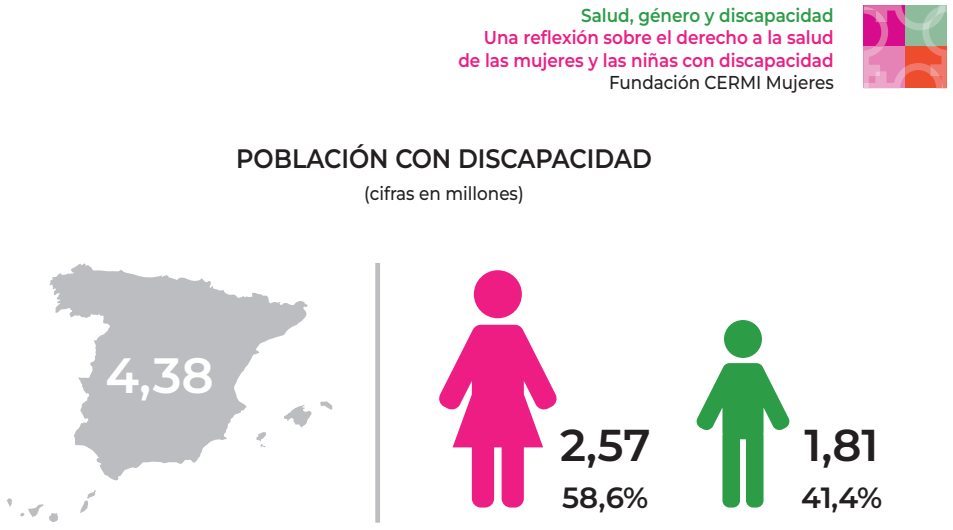
Este tipo de actuación, considerada sesgo de género [3], tiene consecuencias en la investigación, el esfuerzo diagnóstico y en la prevención de las enfermedades. Estas desigualdades suponen un riesgo para la salud de las mujeres, además de invisibilizarlas. Es necesario abandonar el enfoque médico-rehabilitador en favor de un enfoque biopsicosocial y sensible al género, apoyado por un trabajo interdisciplinar [4].

Hemos de tender al análisis de género en el campo de la salud estudiando las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, incluyendo también las diferencias construidas socialmente, ya que estas repercuten de manera diferente en la salud. Se ha de incorporar a las investigaciones nuevos factores causantes de malestar y enfermedad en las mujeres, como pueden ser la violencia o la sobrecarga física y emocional de las tareas de cuidado.



En relación a la salud de las mujeres y niñas con discapacidad, se han de desterrar mitos y falsas creencias y tener en cuenta la diversidad de las discapacidades y sus necesidades.

La Observación General número 3 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016), reconoce que las mujeres con discapacidad se enfrentan con obstáculos para acceder a los servicios de salud y rehabilitación. Más adelante trataremos estos



obstáculos entre los que se encuentran la falta de formación e información sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, o las barreras físicas a los servicios de ginecología, obstetricia y oncología.

El estado de salud de las mujeres y niñas con discapacidad

Analizando los datos concretos de la salud de las mujeres y niñas con discapacidad, podemos entender cómo muchos de ellos son el reflejo de cómo su estado de salud está ligado al modelo androcéntrico en el que vivimos, donde es palpable esta discriminación interseccional que anteriormente mencionábamos.

Según datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) Año 2020, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), 4,38 millones de personas en España tienen discapacidad [5], de los cuales 1,81 millones son hombres y 2,57 millones son mujeres, el 58,6%.

Las mujeres tienen tasas más altas en discapacidades que están relacionadas con la movilidad (68,5%), la vida doméstica (57,8%) y el autocuidado (38,0%).

En el 17,9% de los hogares españoles hay una persona con discapacidad, en el 2,5% hay dos personas con discapacidad y en el 0,2% tres o más personas. La persona que les presta cuidados personales suele ser una mujer de entre 45 y 64 años, que reside en el mismo hogar.

Las mujeres perciben tener peor estado de salud que los hombres. El nivel socioeconómico también está relacionado con el estado de salud percibido, ya que a medida que se desciende en la clase social, aumenta esta peor percepción del estado de salud. Hemos de recordar que las mujeres tienen tasas de empleo inferiores a las de los hombres, agravándose en el caso de las mujeres con discapacidad, donde las tasas son aún más bajas y la brecha salarial es superior, según datos del Informe del Mercado de Trabajo de las Personas con Discapacidad Estatal.

Las mujeres sufren en mayor proporción enfermedades crónicas o de larga evolución, según la Encuesta Europea de Salud en España 2020, un 59,1% de mujeres frente al 49,3% de hombres. Las más frecuentes para las mujeres son la artrosis (excluyendo artritis) (19,7%), la tensión alta (19,1%) y el dolor de espalda crónico lumbar (17,1%). Y para los hombres, la tensión alta (19,0%), el colesterol alto (15,5%) y el dolor de espalda crónico lumbar (10,1%). La cronicidad hace que las mujeres deban utilizar más medicamentos y que acudan con más asiduidad a las consultas médicas.

En lo relativo a salud mental, encontramos, en esta misma encuesta, una alta prevalencia en las mujeres a sufrir cuadros depresivos, siendo de hasta un 71,4% en cuadros depresivos mayores.

La atención sanitaria de las mujeres y niñas con discapacidad

A continuación detallaremos algunos aspectos relativos a la atención médica de las mujeres y niñas con discapacidad:

El acceso a los servicios de salud de las mujeres y niñas con discapacidad

Las personas con discapacidad tienen el derecho a la salud y al acceso a la atención sanitaria, y los Estados deben garantizar la disponibilidad de los servicios, su accesibilidad y aceptabilidad y que estos sean de calidad.

Muchas mujeres con discapacidad se encuentran con barreras de accesibilidad que dificultan o impiden su acceso a los servicios de salud. La accesibilidad depende de cómo estén configurados los edificios, los servicios, los equipos, la información y la comunicación o la propia distancia al servicio de salud y los transportes disponibles para llegar a él.

Las mujeres y niñas con discapacidad tienen más dificultades en el acceso a los servicios de salud si viven en zonas rurales, carentes, por ejemplo, de servicios especializados, aparatos adaptados en ginecología o transporte que cubra sus necesidades.

Los problemas de comunicación con los y las profesionales sanitarios pueden llevar a una incorrecta anamnesis, incorrecta recopilación de antecedentes, errores diagnósticos, diagnósticos tardíos o tratamientos inadecuados. Este hecho puede ser el causante de que en estas mujeres sea común una alta prevalencia en patologías crónicas

Otras barreras serían el coste económico de medicamentos, los servicios ortoprotésicos, con diseños de ayudas técnicas, basadas en patrones masculinos, o la falta de servicios técnicos para las mismas.

La atención primaria es fundamental en la salud de las mujeres y niñas con discapacidad. Además de satisfacer la mayoría de sus necesidades de salud, sus profesionales tienen la oportunidad de realizar detecciones precoces y las derivaciones oportunas a servicios especializados.

En cuanto a los servicios de atención especializada, siguiendo las indicaciones del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad en su Observación General número 3, se debe evitar esas barreras que puedan impedir el acceso a esta atención a las mujeres con discapacidad, teniendo muy presentes en este sentido a las mujeres con discapacidades psicosociales, intelectuales, sordas y sordociegas, así como aquellas que están institucionalizadas.

A continuación presentaremos, a modo de ejemplo, las dificultades de accesibilidad a las que se suelen enfrentar habitualmente las mujeres sordas.



Las dificultades en el acceso al sistema sanitario de las personas sordas, se agravan cuando son mujeres, especialmente cuando emplean lengua de signos para su comunicación.

Los problemas de comunicación con los y las profesionales sanitarios pueden llevar a una incorrecta anamnesis, incorrecta recopilación de antecedentes, errores diagnósticos, diagnósticos tardíos o tratamientos inadecuados. Este hecho puede ser el causante de que en estas mujeres sea común una alta prevalencia en patologías crónicas.

Las mujeres sordas, también presentan una mayor prevalencia y sintomatología de ansiedad y depresión que las mujeres oyentes. Además, tienen una mayor posibilidad, cuatro o cinco veces superior que las mujeres oyentes, de sufrir violencia de género. La población sorda es profundamente endogámica. Este aislamiento, la inaccesibilidad a los recursos sanitarios y su desconfianza ante los y las profesionales de la salud, hacen que la detección de esta violencia, el apoyo y seguimiento, sea muy complicado y por ende sean más vulnerables.

Existen barreras de accesibilidad, fáciles de solventar. Actualmente priman las citas y consultas telefónicas y sistemas de megafonía para acceder a las consultas, todo ello se puede suplir con el empleo de whatsApp, correo electrónico y pantallas numéricas para el acceso a consulta.

La figura del o la intérprete se considera clave para facilitar su acceso al sistema sanitario, aunque ante situaciones delicadas pueden cohibirlas para expresar libremente sus necesidades.

Una queja común de estas mujeres es que los y las profesionales de la salud no se dirigen a ellas como interlocutoras válidas, sugiriendo hablar con algún familiar o dirigiéndose a la persona intérprete.

Solicitan que los y las profesionales tengan conocimientos básicos en lengua de signos o al menos conozcan la forma de mejorar la comunicación, como mirar a la cara, vocalizar y hablar más despacio o dirigirse a ellas en lugar de al acompañante o intérprete.

Piden un símbolo de sordera en la historia clínica, que las identifique como personas sordas, de modo que se pueda ampliar con antelación el tiempo empleado para la consulta.

Solicitan un mayor número de intérpretes, ya que no existe los 365 días del año ni en las urgencias.

Sesgos de género

La atención sanitaria está contaminada por el sesgo de género, como mencionamos en apartados anteriores.

Algunos ejemplos de sesgos de género en la atención sanitaria son la fibromialgia y la endometriosis, también podemos encontrarlos en la atención en enfermedades raras o en las autoinmunes.

El sesgo de género también propicia que no se investiguen las causas orgánicas de numerosos síndromes que padecen las mujeres [6], en su lugar se les atribuyen causas psicosomáticas, aplicando los tradicionales discursos médicos sobre las mujeres. Así, la fibromialgia, los síndromes de fatiga crónica, los trastornos de ansiedad y depresión pueden ser explicados por trastornos de la glándula tiroidea o por anemias ferropénicas, que son consideradas por la medicina como subclínicas y, por tanto, no susceptibles de tratamiento. Además suelen considerar los factores psicosociales y de género como los causantes de los malestares y enfermedades.

Así ocurre con la fibromialgia, que afecta al 6,3% de la población, según la Asociación Mundial de Fibromialgia, cuya prevalencia en las mujeres está en torno al 90% respecto a los hombres, y para la que deberían destinarse protocolos específicos para su diagnóstico diferencial.

La endometriosis es otro ejemplo claro de la ausencia de la mirada de género en la medicina, una enfermedad exclusivamente de mujeres y por esta causa su falta de investigación y visibilidad.

Es una enfermedad crónica, muy dolorosa, de la que actualmente no se conoce cura, solo tratamientos paliativos.

Esta enfermedad parte del sistema reproductivo pero es multisistémica, debido a que células del revestimiento de la matriz (útero) crecen en otras zonas del cuerpo y pueden acabar afectando a riñones, aparato digestivo, pulmones, aparato locomotor, tendones y toda la cavidad pélvica, generando sangrados y mucho dolor, un dolor crónico e incapacitante.
Tiene una alta prevalencia, entre un 15% y un 20% de mujeres en edad fértil están afectadas, lo que supone en torno a dos millones de mujeres en el territorio español[7] , superando en número a otras enfermedades como es asma o la diabetes. Muchas mujeres desconocen que padecen esta enfermedad.

El sesgo de género también propicia que no se investiguen las causas orgánicas de numerosos síndromes que padecen las mujeres, en su lugar se les atribuyen causas psicosomáticas, aplicando los tradicionales discursos médicos sobre las mujeres

El retraso en su diagnóstico puede ser de más de ocho años, siendo éste y el tratamiento a tiempo, fundamental para evitar que se pueda generar discapacidad y mermar la calidad de vida.

Las asociaciones de afectadas por la endometriosis[8] reclaman:

1. Difundir y aplicar la Guía Clínica de Atención a las mujeres con endometriosis del Sistema Nacional de Salud;
2. Ayudas específicas a la investigación en endometriosis y realización de un estudio epidemiológico;
3. Creación de Unidades sanitarias multidisciplinares con participación de las asociaciones de pacientes y sociedades médicas de todas las especialidades competentes;
4. Tratar todos los casos de endometriosis por un equipo multidisciplinar sociosanitario;
5. Detección precoz e información actualizada de la enfermedad;
6. Agilidad en las listas de espera para los tratamientos de reproducción humana asistida;
7. Dotación de recursos sociosanitarios en la región para las afectadas.

Al igual que la fibromialgia y la endometriosis, las enfermedades raras presentan una situación similar.

Las enfermedades raras afectan a 5/10.000 personas nacidas vivas, el 71% son genéticas, herencia genética y salud reproductiva, el 70% tiene un inicio precoz en la infancia.

Solo el 20% de estas enfermedades raras son investigadas, lo que implica retraso en el diagnóstico, una media de cinco años, y en uno de cada cinco casos puede llegar a tardar hasta diez años, siendo el retraso en el diagnóstico mayor en mujeres.

No existe cura para la mayoría de ellas, sólo el 5% tiene tratamiento. El acceso al tratamiento y rehabilitación es difícil, mayor también si eres mujer. Suelen ser tratamientos en fase de investigación, de los que se desconocen sus efectos secundarios y efectividad, de igual modo se desconoce cómo cursan con los embarazos.

El 85% de las personas diagnosticadas tienen un certificado de discapacidad superior al 33%, por lo que cuando hablamos de enfermedades raras, en su mayoría, hablamos de mujeres con discapacidad.



Hay una serie de enfermedades raras vinculadas al cromosoma X, por lo que solo se manifiestan en las mujeres y niñas. Existen también patologías autoinmunes, algunas vinculadas a aspectos ambientales que afectan más a las mujeres, por ser mujeres, y estar más expuestas.

En las enfermedades hereditarias hay una doble carga para la mujer, al tener que afrontar el riesgo de traspasar la enfermedad a sus hijos e hijas, e incluso a sus nietos y nietas; o decidir si asume los riesgos de las pruebas durante el embarazo.

Estas mujeres suelen convivir, a su vez, con la patología y los cuidados, ya que suelen atender a sus hijos/as y a sus madres, que también suelen padecer la enfermedad.

Las implicaciones físicas y estéticas de muchas de estas enfermedades raras tienen un impacto emocional y social. Muchas de estas mujeres requieren ayuda psicológica, en ocasiones provocadas también por la demora en el diagnóstico, que a su vez agrava la enfermedad.

La salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad

La salud sexual es definida por la OMS como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, que no debe ser entendida solamente como la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad.

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad refleja el derecho a una salud sexual y reproductiva de calidad, sin discriminación y en igualdad de acceso. En su artículo 25 indica: "Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población."

En España, las casi dos millones y medio de mujeres y niñas con discapacidad (según datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia –EDAD-), enfrentan sin embargo aún hoy numerosos obstáculos a la hora de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera libre e informada. Los tabúes y prejuicios aún vigentes, así como la falta de conocimiento sobre la discapacidad, las sitúan en un lugar de especial vulnerabilidad y exclusión.

Las mujeres y niñas con altas necesidades de apoyo o con discapacidades intelectuales o psicosociales, las mujeres con sordoceguera, las que tienen pluridiscapacidad y, en particular, las que residen en instituciones, se encuentran en situación de especial vulnerabilidad.

La gestión de la menstruación, la esterilización y la anticoncepción forzosas, la mutilación genital femenina y los abortos coercitivos son algunos ejemplos de las violaciones de derechos que padecen muchas mujeres y adolescentes con discapacidad, sin dar su consentimiento o sin entender completamente las consecuencias.

En una encuesta de 2022 elaborada en el marco del V Foro Social de mujeres y niñas con discapacidad, organizado por la Fundación CERMI Mujeres y el CERMI de Castilla-La Mancha, un 12% de las mujeres con discapacidad encuestadas señalaron tener desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos, e igualmente un 22% de las encuestadas manifestaron no acudir nunca o casi nunca a los servicios ginecológicos para hacerse revisiones. Por último, el 4% de las mujeres desconocían si habían pasado por un proceso de esterilización, y otro 4% declaró haberse sometido a ello sin tener toda la información necesaria.

Si bien, como se desprende de estos datos, el margen de mejora es amplio, cabe señalar el importante avance obtenido a finales de 2020 en España, gracias a la presión realizada por el movimiento social de personas con discapacidad, que supuso la erradicación de la esterilización

forzada del ordenamiento jurídico español [9], una de las formas más flagrantes de violación de los derechos reproductivos que afectaban a las personas incapacitadas judicialmente, y con un evidente sesgo de género, ya que las que eran esterilizadas eran precisamente las mujeres.

Los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud, y en nuestro país está regulado por la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Muchas mujeres con discapacidad tienen dificultad en el acceso, tanto en la accesibilidad a la información sobre salud sexual y reproductiva (por no estar disponible en formato accesible), como en la atención ginecológica y obstétrica (al no disponen de camillas accesibles para los exámenes ginecológicos o si la inaccesibilidad de un edificio impide la realización de una mamografía).

Servicios de planificación familiar, embarazo, parto y puerperio
El artículo 23 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad establece el derecho de las mujeres con discapacidad a acceder a la educación sobre reproducción y planificación familiar y mantener su fertilidad y decidir el número de hijos o hijas que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, lo que excluye la esterilización forzada.

Las mujeres con discapacidad tienen numerosas barreras para acceder a la planificación familiar y a la asistencia a la reproducción. Su acceso también es más limitado en cuanto a la educación sexual y al conocimiento sobre salud, derechos sexuales y reproductivos, y enfermedades de transmisión sexual.

En el caso de las mujeres con discapacidad intelectual, únicamente un 10,4% de las mujeres que participaron en el estudio "Discapacidad intelectual y salud: Derechos, desigualdades, evidencias y propuestas" [10], habían acudido en alguna ocasión a servicios ginecológicos. Este estudio indica que poseen escasos conocimientos respecto a la menstruación, no reciben formación adecuada sobre higiene, hábitos sexuales saludables y prevención de embarazos no deseados.

Estos datos están relacionados con la consideración que se tiene de ellas como sujetos asexuados, por lo que no se da importancia el ofrecerles servicios como revisiones ginecológicas preventivas.

Mujeres con distintas discapacidades se enfrentan a obstáculos diferentes durante el embarazo, parto y puerperio. Dificultades en el acceso a la comunicación, falta de accesibilidad en los controles perinatales, desconfianza de familiares y profesionales ante el cuidado de sus hijos e hijas, que frecuentemente les han sido arrebatados, son algunos de los obstáculos a los que se enfrentan.

Hay cierto temor por parte de los y las profesionales, por desconocimiento, a atender a mujeres con discapacidad durante el embarazo, parto y puerperio. Por lo que muchas de ellas sufren violencia obstétrica, siendo muy frecuente las episiotomías, las maniobras de Kristeller o las cesáreas.

La gestión de la menstruación, la esterilización y la anticoncepción forzosas, la mutilación genital femenina y los abortos coercitivos son algunos ejemplos de las violaciones de derechos que padecen muchas mujeres y adolescentes con discapacidad

La episiotomía es una práctica que, pese a conocerse desde hace más de treinta años que no tiene beneficio, se sigue ejerciendo. Sigue habiendo un 40% de episiotomías en España, pese a que la OMS, en el año 2000, advirtió que era una tragedia en nuestro país. Causa incontinencias (muy invalidante y estigmatizante) y dolor en las relaciones sexuales, genera discapacidad y discriminación, también a nuestros bebés, causándoles parálisis cerebral debido a una mala atención obstétrica. A su vez, conlleva un coste económico, por la necesidad de pañales y estimuladores eléctricos.

Hay que formar a los y las profesionales de la salud y a los jueces y juezas que deben proteger a las mujeres que han sufrido este tipo de violencia obstetra y facilitar vías de reclamación, así como modos de obtener una reparación de los daños eficaz e inmediata.

Servicios de atención a la salud mental

La promoción de la salud mental se ha incluido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas para 2030. Junto con la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales es un elemento fundamental para el bienestar de las personas y de la sociedad.



En Europa, la salud mental es una de las principales preocupaciones de la salud pública, en términos de prevalencia, de carga de enfermedad y de discapacidad [11].

La OMS afirma que en 2020 la depresión será la primera causa de incapacidad tras las enfermedades cardiovasculares. La incidencia de este trastorno del estado de ánimo (a diferencia de otras enfermedades psiquiátricas) afecta más a las mujeres, en una prevalencia de 2 a 1 con respecto a los hombres.

Según la Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017[12] en la Serie informes monográficos de Salud Mental, indica que las mujeres refieren algún problema de salud mental con mayor frecuencia que los hombres, 14,1% frente a 7,2%. Además tienen peor salud autopercibida y mayor frecuencia de diagnóstico. La prevalencia de mala salud mental es aún mayor entre las mujeres de clases sociales más desfavorecidas.

Estos datos pueden indicar la sobreprescripción de psicofármacos a las mujeres e incluso un sesgo de género en el esfuerzo terapéutico.

Los problemas de salud mental en las mujeres y el alto gasto sanitario por consumo de tranquilizantes y antidepresivos no parecen suficientes para plantear objetivos que los disminuya.

Detectar los factores de riesgo y visibilizarlos es crucial para que las mujeres no vivan estas situaciones de mayor vulnerabilidad, de estigmatización y exclusión social. Es necesario que se les ofrezcan los apoyos y ayudas necesarias y una atención basada en el respeto a su dignidad y autonomía. La atención primaria juega un papel crucial en la detección de estos factores de riesgo.

Es necesario un trabajo de atención multidisciplinar, en el que se incorpore la figura profesional del o de la coordinadora de apoyos sociosanitarios.



Así mismo, es fundamental unificar criterios en el territorio para que cualquier persona tenga los mismos derechos de acceso a los servicios y los espacios, invirtiendo especialmente en las zonas rurales.

La OMS afirma que en 2020 la depresión será la primera causa de incapacidad tras las enfermedades cardiovasculares. La incidencia de este trastorno del estado de ánimo afecta más a las mujeres, en una prevalencia de 2 a 1 con respecto a los hombres

Salud y violencia de género en el marco de los servicios de salud

La violencia contra las mujeres es un problema de salud pública. El incremento de muertes en muchos países del mundo y en España pone de manifiesto que, en estos momentos, existe en los países desarrollados mayor mortalidad por violencia contra las mujeres que por cáncer de cervix (cuello de útero). Muchas de las mujeres agredidas sufren además graves secuelas de por vida.

Ser considerado un problema de salud pública requiere una implementación de medidas para la prevención adecuada, para detectar precozmente las situaciones de violencia en las consultas médicas, así como para que la prevención y asistencia de las personas afectadas se haga de forma coordinada con los servicios sociales y con la policía de cada localidad.

En este ámbito es muy importante la formación del conjunto de profesionales que van a atender o formar parte del circuito de detección de la violencia [13].

El Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la revisión del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (2012) [14], en ella expone que las mujeres con alguna discapacidad física, sensorial o psicológica se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad a la violencia física, sexual y psicológica, por tener, con mayor probabilidad:

- Menor capacidad para defenderse.
- Mayor dificultad para expresarse.
- Menor credibilidad en su relato, especialmente en mujeres con trastorno mental grave.
- Menor acceso a la información, asesoramiento y a los recursos de forma autónoma.
- Mayor dependencia de terceras personas.
- Más dificultades de acceso al trabajo remunerado y a la educación.
- Menor autoestima y menosprecio de su propia imagen.
- Miedo a perder los vínculos que le proporcionan cuidados.
- Menor independencia y mayor control económicos.

Las mujeres que están expuestas a violencia de género tienen una mortalidad un 40% más alta que las mujeres que no están expuestas, no solo por la agresión física, directa, en el feminicidio, sino por problemas identificados, como cardiovasculares y metabólicos, relacionado con la diabetes mellitus tipo 2.

Las mujeres con discapacidad sufren violencia en mayor porcentaje que las mujeres sin discapacidad, la prevalencia de la violencia es mayor en ellas que las mujeres sin discapacidad, ya sea violencia psicológica emocional, psicológica de control, económica, física y sexual.

Las mujeres con discapacidad sufren violencia en mayor porcentaje que las mujeres sin discapacidad

Según los datos del XIII Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2019, aprobado en 2022, en el periodo 2012-2019 hubo 42 mujeres con discapacidad entre el total de 427 víctimas mortales por violencia de género. Esto supone un 10 % del total de víctimas.

Adicionalmente, según los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD Hogares 2020), del total de mujeres con discapacidad que residen en España el 65,9% (es decir 1,7 millones) está por encima de los 64 años, y el 23,5% (602.900) supera los 84 años. Esto implica la necesidad de tomar en consideración el ya mencionado enfoque interseccional para abordar adecuadamente las situaciones de violencia machista que sufren las mujeres con discapacidad y, más aún, las mujeres con discapacidad de edad avanzada.

En este sentido, las organizaciones de mujeres con discapacidad exigen políticas públicas para combatir la violencia de género que incluyan la transversalidad de la discapacidad, siguiendo las recomendaciones del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas a España.

Es obligación que los servicios específicos de atención a las víctimas de violencia de género sean plenamente accesibles.

Conclusiones

Es clave acercarse al conocimiento de la salud de las mujeres con discapacidad más allá de la salud sexual y reproductiva para diferenciarse de la de los hombres. Las mujeres tienen problemas de salud específicos que requieren una atención propia de su sexo asociadas a la reproducción, pero es preciso un abordaje más amplio que tome en consideración otros ámbitos de la salud donde se explicitan con claridad las desigualdades de género en la salud entre los grupos de la población, que se consideran importantes, sistemáticas, evitables e injustas.

El patrón androcéntrico de la ciencia médica, ha acumulado experiencia en el tratamiento de enfermedades agudas de predominio en el sexo masculino pero necesita seguir generando más conocimiento sobre aquellas dolencias y malestares que presentan específicamente las mujeres, haciendo hincapié en aquellas patologías caracterizadas por su cronicidad que acaban generando secuelas discapacitantes, como la fibromialgia, la endometriosis o la fatiga crónica.

Hemos de corregir los sesgos de género en la atención médica y en la investigación sanitaria, evitando la exclusión o subrepresentación de las mujeres en los ensayos clínicos e investigaciones. Es necesario impulsar estudios en materia de salud que incluyan la doble dimensión del género y la discapacidad desde un necesario enfoque interseccional.
Por otro lado, es muy necesaria la formación dirigida a las y los profesionales de la salud, que tengan en cuenta las específicas demandas de las mujeres y niñas con discapacidad, para así garantizar una atención digna y adecuada. Esta formación debe estar también encaminada a la detección efectiva de la violencia contra las mujeres con discapacidad. El 20,7% de las mujeres con discapacidad ha sufrido violencia física o sexual por parte de sus parejas, según macroencuesta de 2019, frente al 13,8% de las mujeres sin discapacidad.

Los profesionales de la salud, sobre todo de atención primaria, se encuentran en una situación privilegiada para detectar y poner en marcha herramientas de cribado efectivo. Para ello se podrá contar con el conocimiento de las organizaciones sociales de la discapacidad con experiencia en la elaboración de protocolos en esta temática. Tenemos instrumentos legales para combatir esta violencia.

Se debe garantizar la aplicación adecuada y efectiva del requisito de obtención del consentimiento informado en consonancia con las normas de derechos humanos, facilitando su accesibilidad y asegurando su comprensión.

Es preciso también ampliar la cobertura de los servicios de atención a la salud mental para mujeres con discapacidad, así como para cuidadoras, tomando en especial consideración a las mujeres víctimas de violencia sin que queden fuera aquellas mujeres víctimas de violencias sexuales y las que se han visto sometidas a tratamientos terapéuticos no consentidos (esterilizaciones forzosas).

Por otro lado, es importante que se diseñen programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en las mujeres con discapacidad (entre otros, sobre salud sexual y reproductiva) desde una perspectiva feminista, que permitan a las mujeres conocer sus derechos en este ámbito, así como los recursos disponibles. Así mismo, son necesarios programas que fomenten el autocuidado, yendo más allá de las normas de higiene y autoconocimiento, aspecto valorado en las incapacitaciones civiles legales.

Los hospitales materno-infantiles deben contar con servicios de orientación específicos dirigidos a las mujeres que vayan a tener o hayan tenido una hija o hijo con discapacidad con el fin de que tengan a su disposición toda la información necesaria para el caso concreto. Estos servicios pueden prestarse a través del sistema público de salud en coordinación con las organizaciones sociales especializadas.

Es imprescindible contar con materiales informativos accesibles sobre embarazo, preparación al parto y cuidados de las y los recién nacidos.

Es preciso poner en marcha una auditoría de accesibilidad. Paradójicamente, una población etiquetada como enferma, desde el paradigma médico rehabilitador, es expulsada sistemáticamente por barreras de todo tipo, físicas, de la comunicación, de la información, en muchos centros que proveen salud, incumpliendo totalmente la normativa vigente.

Se recomienda una línea de investigación que dé cuenta de lo que les sucede a las mujeres con discapacidad para conocer la prevalencia del abuso en la asistencia sanitaria, a través de la herramienta NorVold Abuse Questionnaire (Nor AQ), junto con ViolEP (“Violation of Ethical Principles Study”) que es un cuestionario que evalúa la violación de los principios éticos en la asistencia sanitaria.

Por último, y recordando el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los Estados deberían revisar sus sistemas nacionales de salud con miras a lograr la cobertura sanitaria universal como medio de aumentar el acceso de las personas con discapacidad a la atención sanitaria, en particular a los servicios de atención primaria.

Salud, género y discapacidad

ENCUESTA DE DISCAPACIDAD, AUTONOMÍA PERSONAL Y SITUACIONES DE DEPENDENCIA (EDAD)

Instituto Nacional de Estadística (INE), año 2000



4,38 millones

2,57 millones



58,6%

1,81 millones



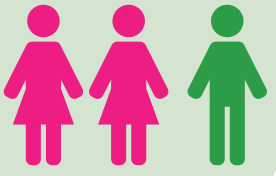
41,4%

La gestión de la menstruación, la esterilización y la anticoncepción forzosas, la mutilación genital femenina y los abortos coercitivos son algunos ejemplos de las violaciones de derechos que padecen muchas mujeres y adolescentes con discapacidad

La OMS afirma que en 2020 la depresión será la primera causa de incapacidad tras las enfermedades cardiovasculares



La incidencia de este trastorno del estado de ánimo afecta más a las mujeres, en una prevalencia de 2 a 1 con respecto a los hombres



~~ENFOQUE MÉDICO REHABILITADOR~~ → **ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL Y SENSIBLE AL GÉNERO**

El sesgo de género también propicia que no se investiguen las causas orgánicas de numerosos síndromes que padecen las mujeres

Las mujeres con discapacidad sufren violencia en mayor porcentaje que las mujeres sin discapacidad





Bibliografía

1- Fundación CERMI Mujeres [Internet]. El derecho a la salud de las mujeres y niñas con discapacidad. Derechos Humanos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad. Informe España 2019. Ediciones Cinca, 2020. Disponible en: https://www.fundacioncermimujeres.es/documents/20125/69916/Libro+n%C2%BA+12_generosidad_12.pdf/88dac02e-9fd7-146f-cc88-4efeee0a3bd3?t=1644592445376

2- Fundación CERMI Mujeres [Internet]. IV Conferencia Sectorial de Mujeres y Niñas con Discapacidad: Las mujeres con discapacidad y la salud. Septiembre de 2020. Disponible en:
Primera parte: https://vimeo.com/461386727
Segunda parte: https://vimeo.com/462435818

3- Ruiz-Cantero Maria Teresa, y Verdú-Delgado María (2004): "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico". En Gaceta Sanitaria, 18(Supl 1):118-25.

4- Valls-Llobet, Carme (2009): Mujeres, salud y poder. Colección Feminismos. Ediciones Catedra.

5- En lo relativo al Instituto Nacional de Estadística, se entiende por discapacidad toda limitación importante para realizar las actividades de la vida diaria que haya durado o se prevea que vaya a durar más de 1 año y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que la persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas o con la ayuda o supervisión de otra persona. Se entiende por deficiencia cualquier pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de ese órgano.

6- Nogueiras García, Belén (2018): La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013). Tesis doctoral. Directora, Luisa Posada Kubissa. UCM. Madrid.

7- Mujeres para la salud. [Internet]. Mujeres para la Salud nos comprometemos con la endometriosis, marzo 2023. Disponible en: https://www.mujeresparalasalud.org/mujeres-para-la-salud-nos-comprometemos-con-la-endometriosis/

8- Red Española de Endometriosis[Internet]. Manifiesto por los derechos de las mujeres con endometriosis. Marzo 2017. Disponible en: https://www.endomadrid.org/manifiesto/

9- Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente.

10- FEAPS y Universidad Autónoma de Madrid [Internet]. Discapacidad intelectual y salud: Derechos, desigualdades, evidencias y propuestas. 2021. Disponible en:
https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/03/discapacidad_intelectual_y_salud.pdf

11- OMS (2015): European Mental Health Action Plan 2013-2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175672/9789289050951-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y

12- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. 2017. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm

13-Valls-Llobet, Carme (2019): "Violencias invisibles hacia la salud de las mujeres". Actas del XV Seminario Internacional contra la Violencia de Género «Cuerpos, mujeres y violencias». Edición: Fundación Isonomia. Universitat Jaume I.

14- Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf

Dra. Ainoa Muñoz San José.
Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz (Madrid). Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ).



CAPÍTULO **5**

Salud mental y género



Dra. Mercedes Navío Acosta.
Psiquiatra. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (Imas12). Centro de Investigación Biomédica en Red- Salud Mental, CIBERSAM G12.



Dra. María Fé Bravo Ortiz. *Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz (Madrid). Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ).Universidad Autónoma de Madrid. Centro de Investigación Biomédica en Red- Salud Mental, CIBERSAM (grupo CB/07/09/0013).*



Sexo y su influencia en la salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. No corresponde solo a la ausencia de problemas de salud mental, sino que está muy relacionado con la promoción del bienestar, la prevención de los problemas de salud mental y el tratamiento integral y recuperación de las personas [1]. La salud mental es una importante dimensión del estado de salud: las enfermedades mentales son uno de los mayores componentes de la carga global de enfermedad y son determinantes del bienestar de las personas.

Los datos respecto a la salud mental de los hombres, mujeres y personas con identidades de género diversas tienen características diferenciales.

El sexo y el género son dos conceptos que a menudo se confunden o se usan indistintamente, pero que tienen significados diferentes y relevantes para la salud mental.

El sexo se refiere a las características biológicas que distinguen el sexo masculino del femenino, como los cromosomas, las hormonas y los órganos sexuales. El sexo es una construcción biológica basada en características biológicas que permiten la reproducción sexual. Entre las personas, el sexo biológico se asigna de diversas formas en relación con las características sexuales secundarias, las gónadas o los cromosomas sexuales. Las categorías sexuales incluyen: masculino, femenino, intersexual (personas que nacen con características sexuales tanto masculinas como femeninas) y transexuales (personas que se someten a intervenciones quirúrgicas y/u hormonales para reasignar su sexo)[2].



El género, sin embargo, se refiere a las expectativas sociales y culturales que se asocian con ser hombre o mujer, como los roles, las actitudes, los comportamientos y las expresiones. La evidencia disponible tanto a nivel internacional como en el contexto español confirma una mayor prevalencia de mala salud mental en las mujeres [3–5].

Tanto a nivel internacional, como en el contexto español, se confirma una mayor prevalencia de mala salud mental en las mujeres

La prevalencia de trastornos mentales varía según el sexo, el género y las etapas del ciclo vital. Es importante entender estas diferencias para poder ofrecer un enfoque de prevención e intervención efectivo y adecuado.

En las mujeres se observa el doble de prevalencia de trastornos de ansiedad y de depresión en comparación con los hombres [6]. Se ha especulado que esto podría deberse a las diferencias biológicas y las experiencias de vida distintas a las que están expuestas las mujeres, tales como el estrés social, desigualdades laborales y responsabilidades familiares. Esta mayor prevalencia de trastornos en mujeres es particularmente evidente en la edad adulta temprana. En términos de trastornos de salud mental, los hombres tienen una mayor propensión a los trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias. Parece que las mujeres tienen más probabilidad de ser diagnosticadas de trastorno límite de personalidad y de trastornos de alimentación, mientras que las prevalencias de los trastornos de la conducta y de personalidad antisocial son más altas entre los hombres [7,8]. Incluso en trastornos que tienen una prevalencia similar en hombres y mujeres o son más prevalentes en hombres, la presentación, el curso, el manejo y las repercusiones pueden variar significativamente entre los dos sexos. Las comorbilidades médicas y psiquiátricas, que influyen directamente en el tratamiento, el pronóstico y la discapacidad, son más comunes en las mujeres [9]. Las mujeres mayores refieren un bienestar subjetivo significativamente más bajo y un autoconcepto menos positivo que los hombres [10].

La Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), que es la parte española de la European Health Interview Survey (EHIS), coordinada por Eurostat y regulada por Reglamento (EC) 1338/2008 y Reglamento de la Comisión 141/2013 [3], ofrece datos interesantes respecto a la salud y la salud mental de hombres y mujeres. En ella se ha investigado la sintomatología depresiva con el cuestionario Patient Health Questionnaire (PHQ-8) [11], cuestionario de 8 ítems basado en los criterios de depresión del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [12], diseñado para monitorizar la prevalencia de cuadros depresivos activos y la severidad de la sintomatología depresiva en la población. En España, el 12,74% de la población de 15 y más años presenta sintomatología depresiva. La frecuencia de la sintomatología depresiva es prácticamente el doble en mujeres (16,32%) que en hombres (8,94%) en todos sus grados de severidad. Esta relación no es constante en todos los grupos de edad. La sintomatología depresiva aumenta con la edad en todos sus grados de severidad. A partir de los 75 años, aumenta más bruscamente, de manera que en el grupo de 75-84 años el 24,03% presenta sintomatología depresiva, proporción que alcanza al 35,94% en la población no institucionalizada de 85 y más años.

La misma encuesta ofrece datos relevantes en relación con la funcionalidad de las personas, que puede tener efectos sobre la salud mental también. Las limitaciones cognitivas en población de 65 y más años afectan al 26,67% (21,50% hombres vs 30,70% mujeres). Además, el 19,46% de la población de 65 y más años no institucionalizada tiene dificultad para llevar a cabo alguna de las actividades básicas de la vida diaria, 13,29% de los hombres y 24,30% de las mujeres. Tanto las limitaciones cognitivas como las dificultades funcionales aumentan con la

edad. En el grupo de 85 y más años las limitaciones en la realización de actividades básicas de vida diaria afectan al 52,77%. El 39,25% de los hombres y el 60,00% de las mujeres de este grupo de edad tienen alguna dificultad para el cuidado personal.

La depresión perinatal afecta al 10-15% de las madres, tanto en el embarazo como en el posparto [13,14]. Se asocia a síntomas como tristeza generalizada, fatiga y rumiación, que podrían afectar a la capacidad de las madres para establecer un vínculo con el bebé en el útero o en el posparto, lo que a su vez podría provocar una falta de respuesta de las madres a las señales del bebé y una alteración de la relación madre-hijo [15,16]. La psicosis posparto es mucho menos frecuente que la depresión posparto y se da en 1-2 de cada 1.000 mujeres en edad fértil en las primeras 2-4 semanas tras el parto [17]. Se presenta 2-3 días después del parto con síntomas como cambios de humor, pensamientos confusos, comportamiento muy desorganizado y delirios paranoides, grandiosos o extraños y puede afectar gravemente a la capacidad de la madre para cuidar de su hijo. Es importante la detección y tratamiento de estos problemas de salud mental, ya que pueden tener profundos efectos en el desarrollo social, emocional, conductual y cognitivo del niño.

Las mujeres están relativamente protegidas de algunos de los trastornos asociados al neurodesarrollo, que se manifiestan en la infancia y en la época de la preadolescencia [18]. Pero a partir de la adolescencia, este patrón cambia y las mujeres desarrollan más problemas psiquiátricos que los hombres [19].

No hay diferencias significativas en cuanto al sexo en el caso de trastornos mentales graves [20]. Sin embargo, entre estos acceden más a los servicios de salud mental los hombres que las mujeres.

Los trastornos mentales están fuertemente relacionados con el suicidio. Las tasas de suicidio en Europa son muy altas en comparación con otras partes del mundo. La tasa media anual de suicidios en Europa es de 13,9 por 100.000 habitantes, aunque hay una amplia variación dependiendo de los países. Los 9 países con las tasas de suicidio más altas del mundo están todos en la Unión Europea. En varios de estos países la principal causa de muerte de los adolescentes es el suicidio. Los hombres tienen casi 5 veces más probabilidades de suicidarse que las mujeres en Europa. La depresión, el abuso de alcohol, el desempleo, los problemas económicos y desigualdad social son todos factores de riesgo y todos están íntimamente relacionados. Los cambios en las tasas de suicidio coinciden con los cambios en el desempleo y la precariedad que genera la anticipación de la pérdida del empleo. Hay algunos informes de que las tasas de suicidio han aumentado desde 2008, con los mayores incrementos en los países más afectados por la crisis económica.

Para concluir, la prevalencia de los trastornos mentales y las limitaciones cognitivas y funcionales varían en función de varios factores, incluyendo el género, el sexo y las etapas del ciclo vital. La disminución de las desigualdades sociales, económicas y respecto al género, así como el asegurar un adecuado acceso a la información, apoyos y servicios de salud son clave para prevenir su progreso y limitar su impacto.

La prevalencia de los trastornos mentales y las limitaciones cognitivas y funcionales varían en función de varios factores, incluyendo el género, el sexo y las etapas del ciclo vital

Género y su influencia en la salud mental



El género se refiere a las características de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños que se construyen socialmente. Esto incluye normas, comportamientos y roles asociados con ser mujer, hombre, niña o niño, así como las relaciones entre ellos. Como construcción social, el género varía de una sociedad a otra y puede cambiar con el tiempo [21].

Entender las diferencias entre sexo y género es el pilar de cualquier acción contra las desigualdades de género, porque la desigualdad no es algo natural, sino estructural y suele situar en una posición de inferioridad a las mujeres por el mero hecho de serlo. El sexismo involucra relaciones de género no equitativas y se refiere a prácticas institucionales e interpersonales mediante las cuales los miembros de grupos de género dominantes (típicamente hombres) acumulan privilegios al subordinar a otros grupos de género (típicamente mujeres) y justifican estas prácticas a través de ideologías de superioridad innata, diferencia o desviación [2]. La construcción social y cultural de género se puede cambiar y reconstruir en pro de la igualdad de oportunidades entre mujeres hombres.

Los humanos tenemos sexo (biológico) y sexualidad (práctica diversificada en su fuente, en su objeto, en sus medios y en sus fines) y tenemos identidad de género (los animales no la tienen), que es subjetiva, privada y se conforma socialmente, está mediada por la ideología, se configura a través de las leyes y se somete a estipulaciones políticas y a valoraciones y a atribuciones históricas, culturales, religiosas, artísticas, educativas y médicas [22]. Los roles de género varían a lo largo de un continuo y la expresión del género varía dentro y entre sociedades, generalmente en relación con las divisiones sociales basadas en el poder y la autoridad (p. ej., clase, raza/etnicidad, nacionalidad, religión) [2].

La influencia del sexo y el género en la salud mental es un tema complejo y multidisciplinar que abarca aspectos psicológicos, clínicos, psicopatológicos, neurológicos y endocrinológicos. Algunas de las cuestiones que se plantean son:

- ¿Existe una relación entre el sexo biológico y la prevalencia de ciertos trastornos mentales como la depresión, la ansiedad, el trastorno de la conducta alimentaria o el trastorno límite de la personalidad? ¿Qué papel juegan las diferencias neuroendocrinas entre hombres y mujeres en la etiología y el tratamiento de estas patologías?

- ¿Cómo afectan las normas de género a la salud mental de las mujeres y de los hombres? ¿Qué consecuencias tiene la conformidad o la divergencia con estas normas en el bienestar psicológico, la autoestima, la identidad y el deseo sexual?

- ¿Qué desafíos y oportunidades plantea la diversidad de identidades y orientaciones sexuales que existen más allá de la dicotomía hombre-mujer? ¿Qué factores facilitan o dificultan el proceso de búsqueda y afirmación de la propia subjetividad en un contexto social cambiante?

Estas preguntas no tienen respuestas sencillas ni unívocas, sino que requieren un enfoque integrador que tenga en cuenta las múltiples dimensiones que intervienen en la sexualidad humana. Asimismo, es necesario incorporar la perspectiva de género en los programas educativos, sanitarios y de atención psicológica para promover una mayor diversidad y flexibilidad en los roles de género, así como una mayor igualdad y respeto entre las personas, lo que redundará en una mejor salud mental para todos y todas [23].

La discriminación y el acoso asociados con el género afectan a la salud mental. El género produce desigualdades que se entrecruzan con otras desigualdades, como las sociales y las económicas. La discriminación basada en el género se cruza con otros factores de discriminación, como la etnia, el estatus socioeconómico, la discapacidad, la edad, la ubicación geográfica, la identidad de género y la orientación sexual, entre otros. Es lo que se denomina interseccionalidad.

El género influye en la experiencia y el acceso de las personas a la asistencia sanitaria. El modo en que se organizan y prestan los servicios sanitarios puede limitar o facilitar el acceso de una persona a los mismos. Los servicios de salud deben ser asequibles, accesibles y aceptables para todos y deben prestarse con calidad, equidad y dignidad.

Las mujeres y las niñas suelen encontrar mayores barreras que los hombres y los niños para acceder a la información y los servicios sanitarios [24]. Estas barreras incluyen restricciones a la movilidad; falta de acceso a la toma de decisiones; tasas de alfabetización más bajas; actitudes discriminatorias de las comunidades y los proveedores de atención sanitaria; y falta de formación y concienciación entre los proveedores de atención sanitaria y los sistemas de salud sobre las necesidades y retos sanitarios específicos de las mujeres y las niñas.

Si diferenciamos entre la tasa de incidencia tratada (las personas que acuden por primera vez) y la tasa de frecuentación (mayor número de contactos por caso), los hombres presentan, según algunos estudios europeos, una mayor tasa de incidencia, aunque globalmente las mujeres presentan mayores tasas de frecuentación

Respecto al uso de servicios de salud mental, según la mayoría de los estudios, las mujeres tienden con mayor frecuencia que los hombres a buscar ayuda para sus problemas de salud mental en los servicios ambulatorios especializados y las diferencias son más patentes en el ámbito de la atención primaria, cualquiera que sea la causa e independientemente de la región geográfica [25]. De ahí que se haya sugerido que ser mujer es una variable predictora de mayor utilización de servicios de salud mental. Ahora bien, si diferenciamos entre la tasa de incidencia tratada (las personas que acuden por primera vez) y la tasa de frecuentación (mayor número de contactos por caso), los hombres presentan, según algunos estudios europeos, una mayor tasa de incidencia, aunque globalmente las mujeres presentan mayores tasas de frecuentación [26].

Según la última Encuesta Europea de Salud en España (EESE), del año 2020, un mayor número de mujeres que de hombres ha consultado con un profesional de la salud mental en los últimos 12 meses en España (5,5% de mujeres vs 4% de hombres) y un 29,2% de mujeres vs un 21,0% de hombres han asistido a la consulta del médico de familia en las últimas 4 semanas [27].



Si nos fijamos en los recursos especializados para personas con problemas graves de salud mental (trastornos mentales graves), comprobamos que las mujeres representan un porcentaje muy inferior al de los hombres que ocupan una plaza en estos recursos en España [28], siendo un hecho de significativa desigualdad que se debe al rol femenino vinculado al trabajo doméstico y al papel en las familias, que las impulsan en mayor medida a quedarse en casa.

Las mujeres y las niñas se enfrentan a niveles inaceptablemente altos de violencia arraigada en la desigualdad de género y corren un grave riesgo de sufrir prácticas nocivas como la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, precoz y forzado. Las cifras de la OMS muestran que aproximadamente 1 de cada 3 mujeres en todo el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja o violencia sexual fuera de la pareja a lo largo de su vida [24].

Pero, además, estas normas de género perjudiciales -especialmente las relacionadas con nociones rígidas de masculinidad- también pueden afectar negativamente a la salud y el bienestar de los niños y los hombres [29]. Por ejemplo, determinadas nociones de masculinidad pueden animar a los niños y a los hombres a fumar, a asumir riesgos sexuales y otros riesgos para la salud, a abusar del alcohol y a no buscar ayuda o atención sanitaria. Estas normas de género también contribuyen a que los niños y los hombres perpetren actos de violencia, además de ser ellos mismos víctimas de la violencia. También pueden tener graves consecuencias para su salud mental.

Las rígidas normas de género también afectan negativamente a las personas con identidades de género diversas, que a menudo son víctimas de violencia, estigmatización y discriminación, incluso en los centros sanitarios. En consecuencia, corren un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental, incluido el suicidio. Las personas queer o LGBTQIA+ experimentan a menudo una mayor carga de estrés relacionada con la discriminación, la exclusión social y la victimización. Las personas LGBTQIA+ tienen un mayor riesgo de cáncer, enfermedades mentales y otras enfermedades y es más probable que fumen, beban alcohol, usen drogas y tengan otras conductas de riesgo [30]. Las investigaciones actuales indican que los jóvenes LGBTQIA+ tienen más probabilidades de experimentar acoso y reportar pensamientos y comportamientos suicidas que los jóvenes no-LGBTQIA+ y se cree que el acoso es un precursor del suicidio entre los jóvenes LGBTQIA+ [30].

Es importante que los profesionales de la salud seamos conscientes de las diferencias de género y que trabajemos para abordar cualquier discriminación y estigma que puedan afectar a la salud mental de las personas en nuestra práctica profesional.

Violencia de género o violencia contra las mujeres

La violencia de género se refiere a la violencia dirigida contra un individuo o grupo por razón de su género [31]. Tradicionalmente, la violencia de género se conceptualizaba como la ejercida por hombres contra mujeres [32], pero en la actualidad se considera cada vez más que incluye una gama más amplia de hostilidades basadas en la identidad y la orientación sexuales, incluidas ciertas formas de violencia contra hombres que no encarnan las formas dominantes de masculinidad. Tiene sus raíces en la desigualdad de género, el abuso de poder y las normas perjudiciales. El término se utiliza principalmente para subrayar el hecho de que las diferencias de poder estructurales basadas en el género exponen a las mujeres y las niñas a múltiples formas de violencia. Aunque las mujeres y las niñas sufren de forma desproporcionada la violencia de género, los hombres y los niños también pueden ser objeto de ella. El término también se utiliza a veces para describir la violencia dirigida contra las poblaciones LGBTQI+, al referirse a la violencia relacionada con las normas de masculinidad/feminidad y/o las normas de género.



Se estima que 736 millones de mujeres -alrededor de una de cada tres mujeres- ha experimentado alguna vez en su vida violencia física o sexual por parte de una pareja íntima, o violencia sexual perpetrada por alguien que no era su pareja

La violencia de pareja se refiere a los comportamientos de la pareja o expareja que causan daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control.

La violencia sexual es cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto, el intento de violación, los tocamientos sexuales no deseados y otras formas de violencia sexual sin contacto.

La violencia contra la mujer es un problema importante de salud pública y de derechos humanos; la violencia de pareja y la violencia sexual son formas sumamente generalizadas de violencia contra la mujer. Algunas investigaciones, que comenzaron en América del Norte y Europa y luego se han ido ampliando a otras regiones, han mostrado que existe una prevalencia elevada de violencia contra la mujer a nivel mundial, con resultados perjudiciales para la salud física y mental en el corto y largo plazo [33–36].

Magnitud del problema

Según un análisis de los datos sobre la prevalencia de este problema en 161 países y zonas entre 2000 y 2018 realizado en 2018 por la OMS en nombre del Grupo de Trabajo interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, a nivel global, se estima que 736 millones de mujeres -alrededor de una de cada tres mujeres- ha experimentado alguna vez en su vida violencia física o sexual por parte de una pareja íntima, o violencia sexual perpetrada por alguien que no era su pareja (el 30% de las mujeres de 15 años o más). Estos datos no incluyen el acoso sexual y algunos estudios nacionales muestran que la proporción puede llegar al 70% de las mujeres. Las tasas de depresión, trastornos de ansiedad, embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual e infección por VIH son más altas en las mujeres que han experimentado este tipo de violencia en comparación con las que no la han sufrido, así como muchos otros problemas de salud que pueden durar incluso después de que la violencia haya terminado [37].

Según los datos disponibles de 2018, se estima que una de cada siete mujeres ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de su pareja o marido en los últimos 12 meses (el 13% de las mujeres de 15 a 49 años) [37].

La mayor parte de la violencia contra las mujeres es perpetrada por sus maridos o parejas íntimas o por parte de sus ex-maridos-parejas. Más de 640 millones de mujeres de 15 años o más han sido objeto de violencia de pareja (el 26% de las mujeres de 15 años o más) [37].

De las que han mantenido una relación, casi una de cada cuatro adolescentes de 15 a 19 años (24%) ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de su pareja o marido. El 16% de las jóvenes de 15 a 24 años han experimentado esta violencia en los últimos 12 meses [37].

Quince millones de niñas adolescentes de 15 a 19 años han experimentado relaciones sexuales forzadas (violaciones u otros actos sexuales forzados) en todo el mundo. En la inmensa mayoría de los países, las adolescentes son el grupo con mayor riesgo de violaciones (u otro tipo de abusos sexuales) por parte de su esposo, pareja o novio actual o anterior. De acuerdo con los datos disponibles de 30 países, tan sólo un 1% de ellas ha pedido alguna vez ayuda profesional [38].

A nivel mundial, la violencia contra las mujeres afecta de forma desproporcionada a los países y regiones de ingresos bajos y medio-bajos. El 37% de las mujeres de entre 15 y 49 años que viven en países clasificados como "menos desarrollados" por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (SDG, Sustainable Development Goals, de la agenda 2030 de las Naciones Unidas para un desarrollo sostenible) [39], han sido objeto de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en su vida. El 22% de las mujeres que viven en los "países menos desarrollados" han sido objeto de violencia de pareja intima en los últimos 12 meses, un porcentaje sustancialmente superior a la media mundial del 13% [37].

A nivel global, alrededor de 81.000 mujeres y niñas fueron asesinadas en el 2020, unas 47.000 de ellas (es decir, el 58%) a manos de sus parejas o familiares. Esto equivale a una mujer o niña asesinada cada 11 minutos por personas que conocen. En el 58% de todos los homicidios cometidos por las parejas intimas y/o en el contexto familiar, la víctima fue una mujer o niña [40].

Durante la última década, la tasa de matrimonios infantiles a nivel mundial se ha reducido. Asimismo, la proporción mundial de mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años que se han casado antes de tener 18 años ha caído en un 15%; de casi una de cada cuatro -cifra de 2010- a una de cada cinco en 2020. Como resultado de este avance, se han evitado los matrimonios infantiles de alrededor de 25 millones de niñas [39].

La violencia de género en el ámbito escolar es un obstáculo muy importante para la escolarización universal y el derecho de las niñas a la educación. A escala mundial, 1 de cada 3 estudiantes de 11 a 15 años ha experimentado acoso escolar por parte de sus compañeros o compañeras en al menos una ocasión durante el último mes. Las niñas y los niños tienen la misma probabilidad de experimentar acoso escolar. Los niños tienen mayor probabilidad que las niñas de experimentar acoso físico y las niñas tienen mayor riesgo de experimentar acoso psicológico y reportan, con más frecuencia que los niños, acoso por su rostro o su aspecto físico [41].

Al menos 200 millones de mujeres y niñas de entre 15 y 49 años han sido sometidas a la mutilación genital femenina en 31 países donde se concentra esta práctica. La mitad de estos países están en África Occidental. Todavía hay países donde la mutilación genital femenina es casi universal; donde al menos 9 de cada 10 niñas y mujeres de entre 15 y 49 años han sido cortadas [39].

Una de cada 10 mujeres de la Unión Europea afirma haber experimentado ciberacoso desde los 15 años. Esto incluye haber recibido correos electrónicos o mensajes SMS sexualmente explícitos no deseados y/u ofensivos o insinuaciones ofensivas e inapropiadas en las redes sociales. El riesgo es mayor entre las mujeres jóvenes de 18 a 29 años [42].

En Estados Unidos, dos de cada diez mujeres jóvenes de entre 18 y 29 años han experimentado acoso sexual en línea y una de cada dos ha recibido imágenes explícitas improcedentes. En Pakistán, el 40 % de las mujeres ha experimentado distintas formas de acoso por Internet. Cuando las mujeres y las niñas tienen acceso a Internet, experimentan violencia en línea con más frecuencia que los hombres [43].

Los confinamientos durante la pandemia de COVID-19 y sus repercusiones sociales y económicas han aumentado la exposición de las mujeres a parejas con comportamientos abusivos y a factores de riesgo conocidos, al tiempo que han limitado su acceso a diferentes servicios. Las situaciones de crisis humanitarias y desplazamientos pueden agravar la violencia, como la violencia de pareja y la violencia sexual por terceros, y dar lugar a nuevas formas de violencia contra las mujeres [44].

La Base de Datos Mundial sobre la Violencia contra la Mujer facilita el acceso a información completa y actualizada sobre las medidas adoptadas por los Estados miembros de las Naciones Unidas para hacer frente a todas las formas de violencia contra la mujer (https://evaw-global-database.unwomen.org/en).

Según datos de 2021, el coste económico de la violencia de género en la Unión Europea se estimó en 366.000 millones de euros al año. La violencia contra las mujeres constituye el 79% de este coste, lo que asciende a 289.000 millones de euros [45].

Consecuencias para la salud

La violencia de pareja (física, sexual y psicológica) y las agresiones sexuales provocan en las mujeres graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo. También afectan a la salud y el bienestar de sus hijos. Este tipo de violencia genera un elevado coste social y económico para las mujeres, sus familias y la sociedad. Esta violencia se relaciona con las siguientes consecuencias [46]:

- Consecuencias mortales, como el homicidio o el suicidio.
- Lesiones: el 42% de las mujeres víctimas de violencia de pareja refieren alguna lesión como consecuencia de dicha violencia.
- Embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos e infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH. El estudio de la OMS de 2013 sobre la carga para la salud asociada con la violencia contra las mujeres reveló que las mujeres que han sufrido maltratos físicos o abusos sexuales tienen una probabilidad 1,5 veces mayor de padecer infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH en algunas regiones, en comparación con las mujeres que no habían sufrido violencia de pareja. Por otra parte, también tienen el doble de probabilidades de sufrir abortos.
- La violencia de pareja durante el embarazo está asociada con un aumento en la probabilidad de abortos involuntarios, muertes fetales, partos prematuros y bebés con bajo peso al nacer. El mismo estudio de 2013 puso de manifiesto que las mujeres víctimas de violencia de pareja tenían un 16% más de probabilidades de sufrir un aborto involuntario y un 41% más de probabilidades de tener un parto prematuro.



- Depresión, estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios e intentos de suicidio. Según el análisis de 2013, las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de probabilidades de padecer depresión y problemas con el consumo de alcohol.

- Entre los efectos sobre la salud también se encuentran las cefaleas, los síndromes de dolor (de espalda, abdominal o pélvico crónico), trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general.

- La violencia sexual, sobre todo en la infancia, también puede incrementar el consumo de tabaco y drogas, así como las prácticas sexuales de riesgo. También se asocia a la comisión (por el hombre) y el padecimiento (por la mujer) de actos de violencia.

- Los niños que crecen en familias en las que hay violencia pueden sufrir diversos trastornos conductuales y emocionales. Estos trastornos pueden asociarse también a la comisión o el padecimiento de actos de violencia en fases posteriores de su vida.

- La violencia de pareja también se ha asociado a mayores tasas de mortalidad y morbilidad en los lactantes y los niños (por ejemplo, por enfermedades diarreicas o malnutrición o por menores tasas de inmunización).

Prevención e intervención desde el sector de la salud

La agenda 2030 de las Naciones Unidas tienen entre sus objetivos para un desarrollo sostenible (Sustainable Development Goals, SDG) lograr la igualdad de género y empoderar a todas la mujeres y niñas [47].

Para alcanzar esta serie de objetivos, la OMS, en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2016, refrendó un plan de acción mundial para fortalecer la función del sistema de salud a efectos de abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general [48]. Las principales recomendaciones son:

- Concienciar para que la violencia contra la mujer se considere inaceptable y sea tratada como un problema de salud pública.

- Prestar servicios integrales de calidad centrados en las mujeres que padecen este tipo de violencia y sensibilizar y capacitar a los prestadores de atención de la salud para que atiendan sus necesidades con empatía y sin actitudes moralistas.

  - La Organización Mundial de la Salud ha elaborado una serie de directrices e instrumentos para capacitar a los prestadores de servicios de salud respecto a la violencia de pareja y la violencia sexual [49]. El material es de acceso abierto y gratuito en la web del programa de capacitación de la OMS dirigido a los prestadores de servicios de salud (https://iris.paho.org/handle/10665.2/52496)

- Prevenir la recurrencia de la violencia mediante la detección temprana de mujeres y niños afectados por ella y la prestación de cuidados, servicios de derivación y apoyo apropiados.

- Promover normas de género igualitarias como parte de las aptitudes para la vida y la incorporación de una educación integral sobre sexualidad en los planes de estudios dirigidos a los jóvenes.

- Generar pruebas sobre las medidas que funcionan y sobre la magnitud del problema mediante la realización de encuestas de población o la inclusión de la violencia contra la mujer en las encuestas poblacionales sobre demografía y salud, así como en los sistemas de vigilancia e información sanitaria.



Violencia contra la mujer en España

En España, según la macroencuesta sobre violencia contra la mujer 2019 [50], el 13,7% de mujeres mayores de 15 años ha sufrido violencia sexual en algún momento de su vida por parte de cualquier persona, el 7,5% por su pareja o ex-pareja y el 2,2% por otros hombres sin esa vinculación. Muchas veces las mujeres no denuncian por miedo o vergüenza. Según la misma encuesta, el 32,1% de las mujeres que sufrieron violencia física y/o sexual por su pareja o ex-pareja interpusieron denuncia y solo el 11,1% lo hizo cuando sufrió violencia sexual por hombres sin relación de pareja.

A nivel mundial y también en nuestro país, se han logrado avances en materia de derechos de la mujer. En España, el 91,7% de los marcos jurídicos que promueven, hacen cumplir y supervisan la igualdad de género según el indicador SDG (Sustainable Development Goals, de Naciones Unidas), con especial atención a la violencia contra las mujeres, están en vigor. La tasa de natalidad adolescente es de 6,2 por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años en 2018, por debajo del 7,1 por 1.000 de 2017. En febrero de 2021, el 44% de los escaños del Parlamento estaban ocupados por mujeres.

Sin embargo, aún queda trabajo por hacer en España para lograr la igualdad de género. En 2018, el 2,9% de las mujeres de 15 a 49 años declararon haber sido objeto de violencia física y/o sexual por parte de una pareja actual o anterior en los 12 meses anteriores. Asimismo, las mujeres y niñas mayores de 20 años dedican el 19% de su tiempo al cuidado y trabajo doméstico no remunerado, frente al 8,6% que dedican los hombres.

En diciembre de 2020, solo se disponía del 50% de los indicadores necesarios para supervisar los SDG desde una perspectiva de género. Además, muchos ámbitos -como el género y la pobreza, el acoso físico y sexual, el acceso de las mujeres a los bienes (incluida la tierra) y el género y el medio ambiente- carecen de metodologías comparables para un seguimiento regular. Cerrar estas brechas de datos de género es esencial para alcanzar los compromisos de los SDG relacionados con el género en España.

Fenómenos como la creciente hipersexualización de las niñas y adolescentes y el acceso a la pornografía como primer contacto con la sexualidad y las primeras relaciones sexuales, pueden estar influyendo en la intensificación de la violencia sexual. Dicha violencia supone un grave daño a la salud integral de las mujeres.

Para prevenir la violencia contra la mujer es fundamental el compromiso de toda la sociedad y las instituciones, garantizando una educación afectivo sexual basada en el buen trato y la promoción del respeto mutuo y la comunicación.

Las mujeres presentan índices más elevados de depresión, ansiedad, estrés, somatizaciones y trastornos de alimentación, mientras que los hombres presentan índices más elevados de consumo de sustancias, suicidios y trastornos antisociales

Género y planificación sanitaria

La inclusión de la perspectiva de género en el proceso de planificación estratégica en salud es un mandato estipulado en la normativa actual. La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en su artículo 27, estipula la Integración del principio de igualdad en la política de salud [51]; se añaden las referencias a este principio de igualdad en las modificaciones de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [52] y de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud [53] y el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud [54]. También incluye la perspectiva de género la Organización Mundial de la Salud desde 2002 [55] y los acuerdos europeos para la salud mental, donde está presente el género como perspectiva necesaria a incluir de forma transversal en todos los procesos de planificación sanitaria y en las líneas de trabajo [56,57].

La Estrategia Nacional de Salud Mental 2022-2026 [58] identifica como principales aspectos relativos a la salud mental y al género los principales aspectos que se han abordado previamente, indicando que deben tenerse en cuenta en la planificación y organización sanitaria:

- Los trastornos mentales más prevalentes se presentan de manera diferente por sexos y según las diferentes etapas en el ciclo vital. Todos los estudios comunitarios ponen de manifiesto una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos entre las mujeres.

- Las mujeres presentan índices más elevados de depresión, ansiedad, estrés, somatizaciones y trastornos de alimentación, mientras que los hombres presentan índices más elevados de consumo de sustancias, suicidios y trastornos antisociales.

- El mayor riesgo de mala salud mental entre las mujeres puede ser debido a factores de riesgo psicosociales asociados con determinantes socioeconómicos y de género, como sobrecarga laboral y de cuidados y brecha salarial, que condicionan una mayor exposición de las mujeres a la pobreza y al exceso de trabajo, la discriminación socioeconómica y la violencia de género. A pesar de la mayor morbilidad psiquiátrica de las mujeres con respecto a los hombres, no se ha conseguido demostrar hasta el momento actual que las mujeres sean más vulnerables por su constitución biológica y fisiológica, de ahí la importancia de considerar la perspectiva de género en relación con el resto de los determinantes sociales de desigualdad en salud mental.

- A partir de los años 90, la violencia contra las mujeres comenzó a ser vista como un problema de salud pública y se identificó como una causa destacada de lesiones y muerte para las mujeres. Es a partir de ese momento cuando las agencias públicas de salud, incluyendo la OMS, se hicieron activas en la prevención de la violencia y en la realización de campañas públicas de concienciación y sensibilización. Periódicamente, la OMS publica el informe de prevalencia de violencia contra las mujeres "Violence against women Prevalence Estimates" [37], con estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra la mujer y estimaciones mundiales y

regionales de la prevalencia de la violencia sexual sufrida por la mujer por alguien que no es su pareja. Las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género tienen mayores problemas de salud tanto física como mental. A pesar de los pocos datos existentes, se puede señalar que las mujeres con un diagnóstico de trastorno mental grave son más vulnerables o tienen mayor probabilidad de padecer violencia de género en comparación con las mujeres sin diagnóstico de trastorno mental grave [59].

- Las mujeres con trastornos mentales graves o adicciones se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad. Esta doble discriminación marca sus vidas. En comparación con los hombres, las mujeres que padecen estos trastornos tienen mayor riesgo de vivir en la pobreza y el aislamiento, perciben salarios inferiores y están menos representadas en el ámbito laboral [60].

- De entre todos los factores psicosociales asociados al género, el de la violencia en sus diferentes expresiones (violencia de género por la pareja o expareja, violencia sexual, trata de personas con o sin fines de explotación sexual, matrimonios forzosos, acoso laboral,...) afecta directamente a la salud mental y bienestar de las mujeres que la padecen [57]. La violencia está en muchas ocasiones en el origen del trastorno mental. Padecer un trastorno mental o una adicción, particularmente si es grave, incrementa, por otra parte, el riesgo de sufrir violencia y el maltrato empeora la sintomatología y el curso de un trastorno mental preexistente.

- Las mujeres con trastorno mental grave con frecuencia son cuidadoras de sus descendientes y sus responsabilidades pueden dificultar la accesibilidad a los servicios sanitarios. El vínculo madre-hijo o hija puede verse afectado cuando la madre padece un trastorno mental grave o una adicción, lo que requerirá de apoyos para no limitar los derechos personales, primando el derecho a fundar una familia o tomando las medidas necesarias para evitar la retirada de la tutela.

- En los menores de 14 años, la prevalencia de los problemas de salud mental es mayor en los chicos, entre los 15 y 19 años se equipara en ambos géneros y a partir de esa edad son las mujeres las que tienen una mayor prevalencia que los hombres [61].

Tomando en consideración todo lo anterior, la Estrategia Nacional de Salud Mental 2022-2026 considera de especial relevancia tener en cuenta los aspectos relativos al género en la implementación de las medidas de mejora de salud mental de la población [58]:

- En la formación de profesionales, tanto de los equipos de salud mental como de atención primaria, insta a incluir módulos con contenidos relativos a la perspectiva de género en la salud y en especial en relación con los impactos en la misma cuando la mujer sufre violencia de género (prevención y detección precoz). Los siguientes recursos están disponibles en formato abierto y gratuito y pueden utilizarse para este propósito.

  - Centro de capacitación de las Naciones Unidas (United Nations Women), con multitud de cursos breves en varios idiomas (también en español), la mayoría de ellos gratuitos, en su campus virtual de aprendizaje: https://trainingcentre.unwomen.org/

  - Programa de capacitación de la OMS dirigido a los prestadores de servicios de salud (en español): https://iris.paho.org/handle/10665.2/52496

    - Documento principal : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52496/9789275322598_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y



· Hojas informativas para participantes : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52496/9789275322598_Handout_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=yMaterial para ejercicios: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52496/9789275322598-ejercicios_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y

· Herramientas de evaluación pre y post realización del programa de capacitación: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52496/9789275322598-evaluacion_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

- Formación online gratuita a través de Escuela virtual de Igualdad de la Escuela de Mujeres del Ministerio de Igualdad español: https://www.escuelavirtualigualdad.es/

- Recogida de datos y obtención de indicadores desagregados por sexo, y por género, comparables, exhaustivos, fiables y regularmente actualizados que permita ajustar los recursos y servicios a las diferentes necesidades de mujeres, hombres y otros géneros.

- En las actuaciones dirigidas a los trastornos mentales graves o adicciones en mujeres, tener en cuenta tanto la detección precoz y atención de las diferentes expresiones de la violencia de género que pueda haber sufrido o estar sufriendo como la adecuación de los recursos a sus necesidades sociofamiliares y de crianza.

- Recogida y difusión de buenas prácticas en el desarrollo de aquellas líneas estratégicas y objetivos que pueda resultar de aplicación.

Ley trans en España, debate político y posicionamiento de las asociaciones de salud mental

La recién aprobada Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI o 'ley trans' en España [62] reconoce la voluntad de la persona como único requisito para cambiar de sexo en el registro a partir de los 16 años.

De forma resumida, la Ley contempla los siguientes aspectos:

1. Autodeterminación de género para mayores de 16 años: para cambiar de sexo en el registro a partir de los 16 años no será obligatorio presentar informes médicos o psicológicos que acrediten disforia de género, ni tampoco estar en un proceso de hormonación o haberse sometido a operaciones para modificar la apariencia.

Los menores de entre 16 y 14 años podrán cambiar su sexo en el registro siempre que acudan acompañados de sus padres o tutores legales, mientras que entre los 12 y 14 años necesitarán autorización judicial.

Los menores de 12 años no podrán cambiar su sexo en el registro, pero sí su nombre en el DNI. La modificación del sexo legal se realizará en dos fases: primero se rellenará un formulario solicitando el cambio y, en un plazo de tres meses, la persona interesada comparecerá para ratificar su decisión.

Los hombres que cambien su sexo no eludirán las condenas por violencia machista, puesto que se mantendrán las obligaciones jurídicas que cualquier persona tuviese antes de rectificar su sexo.

2. Se prohíben las terapias de conversión

Se prohíben -las terapias de conversión destinadas a modificar la orientación o la identidad sexual o la expresión de género, con independencia del consentimiento que pudieran haber prestado las mismas o sus representantes legales.

3. Maternidad y filiación

Las lesbianas, bisexuales y las personas trans con capacidad de gestar tendrán garantizado el acceso a técnicas de reproducción asistida.

Las parejas de mujeres lesbianas y bisexuales podrán inscribir a sus hijos como propios sin necesidad de estar casadas.

4. Personas intersexuales

Se prohíbe la modificación genital de menores de 12 años intersexuales, nacidos con variaciones de las características sexuales, salvo en los casos en que las indicaciones médicas lo exijan.

La modificación genital en personas intersexuales de entre 12 y 16 años sólo se permitirá si lo solicita el menor y si se considera que está capacitado para tomar dicha decisión por su edad y madurez.

5. Medidas en el ámbito educativo y sanitario

El conocimiento y respeto a la diversidad sexual, familiar y de género se incluirá en el currículo educativo de todas las etapas, así como la formación del profesorado en esta materia.

Habrá asimismo promoción de programas de educación sexual y reproductiva y de prevención de enfermedades de transmisión sexual. También, medidas de acción positiva para el colectivo LGTBI en el ámbito laboral, educativo y sanitario.

El abastecimiento de los medicamentos más comúnmente empleados en los tratamientos hormonales para personas trans estará garantizado.

6. Infracciones por discriminación

Creación de un régimen de infracciones frente a actos de discriminación a personas LGTBIQ+, con sanciones de hasta 150.000 euros para casos muy graves.

El punto principal del texto es la eliminación de la hormonación obligatoria y las evaluaciones psicológicas y médicas como requisitos para aquellas personas que soliciten el cambio de sexo en el Registro Civil, que ahora podrá autorizarse sólo con la voluntad libremente expresada del solicitante si tiene más de 16 años. Esto ha generado un intenso debate político y social en el que han participado y se han posicionado las principales asociaciones en materia de salud mental en nuestro país. Se pueden encontrar anexos los diferentes posicionamientos tanto de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM), que ha mostrado su apoyo al posicionamiento emitido por la Junta Directiva de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA), y de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (AEN-PSM), con una postura más crítica las dos primeras y abierta a los cambios políticos y sociales de la segunda. El impacto en la sociedad y en las personas a lo largo del tiempo, así como los futuros desarrollos de la Ley darán la razón a uno u otro posicionamiento.

Posicionamiento AEPNYA respecto a la Ley Trans: https://aepnya.es/wp-content/uploads/2022/11/Comunicado-JD_AEPNYA-3-1.pdfPosicionamiento SEPSM respecto a la Ley Trans: https://sepsm.org/ley-trans-asi-no/

Posicionamiento AEN-PSM respecto a Ley Trans: https://aen.es/wp-content/uploads/2023/03/Posicionamiento-LGTBIQ-AEN-PSM-1.pdf



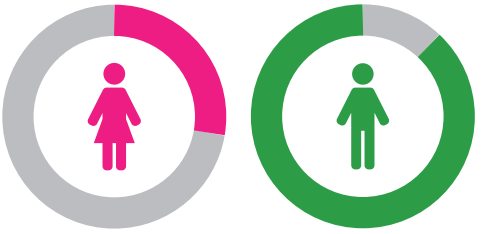
Recursos online sobre género y salud mental

En la siguiente tabla se muestra un resumen de recursos de calidad sobre género y salud mental para poder consultar online a través de los enlaces facilitados:

INTERNACIONAL INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE GÉNERO	Naciones Unidas (ONU Mujeres)	**Web ONU Mujeres** (https://www.unwomen.org/es/about-us)
	Organización Mundial de la Salud (OMS)	**Salud de la mujer** (https://www.who.int/health-topics/women-s-health) **Violencia contra la mujer** (https://www.who.int/health-topics/violence-against-women#tab=tab_1) **OMS_prensa_violencia contra la mujer** (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women)
ESPAÑA INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE GÉNERO	Ministerio de Igualdad	**Web Ministerio de Igualdad** (https://www.igualdad.gob.es/Paginas/index.aspx) **Publicaciones Ministerio de Igualdad** (https://www.igualdad.gob.es/servicios/publicaciones/Paginas/index.aspx)
	Comunidad de Madrid	**https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/violencia-genero-salud#**
INTERNACIONAL DATOS Y CIFRAS	Naciones Unidas (ONU Mujeres)	**Datos mundiales sobre medidas para hacer frente a la violencia contra las mujeres en los países de la ONU** (https://evaw-global-database.unwomen.org/en)
	Naciones Unidas	**Portal de datos relacionados con el géner**o (https://data.unwomen.org/data-portal) **Gráficos agregados por género relacionados con objetivos SDG** (https://data.unwomen.org/data-portal/sdg?)
	Instituto de métrica y evaluación sanitaria (IHME): Comparador de carga mundial de enfermedad (GBD Compare)	**Comparador de carga mundial de enfermedad** (https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/)
ESPAÑA DATOS Y CIFRAS	Datos de violencia contra las mujeres	**España_Datos de violencia contra las mujeres** (https://evaw-global-database.unwomen.org/en/countries/europe/spain)
	Informes del Observatorio de Igualdad (Ministerio de Igualdad)	**Informes del Observatorio de Igualdad** (https://www.inmujeres.gob.es/observatorios/observIgualdad/estudiosInformes/home.htm)
	Estudios de las mujeres, feministas y de género (Ministerio de Igualdad)	**Estudios de las mujeres, feministas y de género** (https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaEstudiosInvestigacion/Estudios.htm)
INTERNACIONAL RECURSOS PARA PROFESIONALES	Naciones Unidas: centro de capacitación en materia de género	**UN_capacitación** (https://trainingcentre.unwomen.org/)
	OMS: Capacitación de profesionales	**Capacitación_doc principal** (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52496/9789275322598_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y) **Hojas informativas_participantes** (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52496/9789275322598_Handout_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y) **Ejercicios** (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52496/9789275322598-ejercicios_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y) **Evaluación** (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52496/9789275322598-evaluacion_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y)
ESPAÑA RECURSOS PARA PROFESIONALES	Escuela virtual de Igualdad	**Cursos online gratuitos en Igualdad de género** (https://www.escuelavirtualigualdad.es/)
	(Ministerio de Igualdad) Protocolos actuación sanitaria	**Guías y protocolos de actuación sanitaria en la violencia de pareja** (https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/violencia-genero-salud)

Salud mental y género

La frecuencia de la sintomatología depresiva es prácticamente el doble en mujeres que en hombres en todos sus grados de severidad



16,32% 8,94%

A pesar de la MAYOR MORBILIDAD psiquiátrica de mujeres con respecto a hombres, no se puede demostrar que las mujeres sean más vulnerables por su constitución biológica y fisiológica, de ahí la importancia de considerar la perspectiva de género en relación con el resto de los determinantes sociales de desigualdad en salud mental

La discriminación y el acoso asociados con el género afectan a la salud mental



24,03% 75-84 años

35,94% +84 años

La sintomatología depresiva aumenta con la edad en todos sus grados de severidad

La VIOLENCIA está en muchas ocasiones en el origen del trastorno mental. Padecer un trastorno mental o una adicción, particularmente si es grave, incrementa, por otra parte, el riesgo de sufrir violencia y el maltrato empeora la sintomatología y el curso de un trastorno mental preexistente

En los menores de 14 años, la PREVALENCIA de los problemas de salud mental es mayor en los chicos, entre los 15 y 19 años se equipara en ambos géneros y a partir de esa edad son las mujeres las que tienen una mayor prevalencia que los hombres



14 años 15-19 años + 19 años

Las personas LGTBI+ experimentan una mayor carga de estrés relacionada con la discriminación, la exclusión social y la victimización, y esto se relaciona con problemas de salud mental (ansiedad, depresión, consumo de tóxicos, comportamiento suicida) y a nivel físico (cáncer y enfermedades)



Las mujeres presentan ÍNDICES MÁS ELEVADOS de depresión, ansiedad, estrés, somatizaciones y trastornos de alimentación



Los hombres presentan ÍNDICES MÁS ELEVADOS de consumo de sustancias, suicidios y trastornos antisociales

Bibliografía

1. Mental Health and Substance Use. Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches [Internet]. World Health Organization; 2021 [citado 12 de junio de 2023]. 265 p. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240025707

2. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? Int J Epidemiol. agosto de 2003;32(4):652-7.

3. Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS. Encuesta Europea de Salud en España 2020 [Internet]. 2020 [citado 15 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm

4. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. Am J Public Health. enero de 2004;94(1):82-8.

5. Esteban-Gonzalo S, Aparicio M, Estaban-Gonzalo L. Employment status, gender and health in Spanish women. Women Health. agosto de 2018;58(7):744-58.

6. World Health Organization. Regional Office for Europe. The European Mental Health Action Plan 2013–2020 [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2015 [citado 15 de junio de 2023]. 19 p. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/175672

7. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. Lancet Lond Engl. 14 de marzo de 2020;395(10227):899-911.

8. Klonsky ED, Jane JS, Turkheimer E, Oltmanns TF. Gender role and personality disorders. J Personal Disord. octubre de 2002;16(5):464-76.

9. Almeida M, Fletcher SJ. Serious mental illness in women. Curr Opin Psychiatry. 1 de mayo de 2022;35(3):157-64.

10. Pinquart M, Sörensen S. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. julio de 2001;56(4):P195-213.

11. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JBW, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. J Affect Disord. abril de 2009;114(1-3):163-73.

12. Bell CC. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. JAMA. 14 de septiembre de 1994;272(10):828-9.

13. Anokye R, Acheampong E, Budu-Ainooson A, Obeng EI, Akwasi AG. Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. Ann Gen Psychiatry. 9 de mayo de 2018;17:18.

14. Sawyer KM, Zunszain PA, Dazzan P, Pariante CM. Intergenerational transmission of depression: clinical observations and molecular mechanisms. Mol Psychiatry. agosto de 2019;24(8):1157-77.

15. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. Lancet Lond Engl. 15 de noviembre de 2014;384(9956):1800-19.

16. Murray L, Kempton C, Woolgar M, Hooper R. Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. J Child Psychol Psychiatry. octubre de 1993;34(7):1083-101.

17. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. J Womens Health 2002. mayo de 2006;15(4):352-68.

18. Crimlisk H, Welch S. Women and psychiatry. Br J Psychiatry J Ment Sci. julio de 1996;169(1):6-9.

19. Galdos P, van Os J. Gender, psychopathology, and development: from puberty to early adulthood. Schizophr Res. enero de 1995;14(2):105-12.

20. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry [Internet]. Lippincott Williams&Wilki; 2017 [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.amazon.es/Kaplan-Sadocks-Comprehensive-Textbook-Psychiatry/dp/1451100477

21. World Mental Health. Gender and health [Internet]. [citado 15 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/gender

22. Sánchez Sánchez, T TS. Sexo y género: una mirada interdisciplinar desde la psicología y la clínica. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 2020;40(138):6-24.

23. Toribio Caballero S, Cardenal Hernáez V, Ávila Espada A, Ovejero Bruna MM. Gender roles and women's mental health: their influence on the demand for psychological care. An Psicol. 1 de enero de 2022;38(1):7-16.

24. World Health Organization. Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region: Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage [Internet]. World Health Organization; 2016 sep [citado 15 de junio de 2023] p. 24. Disponible en: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289051910

25. Sartorius N, Ustün TB, Organization WH. Mental illness in general health care : an international study [Internet]. Chichester: Wiley; 1995 [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/36937

26. Hirsch S. Psychiatry beds and resourses: factors influencing bed use and service planning. Report of a working party for the section of social and community psychiatry of the Royal College of Psychiatrist. London: Gaskell; 1998.

27. INE. Instituto Nacional de Estadística. National Statistics Institute. Spanish Statistical Office. INEbase / Sociedad /Salud /Encuesta europea de salud en España / Resultados [Internet]. INE. 2020 [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175

28. Lascorz D, Tomás A, Ruiz B, García-Durán M, García C, Rosa M, et al. Estudio relacional de las necesidades de soporte según los servicios de lugar de vida utilizados. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. diciembre de 2022;42(142):17-27.

29. World Health Organization. Strategy on the health and well-being of men in the WHO European Region. The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach [Internet]. 2018 sep [citado 15 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2018-4209-43968-61973

30. Argyriadis A, Fradelos EC, Argyriadi A, Ziegler E, Kaba E. Advancing Access to Quality LGBTQIA+ Health Care: Gender Discrimination, Socio-Cultural, and Mental Health Issues: A Mixed-Method Study. Int J Environ Res Public Health. 8 de marzo de 2023;20(6):4767.

31. Gender violence: Interdisciplinary perspectives. New York, NY, US: New York University Press; 1997. xiv, 526 p. (O'Toole LL, Schiffman JR. Gender violence: Interdisciplinary perspectives).

32. Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. 1993.

33. Campbell J, García-Moreno C and Sharps P. Abuse During Pregnancy in Industrialized and Developing Countries. Violence Women. 2004;10(7):770-89.

34. García-Moreno C et al. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica : primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia : resumen del informe [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2005 [citado 16 de junio de 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43390

35. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C, WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. Lancet Lond Engl. 5 de abril de 2008;371(9619):1165-72.

36. Bott S et al. Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países [Internet]. Washington, DC, US: Organización Panamericana de la Salud; 2014 [citado 16 de junio de 2023]. Disponible en: https://oig.cepal.org/es/documentos/violencia-mujeres-america-latina-caribe-analisis-comparativo-datos-poblacionales-12

37. Organización Mundial de la Salud. Violence against women Prevalence Estimates, 2018. Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra la mujer y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual sufrida por la mujer por alguien que no es su pareja [Internet]. Ginebra; 2021 [citado 16 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681

38. UNICEF. A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents [Internet]. 2017 nov [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face/

39. United Nations. Sustainable Development Goals Report [Internet]. 2020 [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/

40. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Killings of women and girls by their intimate partner or other family members [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/UN_BriefFem_251121.pdf

41. UNESCO. Behind the numbers: ending school violence and bullying [Internet]. 2019 [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000366483

42. FRA: the EU's Rights Agency. Violence against women: an EU-wide survey. Main results report [Internet]. 2014 feb [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report

43. UN Women. Online and ICT-facilitated violence against women and girls during COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/brief-online-and-ict-facilitated-violence-against-women-and-girls-during-covid-19

44. ONU_Secretario General. Intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas: Informe del Secretario General (2020) [Internet]. 2020 [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2020/07/a-75-274-sg-report-ending-violence-against-women-and-girls

45. European Institute for Gender Equality. The costs of gender-based violence in the European Union [Internet]. 2021 oct [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/costs-gender-based-violence-european-union?language_content_entity=en

46. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. World Health Organization; 2013 [citado 16 de junio de 2023]. vi, 51 p. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239

47. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. 2015 [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981

48. Asamblea Mundial de la Salud 69. Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2016 [citado 16 de junio de 2023]. Report No.: WHA69.5. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/253191

49. Organización Panamericana de Salud. Atención para las mujeres que han sufrido violencia: programa de capacitación de la OMS dirigido a los prestadores de servicios de salud [Internet]. 2020. Disponible en: https://doi.org/10.37774/9789275322581

50. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019 [Internet]. España; 2019 [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm

51. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres [Internet]. Sec. 1, Ley Orgánica 3/2007 mar 23, 2007 p. 12611-45. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/22/3

52. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [Internet]. Sec. 1, Ley 14/1986 abr 29, 1986 p. 15207-24. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14

53. Jefatura del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Sec. 1, Ley 16/2003 may 29, 2003 p. 20567-88. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16

54. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010.Balance de actividades y acciones previstas [Internet]. 2006 mar [citado 22 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/portada/documentos.htm

55. World Health Organization. Integrating gender perspectives in the work of WHO : WHO gender policy [Internet]. World Health Organization; 2002 [citado 23 de junio de 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/67649

56. Unión Europea. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. 2016/C 202/02 [Internet]. OJ C 2000. Disponible en: http://data.europa.eu/eli/treaty/char_2016/oj/spa

57. Council of Europe. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha de la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.coe.int/en/ web/istanbul-convention/home

58. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf

59. Dirección General de Mujer. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Región de Murcia. Guía de actuación en el ámbito de Salud Mental, drogodependencias y violencia de género. [Internet]. 2016 [citado 15 de junio de 2023]. Disponible en: https://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/documentacion-y-publicaciones1/-/asset_publisher/rYqeMKJhMxmu/content/guia-de-actuacion-en-el-ambito-de-salud-mental-drogodependencias-y-violencia-de-gener-1/maximized

60. Naciones Unidas. Asamblea General. Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Consejo de Derechos Humanos 20o período de sesiones, A/HRC/20/5 [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session20/A-HRC-20-5_sp.pdf 72. Council of Europe. Convenio del Consejo de Europa sob

61. Massa JLP, Rodríguez-Sacristán J, Zaplana J. Diferencias sexuales en la demanda a servicios comunitarios de Salud Mental Infanto-Juvenil en un territorio de una comunidad autónoma española. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 1 de enero de 1992;275-82.

62. Jefatura del Estado. Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI [Internet]. Sec. 1, Ley 4/2023 mar 1, 2023 p. 30452-514. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2023/02/28/4



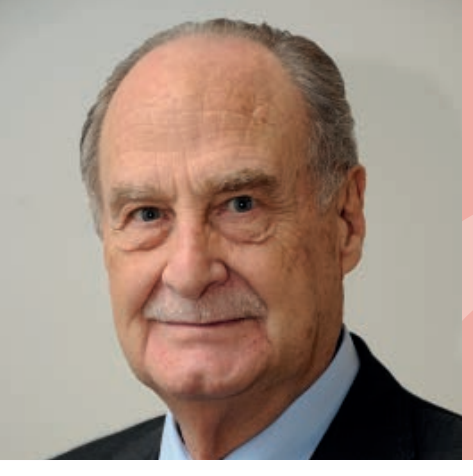
CAPÍTULO 6

TDAH con perspectiva de género



I - INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Dra. María Jesús Mardomingo.
Especialista en Psiquiatría del niño y del adolescente. Ex-jefa de Psiquiatría y Psicología infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Ex- profesora de Psiquiatría Infantil, Universidad Complutense. Presidenta de Honor de la Asociaión Española de Psiquiatría del niño y del adolescente.



II - EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LA MUJER ADULTA

Dr. Miquel Casas. *Catedrático de Psiquiatría Honorario de la Universidad Autónoma de Barcelona. Máster en Psiquiatría Legal por la Universidad Complutense de Madrid. Director de los Programas "SJD MIND Escuelas" y "SJD MIND Universidades" del Hospital Sant Joan de Déu, de Barcelona. Miembro del Consejo Asesor de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya. Director Científico del Programa de Médicos Enfermos (PAIMM-Galatea) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Presidente Honorario de la Sociedad Española de Patología Dual. Académico Honorífico de la Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana.*



I - INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Género y TDAH

La perspectiva de género es un concepto relativamente nuevo que surge dentro del movimiento feminista con la finalidad de luchar contra la discriminación histórica de las mujeres en tantos ámbitos de la vida y por la igualdad de derechos con los hombres. Este enfoque tiene un especial sentido en el Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) una entidad en la que las características clínicas, el diagnóstico y la evolución muestran diferencias entre los hombres y las mujeres[1, 2].

La perspectiva de género significa entender hasta qué punto la imagen social que se tiene de la mujer viene determinada no sólo por sus características biológicas y sexuales sino por el papel que tradicionalmente se le ha atribuido a lo largo de la historia en la mayoría de las culturas. En la sociedad patriarcal, y de acuerdo con esta visión, el ámbito de la mujer se supedita a las necesidades del varón y de la familia. La mujer se dedica a la crianza de los hijos, las labores del hogar y las tareas de cuidado lo que ha condicionado la imagen social que se tiene de las mujeres, la imagen que las mujeres tienen de sí mismas, su papel en la economía, la industria, las artes, la ciencia, la tecnología y la historia, y en último término, ha condicionado su lugar en el mundo[3, 4, 5]. Su incorporación a la educación ha sido muy posterior y hasta finales del siglo XIX la inmensa mayoría de las mujeres eran analfabetas y las educadas y con talento no podían acceder a las escuelas de arte, las universidades o a las academias de música y firmaban con seudónimos masculinos. La alfabetización comenzó después, ya entrado el siglo XX, y la incorporación al trabajo ha tenido lugar en función de las necesidades históricas y sociales del momento, constatándose la tendencia a contratar a las mujeres en tiempos de dificultad, por ejemplo, cuando hay una guerra o cuando las empresas atraviesan por problemas económicos.

Así fue en la Primera y en la Segunda Guerra Mundiales en que las mujeres pasan a ocupar los puestos que han dejado libres los hombres tras su marcha a la guerra, o después, cuando las empresas sufren una crisis. Terminada la crisis, la mujer, por muy eficaz que haya sido, vuelve a casa a cumplir con lo que de verdad es su papel, la familia. En cuanto a su participación en política las mujeres no pudieron votar en España hasta el año 1931, un logro de Clara Campoamor.

Michel de Montaigne (1533-1592) dice en sus "Ensayos" que no hay que confundir lo que se atribuye a la naturaleza con lo que se debe a la costumbre y que es habitual convertir en natural lo que es fruto de tradiciones, opiniones e intereses; una buena reflexión cuando se trata de las mujeres. También John Stuart Mill (1806-1873) defendió en "La esclavitud femenina" los derechos de las mujeres, seguramente porque además de tener una mente abierta en la cerrada sociedad patriarcal de aquella época, estaba casado con una mujer feminista. Sostiene el derecho de la mujer a la instrucción, al voto y a ejercer una profesión y afirma algo sorprendente, que los hombres no tendrán un concepto cabal sobre las mujeres hasta que éstas no hayan dicho todo lo que tienen que decir sobre sí mismas.

No cabe duda de que a lo largo del siglo XX ha habido un gran avance en el reconocimiento de los derechos de las mujeres, pero persisten obstáculos sutiles e imperceptibles, los más difíciles de cambiar, para que esa igualdad llegue a la vida diaria. La valía de una mujer sigue viéndose como una rareza, ya decía en su tiempo Teresa de Ávila, una adelantada, en su "Libro de la vida": "No hay virtud de mujer que no se tome por locura"[6].

Por eso los movimientos feministas luchan y han luchado para que la mujer tenga un lugar propio, con derechos iguales a los de los hombres. Eso implica cambiar la mentalidad de las mujeres y, lo que es aún más importante, cambiar la mentalidad de los hombres. Es el techo de cristal que destacan los movimientos feministas, no se ve, pero ahí está, lo que significa que todavía hay una gran distancia entre igualdad formal e igualdad real. Esos obstáculos penalizan, por ejemplo, a las mujeres que aspiran a competir para acceder a puestos de liderazgo. Están igual o mejor preparadas que los hombres, pero no lo logran, y no lograrlo las convierte en invisibles. Este cambio de mentalidad requiere de un nuevo paradigma en el que la igualdad de derechos sea un componente inseparable de la justicia. Sin igualdad no hay justicia, una idea que debe impregnar la conciencia y la mentalidad de la ciudadanía. Es más, sin igualdad de derechos no hay progreso.

La mirada masculina sobre las mujeres está tan arraigada que requiere un trabajo profundo de educación, ya que se vive como algo natural y no discriminatorio. De los hombres se espera su completa dedicación al trabajo. De las mujeres, que repartan el tiempo entre deberes familiares y deberes laborales. Es decir, de las mujeres se espera que den prioridad a su vida personal y familiar y que se dediquen al trabajo de una forma más limitada. Es lo que se interioriza desde la infancia. Es algo aceptado y asumido de forma consciente o inconsciente por la inmensa mayoría.

La perspectiva de género destaca que esta visión de las mujeres cuyo primer deber es el cuidado de la familia y la atención a las necesidades del varón, no se debe al sexo (anatomía) sino a la construcción cultural y simbólica que se hace de la imagen de la mujer (el género). Por tanto, sexo y género son dos conceptos y realidades distintos[7], aplicables no sólo a las mujeres sino también a los hombres ya que la imagen que se tiene de los hombres también depende de este proceso de simbolización y construcción cultural que dictamina lo que "es propio" de cada sexo. El papel del hombre en el contacto y educación de los hijos también ha quedado limitado y sus emociones restringidas.

Niñas, trastornos mentales y atención médica

Desde un punto de vista histórico tanto las mujeres como los niños han desempeñado un papel secundario en la sociedad lo que ha repercutido en la atención sanitaria que recibían y en la investigación médica[8, 9, 10, 11]. Las enfermedades de la mujer han sido diagnosticadas y tratadas a partir del conocimiento que se tenía de las enfermedades de los hombres, de tal forma, que la investigación en las mujeres ha sido menor y siempre se ha hecho después[12].

En cuanto a los niños la pediatría y la psiquiatría infantil no experimentaron un auténtico impulso hasta comienzos del siglo XX y de, modo particular, a partir de los años 50[13]. Por lo que se refiere a los trastornos mentales la reticencia, el desconocimiento y desinformación general siguen siendo notables, más aún en el caso de los niños, lo que se traduce en que las niñas que tienen un TDAH tienen el riesgo de sufrir una triple discriminación: ser mujeres, estar en la infancia y sufrir un problema psiquiátrico.

Uno de los objetivos de este capítulo es mejorar la atención a las niñas, adolescentes y mujeres adultas que tienen un TDAH. ¿Es posible hacerlo? Sí, desde la perspectiva de género.

Justificación

Abordar el TDAH de forma concreta en las niñas y adolescentes está plenamente justificado:

- El TDAH es menos frecuente en las niñas que en los niños. ¿A qué se debe?
- Las niñas consultan menos y se diagnostican más tarde.
- En las niñas predominan las dificultades de atención y concentración y tienen un riesgo mayor de sufrir ansiedad y depresión.
- En los chicos predominan la hiperactividad y la impulsividad y es más alta la probabilidad de que sufran trastornos del comportamiento.
- Los chicos consultan antes que las chicas pues su conducta perturbadora altera más a los padres, profesores y compañeros.
- El rechazo social a los problemas de conducta de las chicas es muy superior al que se tiene con los chicos por lo que se tiende a ocultarlos. Es decir, el estigma y el rechazo general hacia los trastornos mentales es mayor cuando lo sufren las mujeres, a quienes con más facilidad se tacha de “locas”.
- Las chicas adolescentes tienen mayores desventajas que sus compañeras que no tienen TDAH y estas desventajas son, a su vez, mayores que las de los chicos que tienen este trastorno. Sufren tasas más altas de depresión, ansiedad, intentos de suicidio y autolesiones y mayor dificultad para las relaciones interpersonales.

A lo largo de este capítulo se irán viendo la mayoría de estos temas.

Introducción al TDAH

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que afecta al 5-7% de los niños y adolescentes y cuya prevalencia en los chicos es de 2 a 2,5 veces mayor que en las chicas[14, 15]. Se caracteriza por la inquietud, las dificultades de atención y concentración y la impulsividad y tiene consecuencias a largo plazo en la vida del sujeto asociándose con frecuencia a otros trastornos psiquiátricos. Condiciona la adaptación al colegio, el rendimiento escolar, las relaciones con los compañeros y profesores y la interacción de la familia[2]. Sus causas son complejas, tiene un elevado componente hereditario y las circunstancias ambientales, si bien no lo causan,

repercuten en la evolución y el pronóstico[16]. Las conductas inadecuadas y las dificultades de adaptación tienden a persistir en la adolescencia y en la vida adulta afectando la calidad de vida de los pacientes y de las familias. Se trata por tanto de un trastorno que se inicia en la infancia y sigue un curso predecible, variando la sintomatología en función de la edad, la comorbilidad, el diagnóstico temprano, el correcto tratamiento y el cumplimiento de las prescripciones[17].

El TDAH afecta al 5-7% de los niños y adolescentes y la prevalencia en los chicos es de 2 a 2,5 veces mayor que en las chicas

Características fundamentales

El TDAH se caracteriza por ser más frecuente en los hombres que en las mujeres, de tal forma, que la ratio H/M es de 2-2,5/1 en la infancia, 2/1 en la adolescencia y 1,5/1 en la vida adulta o incluso menor[18], lo que significa que el cuadro clínico de las niñas, que tienen más dificultades de atención, es más duradero con una evolución más crónica.

¿A qué pueden deberse estas diferencias entre hombres y mujeres? Es probable que influyan varios factores: mayor vulnerabilidad genética de los hombres (como también sucede en otros trastornos del neurodesarrollo); factores endocrinos; factores psicosociales; una mayor tendencia de los chicos a responder negativamente a circunstancias estresantes durante la infancia; y que el TDAH de los chicos tienda a remitir con mayor rapidez que el de las niñas.

Otras circunstancias en el caso de las niñas serían: un comienzo más tardío de los síntomas; el predominio de las dificultades de atención y de los síntomas de ansiedad y depresión, unos síntomas que pasan más desapercibidos que los trastornos del comportamiento y, en consecuencia, pueden no diagnosticarse correctamente. Asimismo, un posible sesgo en el caso de los adultos es que, así como en la infancia el diagnóstico de TDAH se basa en gran medida en lo que dicen los padres, en los adultos lo que cuenta es lo que dice el paciente con una mayor tendencia de los hombres a minimizar o no relatar lo que les pasa[19].



En cualquier caso, aproximadamente el 50% de los niños diagnosticados de TDAH seguirán teniéndolo en la vida adulta con mayor permanencia en las mujeres[20]. De todo esto se deduce que es muy importante que los síntomas de déficit de atención, ansiedad y depresión ocupen un lugar destacado en la evaluación de las niñas y de las adolescentes. Esto es especialmente relevante en la fase de transición de la infancia a la adolescencia una etapa que implica afrontar nuevos desafíos, con menor supervisión de los profesores en el colegio, mayor independencia respecto a los padres, cambios hormonales que pueden exacerbar los síntomas[21] y tasas más altas de autolesiones.

El 50% de los niños diagnosticados de TDAH seguirán teniéndolo en la vida adulta con mayor permanencia en las mujeres. Es muy importante que los síntomas de déficit de atención, ansiedad y depresión ocupen un lugar destacado en la evaluación de las niñas y de las adolescentes

Conocer el curso clínico del TDAH en las niñas es imprescindible para conocer su naturaleza, el pronóstico, los factores de riesgo y de protección, la respuesta al tratamiento y, en último término, qué se puede hacer para modificar y mejorar su evolución[1]. Permite asimismo entender la relación entre las enfermedades psiquiátricas del niño y las del adulto, un enfoque relativamente nuevo, pues hasta hace no mucho tiempo, lo que les pasaba a los niños no era más que "una pequeña variante" de lo que se constataba en los adultos.

La realidad es que las causas de muchas enfermedades de la vida adulta están en la infancia y es en ese momento cuando se ponen en marcha. Ya no puede haber un concepto uniforme y estático de la naturaleza de los trastornos mentales sino un concepto complejo y dinámico, en el que la infancia y la adolescencia son puntos de referencia ineludibles[18, 19].

Complejidad de la sintomatología

Una característica de los trastornos psiquiátricos de la infancia y adolescencia es la frecuencia con que se asocian a otros problemas mentales, lo que también se conoce como comorbilidad. El TDAH no es una excepción observándose diferencias entre las niñas y los niños. Las chicas tienen un mayor riesgo de sufrir depresión y ansiedad, autolesiones y déficits cognitivos, síntomas neurológicos y problemas de aprendizaje, mientras que los chicos tienen más trastornos de conducta, una característica que también se da en la población general[22, 23,24].

Asimismo, en las chicas predomina la hiperactividad verbal mientras que en los chicos predomina la hiperactividad física y los problemas de adaptación en el colegio[25].

Como se decía antes la sintomatología depresiva y ansiosa de las chicas unida a las dificultades de atención puede ocultar el TDAH. Un grupo que responde peor al tratamiento con estimulantes y cuyo pronóstico es más problemático con tasas más altas de intentos de suicidio[26], especialmente en el TDAH de tipo combinado. En un estudio longitudinal de 11 años las mujeres adultas tienen tasas más altas de conductas antisociales, problemas emocionales, ansiedad, adicciones y trastornos de la alimentación que sus compañeras de la población general[27].

El rendimiento académico de las niñas con TDAH es una de las cosas que más preocupa a los padres pues lógicamente comprenden que condiciona su futuro. Los padres plantean

esta pregunta en la consulta con muchísima frecuencia: ¿podrá estudiar el bachillerato, hará una carrera, encontrará un trabajo acorde a su preparación? Las dificultades de aprendizaje afectan al 50% de los niños con TDAH persistiendo en el 35% de las niñas en la adolescencia, de tal forma que se encuentran a una o más desviaciones estándar por debajo de la media a esa edad[28].

Las chicas tienen un mayor riesgo de sufrir depresión y ansiedad, autolesiones y déficits cognitivos, síntomas neurológicos y problemas de aprendizaje, mientras que los chicos tienen más trastornos de conducta

Factores pronósticos

El pronóstico del TDAH depende de la interacción de un conjunto de factores de tipo individual, familiar y social que corroboran la complejidad del trastorno[1, 2]. Los factores de buen pronóstico aumentan la probabilidad de que la evolución sea favorable mientras que los de mal pronóstico disminuyen esa probabilidad.

Son factores de mal pronóstico altamente fiables la gravedad del cuadro clínico, el que exista patología psiquiátrica asociada y la adversidad psicosocial. En el caso de las niñas destacan los déficits cognitivos, las autolesiones, las dificultades de adaptación en la adolescencia, sufrir abuso o maltrato y el rechazo de los compañeros[22, 25, 28]. El maltrato de las niñas aumenta el riesgo de comportamientos delictivos cuando son jóvenes[29].

La adversidad psicosocial que implica un nivel socioeconómico desfavorecido, ausencia de criterios educativos y el que los padres sufran trastornos psiquiátricos empeora asimismo el pronóstico.

Por el contrario, la colaboración del médico, los padres y el colegio contribuye a un mejor control del cuadro clínico y del tratamiento; a la mayor seguridad y confianza de las niñas y adolescentes en sí mismas; a que disminuya la discriminación y el rechazo en la escuela y a la tranquilidad de los padres. El nivel socioeconómico de la familia, las características del colegio y del barrio en que se vive son otro factor a destacar. Por tanto, el TDAH tiene una clara dimensión individual, familiar, escolar y social.

Por último, hacer bien el tratamiento y cumplir con las prescripciones del médico y con las medidas psicoeducativas favorece la buena evolución mejorando la adaptación al colegio y el rendimiento intelectual y disminuyendo los problemas de comportamiento y el consumo de drogas.

Ámbito familiar y social

El hecho social de que las mujeres con problemas de conducta, o simplemente con problemas de interacción, sufran mayor crítica y rechazo que los chicos les genera un gran sufrimiento y favorece que se depriman y tengan ansiedad. Superar esta situación de censura les exige además un gran esfuerzo pues suelen sentirse solas, culpables y sin apoyo. Esto es lo que sucede en el TDAH y de modo particular en las adolescentes[30]. Cuando el rechazo escolar se convierte en acoso el riesgo de intentos de suicidio y de suicidio aumenta[31]. Asimismo, experiencias negativas en la familia como la relación conflictiva de la hija con el padre, la mala imagen personal, el maltrato o el abuso, son factores mediadores de conductas suicidas.

Las niñas y adolescentes tienden a negar estos problemas en la consulta pues sienten pánico a que el hecho de decirlo contribuya a empeorar su situación e incremente el rechazo y la sensación de soledad[1, 32, 33]. El diálogo con el médico, en un ambiente relajado y acogedor, las tranquiliza, les transmite confianza y mejora su imagen personal. Comprenden que ellas son también valiosas, que tienen cualidades, que pueden mejorar y que el mundo exige más a las mujeres.

Aproximadamente el 50%-80% de los niños con TDAH es rechazado por sus compañeros[34] que refieren no tener buena relación con ellos[35]. Un aspecto preocupante es que el rechazo se manifieste pronto y tienda a persistir[34] como si el estilo de relación social del niño hiperactivo se captara muy pronto por el grupo, que además considera que no es agradable. Otro factor que hay que tener en cuenta es que los niños y adolescentes desarrollan expectativas negativas respecto al compañero que tiene un TDAH, lo que hace aún más difícil que la relación mejore, por lo que es fundamental contrarrestar esa imagen social negativa[34].



La falta de aceptación de los compañeros da lugar a aislamiento, sentimientos de soledad y falta de apoyo, un apoyo tan necesario en la infancia y en la adolescencia. Por tanto, pertenecer a un grupo y sentirse parte de ese grupo es fundamental para la evolución y el bienestar del paciente y tiene un valor pronóstico de cara al futuro[36].

El rechazo de los adultos, padres y profesores es otro factor destacado para la evolución. Los adultos tienden a censurar, corregir y castigar en exceso sin terminar de entender que muchas de las cosas que hace la niña son fruto de la impulsividad, la sintomatología depresiva y la ansiedad y no de la intención de fastidiar. Por tanto, el asesoramiento y formación de los padres y profesores son medidas muy necesarias.

Dificultades del diagnóstico

El deterioro de la Sanidad pública y el escaso tiempo que pediatras y médicos de atención primaria tienen para atender a los pacientes, unido a la mínima o inexistente formación que reciben, contribuye a que el TDAH no se diagnostique, se haga tarde o se confunda con otros trastornos mentales. A pasar de que existen guías de buenas prácticas es imprescindible mejorar la calidad de la atención sanitaria y favorecer el acceso de los médicos a cursos de formación[37, 38, 39, 40] . Esto evitaría dos problemas: el exceso de diagnósticos en los niños y el déficit de diagnósticos en las niñas[41]. También el que se atribuyan características a las niñas que no se deben al sexo sino a la perspectiva de género con que se enfocan[42]. En la Tabla 1 se expone un resumen de las pautas fundamentales para la detección del TDAH en las niñas y adolescentes.

Tabla 1

Pautas fundamentales para la detección del TDAH en las niñas y adolescentes

Los síntomas de hiperactividad e impulsividad no son, en términos generales, ni tan frecuentes ni tan graves como en los chicos, con tendencia a la hiperactividad verbal.
Predominan las dificultades de atención y la sintomatología ansiosa y depresiva, síntomas que pueden enmascarar el TDAH y contribuir a que no se diagnostique.
Son más frecuentes las dificultades cognitivas, los problemas de aprendizaje,la desorganización y la falta de motivación.
Los síntomas suelen comenzar más tarde, evolucionan de forma crónica y su mayor o menor gravedad se manifiesta a lo largo del tiempo, siendo un momento crítico la etapa de la pubertad.
La sintomatología puede empeorar con los cambios hormonales de la adolescencia y el embarazo o al iniciar una nueva etapa educativa (secundaria, bachillerato, universidad).
Las limitaciones que se derivan de la sintomatología evolucionan de forma crónica y no de un modo fluctuante.
Mientras el riesgo de consumo de drogas en la adolescencia es similar al de los chicos, los intentos de suicidio, el suicidio y las autolesiones son más frecuentes en las chicas.
Es relativamente frecuente el rechazo de los compañeros y adultos, el acoso y el ciberacoso.
Tienen relaciones sexuales antes que sus compañeras y son más frecuentes los embarazos no deseados.
La perspectiva social de los trastornos mentales y del TDAH en las niñas contribuye a que no se diagnostique o a que se haga tarde lo que retrasa el tratamiento y empeora la evolución.

Impacto y costes

El TDAH tiene un impacto notable en la calidad de vida de las personas y de las familias, en los logros educativos y profesionales, en la economía familiar, la adaptación social y la satisfacción personal. Su impacto es también profundo en los costes de la asistencia sanitaria y de la educación con repercusiones duraderas en la vida de los pacientes. El tratamiento, bien sea farmacológico, psicosocial o combinado, puede ayudar a mejorar esta situación y aunque su aplicación suponga un coste, como todos los tratamientos, también se derivan ventajas y un ahorro a largo plazo, ya que disminuye el absentismo laboral de los padres, la pérdida de productividad y la necesidad de refuerzos educativos y ayudas sociales, así como una mejoría del rendimiento académico y laboral[30].

Recomendaciones

La perspectiva de género en el TDAH debe contribuir a:

- Concienciar a la población de la existencia del TDAH en las niñas, adolescentes y mujeres adultas.
- Disminuir el rechazo, estigma y discriminación de las niñas y adolescentes promoviendo políticas que protejan sus derechos.
- Favorecer la detección del TDAH mediante la introducción de programas de identificación precoz en diferentes áreas (educación, servicios mentales, servicios judiciales y laborales).
- Personalizar el diagnóstico y tratamiento del TDAH teniendo en cuenta sus características específicas en las niñas y adolescentes potenciando la formación de los pediatras, médicos de atención primaria y enfermeras.
- Evitar el diagnóstico tardío favoreciendo el acceso a los servicios sanitarios.
- Impulsar programas de investigación sobre las causas y mecanismos de este trastorno, los factores pronósticos y la eficacia del tratamiento.
- Ampliar la formación de los médicos, personal sanitario y educativo, y agentes sociales.
- Poner en marcha programas de asesoramiento y formación de los padres.
- Implicar y apoyar a las asociaciones de pacientes.

Bibliografía

[1] Mardomingo MJ, Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente, Díaz de Santos, Madrid, 2015. 579-630. Edición digital 2019.

[2] Mardomingo MJ. Abordar el TDAH en la práctica clínica, Madrid, Panamericana, 2019.

[3] Lamas M. La perspectiva de género en salud. 2007.

[4] Belli LF. La importancia de la perspectiva de género y los estudios de género. 2019.

[5] Gamba S. Qué es la perspectiva de género y los estudios de género. Mujeres en Red. El Periódico Feminista, 2008-03.

[6] Mardomingo MJ. La voz en el viento: El arte de vivir. Lisboa, Cordel d´ Prata, 2023.

[7] Lora Pd. El laberinto del género, Madrid, Alianza Editorial, 2021.

[8] Mardomingo MJ, 1. Historia de la psiquiatría del niño y del adolescente, en: MJ, 1. Mardomingo (Ed.) Tratado de Psiquiatría del Niño y del adolescente, Díaz de Santos, Madrid, 2015. 1-15. Edición digital, 2019.

[9] Vélez Galárraga R, S López Aguilà, L Rajmil, Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. Gaceta Sanitaria. 2009; 23: 433-439.

[10] Gómez Gómez E, Equidad, género y salud: retos para la acción. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2002; 11: 454-461.

[11] Borrel C, L Artarcoz, Las desigualdades del género en salud: retos para el futuro. Revista Española de Salud Pública. 2008; 82: 7-22.

[12] Montero I, Género y salud mental en un mundo cambiante. Gaceta Sanitaria. 2004; 18(Supl 1): 175-181.

[13] Mardomingo MJ, P Rodríguez Ramos, X Gastaminza, Historia de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del dolescente (AEPNyA) en su setenta aniversario. Revista de psiquiatría infanto-juvenil. 2020; 37: 7-22.

[14] Polanczyk GV, EG Willcutt, GA Salum, C Kieling, LA Rohde, ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. International journal of epidemiology. 2014; 43: 434-442.

[15] Danielson ML, RH Bitsko, RM Ghandour, JR Holbrook, MD Kogan, SJ Blumberg, Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016. Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53. 2018; 47: 199-212.

[16] Kieling C, RR Goncalves, R Tannock, FX Castellanos, Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2008; 17: 285-307, viii.

[17] Nigg JT, MH Sibley, A Thapar, SL Karalunas, Development of ADHD: Etiology, Heterogeneity, and Early Life Course. Annual review of developmental psychology. 2020; 2: 559-583.

[18] Kessler RC, L Adler, R Barkley, J Biederman, CK Conners, O Demler, SV Faraone, LL Greenhill, MJ Howes, K Secnik, T Spencer, TB Ustun, EE Walters, AM Zaslavsky, The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. The American journal of psychiatry. 2006; 163: 716-723.

[19] Vildalen VU, EJ Brevik, J Haavik, AJ Lundervold, Females With ADHD Report More Severe Symptoms Than Males on the Adult ADHD Self-Report Scale. Journal of attention disorders. 2019; 23: 959-967.



[20] Uchida M, TJ Spencer, SV Faraone, J Biederman, Adult Outcome of ADHD: An Overview of Results From the MGH Longitudinal Family Studies of Pediatrically and Psychiatrically Referred Youth With and Without ADHD of Both Sexes. Journal of attention disorders. 2018; 22: 523-534.

[21] Young S, E Heptinstall, EJ Sonuga-Barke, O Chadwick, E Taylor, The adolescent outcome of hyperactive girls: self-report of psychosocial status. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines. 2005; 46: 255-262.

[22] Balázs J, D Győri, LO Horváth, G Mészáros, D Szentiványi, Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents: the role of comorbidities and gender. BMC psychiatry. 2018; 18: 34.

[23] Gaub M, CL Carlson, Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1997; 36: 1036-1045.

[24] Biederman J, SV Faraone, E Mick, S Williamson, TE Wilens, TJ Spencer, W Weber, J Jetton, I Kraus, J Pert, B Zallen, Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1999; 38: 966-975.

[25] Greene RW, J Biederman, SV Faraone, MC Monuteaux, E Mick, EP DuPre, CS Fine, JC Goring, Social impairment in girls with ADHD: patterns, gender comparisons, and correlates. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2001; 40: 704-710.

[26] Biederman J, E Mick, SV Faraone, E Braaten, A Doyle, T Spencer, TE Wilens, E Frazier, MA Johnson, Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. The American journal of psychiatry. 2002; 159: 36-42.

[27] Biederman J, CR Petty, MC Monuteaux, R Fried, D Byrne, T Mirto, T Spencer, TE Wilens, SV Faraone, Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study. The American journal of psychiatry. 2010; 167: 409-417.

[28] Owens EB, SP Hinshaw, SS Lee, BB Lahey, Few girls with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder show positive adjustment during adolescence. Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53. 2009; 38: 132-143.

[29] De Sanctis VA, Y Nomura, JH Newcorn, JM Halperin, Childhood maltreatment and conduct disorder: independent predictors of criminal outcomes in ADHD youth. Child abuse & neglect. 2012; 36: 782-789.

[30] Young S, M Fitzgerald, MJ Postma. TDAH: Hacer visible lo invisible [https://consaludmental.org/publicaciones/LibroblancoTDAH.pdf], 2013.

[31] Meza JI, EB Owens, SP Hinshaw, Response Inhibition, Peer Preference and Victimization, and Self-Harm: Longitudinal Associations in Young Adult Women with and without ADHD. Journal of abnormal child psychology. 2016; 44: 323-334.

[32] Hinshaw SP, PT Nguyen, SM O'Grady, EA Rosenthal, Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines. 2022; 63: 484-496.

[33] Mowlem F, J Agnew-Blais, E Taylor, P Asherson, Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms. Psychiatry research. 2019; 272: 765-773.

[34] Hoza B, Peer functioning in children with ADHD. Journal of pediatric psychology. 2007; 32: 655-663.

[35] Gresham FM, DL MacMillan, KM Bocian, SL Ward, SR Forness, Comorbidity of hyperactivity-impulsivity-inattention and conduct problems: risk factors in social, affective, and academic domains. Journal of abnormal child psychology. 1998; 26: 393-406.

[36] Mrug S, BS Molina, B Hoza, AC Gerdes, SP Hinshaw, L Hechtman, LE Arnold, Peer rejection and friendships in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: contributions to long-term outcomes. Journal of abnormal child psychology. 2012; 40: 1013-1026.

[37] Wolraich ML, JF Hagan, Jr., C Allan, E Chan, D Davison, M Earls, SW Evans, SK Flinn, T Froehlich, J Frost, JR Holbrook, CU Lehmann, HR Lessin, K Okechukwu, KL Pierce, JD Winner, W Zurhellen, Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Pediatrics. 2019; 144.

[38] NICE, National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines, Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), London, 2019.

[39] Mardomingo MJ. Guía práctica y digital para pediatras. Trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes I, Ediciones Mayo, 2021.

[40] Mardomingo MJ. Guía práctica para pediatras. Trastornos psiquiátricos de los niños y adolescenetes en la consulta de pediatría II, Ediciones Mayo, 2022.

[41] Young S, N Adamo, BB Ásgeirsdóttir, P Branney, M Beckett, W Colley, S Cubbin, Q Deeley, E Farrag, G Gudjonsson, P Hill, J Hollingdale, O Kilic, T Lloyd, P Mason, E Paliokosta, S Perecherla, J Sedgwick, C Skirrow, K Tierney, K van Rensburg, E Woodhouse, Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women. BMC psychiatry. 2020; 20: 404.

[42] Assari S, Emotional, Behavioral, and Cognitive Correlates of Attention Deficit and Hyperactive Disorder (ADHD) Screening and Diagnosis History: Sex/Gender Differences. Journal of neurology & neuromedicine. 2021; 6.



II - EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LA MUJER ADULTA

Introducción al TDAH en el paciente adulto

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el adulto ha sido, y aún es, una de las grandes asignaturas pendientes de la psiquiatría general que, clásicamente, lo ha relegado y circunscrito al ámbito de la psiquiatría infanto-juvenil, no contemplando la posibilidad de que siguiera sintomatológicamente activo a lo largo de todo el ciclo vital[1].

A pesar de que desde 1980 la Clasificación DSM-III ya incluía el Trastorno por Déficit de Atención (TDA), con o sin hipercinesia y el DSM III-R (1987) ya acuñó el término TDAH como un Trastorno que, iniciándose en la infancia, se prolongaba a lo largo de toda la vida adulta[2], la realidad ha sido que la psiquiatría "oficial", a pesar de su alta prevalencia en la población general, ha ignorado hasta muy recientemente la existencia del TDAH en el adulto[3, 4]. Esta situación ha ocasionado incomprensión, dolor, marginación, adicciones, delincuencia y, finalmente, fracaso vital a numerosos pacientes que, sin un diagnóstico ni un tratamiento adecuados, han sufrido la incomprensión familiar y social por un trastorno de base epigenética del que, debido a las importantes manifestaciones conductuales que presenta, han sido ellos mismos, o sus padres, considerados culpables de ser la causa principal de sus peculiares y, muchas veces, azarosas y marginales vidas[1, 5].

Este complicado panorama está mejorando en los últimos años debido a ser progresivamente reconocida la existencia del TDAH en el adulto, debido, principalmente, a la gran relevancia que el TDAH y sus comorbilidades adictivas ha adquirido en el contexto de la Patología Dual[6, 7]. Sin embargo, aun siendo esta patología progresivamente aceptada en el ámbito académico, la realidad es que muy pocos psiquiatras generales realizan el diagnóstico en su práctica clínica cotidiana y, muchos menos, se atreven a indicar una adecuada prescripción medicamentosa.

Para efectuar un correcto diagnóstico de TDAH en el adulto, es recomendable que los profesionales de la salud mental sigan un periodo de formación reglada, ya que la sintomatología que presentan estos pacientes es muy compleja, diversa y, muchas veces, aparentemente contradictoria o, incluso, paradójica, lo que dificulta poder establecer unos criterios clínicos "estandarizados, categoriales y reglados", que permitan su fácil identificación[5, 9].

En función de su sintomatología y evolución, los pacientes adultos con TDAH se pueden distribuir en los siguientes subgrupos[5]:

1.- Pacientes que presentan un predominio de la sintomatología atencional habiendo sido marginados en la infancia y la adolescencia debido a su fracaso escolar y académico.

Estos vienen sufriendo con frecuencia maltrato o acoso (bullying) y, posteriormente, ya en la edad adulta, presentan importantes dificultades laborales y de adaptación social, presuponiéndoseles, erróneamente, un limitado Cociente Intelectual aunque nunca haya sido objetivamente evaluado.

2.- Pacientes con predominio de la sintomatología hiperactiva-impulsiva asociada a alteraciones de conducta, ya que presentan una evolución tórpida y "destructiva". Concitan un amplio rechazo social, que son habitualmente etiquetados como individuos hedonistas, abúlicos, buscadores de sensaciones, viciosos, delincuentes, etc. Muy frecuentemente, acostumbran a ser erróneamente diagnosticados como Trastornos de Conducta o Trastornos de la Personalidad (principalmente como Trastorno Límite de la Personalidad).

3.- Pacientes con sintomatología hiperactiva-impulsiva que, por el contrario, presentan un TDAH "creativo", y son descritos como individuos "singulares, originales, creativos, geniales, emprendedores, triunfadores, etc." Tienen una amplia representación en el mundo artístico, deportivo y económico, siendo muy aceptados socialmente.

4.- El grupo de pacientes mayoritario que presenta todas las variedades sintomatológicas cognitivas y conductuales intermedias imaginables, en diversos y variables grados de intensidad y gravedad, con sintomatologías muy complejas y patoplásticamente cambiantes que confunden al profesional no experto.

5.- El importante grupo de pacientes, minoritario, pero alcanzando al 30%-35%, que progresiva y sorprendentemente mejora su sintomatología con la edad (preferentemente la hiperactiva impulsiva), hasta que ésta llega a ser clínicamente indetectable.

6.- El grupo de pacientes con un TDAH comórbido con un trastorno primario de salud mental que se muestra resistente a los tratamientos instaurados y desarrolla, simultáneamente, adicciones químicas o comportamentales como consecuencia directa de la concomitante sintomatología TDAH que presenta (comorbilidad del TDAH superior al 20% con cualquier entidad nosológica psiquiátrica).

Esta compleja, variable y, muchas veces, contradictoria sintomatología, junto a la incierta evolución y la alta comorbilidad que puede adoptar el TDAH en el adulto, hace que los profesionales no expertos eviten, o incluso rechacen, este diagnóstico por "poco consistente", lo que es, hasta cierto punto, comprensible[1].

Sería necesario arbitrar una formación teórico-práctica, específica y obligatoria, centrada en el TDAH en el adulto para todos los profesionales dedicados a la Salud Mental

A estas consideraciones generales, aplicables a todo el proceso diagnóstico y terapéutico de pacientes adultos con sintomatología TDAH, en la mujer adulta se añaden otras ligadas a las características que se derivan de los condicionantes específicos que comporta el sexo y el género femenino[8, 9], ya sean éstos de carácter biológico, de presentación clínica o el resultado de prejuicios y estigmas de base socio-cultural que dificultan, más si cabe, un correcto abordaje diagnóstico y terapéutico del TDAH en la mujer[8, 9, 10, 11].

Por ello, sería necesario arbitrar una formación teórico-práctica, específica y obligatoria, centrada en el TDAH en el adulto para todos los profesionales dedicados a la Salud Mental (formación prácticamente inexistente en la actualidad), dado que es altamente probable que en su actividad clínica cotidiana les sea muy difícil filiar y comprender la compleja psicopatología de estos pacientes, por lo que muchos de ellos, con un TDAH primario o comórbido, y muy particularmente si son del género femenino, pueden quedar sin un correcto diagnóstico y tratamiento, con las graves consecuencias vitales que ello les va a comportar.

Prevalencia del TDAH en la mujer

La prevalencia real del TDAH en el adulto, tanto hombre como mujer, es incierta, dado que las cifras aportadas por los diversos estudios adolecen de una serie de sesgos que dificultan su detección y diagnóstico.

Sin embargo, las cifras más internacionalmente aceptadas son las de que entre un 2.5% y un 5% de la población general[12, 13] con un progresivo descenso hasta el 2.8% en adultos mayores[14]. Lo cual, comparado con las cifras descritas en la infancia de, aproximadamente, 5% a 7%[6], claramente indica que el TDAH es una patología que se inicia en edades tempranas[8, 9] y se prolonga a lo largo de todo el ciclo vital[11, 13], presentando con la edad, una progresiva disminución de la sintomatología externalizante[12, 16], principalmente la hiperactiva impulsiva. No se dispone actualmente de una explicación científica a este fenómeno, ni se puede predecir qué pacientes se verán beneficiados[14, 15].

El TDAH es una patología que se inicia en edades tempranas y se prolonga a lo largo de todo el ciclo vital. Con la edad se presenta una progresiva disminución de la sintomatología externalizante, principalmente la hiperactiva-impulsiva

Existen importantes diferencias de prevalencia entre sexos[14], muy claras en la infancia[8] y con una mayor frecuencia de presentación en el sexo masculino, en una relación aproximada de 3 a 1. Sin embargo, la mayoría de los estudios recientes tienden a considerar que esta diferencia entre sexos no es real y que se equilibraría en la edad adulta si se pudieran controlar las variables metodológicas y clínicas que dificultan el diagnóstico del TDAH en la mujer[16, 17], de entre las que destacan:

Criterios diagnósticos: la prevalencia del TDAH en la mujer ha podido estar muy subestimada mientras se exigió, para poder efectuar el diagnóstico, constatar la presencia de sintomatología TDAH antes de los 7 años. Incluso el requerimiento actual de los 12 años, si bien mejor que el de 7 años, puede aún dificultar el diagnóstico en la mujer debido a las características clínicas del TDAH en el género femenino y a las estrategias compensadoras que, habitualmente, las pacientes utilizan para acomodarse a los exigentes requerimientos familiares y sociales. La sintomatología TDAH puede no ser reconocible para la familia, ni para la misma paciente, hasta llegar a la pubertad, por lo que muchas mujeres adultas pueden quedar sin diagnóstico debido a que no se puede acreditar su sintomatología antes de los 12 años de edad[9].



La mayoría de los estudios recientes tienden a considerar que esta diferencia entre sexos no es real y que se equilibraría en la edad adulta si se pudieran controlar las variables metodológicas y clínicas que dificultan el diagnóstico del TDAH en la mujer

Muestras clínicas versus muestras comunitarias: en las muestras clínicas existe un sesgo producido por una mayor demanda de ayuda por parte de los pacientes varones. Estos presentan sintomatología hiperactiva o combinada, habitualmente acompañada de alteraciones de conducta que, al ser unas problemáticas más disruptivas a nivel familiar, escolar y social, son más fácilmente detectadas, por lo que se busca más precozmente una atención especializada. Sin embargo, en las muestras comunitarias se detectan más mujeres con síntomas de inatención, problemas cognitivos y labilidad emocional. Por ello, dado que una gran mayoría de trabajos de investigación se realizan utilizando muestras clínicas, el porcentaje de pacientes varones diagnosticados de TDAH hiperactivo impulsivo y combinado, supera ampliamente al de mujeres con TDAH inatento[17].

Instrumentos diagnósticos: los instrumentos de cribado y de diagnóstico más frecuentemente usados en la actualidad no recogen adecuadamente la sintomatología TDAH en la mujer[18, 19], ya que están mayoritariamente centrados en la clínica típica de los pacientes varones (así, por ejemplo, la escala Conners prioriza los signos externalizantes de hiperactividad e impulsividad y recoge menos los internalizantes).

Sesgo masculino: es un hecho ampliamente aceptado en medicina y, muy particularmente, en el ámbito de la Salud Mental, que existe un marcado sesgo masculino en los procesos diagnósticos y terapéuticos utilizados en clínica. La mayoría de las descripciones de las entidades nosológicas indexadas en el DSM-5 o la CIE-11 han sido históricamente elaboradas siguiendo un modelo basado en la clínica del paciente varón, por lo que presentan importantes carencias que perjudican el diagnóstico y el tratamiento cuando se aplican a la mujer[9, 17].

Condicionantes socio-culturales: el sesgo masculino en el diagnóstico no solamente se refleja en las clasificaciones psiquiátricas actualmente en uso, sino, también, en los condicionantes familiares y sociales que tienen tendencia a magnificar la sintomatología típica de los pacientes varones, principalmente en relación a la hiperactividad, impulsividad y alteraciones de conducta y a minusvalorar la de las mujeres, por lo que éstas necesitan parecer "más enfermas que los varones" para que puedan ser diagnosticadas. Junto a ello, la alta frecuencia de sintomatología inatenta y emocional en la mujer, menos disruptiva que la hiperactiva-impulsiva y, por lo tanto, mucho menos distorsionante a nivel socio-laboral, disminuye la posibilidad de una detección precoz y un correcto diagnóstico[21].

Clínica del TDAH en la mujer

El TDAH en una mujer adulta, con un Cociente Intelectual dentro de la normalidad y sin presentar otro trastorno mental severo comórbido, es la continuación temporal del TDAH en la niña y la adolescente (para revisión consultar el artículo de la Dra. M.J. Mardomingo en este mismo capítulo), con las variaciones sintomáticas descritas en la evolución del TDAH adulto en el género femenino y las peculiaridades que comportan los cambios hormonales de transición de niña a mujer a los que se suman los correspondientes a los periodos de gestación, parto y menopausia[8, 9, 23].

Cuando en una consulta de psicología o psiquiatría la mujer no refiere, ni tampoco su familia, la sintomatología típica del TDAH en el adulto varón, el diagnóstico es muchísimo más difícil y complicado



Cuando la sintomatología TDAH que presenta una determinada paciente adulta es grave, se asemeja sintomatológicamente a la del varón, predominando la hiperactividad, la impulsividad, las alteraciones de conducta o una manifiesta inatención y, además, es identificable desde la infancia, es relativamente fácil realizar un correcto diagnóstico si el profesional que la atiende ha adquirido unos conocimientos básicos de la clínica del TDAH en el adulto[9, 10].

Sin embargo, cuando en una consulta de psicología o psiquiatría la mujer no refiere, ni tampoco su familia, la sintomatología típica del TDAH en el adulto varón, el diagnóstico es muchísimo más difícil y complicado[10,11], ya que el malestar, las molestias o las dolencias que explica la paciente son difícilmente encuadrables en las descripciones del TDAH referenciadas en el DSM-5 o la CIE-11. Si, además, el profesional que la atiende no está formado específicamente en la clínica del TDAH en la mujer adulta, le será muy difícil poder filiar correctamente la psicopatología que presenta, con el altísimo riesgo de que minusvalore su importancia y gravedad.

La mujer tiene tendencia a desdibujar y enmascarar o, por el contrario, sobre compensar, la mayoría de las veces sin ser consciente de ello, los síntomas TDAH que padece, hasta llegar a hacerlos irreconocibles. Ello es debido, en primer lugar, a que habitualmente no los sabe identificar y, en segundo lugar, porque muchos de los síntomas que presenta no acostumbran a ser considerados a nivel socio-familiar, ni a nivel psicológico o psiquiátrico, como una auténtica patología, por lo que son frecuentemente descritos como "peculiaridades o rarezas de la paciente", "histrionismo o reclamo de atención", "síntomas controlables sujetos a la voluntad", "resultado de carencias afectivas", etc., por lo que la mujer evita manifestarlos por miedo a la crítica, al ridículo o a la opinión peyorativa de los que la rodean. Todo ello, está directamente relacionado con las estereotipias y el estigma que siempre rodea toda patología mental y que, en el TDAH, se focaliza especialmente en la mujer[22].

Los síntomas del TDAH en la mujer adulta son más difíciles de reconocer que en el varón porque son preferentemente internalizantes[24,25] y están muy mediatizados por las conductas compensatorias que habitualmente desarrolla la paciente en un intento, la mayoría de las veces fallido, de agradar y adaptarse a los requerimientos normativos que le exige la familia y la sociedad[26, 27]. Además, son muy variables y cambiantes en función de los determinantes hormonales de las diferentes etapas de su ciclo vital[28,30].

Los síntomas externalizantes, principalmente relacionados con la hiperactividad y la impulsividad, son menos evidentes y frecuentes en el género femenino que en el masculino y, si están presentes, la mayoría de las veces se expresan en forma de una excesiva locuacidad, frecuentes risas inmotivadas, excesivo perfeccionismo, inquietud, etc., que inducen confusión en el profesional no experto centrado en detectar la hiperactividad[9, 10, 11].

La historia clínica de una gran parte de la mujeres con un TDAH no diagnosticado, muestra que se han sentido frecuentemente incomprendidas por sus dificultades escolares[33, 34], por haber sufrido "bullying"[35] o por presentar conductas disruptivas[36], por lo que han tenido que soportar continuas reprimendas, sanciones y castigos por parte de familiares y educadores "bienintencionados" que pretendían mejorar, sin éxito, lo que consideraban era "pereza", "abulia", "mala educación", "carácter inestable", etc.[37, 38] Estas dificultades se convirtieron en importantes dificultades académicas si las pacientes habían logrado, con gran esfuerzo, llegar a cursar estudios superiores[39, 40].

La paciente con un TDAH enmascarado explicita un malestar emocional difuso de larga evolución[24], que se ha visto progresivamente agravado en las etapas de transición hormonal de niña a adolescente y de joven a mujer y que se exacerba durante el ciclo menstrual o con sus patologías asociadas[28, 29], con los periodos gestacionales[30], con el parto y postparto[31] o con los métodos contraceptivos[32]. Este malestar puede estar frecuentemente asociado a ansiedad, oscilaciones del estado de ánimo, dificultad para mantener los ciclos de vigilia-sueño y variadas molestias psicosomáticas[9, 10] que presentan una pobre o nula respuesta a los sucesivos tratamientos psicoterapéuticos o psicofarmacológicos que se le prescriben.

Por desgracia, esta sintomatología confusa, abigarrada, variable, cambiante, etc., puede no ser valorada adecuadamente por el profesional sanitario que atiende a la paciente si no ha recibido una formación específica en la clínica del TDAH en el adulto, lo que implica que no profundizará en su historia clínica y no programará posteriores estudios neuropsicológicos para valorar las dificultades y problemas cognitivos que refiere la paciente.

La profundización en la clínica del TDAH en la mujer muestra que viene muy frecuentemente acompañado, o mediatizado, por dificultades relacionales[41], problemas de adaptación social[42], trastornos de la alimentación[43], antecedentes de maltrato o abusos sexuales[38], embarazos no deseados[44], mal uso de sustancias psicótropas[45], adicciones comportamentales[46], frecuentes traumatismos[47], numerosas infracciones y accidentes de tráfico[48, 49], conductas autolíticas, con o sin intencionalidad suicida[50, 51] y numerosos problemas laborales[52] y legales[67] que se prolongan desde la juventud hasta la edad adulta.

Un problema que es necesario tener muy presente es que el TDAH puede ser comórbido con cualquier otra patología psiquiátrica (con una concurrencia superior al 20% en cualquier tipo de patología mental) y en este caso es mucho más difícil de identificar en la mujer que en el varón[53, 54], ya que puede provocar importantes modificaciones en la patoplastia, evolución y respuesta al tratamiento del trastorno primario, llegando a confundir o imposibilitar su correcto diagnóstico. Los trastornos que cursan más frecuentemente con un TDAH comórbido son los Trastornos de la Conducta Alimentaria[43], los Trastornos del Espectro Autista[63], la Disregulación Emocional[64], los Trastornos de la Personalidad[65], el Trastorno Bipolar[66] y el conjunto de Trastornos Adictivos.

Los síntomas del TDAH en la mujer adulta son más difíciles de reconocer que en el varón porque son preferentemente internalizantes. Están muy mediatizados por las conductas compensatorias y son muy variables y cambiantes en función de los determinantes hormonales



El TDAH en la mujer adulta es una patología compleja, grave, infradiagnosticada y, por lo tanto, escasamente tratada, a pesar de su alta prevalencia en la población general

Las pacientes con un TDAH no diagnosticado acostumbran a adoptar una actitud pasiva y fatalista respecto a sus dolencias, resultado de la impotencia que sienten ante los numerosos e infructuosos intentos de tratar de revertir sus síntomas y mejorar su calidad de vida. Todo ello se ve agravado por la gran incomprensión familiar, social y laboral que experimentan hasta llegar a ser etiquetadas como personas, "pitiáticas", "histriónicas" o "rentistas".

En un TDAH primario, un correcto diagnóstico y un efectivo tratamiento[56], sea psicológico[57, 58] o farmacológico[59, 60], mejorará rápida y claramente la sintomatología y la calidad de vida tanto del hombre como de la mujer[61, 62]. Sin embargo, está en discusión una posible menor respuesta de la mujer a los tratamientos psicofarmacológicos con estimulantes que la que se obtiene en los varones, aunque ello puede ser debido al sesgo que comporta el que se prescriben más fácilmente psicoestimulantes en los varones que en las mujeres[59, 62].

Impacto y Costes

Como muy bien comenta la Dra. Mardomingo en este mismo capítulo, el impacto personal, familiar y socio-laboral del TDAH no tratado es enorme, siendo muy dificil de cuantificar, dado que es prácticamente imposible valorar el "coste directo e indirecto" del malestar y sufrimiento psíquico que puede haber representado para una persona y su familia padecer un TDAH no diagnosticado ni tratado. Si bien se están realizando importantes esfuerzos para valorar su impacto en términos económicos[69, 70], es muy complicado llegar a conclusiones objetivables, dada la gran dificultad de poder predecir cómo se hubiera desarrollado la vida de un determinado paciente, en este caso mujer, con un TDAH no diagnosticado, si hubiera tenido la suerte de poder seguir un tratamiento adecuado desde su infancia.

Por lo tanto, aunque no hay estudios concretos de costes en la mujer adulta, es lógico considerar que, junto a los que se están actualmente atribuyendo al paciente varón no diagnosticado, deben sumarse los inherentes a las características diferenciales de género antes expuestas y a las repercusiones directas que un TDAH no diagnosticado va a tener sobre



la educación de los hijos y la calidad de vida de toda la família, dado que seguimos estando en una sociedad en la que la mayor parte del "cuidado familiar" gravita, principalmente, sobre la mujer.

Recomendaciones: ¿Cuándo hay que pensar en un posible diagnóstico de TDAH en la mujer?

El TDAH en la mujer adulta es una patología compleja, grave, infradiagnosticada y, por lo tanto, escasamente tratada, a pesar de su alta prevalencia en la población general. Ello es debido a los numerosos sesgos personales, familiares, clínicos, sociales, metodológicos, etc., que dificultan su identificación, circunstancia agravada por la falta de formación específica en este trastorno por parte de la mayoría de los profesionales de la salud mental.

Cuando durante la anamnesis las pacientes explican tres o más de los siguientes síntomas o conductas, es necesario programar un procedimiento diagnóstico completo para confirmar o descartar la presencia de un TDAH en la mujer adulta:

- Historia, desde la infancia, de frecuentes problemas relacionales con la familia.
- Haber presentado un bajo rendimiento escolar en Educación Primaria y ESO o haber tenido que repetir algún curso académico, todo ello poco acorde con su cociente intelectual y características socio-familiares y culturales.
- Actitud ensoñadora y fantasiosa en la adolescencia, con conductas normativas y socialmente aceptables, pero con poco interés por los asuntos de la vida cotidiana, lo que le ocasiona continuos problemas relacionales con la familia y, posteriormente, con compañeras, amigas o pareja.
- Frecuentes problemas de atención, con pérdida de objetos, descuidos, olvidos, etc., a lo largo de la vida, que sin llegar a ser clínicamente relevantes ni afectar gravemente el funcionalismo de la paciente, sí que le han obligado a desarrollar múltiples y variadas conductas compensatorias, que pueden ser muchas veces vividas como "peculiares", "divertidas" o "raras" por parte de la misma paciente o de las personas que la rodean, lo que dificulta un posible diagnóstico de alteración atencional.
- Habituales conductas de procastinación en la mayoría de las actividades que exigen un esfuerzo cognitivo, seguidas de un perfeccionismo obsesivoide y estéril en la ejecución de tareas o trabajos.
- Excesiva necesidad de hablar, poca capacidad de escucha, risas exageradas, etc., que resultan molestas en ambientes familiares o en sus relaciones interpersonales y laborales y que, si se asocian a oscilaciones del estado de ánimo, puede llegar a ser confundida con un Trastorno Bipolar atípico.
- Frecuentes episodios de malestar emocional y tristeza a lo largo de la vida que, sin llegar a ser clínicamente valorables, la paciente vive con gran pesar y profundo desagrado.
- Presencia de sintomatología ansiosa, depresiva, obsesiva, psicótica, etc., que sigue un curso tórpido, con falta de respuesta a los diversos abordajes terapéuticos indicados por profesionales de la salud mental.
- Conductas impostadas, que generan extrañeza y desconfianza a su alrededor, como resultado de la necesidad que tiene la paciente de agradar ante la evidencia y constatación de sus dificultades relacionales.

- Torpeza en las relaciones sociales que contrasta con su nivel educativo y cultural, con una consecuente dificultad para mantener relaciones estables con compañeras, amigas o parejas, que pueden hacer pensar en un posible TEA.
- Frecuentes preocupaciones infundadas que dificultan su vida cotidiana y sus relaciones interpersonales, pudiendo llegar a ser confundidas con un Trastorno Obsesivo-Compulsivo atípico, con el que, frecuentemente, se presenta en comorbilidad.
- Continua búsqueda de estrategias y tratamientos de "autoregulación psicoorgánica", en un vano intento de mejorar su calidad de vida, siguiendo programas de relajación, yoga, "mindfulness", remedios naturales, dietas, etc., que la paciente nunca acaba de aplicar correctamente, por lo que resultan inefectivos.
- Frecuente mal uso de psicofármacos mediante conductas de automedicación.
- Frecuentes conductas adictivas, tanto a sustancias químicas, principalmente alcohol, cannabis y estimulantes, como comportamentales. Consumos puntuales de sustancias psicodélicas.
- Presentación de pequeñas lesiones provocadas por continuos rascados de la piel o del cuero cabelludo, moderada tricotilomanía, continuas mordeduras de las cutículas de las uñas, etc.
- Alteraciones de conducta atípicas, muchas veces acompañadas de lesiones de diversa intensidad como quemaduras, cortes, golpes, etc., que se presentan, sin intencionalidad suicida, en momentos de enfado o adversidad y que pueden ser erróneamente diagnosticadas como síntomas de un Trastorno Límite de la Personalidad.
- Conductas autolíticas, tanto como reclamo de atención como con intencionalidad suicida.
- Frecuentes trastornos de la conducta alimentaria.
- Frecuentes disfunciones sexuales.
- Antecedentes de embarazos juveniles no deseados.
- Frecuentes problemas laborales.
- Presencia de alguno de los síntomas anteriormente expuestos en el curso clínico de cualquier otro tipo de trastorno mental (no TDAH) correctamente diagnosticado y tratado, y que curse con mala evolución, pobre respuesta al tratamiento o desarrolle conductas adictivas a sustancias químicas o comportamentales.

En resumen, cuando la clínica psicopatológica de una mujer adulta resulta difícilmente filiable, es disonante, abigarrada y compleja, de larga evolución y con conductas poco acordes con las características familiares y socio-culturales del medio ambiente que la rodea, el clínico debe siempre contemplar la posibilidad de que la paciente presente, como trastorno primario, un TDAH no diagnosticado, o bien, que se trate de un TDAH enmascarado, asociado a cualquier otra entidad nosológica del ámbito de la salud mental.

Las peculiares características del TDAH femenino, con mayor frecuencia de síntomas internalizantes, labilidad emocional, dificultades interpersonales, variabilidad hormonal relacionada con los ciclos menstruales y gestacionales, problemas relacionales, trastornos de la alimentación, conductas autolíticas, solapamiento con sintomatología TEA, confusión con el trastorno bipolar, etc., exigen una reformulación clínica de este trastorno en la mujer que, forzosamente, debe comportar una adaptación, o nuevo diseño, de las entrevistas clínicas y de los instrumentos diagnósticos utilizados en la actualidad a fin de que permitan mejorar los procesos diagnósticos y el tratamiento personalizado del TDAH en la mujer adulta.

TDAH con perspectiva de género

PREVALENCIA TDAH EN ESPAÑA



El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que afecta al 5-7% de los niños y adolescentes

La prevalencia en los chicos es de 2 a 2,5 veces mayor que en las chicas

Inquietud, dificultades de atención, impulsividad y concentración

La sintomatología depresiva y ansiosa de las chicas unida a las dificultades de atención puede ocultar el TDAH

Su impacto es también profundo en los costes de la asistencia sanitaria y de la educación

Es imprescindible mejorar la calidad de la atención sanitaria y favorecer el acceso de los médicos a cursos de formación

TRIPLE DISCRIMINACIÓN

Las niñas con TDAH tienen el riesgo de sufrir una triple discriminación



SER MUJER



ESTAR EN LA INFANCIA



SUFRIR PROBLEMA PSIQUIÁTRICO

Los instrumentos de cribado y de diagnóstico más frecuentemente usados están mayoritariamente centrados en la clínica típica de pacientes varones y no recogen adecuadamente la sintomatología TDAH en la mujer adulta

Bibliografía

1 Ramos-Quiroga, J.A.; Bosch, R; Casas, M. Comprender el TDAH en adultos: Trastorno por déficit de Atención con hiperactividad en adultos. Col. El Médico en Casa. Editorial Amat; 157 pág.; 2009.

2 Spencer T, Biederman J, Wilens T, Faraone SV. Is attention-deficit hyperactivity disorder in adults a valid disorder? Harv. Rev. Psychiatry. 1994 Mar-Apr;1(6):326-35. doi: 10.3109/10673229409017099.

3 Asherson P. ADHD along the lifespan, Psychiatric Disorders, 2016 Vol 44:11, 683-686), https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.08.013.

4 Sasaki H, Jono T, Fukuhara R, Honda K, Ishikawa T, Boku S, Takebayashi M. Late-manifestation of attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults:ç an observational study. BMC Psychiatry. 2022 May 24;22(1):354. doi: 10.1186/s12888-022-03978-0.

5 Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, Thome J, Dom G, Kasper S, Nunes Filipe C, Stes S, Mohr P, Leppämäki S, Casas M, Bobes J, Mccarthy JM, Richarte V, Kjems Philipsen A, Pehlivanidis A, Niemela A, Styr B, Semerci B, Bolea-Alamanac B, Edvinsson D, Baeyens D, Wynchank D, Sobanski E, Philipsen A, McNicholas F, Caci H, Mihailescu I, Manor I, Dobrescu I, Saito T, Krause J, Fayyad J, Ramos-Quiroga JA, Foeken K, Rad F, Adamou M, Ohlmeier M, Fitzgerald M, Gill M, Lensing M, Motavalli Mukaddes N, Brudkiewicz P, Gustafsson P, Tani P, Oswald P, Carpentier PJ, De Rossi P, Delorme R, Markovska Simoska S, Pallanti S, Young S, Bejerot S, Lehtonen T, Kustow J, Müller-Sedgwick U, Hirvikoski T, Pironti V, Ginsberg Y, Félegyházy Z, Garcia-Portilla MP, Asherson P. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. Eur Psychiatry. 2019 Feb; 56:14-34. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.11.001.

6 Casas M. Trastornos Psíquicos en las Toxicomanías. Barcelona. Ediciones en Neurociencias, 1992.

7 Szerman N, Martinez-Raga J, Peris L, Roncero C, Basurte I, Vega P, Ruiz P, Casas M, Rethinking Dual Disorders/Pathology. Addictive Disorders & Their Treatment, 2013;12:1–10, DOI: 10.1097/ADT.0b013e31826e7b6a.

8 Mardomingo MJ, TDAH con Perspectiva de Género: Infancia y Adolescencia (en este mismo volumen 2023).

9 Young S, Adamo N, Ásgeirsdóttir BB, Branney P, Beckett M, Colley W, Cubbin S, Deeley Q, Farrag E, Gudjonsson G, Hill P, Hollingdale J, Kilic O, Lloyd T, Mason P, Paliokosta E, Perecherla S, Sedgwick J, Skirrow C, Tierney K, van Rensburg K, Woodhouse E. Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women. BMC Psychiatry. 2020 Aug 12;20(1):404. doi: 10.1186/s12888-020-02707-9.

10 Hinshaw SP, Nguyen PT, O'Grady SM, Rosenthal EA. Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. J Child Psychol Psychiatry. 2022 Apr;63(4):484-496. doi: 10.1111/jcpp.13480.

11 Attoe DE, Climie EA. Miss. Diagnosis: A Systematic Review of ADHD in Adult Women. J Atten Disord. 2023 May;27(7):645-657. doi: 10.1177/10870547231161533.

12 Song P, Zha M, Yang Q, Zhang Y, Li X, Rudan I. The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta analysis. J Glob Health. 2021 Feb 11;11:04009. doi: 10.7189/jogh.11.04009.

13 Michielsen M, Semeijn E, Comijs HC, van de Ven P, Beekman AT, Deeg DJ, Kooij JJ. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands. Br J Psychiatry. 2012 Oct;201(4):298-305. doi: 10.1192/bjp.bp.111.101196.

14 Sibley MH, Arnold LE, Swanson JM, Hechtman LT, Kennedy TM, Owens E, Molina BSG, Jensen PS, Hinshaw SP, Roy A, Chronis-Tuscano A, Newcorn JH, Rohde LA; MTA Cooperative Group. Variable Patterns of Remission From ADHD in the Multimodal Treatment Study of ADHD. Am J Psychiatry. 2022 Feb;179(2):142-151. doi: 10.1176/appi.ajp.2021.21010032.

15 Wootton RE, Riglin L, Blakey R, Agnew-Blais J, Caye A, Cadman T, Havdahl A, Gonçalves H, Menezes AMB, Wehrmeister FC, Rimfeld K, Davey Smith G, Eley TC, Rohde LA, Arseneault L, Moffitt TE, Stergiakouli E, Thapar A, Tilling K. Decline in attention-deficit hyperactivity disorder traits over the life course in the general population: trajectories across five population birth cohorts spanning ages 3 to 45 years. Int J Epidemiol. 2022 Jun 13;51(3):919-930. doi: 10.1093/ije/dyac049.

16 Martin J, Walters RK, Demontis D, Mattheisen M, Lee SH, Robinson E, Brikell I, Ghirardi L, Larsson H, Lichtenstein P, Eriksson N; 23andMe Research Team; Psychiatric Genomics Consortium: ADHD Subgroup; iPSYCH–Broad ADHD Workgroup; Werge T, Mortensen PB, Pedersen MG, Mors O, Nordentoft M, Hougaard DM, Bybjerg- Grauholm J, Wray NR, Franke B, Faraone SV, O'Donovan MC, Thapar A, Børglum AD, Neale BM. A Genetic Investigation of Sex Bias in the Prevalence of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. Biol Psychiatry. 2018 Jun 15;83(12):1044-1053. doi: 10.1016/j.biopsych.2017.11.026.

17 Mowlem F, Agnew-Blais J, Taylor E, Asherson P. Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms. Psychiatry Res. 2019 Feb;272:765-773. doi: 10.1016/j.psychres.2018.12.128.

18 Nadeau K, Quinn P. Women's AD/HD Self-assessment symptom inventory (SASI). In: Nadeau KG, Quinn PO, editors. Understanding Women With AD/HD. MD, USA: Advantage books; 2002. p. 24–43

http://www.merkercounseling.com/ ADHDSelfAssessmentWomen.pdf

19 Taylor A, Deb S, Unwin G. Scales for the identification of adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review. Res Dev Disabil. 2011 May-Jun;32(3):924-38. doi: 10.1016/j.ridd.2010.12.036.

20 Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2009 Mar;194(3):204-11. doi: 10.1192/bjp.bp.107.048827.

21 Grimm O, Reif A. Understanding the complexities of comorbidity in adult ADHD. Neurosci Biobehav Rev. 2023 Sep;152:105315. doi: 10.1016/j.neubiorev.2023.105315.

22 Mueller AK, Fuermaier AB, Koerts J, Tucha L. Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. Atten Defic Hyperact Disord. 2012 Sep;4(3):101-14. doi: 10.1007/s12402-012-0085-3.

23 Young S, Heptinstall E, Sonuga-Barke EJS, Chadwick O, Taylor E. The adolescent outcome of hyperactive girls: Self-report of psychosocial status. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2005;46:255–62.

24 Astenvald R, Frick MA, Neufeld J, Bölte S, Isaksson J. Emotion dysregulation in ADHD and other neurodevelopmental conditions: a co-twin control study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2022 Nov 28;16(1):92. doi: 10.1186/s13034-022-00528-0.

25 Kopp S, Asztély KS, Landberg S, Waern M, Bergman S, Gillberg C. Girls With Social and/or Attention Deficit Re-Examined in Young Adulthood: Prospective Study of Diagnostic Stability, Daily Life Functioning and Social Situation. J Atten Disord. 2023 Jun;27(8):830-846. doi: 10.1177/10870547231158751.

26 Young S, Chadwick O, Heptinstall E, Taylor E, Sonuga-Barke EJ. The adolescent outcome of hyperactive girls. Self-reported interpersonal relationships and coping mechanisms. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2005 Aug;14(5):245-53. doi: 10.1007/s00787-005-0461-z.

27 Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006 Feb;45(2):192-202. doi: 10.1097/01.chi.0000189134.97436.e2.

28 Dorani F, Bijlenga D, Beekman A, van Someren E, Kooij J. Prevalence of hormone-related mood disorder symptoms in women with ADHD. J Psychiatr Res, 2021; 133, 10–15. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.005.

29 Lockinger K, Gagnon MM. Dysmenorrhea and psychological wellbeing among females with attention deficit hyperactivity disorder. J Health Psychol. 2023 2:13591053231177254. doi: 10.1177/13591053231177254.

in C, Bolea B. Relationship between sex hormones, reproductive stages and ADHD: a systematic review. Arch Womens Ment Health. 2022 Feb;25(1):1-8. doi: 10.1007/s00737-021-01181-w.

31 Andersson A, Garcia-Argibay M, Viktorin A, Ghirardi L, Butwicka A, Skoglund C, Bang Madsen K, D'onofrio BM, Lichtenstein P, Tuvblad C, Larsson H. Depression and anxiety disorders during the postpartum period in women diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. J Affect Disord. 2023 Mar 15;325:817-823. doi: 10.1016/j.jad.2023.01.069.

32 Lundin C, Wikman A, Wikman P, Kallner HK, Sundström-Poromaa I, Skoglund C. Hormonal Contraceptive Use and Risk of Depression Among Young Women With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2023 Jun;62(6):665-674. doi: 10.1016/j.jaac.2022.07.847.

33 Polderman TJ, Boomsma DI, Bartels M, Verhulst FC, Huizink AC. A systematic review of prospective studies on attention problems and academic achievement. Acta Psychiatr Scand. 2010 Oct;122(4):271-84. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01568.x.

34 de Zeeuw EL, van Beijsterveldt CEM, Ehli EA, de Geus EJC, Boomsma DI. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms and Low Educational Achievement: Evidence Supporting A Causal Hypothesis. Behav Genet. 2017 May;47(3):278-289. doi: 10.1007/s10519-017-9836-4.

35 Sciberras E, Ohan J, Anderson V. Bullying and peer victimisation in adolescent girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Child Psychiatry Hum Dev. 2012 Apr;43(2):254-70. doi: 10.1007/s10578-011-0264-z.

36 Ohan JL, Johnston C. Gender appropriateness of symptom criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional-defiant disorder, and conduct disorder. Child Psychiatry Hum Dev. 2005 Summer;35(4):359-81. doi: 10.1007/s10578-005-2694-y.

37 LeFever GB, Villers MS, Morrow AL, Vaughn ES. Parental perceptions of adverse educational outcomes among children diagnosed and treated for ADHD: A call for improved school/provider collaboration. Psychol Sch. 2002;39:63–71.

38 Guendelman MD, Owens EB, Galán C, Gard A, Hinshaw SP. Early-adult correlates of maltreatment in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: Increased risk for internalizing symptoms and suicidality. Dev Psychopathol. 2016 Feb;28(1):1-14. doi: 10.1017/S0954579414001485.

39 Gudjonsson GH, Sigurdsson JF, Eyjolfsdottir GA, Smari J, Young S. The relationship between satisfaction with life, ADHD symptoms, and associated problems among university students. J Atten Disord. 2009 May;12(6):507-15. doi: 10.1177/1087054708323018.

40 Sedgwick JA. University students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a literature review. Ir J Psychol Med. 2018 Sep;35(3):221-235. doi: 10.1017/ipm.2017.20.

41 Morley E, Tyrrell A. Exploring Female Students' Experiences of ADHD and its Impact on Social, Academic, and Psychological Functioning. J Atten Disord. 2023 Aug;27(10):1129-1155. doi: 10.1177/10870547231168432.

42 Virtanen M, Lallukka T, Alexanderson K, Helgesson M, Heikkilä K, Ervasti J, Pentti J, Vahtera J, Kivimäki M, Mittendorfer-Rutz E. Clustering of social disadvantage with attention-deficit/hyperactivity disorder in young adults: A register-based study in Sweden. Scand J Psychol. 2022 Aug;63(4):277-282. doi: 10.1111/sjop.12814.

43 Nazar BP, Bernardes C, Peachey G, Sergeant J, Mattos P, Treasure J. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. Int J Eat Disord. 2016 Dec;49(12):1045-1057. doi: 10.1002/eat.22643.

44 Owens EB, Hinshaw SP. Adolescent Mediators of Unplanned Pregnancy among Women with and without Childhood ADHD. J Clin Child Adolesc Psychol. 2020 Mar-Apr;49(2):229-238. doi: 10.1080/15374416.2018.1547970.

45 Hartman CA, Larsson H, Vos M, Bellato A, Libutzki B, Solberg BS, Chen Q, Du Rietz E, Mostert JC, Kittel-Schneider S, Cormand B, Ribasés M, Klungsøyr K, Haavik J, Dalsgaard S, Cortese S, Faraone SV, Reif A. Anxiety, mood, and substance use disorders in adult men and women with and without attention- deficit/hyperactivity disorder: A substantive and methodological overview. Neurosci Biobehav Rev. 2023 Aug;151:105209. doi: 10.1016/j.neubiorev.2023.105209.

46 Yen JY, Yen CF, Chen CS, Tang TC, Ko CH. The association between adult ADHD symptoms and internet addiction among college students: the gender difference. Cyberpsychol Behav. 2009 Apr;12(2):187-91. doi: 10.1089/cpb.2008.0113.

47 Libutzki B, Neukirch B, Kittel-Schneider S, Reif A, Hartman CA. Risk of accidents and unintentional injuries in men and women with attention deficit hyperactivity disorder across the adult lifespan. Acta Psychiatr Scand. 2023 Feb;147(2):145-154. doi: 10.1111/acps.13524.

48 Barkley RA, Cox D. A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. J Safety Res. 2007;38(1):113-28. doi: 10.1016/j.jsr.2006.09.004.

49 Valero S, Bosch R, Corominas M, Barrau V, Ramos-Quiroga JA, Casas M. Remittance or persistence of attention deficit–hyperactivity disorder (ADHD) and its impact on recidivism in risky driving behaviors. Traffic Inj Prev. 2018;19(7):701-707. doi: 10.1080/15389588.2018.1505043.

50 Swanson EN, Owens EB, Hinshaw SP. Pathways to self-harmful behaviors in young women with and without ADHD: a longitudinal examination of mediating factors. J Child Psychol Psychiatry. 2014 May;55(5):505-15. doi: 10.1111/jcpp.12193.

51 Mars B, Heron J, Klonsky ED, Moran P, O'Connor RC, Tilling K, Wilkinson P, Gunnell D. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. Lancet Psychiatry. 2019 Apr;6(4):327-337. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30030-6.

52 Ahlberg R, Du Rietz E, Ahnemark E, Andersson LM, Werner-Kiechle T, Lichtenstein P, Larsson H, Garcia-Argibay M. Real-life instability in ADHD from young to middle adulthood: a nationwide register-based study of social and occupational problems. BMC Psychiatry. 2023 May 12;23(1):336. doi: 10.1186/s12888-023-04713-z.

53 Solberg BS, Halmøy A, Engeland A, Igland J, Haavik J, Klungsøyr K. Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. Acta Psychiatr Scand. 2018 Mar;137(3):176-186. doi: 10.1111/acps.12845.

54 Ottosen C, Larsen JT, Faraone SV, Chen Q, Hartman C, Larsson H, Petersen L, Dalsgaard S. Sex Differences in Comorbidity Patterns of Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2019 Apr;58(4):412-422.e3. doi: 10.1016/j.jaac.2018.07.910.

55 Quinn PO, Madhoo M. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. Prim Care Companion CNS Disord. 2014;16(3):PCC.13r01596. doi: 10.4088/PCC.13r01596.

56 Arnold LE, Hodgkins P, Caci H, Kahle J, Young S. Effect of treatment modality on long-term outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. PLoS One. 2015 Feb 25;10(2):e0116407. doi: 10.1371/journal.pone.0116407.

57 Young Z, Moghaddam N, Tickle A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Atten Disord. 2020 Apr;24(6):875-888. doi: 10.1177/1087054716664413.

58 Xue J, Zhang Y, Huang Y. A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on ADHD symptoms. Medicine (Baltimore). 2019 Jun;98(23):e15957. doi: 10.1097/MD.0000000000015957.

59 Kok FM, Groen Y, Fuermaier ABM, Tucha O. The female side of pharmacotherapy for ADHD-A systematic literature review. PLoS One. 2020 Sep 18;15(9):e0239257. doi: 10.1371/journal.pone.0239257.

60 Lee SH, Chia S, Chou TL, Gau SS. Sex differences in medication-naïve adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A counting Stroop functional MRI study. Biol Psychol. 2023 Apr;179:108552. doi: 10.1016/j.biopsycho.2023.108552.

61 Li L, Chang Z, Sun J, Jangmo A, Zhang L, Andersson LM, Werner-Kiechle T, Ahnemark E, D'Onofrio BM, Larsson H. Association Between Pharmacological Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Long-term Unemployment Among Working-Age Individuals in Sweden. JAMA Netw Open. 2022 Apr 1;5(4):e226815. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.6815.

62 Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AG, Arnold LE. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. BMC Med. 2012 Sep 4;10:99. doi: 10.1186/1741-7015-10-99.

63 Hollingdale J, Woodhouse E, Young S, Fridman A, Mandy W. Autistic spectrum disorder symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytical review. Psychol Med. 2020 Oct;50(13):2240-2253. doi: 10.1017/S0033291719002368.

64 Faraone SV, Rostain AL, Blader J, Busch B, Childress AC, Connor DF, Newcorn JH. Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder - implications for clinical recognition and intervention. J Child Psychol Psychiatry. 2019 Feb;60(2):133-150. doi: 10.1111/jcpp.12899.

65 Matthies S, Philipsen A. Comorbidity of Personality Disorders and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)--Review of Recent Findings. Curr Psychiatry Rep. 2016 Apr;18(4):33. doi: 10.1007/s11920-016-0675-4.

66 Torres I, Gómez N, Colom F, Jiménez E, Bosch R, Bonnín CM, Martínez-Aran A, Casas M, Vieta E, Ramos-Quiroga JA, Goikolea JM. Bipolar disorder with comorbid attention-deficit and hyperactivity disorder. Main clinical features and clues for an accurate diagnosis. Acta Psychiatr Scand. 2015 Nov;132(5):389-99. doi: 10.1111/acps.12426.

67 Rösler M, Retz W, Yaqoobi K, Burg E, Retz-Junginger P. Attention deficit/hyperactivity disorder in female offenders: Prevalence, psychiatric comorbidity and psychosocial implications. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2009;259:98–105.

68 Young S, Moss D, Sedgwick O, Fridman M, Hodgkins P. A meta-Analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. Psychol Med. 2015;45:247–58.

69 Chhibber A, Watanabe AH, Chaisai Ch, Veettil SK, Chaiyakunapruk N. Global Economic Burden of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review PharmacoEconomics. 2021; 39:399–420 https://doi.org/10.1007/s40273-020-00998-0.

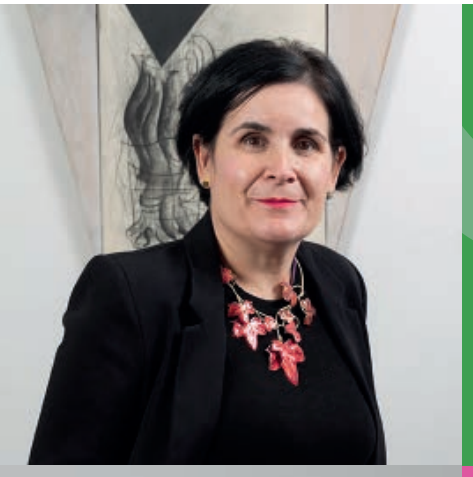
70 Cortese S, Song M, Farhat LC, Yon DK, Lee SW, Kim MS, Park S, Oh JW, Lee S, Cheon KA, Smith L, Gosling CJ, Polanczyk GV, Larsson H, Rohde LA, Faraone SV, Koyanagi A, Dragioti E, Radua J, Carvalho AF, Il Shin J, Solmi M. Incidence, prevalence, and global burden of ADHD from 1990 to 2019 across 204 countries: data, with critical re-analysis, from the Global Burden of Disease study. Mol Psychiatry. 2023 Sep 8. doi: 10.1038/s41380-023-02228-3.



Dra. Lourdes Vicent. *Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. España. Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12), Madrid.*

CAPÍTULO 7

Género y salud cardiovascular



Sonia Peláez. *Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid.*



Dr. Héctor Bueno. *Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. España. Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12), Madrid. Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Madrid.*

Antecedentes. ¿Qué es la enfermedad cardiovascular y por qué es importante?

La enfermedad cardiovascular (ECV) en España continúa siendo una importante causa de mortalidad, también para la mujer, y una razón importante de morbilidad y discapacidad [1]. En España, cada año mueren más mujeres que hombres por ECV y cada 8 minutos una mujer fallece por ECV. "Enfermedad cardiovascular" es un término general que describe una enfermedad del corazón o de los vasos sanguíneos. Por tanto, se podría hablar de diferentes tipos de ECV: enfermedad coronaria (que incluye el infarto agudo de miocardio), insuficiencia cardiaca, enfermedades valvulares, arritmias, enfermedades de la aorta y enfermedades de la circulación que incluyen el ictus y la enfermedad arterial periférica. Sobre esta clasificación se profundizará en los siguientes apartados. Dentro de la ECV, la enfermedad cerebrovascular, lidera las causas de muerte en las mujeres [2,3], mientras que la enfermedad coronaria es la principal causa de mortalidad en los hombres [4].

Cada año mueren más mujeres que hombres por ECV y cada 8 minutos una mujer fallece por ECV

La enfermedad cerebrovascular, lidera las causas de muerte en las mujeres



La incidencia de ECV es particularmente alta en los países desarrollados y en vías de desarrollo, si bien se ha estabilizado en la última década. Desde 1990, la reducción en la mortalidad cardiovascular ha sido lenta, aunque sostenida, reflejando una mejora en la atención y los cuidados prestados a los pacientes con ECV [5]. No obstante, en la actualidad, un tercio de todas las muertes tienen una causa cardiovascular [6]. A pesar de la mejora en la mortalidad por ECV, ésta continúa siendo una razón importante de pérdida de calidad de vida y de discapacidad. Además, es una fuente notable de gasto sanitario [6,7]. En las últimas décadas, se ha disparado el gasto sanitario y no sanitario de las ECV y las previsiones proyectan un incremento continuo en los próximos años. Entre las razones de este creciente coste se encuentra la evolución hacia la cronicidad de las ECV dada la mejora de su pronóstico.

¿Es diferente la enfermedad cardiovascular entre hombres y mujeres?

De manera general, la esperanza de vida en España de las mujeres (85,8 años) es superior a la de los varones (80,2 años) [8]. Sin embargo, no son equivalentes los conceptos de longevidad y "buena vida", ya que las mujeres viven más pero con una calidad de vida percibida por ellas mismas claramente peor que la de los hombres [9,10]. En el ámbito de las ECV la situación es análoga, ya que algunas de estas afecciones tienden a presentarse en las mujeres a edades más avanzadas, pero esto no implica que el pronóstico sea mejor. Hemos señalado que existen diferentes tipos de ECV y está demostrado que las diferencias biológicas (macho/hembra) condicionan una distinta distribución de las ECV, incluyendo los factores de riesgo cardiovascular, la fisiopatología y los síntomas [11,12]. Por ejemplo, mientras el infarto agudo de miocardio debido a la aterosclerosis es la causa más habitual en los varones, en las mujeres cobran también importancia otros tipos de infarto, como los debidos a la disección coronaria espontánea o las embolias, especialmente en el grupo de las más jóvenes [13]. En la Tabla 1 se recogen algunas diferencias en la presentación de las ECV según el sexo.



Tabla 1

Características biológicas diferenciales en la ECV entre hombres y mujeres [12]

TIPO ECV	MUJER	HOMBRE
Generales	Corazón y vasos sanguíneos de menor tamaño Menor disponibilidad de tamaños de dispositivos adecuados y más complicaciones en procedimientos invasivos. Mecanismos de respuesta distintos (más hipertrofia VI). Menor peso/superficie corporal, menor proporción de masa magra y diferente metabolismo hepático y renal. Más complicaciones de fármacos.	Dispositivos más fáciles de fabricar adecuados al tamaño masculino. Sin dosis única de fármacos, dosis para peso/masa/metabolismo masculino.
Cardiopatía isquémica (enfermedad coronaria) [14,15]	Aumenta con la edad, inicio más tardío. Ateroesclerosis es la causa más habitual, pero otras causas son frecuentes (disección coronaria espontánea, enfermedad microvascular frecuente).	Aumenta con la edad, inicio más precoz. Principal causa de mortalidad. Ateroesclerosis es la causa habitual.
Insuficiencia cardíaca [16]	Aumenta con la edad avanzada, multicomorbilidad y fragilidad. IC con función ventricular conservada más frecuente. Más efectos adversos de los tratamientos.	Enfermedad coronaria como causa más frecuente. IC con función ventricular reducida más frecuente.
Estenosis aórtica calcificada (enfermedad valvular más frecuente en países desarrollados) [17]	Aumenta con la edad. Síntomas más graves, sobre todo disnea (refleja insuficiencia cardiaca). Diagnóstico más complejo y tardío, infra diagnóstico. Mayor mortalidad en tratamiento quirúrgico, mejor evolución con percutáneo (TAVI). Más complicaciones post TAVI.	Con frecuencia se asocia a enfermedad aterosclerótica, coronaria o de arterias periféricas. Angina como síntoma habitual.
Fibrilación auricular (arritmia más frecuente) [18]	Aumenta con la edad. Más síntomas. Con frecuencia se asocia a insuficiencia cardiaca. Mayor riesgo de ictus. Mayor riesgo de sangrado con tratamientos anticoagulantes.	Aumenta con la edad. Más cardiopatía isquémica acompañante. Se someten a más tratamientos invasivos (más cardioversiones y ablaciones), con menos complicaciones.
Enfermedad cerebrovascular [2]	Causa más frecuente de muerte. Aumenta con la edad, inicio más tardío. Mayor impacto negativo y riesgo de ictus causado por los factores de riesgo de ECV. En ciertos momentos de la vida (embarazo y posparto) aumenta el riesgo. Mayor mortalidad y discapacidad tras ictus.	Aumenta con la edad, inicio más precoz. Asociado frecuentemente a cardiopatía isquémica y enfermedad vascular periférica.
Muerte súbita [19]	Menos frecuente en las mujeres. Se infravaloran los síntomas premonitorios. Más retraso hasta su atención (reanimación cardiopulmonar). Mayor mortalidad y secuelas.	Causa más frecuente: la cardiopatía isquémica.

Factores asociados a presentar un mayor riesgo para desarrollar ECV

Los factores que predisponen a la aparición de ECV son comunes a muchos tipos de ECV. Debido al impacto tan importante sobre la aterosclerosis y, por tanto, la enfermedad coronaria y cerebrovascular, los factores de riesgo CV tradicionales como la hipertensión arterial, el colesterol elevado, la diabetes mellitus o el consumo de tabaco son los más conocidos. Actualmente ya se conocen muchos otros, no solo biológicos, que permiten hacer una aproximación más precisa del riesgo del individuo de presentar ECV a lo largo de la vida. Algunos de ellos son específicos de las mujeres (Tabla 2), sin embargo, mientras en las historias clínicas se recogen sistemáticamente todos los factores de riesgo clásicos de ECV generales, casi nunca se recogen los específicos de las mujeres, como la historia reproductiva, que tiene influencia en el riesgo de desarrollar ECV, aunque estos datos se ignoran claramente en la atención de estas pacientes en la práctica clínica médica diaria [20]. Entre los factores asociados a presentar un mayor riesgo de desarrollar ECV en las mujeres, destacan los antecedentes de tratamientos hormonales de reproducción asistida, los abortos previos, la menopausia precoz, la menarquia temprana, la hipertensión asociada al embarazo, la diabetes gestacional o el ovario poliquístico. Estos antecedentes deberían recogerse de manera sistemática en la historia médica de las mujeres.

La importancia de hacer una valoración completa de los factores de riesgo de ECV es que muchos son modificables adoptando hábitos de vida saludables. Por ejemplo, el consumo de tabaco, la dieta no saludable, la inactividad física o el consumo de alcohol pueden corregirse con una modificación en el estilo de vida. Otros factores no pueden cambiarse con una adaptación de los estilos de vida, pero su impacto podría reducirse gracias a intervenciones (farmacológicas o no farmacológicas). Por ejemplo, la hipertensión arterial o la diabetes tienen un tratamiento eficaz que es complementario a las medidas básicas de dieta y ejercicio físico. Los factores sociales, culturales, económicos y las diferencias regionales, aunque han sido poco tenidos en cuenta, condicionan el riesgo de presentar ECV y su pronóstico [21]. Estos factores deben ser abordados por las instituciones, ya que requieren cambios sociales y políticos para paliar sus efectos negativos sobre la salud [21]. De manera importante, el impacto que tienen estos factores sobre el riesgo de padecer ECV cuando están presentes suele ser mayor en las mujeres que en los hombres. [12,22,23]

Mientras en las historias clínicas se recogen sistemáticamente todos los factores de riesgo clásicos de ECV generales, casi nunca se recogen los específicos de las mujeres



Tabla 2

Factores asociados a presentar un mayor riesgo de desarrollar EC

		Impacto según el sexo ♀	♂
Principales comunes a hombres y mujeres	- Hipertensión arterial.	++	+
	- Dislipidemia.	+++	++
	- Diabetes mellitus.	+++	++
	- Obesidad.	+++	+
	- Tabaco.	++	+++
	- Enfermedad renal crónica.	++	++
	- Sedentarismo.	≈	≈
	- Consumo de alcohol y otros tóxicos.	≈	≈
	- Hiperuricemia.	≈	≈
	- Tratamientos oncológicos (quimio y radioterapia).	+++	++
	- Enfermedades genéticas/heredables.	≈	≈
	- Etnia, antecedentes familiares.	++	+
	- Enfermedades inflamatorias crónicas.	++	+
	- Mala higiene bucodental.	+	+
	- Apnea obstructiva del sueño.	++	+
	- Prematuridad y bajo peso al nacer.	≈	≈
	- Infección por VIH.	+	++
Secundarios comunes a hombres y mujeres	- Hipertensión arterial asociada al embarazo. - Diabetes gestacional. - Tratamientos hormonales. - Abortos. - Tratamientos reproductivos. - Sd. Ovario poliquístico. - Menopausia precoz. - Menarquia precoz. - Número de embarazos. - No dar lactancia materna.	**Solo presentes en las mujeres**	
Específicos de sexo: mujeres	- Disfunción eréctil - Testosterona baja.	**Solo presentes en los hombres**	
Específicos de sexo: hombres	- Pobreza.	++	+
	- Aislamiento social.	++	+
	- Desempleo	.++	+
Socio-económicos [24]	- Estrés.	++	+
	- Ansiedad.	++	+
	- Depresión.	++	+
	- Violencia de género.	+++	+
	- Abusos sexuales.	++	+
	- Trastornos del sueño.	++	+
	- Creencias limitantes.	++	+
	- Tipo de apego (seguro es protector de ECV).	+	+
	- Regulación emocional.	+	+
Psicosociales Regionales/territoriales	- Distancia a centros sanitarios.	≈	≈
	- Espacios verdes.	≈	≈
	- Contaminación ambiental.	++	+
	- Política.	++	+
	- Acceso a alimentos saludables.	++	+

Biología y sociedad: el género como eje de desigualdad

Los determinantes sociales en salud son las condiciones en las que las personas nacen, viven y trabajan [25]. Las circunstancias del individuo determinan en gran medida los hábitos de vida que lleva a cabo, muchos de los cuales tienen un impacto en el riesgo de presentar ECV y también en su pronóstico [22,26]. Los individuos de estratos sociales más bajos con frecuencia mantienen conductas menos saludables (dieta menos saludable, sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol...). El bajo nivel educativo, así como la escasa formación en salud, son en parte responsables de la falta de autocuidado y de las elecciones poco saludables en salud. El estrés crónico, que también se ha relacionado con mayor riesgo de ECV, es habitual en personas con bajos ingresos o desempleo [21] y más prevalente en mujeres que en hombres [27,28].

Las mujeres han desempeñado tradicionalmente un papel en la sociedad como madres, esposas e hijas, habiendo sido consignadas a ellas casi en exclusiva responsabilidades sobre la toma de decisiones y gestión de la organización familiar y doméstica, que incluía el cuidado de la familia directa, la planificación de las comidas familiares, la dieta, las tareas domésticas, la gestión de los ingresos y los costes familiares, a lo que había que añadir el cuidado de las personas enfermas, dependientes o las que necesitaban una ayuda adicional, todo ello de manera no remunerada y, muy frecuentemente, no reconocida. Las personas que ejercen labores de cuidados no remunerados que, además, compaginan con un trabajo remunerado adicional corren el riesgo de sufrir importantes consecuencias negativas para su salud física y mental [29]. Es destacable que los efectos negativos de esta situación son más frecuentes y graves en las mujeres [29].

En las últimas décadas, la incorporación de las mujeres al mercado laboral ha supuesto un desafío adicional. En la actualidad, las mujeres continúan soportando la mayor parte del peso de las cargas familiares [30], que incluyen los cuidados, la educación de los hijos y todos los aspectos relativos a las tareas y gestiones domésticas, a lo que deben sumarse las obligaciones relacionadas con el puesto de trabajo. Como un factor agravante de esta situación, a las mujeres les resulta más difícil encontrar un empleo y para las que consiguen un trabajo, éste es de menor categoría que el de los hombres, peor remunerado y en condiciones más precarias. En el mundo laboral, las mujeres se desafían aún más a sí mismas para demostrar su valía, pero nunca se ven liberadas del estrés y la ansiedad, ni siquiera cuando rinden como se espera de ellas. De hecho, un estudio ha revelado que el 75% de las mujeres ejecutivas de todos los sectores han experimentado el "síndrome del impostor" en sus carreras, que es un sentimiento

Las personas que ejercen labores de cuidados no remunerados que, además, compaginan con un trabajo remunerado adicional corren el riesgo de sufrir importantes consecuencias negativas para su salud física y mental



de inadecuación y duda de sí mismas que les hace cuestionarse continuamente de si están suficientemente cualificadas para el puesto. La combinación de una exigencia laboral igual o superior a los varones junto a la perpetuación de los roles tradicionales descritos anteriormente, de manera implícita o explícita, impuestos desde fuera o autoimpuestos, supone una enorme barrera para la conciliación de la vida personal, familiar y laboral, principalmente para las mujeres, lo que puede explicar, al menos en parte, la mayor prevalencia de ansiedad, estrés y depresión en las mujeres españolas [27,28,31,32]. Las condiciones laborales adversas tienen importancia como factores predisponentes de ECV. La inseguridad laboral se asocia con un pequeño aumento del riesgo de cardiopatía isquémica, atribuible en parte a un nivel socioeconómico más bajo y a factores de riesgo de ECV más prevalentes en estos sectores más desfavorecidos [33]. Como se ha reflejado en este documento, las mujeres tienen una presencia excesiva en determinadas clases de empleo vulnerable y están más expuestas a presentar los efectos negativos del empleo precario y del estilo de vida poco saludable que esta situación laboral conlleva [34].

Las personas que viven inmersas en unas condiciones adversas, para hacer frente a esa situación, experimentan una serie de respuestas del sistema nervioso y hormonal con el fin de proporcionar una respuesta efectiva al estrés, con una finalidad adaptativa [35]. No obstante, cuando esta respuesta al estrés se mantiene durante un largo periodo de tiempo, tiene lugar un estado de inflamación crónico [35]. Todos estos procesos inflamatorios conducen a un aumento de los factores de riesgo de ECV, como la obesidad, la hipertensión, la diabetes y la aterosclerosis, contribuyendo en última instancia a la aparición de ECV y a la mortalidad por esta causa [25,35]. Por tanto, de manera indirecta, los determinantes sociales de salud son en sí mismos un factor de riesgo de ECV.

Figura 1

Barreras para la igualdad de las mujeres en salud cardiovascular

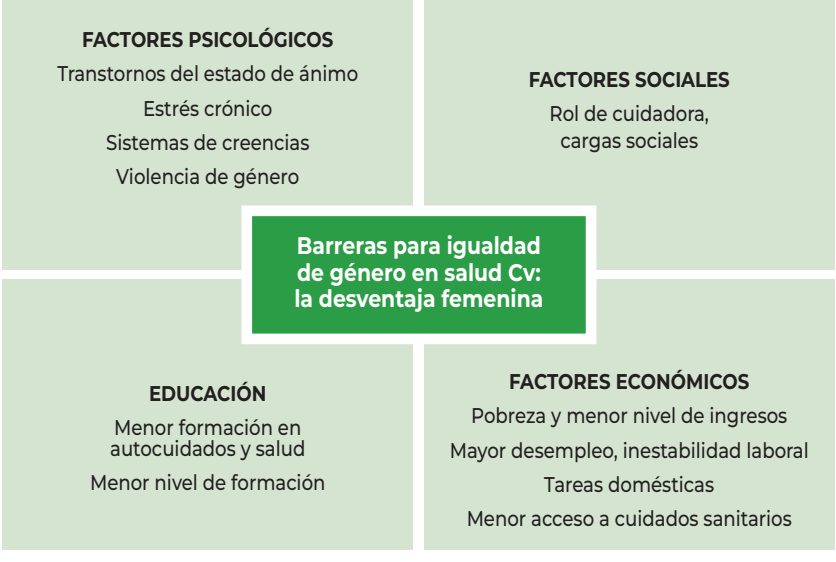


Figura de elaboración propia

Diferencias entre los síntomas y las manifestaciones de la ECV entre hombres y mujeres: el desafío en el diagnóstico

Las características específicas de la ECV en la mujer se extienden también a su sintomatología. Con frecuencia, los profesionales sanitarios etiquetan a las mujeres como "emocionales" y sus síntomas como "atípicos" [36]. El trasfondo psicológico es una de las causas que podría explicar la diferente reacción a las señales físicas en las mujeres, pero también hay una influencia de trasfondo social. Las mujeres tienen a menudo un rol de "cuidadora", por lo que tienden a restar importancia a sus quejas somáticas en beneficio del resto de miembros de la familia o las personas a su cargo [37]. El caso del infarto agudo de miocardio es un claro ejemplo, ya que las manifestaciones descritas como más específicas incluyen el dolor torácico irradiado al cuello o a los brazos, pero las mujeres pueden referir también otras manifestaciones, como un dolor en el estómago, debilidad o malestar que parecen inespecíficos, por lo que consultan tarde y muchas veces se demora el diagnóstico al no tenerse en cuenta los síntomas que refieren o restarle valor suponiendo que no puede tratarse de una situación física grave [38,39]. Todo ello supone un mayor riesgo vital y de complicaciones por un retraso en el diagnóstico y el tratamiento que puede ser crítico en los casos de ECV [40]. Las mujeres tardan más en solicitar ayuda médica cuando están presentando un infarto agudo de miocardio y esto conlleva una mayor mortalidad. A este retraso se suma una demora por parte del personal sanitario hasta el diagnóstico adecuado y la administración del tratamiento efectivo (en este caso, un cateterismo cardiaco emergente), que es mayor que en los varones [40]. Sin embargo, estudios recientes diseñados para evaluar esas diferencias de síntomas han podido demostrar que los síntomas "típicos" son más frecuentes y tienen mayor valor diagnóstico en las mujeres que en los hombres con infarto de miocardio [36,41,42]. La proporción de pacientes con infarto que presenta los mal llamados "síntomas atípicos" es poco común en ambos sexos (6% de mujeres y 4% de varones) [40].

Las mujeres que consultan en urgencias refiriendo palpitaciones ocasionadas por una taquicardia (alteración del ritmo cardiaco que cursa con una frecuencia cardiaca elevada y que se diagnostica con un electrocardiograma) son más frecuentemente diagnosticadas de crisis de ansiedad que los hombres [43–45]. Con independencia del diagnóstico final, las palpitaciones son un síntoma que ocasiona numerosas consultas en urgencias y derivaciones al cardiólogo, además de causar un empeoramiento en la calidad de vida. Pocos pacientes requieren tratamiento cardiológico específico. Un enfoque de atención escalonado, comenzando desde atención primaria con una valoración precisa de la situación social y psicológica de las pacientes, puede ser beneficioso y mejorar los resultados ya que muchos diagnósticos cardiológicos y psicológicos concurren en una misma paciente [45].

Otro síntoma muy habitual, especialmente en el grupo de mujeres de mayor edad, es la disnea (sensación de falta de aire), que ocasiona también un número de visitas importante en el médico de cabecera, el cardiólogo y el servicio de urgencias. La sensación de disnea es compleja y tiene una relación íntima con la dimensión psicológica del paciente [46]. Las mujeres con disnea son diagnosticadas comúnmente de trastornos de ansiedad o depresión o se les atribuye otras causas físicas como la obesidad o el desacondicionamiento físico. Con independencia de la dimensión psicológica, un estudio demostró que la disnea identificó a un subgrupo de pacientes (por lo demás asintomáticos) con mayor riesgo de muerte por causas cardiacas y de muerte por cualquier causa y esto se confirmó tanto en hombres como en mujeres [47].

Las mujeres son un colectivo particularmente susceptible de sufrir las consecuencias del "gaslighting" médico

El "gaslighting" ("luz de gas") consiste en una forma de manipulación psicológica en la que se hace al individuo dudar acerca de su percepción de la realidad y su memoria. Aplicado en el campo de la salud cardiovascular, supone restar importancia a los síntomas de los pacientes, negar la presencia de los mismos atribuyendo otras causas (por ejemplo, psicológicas) o culpabilizar al propio paciente de sus molestias físicas. Las mujeres son un colectivo particularmente susceptible de sufrir las consecuencias del "gaslighting" médico [48]. La importancia de esta forma de abuso emocional es que, al minimizar los síntomas de las pacientes, hace que se soliciten menos exploraciones complementarias y con ello pueden pasarse por alto ECV potencialmente graves.

Figura 2

Síntomas potencialmente graves de ECV en las mujeres que deben valorarse de manera sistemática sin ser atribuidos inicialmente a causas no orgánicas

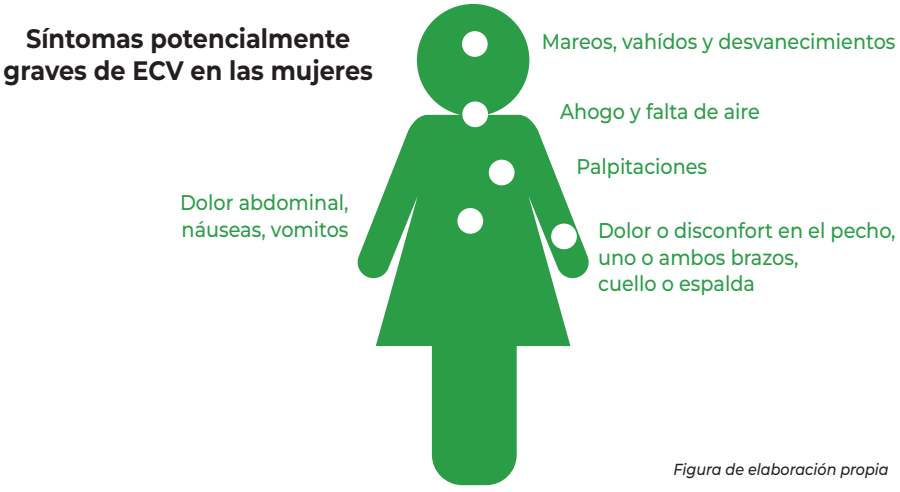


Figura de elaboración propia

Tabla 3

Dificultades en el diagnóstico de la ECV en la mujer

Menor conciencia de enfermedad cardiovascular como causa de los síntomas entre las mujeres.
Menor consideración por parte del personal sanitario de un posible origen cardiovascular de los síntomas que presentan las mujeres e infraestimación de su gravedad. Baja sospecha diagnóstica e infraestimación de riesgo.
Mayor retraso hasta la consulta médica por parte de las pacientes (desde el inicio de los síntomas agudos), mayor retraso de los profesionales sanitarios que los atienden y menor derivación a especialistas cardiovasculares.
Menor realización de pruebas de despistaje y exploraciones complementarias dentro de programas de promoción de la salud.
Menor indicación de pruebas complementarias, especialmente invasivas.

¿Hay diferencias en la evolución y pronóstico entre hombres y mujeres con ECV?

Muchas de las ECV se presentan a edades más avanzadas en las mujeres que en los hombres, por lo que suelen ser pacientes más frágiles y muy frecuentemente presentan otras enfermedades asociadas [12]. Pese a que la mayor prevalencia de ECV se encuentra en las mujeres de mayor edad, existe un grupo de mujeres jóvenes que pueden padecer ECV graves, como el infarto agudo de miocardio o el ictus. En este colectivo de mujeres, la mortalidad es más elevada (un 15-20% superior a los hombres) [49]. La incidencia de mujeres de edad menor de 55 años que tienen un infarto está aumentando debido a la adopción de factores de riesgo que tradicionalmente eran más habituales en los hombres, como el tabaquismo, la obesidad o la diabetes. El impacto negativo de estos factores de riesgo sobre la ECV en las mujeres es mayor que en los varones [50].

Tras presentar un evento cardiovascular, la evolución de las mujeres se encuentra influida por factores biológicos y también psicosociales. En el caso del infarto agudo de miocardio, el retraso hasta el diagnóstico condiciona que esté más evolucionado y la evolución sea peor, produciéndose más frecuentemente complicaciones como la insuficiencia cardiaca [49]. En el medio y largo plazo, las mujeres son más propensas a desarrollar trastornos de ánimo como la depresión, estrés o ansiedad a los que no se les presta la atención necesaria [51–53]. Además, la organización social, los roles y estereotipos de género condicionan que las mujeres realicen un peor cumplimiento de las medidas farmacológicas, dietéticas, rehabilitación cardiaca y actividad física [15]. La calidad de vida después de presentar una ECV es peor en las mujeres, que además presentan una mayor discapacidad [9]. El impacto de las ECV en las mujeres es también indirecto, ya que son las que presentan las consecuencias del padecimiento y el dolor de los pacientes de los que son cuidadoras cuando recae sobre ellas su atención y esto produce gran sufrimiento que se asume como "lógico" o "normal" por su rol social.



La incidencia de mujeres de edad menor de 55 años que tienen un infarto está aumentando debido a la adopción de factores de riesgo que tradicionalmente eran más habituales en los hombres

La insuficiencia cardiaca en las mujeres tiende a presentarse a una edad más avanzada que en los hombres, pero el pronóstico es igualmente desfavorable [16], ya que ocasiona una elevada mortalidad (es la tercera causa de muerte en las mujeres en España) y un deterioro notable de la calidad de vida [54]. Las mujeres con insuficiencia cardiaca son más frágiles y presentan un tipo de insuficiencia cardiaca (con función cardiaca conservada) que está peor estudiada y para la que existen menos tratamientos farmacológicos [16,55]. A pesar de su relevancia, sólo entre el 20% y el 25% de los participantes en ensayos clínicos aleatorizados para la insuficiencia cardiaca son mujeres. Debido a las diferencias en la fisiología y el metabolismo de los fármacos, podrían existir variaciones según el sexo en la respuesta a los tratamientos de la insuficiencia cardiaca. Además, las mujeres son menos susceptibles de recibir terapias más agresivas como el implante de un desfibrilador [56] (un dispositivo que sirve para prevenir la muerte súbita), una asistencia ventricular [57] o un trasplante cardiaco [58]. Incluso, las mujeres que sobreviven a un trasplante de corazón presentan características de menor riesgo que los trasplantados varones, pero reciben corazones de donantes de mayor riesgo [58].

¿Se puede hablar de una brecha de género en la atención a las ECV?

Influencia de los condicionantes sociales y económicos en la ECV en la mujer

Tal y como se ha descrito a lo largo de este texto, la presentación de la ECV es diferente entre hombres y mujeres por el hecho de existir diferencias biológicas (sexo), pero también culturales, sociales, económicas y territoriales (género) [22]. El perfil clínico de las mujeres, de edad más avanzada y con mayor comorbilidad, ha suscitado la creencia de que el mayor riesgo de este colectivo se explica principalmente por las diferencias en sus características basales, pero esto es un error. En este sentido, factores sociales como el nivel educativo, la carga de cuidados domésticos y familiares o el desigual acceso a los tratamientos producen diferencias entre hombres y mujeres que podrían ser evitables. En la tabla 2 se recogen también los factores asociados a la ECV desde el punto de vista social-género (los determinantes sociales en salud) [37] y cómo tienen un impacto diferente en hombres y mujeres. Hoy en día, la mujer en nuestra sociedad aún no disfruta de un estatus igualitario. Las mujeres se enfrentan a la desigualdad en la participación en el trabajo y múltiples barreras -como la falta de acceso a la tierra, el capital, los recursos financieros y la tecnología, así como la violencia de género- debidas a mentalidades y estereotipos culturales. Existe estrés psicosocial crónico para las personas que padecen una situación socioeconómica baja, viviendas inseguras, violencia vecinal, acceso limitado a la atención sanitaria, adversidades en la primera infancia, discriminación, mayor exposición al ruido, inseguridad alimentaria y menor calidad del sueño, entre otras.

La brecha de género en la asistencia sanitaria de las ECV

Las desigualdades de género en la atención sanitaria de las ECV se conocen desde hace décadas, pero siguen muy presentes en la actualidad. En el año 1991, la Dra. Patricia Healey, la primera directora del National Institute of Health en Estados Unidos, denunció, en una editorial publicada en el New England Journal of Medicine, el trato diferencial y la menor oferta de oportunidades hacia las mujeres que presentaban dolor torácico, enfermedad coronaria e insuficiencia cardiaca en comparación a los hombres, a las que se les realizaba menos pruebas diagnósticas y menos intervenciones para tratar la enfermedad coronaria [1,59]. Describió estas desigualdades como Síndrome de Yentl, que hace honor a una leyenda del siglo XIX en la que una joven que quiere estudiar el libro judío del Talmud se hace pasar por un hombre para conseguir acceder a esos estudios, prohibidos a las mujeres [59].

Por desgracia, la brecha de género en la atención sanitaria sigue estando presente en la actualidad. Los sesgos en la atención sanitaria siguen teniendo consecuencias negativas y graves para las mujeres. Con frecuencia se tiende a restar importancia a los síntomas de las mujeres o se niega la presencia de los mismos atribuyéndolos a otras causas (como las psicológicas) o se culpabiliza a las propias pacientes de sus molestias físicas [48]. La importancia de esta infravaloración de los síntomas de las pacientes es que, al minimizarlos, se tienden a solicitar menos exploraciones complementarias y con ello pueden pasarse por alto ECV potencialmente graves.

La brecha de género en investigación CV

Las diferencias de género en la investigación de las ECV están presentes a todos los niveles. En investigación básica, los animales de experimentación son machos con mucha más frecuencia [60]. Se asume erróneamente que los modelos animales “masculinos” son más sencillos, por considerarse más uniformes desde el punto de vista biológico y hormonal. No obstante, se ha demostrado que este planteamiento es erróneo y, en realidad, para la mayoría de las investigaciones, los ratones hembra sometidos a pruebas a lo largo de su ciclo hormonal no muestran más variaciones que los machos [60]. Las hormonas no son un problema exclusivamente femenino. Los niveles de testosterona de los ratones macho también pueden variar mucho. La falta de equilibrio entre los sexos en los modelos animales y celulares ha hecho que la aplicación de los resultados de la investigación a los seres humanos sea mucho más

complicada. A un nivel clínico, en los ensayos clínicos con nuevos fármacos o intervenciones cardiovasculares las mujeres han estado en una situación de minoría y menos de un tercio de pacientes incluidos son mujeres, a pesar de que fallecen más mujeres por causa de las ECV que hombres [61].

La infrarrepresentación de las mujeres como pacientes en la investigación cardiovascular tiene numerosas implicaciones: 1) escaso conocimiento de los modelos femeninos de biología y enfermedad; 2) limitada extrapolabilidad de los resultados de las investigaciones a las mujeres; 3) posibilidad de efectos adversos diferentes y escaso conocimiento de la posología necesaria en las mujeres (diferente composición corporal y metabolismo farmacológico). En general, aumentar la participación de las mujeres en los estudios clínicos es un trabajo de equipo. Durante el reclutamiento, los médicos y el personal de investigación deben abordar los obstáculos a la participación, como las preocupaciones financieras y domésticas, hablar sobre los riesgos para la salud y la seguridad del estudio y permitir que los familiares participen en el proceso de toma de decisiones. Se ha demostrado que la presencia de más investigadoras principales se asocia a más inclusión de mujeres en los ensayos clínicos cardiovasculares [62].

Mujeres en cardiología

En la actualidad, la especialidad de cardiología continúa siendo ejercida por una mayoría de cardiólogos varones [63–65]. En España, la proporción de cardiólogas es aproximadamente un 40%, pero, si escalamos en el rango sanitario y académico, este número va descendiendo. Sólo una minoría (menos del 20%) de mujeres ocupa la posición de jefatura de servicio y son muy pocas las mujeres catedráticas en cardiología (7%) [65]. En las subespecialidades intervencionistas de la cardiología, como hemodinámica o arritmias, es inferior al 5% [66]. Aunque la proporción de mujeres cardiólogas ha aumentado en los últimos años, las diferencias en los puestos directivos y en el ámbito académico persisten con pocos cambios [67,68]. El "síndrome del impostor" es un conjunto de sentimientos de incompetencia con una duda crónica sobre las propias capacidades y una sensación de fraude intelectual que anulan cualquier sentimiento de éxito a pesar de existir pruebas externas de ser competente y capaz para la tarea. Es más habitual en la profesión médica que en otros oficios y se presenta más habitualmente en las mujeres [69]. Superar estas creencias limitantes sobre las propias capacidades requiere un cambio de mentalidad. Si se quiere abordar la desigualdad de género en esta especialidad, es necesario cambiar la percepción de la cardiología para que las mujeres se sientan igualmente capacitadas para desarrollar una carrera profesional de éxito como cardiólogas [64].

Aunque no hay duda de que la combinación de la cardiología y las responsabilidades familiares supone un reto, esta opinión es anticuada y sencillamente falsa. Hay muchas cardiólogas y cardiólogos que demuestran cada día que es posible conciliar la vida laboral y familiar y prosperar tanto en el trabajo como en casa. En lo referente a la remuneración económica, las cardiólogas tienen sueldos más bajos y un estudio demostró que la aparente diferencia de género en los salarios persistió tras el ajuste por el nivel de experiencia y la subespecialidad del médico [70].

¿Por qué es importante fomentar la igualdad de género en cardiología?

En un campo típicamente dominado por los hombres, las mujeres pioneras han aportado diversidad e innovación a la medicina cardiovascular, enriqueciendo la atención al paciente y la salud cardiovascular. Las mujeres cardiólogas eran en otros tiempos una excepción [71]. Estas primeras médicas especialistas estaban decididas a ser profesionales y rompieron tradiciones y barreras para acceder a las facultades de medicina, superando obstáculos como que su acceso a la facultad dependiera de la aprobación de sus compañeros de clase [71]. Su trabajo creó un

sólido modelo sobre el que construir, sentando las bases para que las siguientes generaciones crecieran y prosperaran en este campo.

La inclusión de las mujeres cardiólogas es vital para mejorar todos los aspectos de la cardiología, incluida la atención a los pacientes, la mentalidad del lugar de trabajo, la reducción de las desigualdades y la vida de todos los cardiólogos. Una serie de reformas en el lugar de trabajo deben garantizar la igualdad de oportunidades para las mujeres cardiólogas y en formación [71].

Avances en el abordaje, diagnóstico y tratamiento y aspectos diferenciadores de género

La brecha de género en la ECV es un problema que continúa vigente en la actualidad en España y otras sociedades. En las últimas dos décadas, han existido algunos avances en la reducción de las desigualdades de género en el campo de la salud CV [72]. Existen asociaciones y grupos de trabajo que han visibilizado la desventaja de las mujeres, proponiendo un cambio de mentalidad [71]. En el ámbito de los estudios y ensayos clínicos con pacientes, los hombres siguen predominando en general, pero la representación de las mujeres varía según la enfermedad y las características del ensayo clínico y ha mejorado en los estudios de ictus e insuficiencia cardiaca [61,73].

Tabla 4

Principales lecciones aprendidas y avances en la brecha de género en salud y en la ECV

Reconocimiento de que las ECV son la principal causa de morbilidad y mortalidad en las mujeres.
Reconocimiento de las manifestaciones de la ECV en hombres y mujeres.
Mayor investigación sobre las ECV en función del sexo: diferencias que afectan a todos los aspectos, desde los factores de riesgo, diagnóstico y el tratamiento.
Los factores conductuales son importantes para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. La investigación debe ir más allá de la fisiopatología para identificar intervenciones eficaces para modificar las conductas de las personas.
Hay múltiples determinantes socioeconómicos y culturales que afectan al desarrollo y evolución de las ECVs. La mayoría de ellos afectan más a las mujeres. Estos aspectos deben considerarse en la práctica clínica desde una perspectiva interdisciplinar.
Las comorbilidades que se presentan junto con las ECV tienen impacto en el diagnóstico y tratamiento en las mujeres.
Es importante trasladar los resultados de la investigación a la práctica y a las políticas en beneficio de todos.

Los roles y estereotipos dañan la salud de las mujeres. ¿Qué hace a las mujeres más vulnerables frente a las enfermedades cardiovasculares?

El rol desempeñado por las mujeres en el ámbito familiar, laboral y el menor acceso a la educación las ha posicionado en desventaja en comparación a los varones y todo ello ha tenido consecuencias negativas en la salud del colectivo femenino. El primer paso para abordar estas diferencias, que son injustas y evitables, es trasladar el foco a una medicina sensible al género. El género en la salud CV constituye un eje de desigualdad, junto con la clase social, la etnia, el país de origen y la edad. El género está en estrecha interrelación con los determinantes sociales de salud [22], que tienen un papel importante en el riesgo de presentar ECV y un gran impacto en su pronóstico.

Tabla 5

Tópicos y mitos en la ECV

MITOS	LA REALIDAD
La ECV es “cosa de hombres”.	Las ECV causan más muertes en las mujeres que en los hombres y matan más que todos los tipos de cáncer juntos.
El cáncer (sobre todo de mama) es la verdadera amenaza para las mujeres.	La ECV causa una de cada tres muertes en mujeres.
El pronóstico de las ECV es menos grave que el de otras enfermedades, como el cáncer.	
Las ECV afectan a personas mayores.	Las ECV afectan a mujeres de todas las edades. En las más jóvenes, la combinación de píldoras anticonceptivas y el tabaco aumenta el riesgo de ECV en un 20%. Aunque los riesgos aumentan con la edad, una dieta no saludable y un estilo de vida sedentario favorecen la aterosclerosis y la obstrucción de las arterias más adelante. Pero incluso llevando un estilo de vida completamente sano, hay personas que pueden tener un mayor riesgo por presentar una mayor predisposición genética.
Las ECV son menos graves en las mujeres.	La mortalidad debida a las ECV puede ser mayor en las mujeres, especialmente en las más jóvenes que las presentan.
Las cardiopatías son cosa de familia, así que no puedo hacer nada al respecto.	Aunque las mujeres con antecedentes familiares de cardiopatías corren un riesgo mayor, hay muchas actuaciones que pueden reducir el riesgo de manera importante. Sólo tienes que ponerte en marcha para mantener sano tu corazón.
Si puedo hacer ejercicio y no tengo síntomas, no tendré una ECV.	El 64% de las mujeres que mueren repentinamente de enfermedad coronaria no presentaban síntomas previos. Como estos síntomas varían mucho entre hombres y mujeres, a menudo se malinterpretan. Los medios de comunicación nos han condicionado a creer que el signo revelador de un infarto de corazón es un dolor intenso en el pecho, pero las mujeres son algo más propensas a experimentar dificultad para respirar, náuseas/vómitos y dolor de espalda o mandíbula. Otros síntomas a los que las mujeres deben prestar atención son mareos, sensación de vértigo o desmayo, dolor en la parte superior del abdomen y fatiga extrema.
A las mujeres con problemas coronarios se les atiende igual que a los varones.	Comparadas con los hombres, a las mujeres con enfermedad coronaria: - Se les hacen menos pruebas diagnósticas, incluyendo cateterismos cardiacos. - Se les interviene de las arterias coronarias menos frecuentemente. - Se les diagnostica más tarde. - Se les intenta abrir la coronaria obstruida menos frecuentemente. - En el hospital, reciben los tratamientos recomendados menos frecuentemente. - Asisten menos a programas de rehabilitación cardiaca.

Retos futuros para un correcto abordaje y diagnóstico. ¿Cuáles son las áreas sobre las que podrían implementarse mejoras para reducir la brecha de género en la enfermedad cardiovascular?

"La prevención es clave: hasta el 80% de las enfermedades cardiovasculares podría prevenirse con una vida saludable y tratamientos médicos"

Figura 2

Niveles de actuación para favorecer un cambio en la brecha de género en salud CV



EDUCACIÓN POBLACIÓN GENERAL
Primaria, secundaria
Formación sanitaria básica a toda la población
Visibilización situación mujeres



EDUCACIÓN PROFESIONALES SANITARIOS
Médicos, enfermeros, paramédicos
Perspectiva de género en programas educativos
Igualdad de oportunidades de acceso hombres mujeres



POLÍTICA
Incluir perspectiva de género
Identificar necesidades de mujeres y hombres
Reducir discriminación



INVESTIGACIÓN
Fomentar investigación en género
Favorecer la participación de las mujeres



ATENCIÓN MÉDICA
Centrada en el/la paciente y no solo en la enfermedad
Tener en cuenta el contexto psicosocial
Búsqueda del significado subjetivo de los síntomas



SOCIEDAD Y CULTURA
Influir en el cambio de determinantes psicosociales de género
Potenciar cambios de la estructura social
Potenciar el empoderamiento de las mujeres
Potenciar modelos igualitarios de género

Figura de elaboración propia

¿Dónde debe iniciarse el cambio? El papel de la educación en salud CV

La educación es un motor de cambio social y una premisa para la conquista de los derechos humanos fundamentales. A nivel de la educación básica en la población general, desafiar los prejuicios y estereotipos de género a lo largo de todo el proceso educativo, desde la escuela primaria, puede ayudar a reducir los desequilibrios de género en otros ámbitos de la sociedad.

La educación en salud es una estrategia de indudable utilidad para fomentar el estado de salud y prevenir la ECV. Un estudio demostró que los profesores bien instruidos son capaces de impartir una educación en prevención primaria de las ECV para que los alumnos mejoren su perfil lipídico como consecuencia de cambios voluntarios en sus hábitos alimentarios [74]. Cuanto más precoz sea el inicio de la educación en salud, mayores serán los beneficios esperables y que se extenderán entre el alumnado, sus familiares y otros miembros de su entorno social. En ese sentido, se debe garantizar que niños y niñas reciban una educación igualitaria, con un modelo de docencia sensible al género. La educación sanitaria en las escuelas debe tratar también otras cuestiones como las técnicas de manejo del estrés o la inteligencia emocional, dado el impacto de los aspectos psicosociales como determinantes de salud y factores asociados al riesgo de presentar ECV.

En el ámbito académico, la formación sanitaria debe garantizar un acceso igualitario de los estudiantes, hombres y mujeres, a las universidades y su posterior especialización. En los programas formativos médicos debería considerarse una asignatura de género en salud que permita instruir a los futuros profesionales sanitarios acerca de los aspectos más sociales de la salud y el impacto negativo de la brecha de género o, al menos, un apartado específico en las diversas asignaturas relevantes, adoptando un enfoque sensible a las diferencias entre hombres y mujeres, tanto biológicas (sexo) como desde la perspectiva de género.

La brecha de género entre los médicos se está reduciendo. De hecho, aproximadamente la mitad de los residentes y becarios son mujeres. En algunas especialidades, el desequilibrio de género es mayor que en otras, pero las mujeres superan a los hombres en varias especialidades. No obstante, por ejemplo, la mayoría de los cirujanos son hombres y más de la mitad de los cardiólogos son también varones. A lo largo del periodo de formación sanitaria especializada, es también importante integrar el enfoque de género para poder evolucionar hacia una medicina más humana, centrada en el/la paciente y no solo en la enfermedad.

Investigación CV

En los apartados anteriores se ha expuesto la importancia de realizar una investigación que tenga en cuenta los aspectos biológicos que diferencian a hombres/mujeres y también los aspectos específicos de género. Desde los inicios de la investigación, en los estudios más básicos, se debe fomentar la selección de especímenes animales de experimentación de sexo femenino [60]. En los estudios clínicos, aunque ha aumentado la inclusión de las mujeres, es necesario continuar mejorando en el diseño de los estudios y poner en marcha estrategias e intervenciones dirigidas a aumentar la participación de investigadoras y de pacientes mujeres. Las diferentes estrategias de reclutamiento igualitario podrían ser: 1) utilizar un enfoque de reclutamiento por fases que sea culturalmente sensible y realizado en diferentes entornos de la práctica profesional; 2) hacer respetar la paridad entre los sexos en la inclusión de pacientes; 3) suprimir las valoraciones de resultados sesgadas por sexo o género; y 4) exigir que los resultados se comuniquen en función del sexo y garantizar que las poblaciones de los ensayos representen fielmente la composición y la situación de las mujeres en el mundo real [61,73]. También se deben considerar aspectos relacionados con el rol social de las mujeres atendiendo a sus necesidades personales, familiares y laborales.

Atención sanitaria de las ECV

En la actualidad, las mujeres continúan teniendo un acceso desigual a la atención sanitaria en comparación a los varones. El síndrome de Yentl sigue vivo hoy en día [75,76]. Es necesario aumentar la concienciación médica sobre la salud CV de las mujeres, eliminando los estereotipos de género. Se deben evitar calificativos como "atípicos" cuando nos referimos a los síntomas CV de las mujeres, ya que estos prejuicios de género suponen un riesgo notable de pasar por alto condiciones graves de salud en las mujeres (como el infarto agudo de miocardio) [77]. Además, se ha comprobado que las manifestaciones de las ECV en las mujeres son muy similares a las de los varones para la mayor parte de escenarios de las ECV [36,77]. La idea de que las mujeres tienen "síntomas atípicos" reduce la certeza diagnóstica de algunos médicos y, a su vez, la menor certeza diagnóstica reduce la solicitud de tratamientos y pruebas "urgentes" para la enfermedad coronaria [77]. Los factores no médicos pueden provocar variaciones en las decisiones clínicas y, en última instancia, disparidades en la atención sanitaria [77].

El sexo del médico puede tener también influencia. En un estudio, los pacientes ancianos hospitalizados atendidos por mujeres internistas presentaron una mortalidad y unos reingresos menores que los atendidos por hombres internistas [78]. En el ámbito cardiovascular, las cardiólogas obtienen mejores resultados en sus pacientes que sus compañeros varones, ya que las mujeres con ECV tienen menos probabilidades de recibir los tratamientos recomendados por las guías cuando son atendidas por un médico varón [79]. Estos hallazgos sugieren que las diferencias en los modelos de atención entre médicos y médicas pueden tener implicaciones clínicas para los resultados en las ECV. Se necesita más investigación en género bien diseñada y científicamente rigurosa para comprender las actitudes y comportamientos de los médicos y su impacto en la mejora de la evolución y la salud de los pacientes, así como profundizar en las relaciones médico-paciente en función del género [77,79].

Tabla 6

Objetivos para reducir la brecha de género en la formación y atención sanitaria

1. Aumentar la diversidad de género en la plantilla médica:
- Crear intervenciones diseñadas para abordar los prejuicios implícitos y explícitos existentes que han limitado las oportunidades de las mujeres en la medicina cardiovascular.
- Cambiar la cultura de la cardiología para que sea más favorable a la mujer y la familia.
- Aumentar la representación de las mujeres en puestos de liderazgo en medicina cardiovascular.
2. Mejorar la formación médica específica por sexo y género:
- Centrar los planes de estudios en la presentación, el diagnóstico y el tratamiento de mujeres y hombres y destacar las diferencias específicas.
- Incluir un plan de estudios completo sobre salud conductual para abordar el estrés, la depresión y la ansiedad a los que se enfrentan las mujeres, al igual que los hombres, con ECV.
- Enseñar estilos de comunicación centrados en el paciente. Evitar prejuicios implícitos.
3. Aumentar la investigación sobre el papel del género en las relaciones médico-paciente.

Política sanitaria

La eliminación de las desigualdades en salud por razón de género forma parte de las prioridades de diferentes organismos internacionales desde hace años [80]. La incorporación de la perspectiva de género en las políticas sanitarias es el camino para hacerlo posible. Sin embargo, los avances en este sentido han sido limitados [81]. Abordar adecuadamente la salud de las mujeres y de los hombres requiere considerar determinantes sociales y aquellas desigualdades que, por ser injustas y evitables, deben ser objeto de actuación de los poderes públicos. Los pasos para alcanzar las metas de equidad en salud, como la salud para todos, deben partir del reconocimiento básico de que "todos" no son iguales [82]. En este sentido, la Ley de Igualdad entre mujeres y hombres de 2007 [83], la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas [84], la Estrategia Europea para la Igualdad de Género 2020-2025 [85] y la Ley 17/2022 de 5 de septiembre, por la que se modifica la Ley 14/2011 de 1 de junio de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación [86] representan un avance en este aspecto. Sin embargo, pese al progreso experimentado durante los últimos años, las desigualdades entre mujeres y hombres se mantienen en diversos campos, entre ellos, la salud cardiovascular. Es por ello que, en la actualidad, la incorporación del género a la formulación de las políticas públicas se considera un proceso clave en el desarrollo de estructuras sociales más igualitarias y justas [87].

La eliminación de las desigualdades en salud por razón de género forma parte de las prioridades de diferentes organismos internacionales desde hace años

Se están haciendo esfuerzos para que las políticas públicas asuman un carácter integrador que les permita avanzar dando respuesta a las diferentes necesidades de hombres y mujeres en el ámbito de la salud. En este sentido, España cuenta con una herramienta para la acción en materia de equidad de género en la salud cardiovascular como es la Estrategia en la Salud Cardiovascular (ESCAV) [88], que incorpora un apartado específico sobre equidad de género, realizando un análisis actualizado de la morbimortalidad diferencial y magnitud del problema y estableciendo objetivos y propuestas de acción concretas para su implementación. La ESCAV toma en consideración los impactos diferenciales en la salud cardiovascular de hombres y mujeres, siendo una forma de aspirar a la consecución de soluciones tan plausibles como necesarias. Ha llegado el momento de que esta herramienta se implemente a nivel nacional, siendo necesario que los Planes de salud de las comunidades autónomas avancen en esta línea de trabajo, implantado las acciones establecidas en la ESCAV, abordando las vías que conducen a disminuir las desigualdades en salud cardiovascular.

Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud

En el año 2022, se presentó la Estrategia en Salud Cardiovascular (ESCAV) del Sistema Nacional de Salud, en la que se recogen una serie de directrices y recomendaciones dirigidas a reducir la presencia y el impacto de las ECV en la mujer y las diferencias comparadas con los hombres. Este documento presenta un enfoque con una perspectiva integral de la salud y la ECV, con una especial atención a las inequidades en salud y, por ello, también a la brecha de género en la ECV, que es uno de los ámbitos prioritarios de actuación. En las tablas 7, 8 y 9 se recogen los objetivos y recomendaciones de la ESCAV dirigidos a conseguir la equidad de género en salud cardiovascular.

Tabla 7

Objetivos y acciones asociadas a promover la equidad de género en salud cardiovascular propuestas en la ESCAV

Objetivos generales	**Incorporar la perspectiva de género en las acciones de promoción y prevención con el fin de obtener equidad de género en los resultados en salud cardiovascular.**
Objetivos específicos	Empoderar a las mujeres en su autocuidado. Sensibilizar a la sociedad en su conjunto y en particular a las mujeres sobre la relevancia de la enfermedad cardiovascular. Mejorar la prevención primaria y secundaria en la ECV en las intervenciones dirigidas a mujeres. Incorporar la perspectiva de género en la capacitación de pacientes y su entorno en el autocuidado y corresponsabilización en torno a su salud cardiovascular.
Acciones	Diseñar y poner en marcha intervenciones para trabajar con las mujeres y niñas (desde los centros educativos y sanitarios) sobre la importancia del cuidado de la propia salud, incluido el fomento de hábitos de vida saludables, y junto con los hombres, la necesidad de compartir las cargas del cuidado de otros. Trabajar junto con organismos responsables de políticas de igualdad para fomentar la corresponsabilidad y la inversión en servicios públicos de cuidados. Elaborar material de salud cardiovascular sobre salud y género y ponerlo a disposición de centros educativos y sanitarios, así como organismos de igualdad y asociaciones de mujeres. Desarrollar intervenciones de prevención primaria y secundaria de ECV específicamente dirigidas a las mujeres y que incluyan el abordaje de los factores de riesgo cardiovascular teniendo en cuenta sus características diferenciales en las mujeres. Asegurar el enfoque trasversal de género en las estrategias, intervenciones y en el material de promoción de salud y prevención que tengan que ver con la ECV (p.ej. tabaquismo, ejercicio físico, alimentación, cuidados). Asegurar que todas las estrategias de trabajo con pacientes (escuelas de salud, escuela de pacientes y otras) tienen en cuenta las características de la ECV en mujeres, su especificidad en cuanto a factores de riesgo y la educación y capacitación para la detección temprana de síntomas. Incluir en las intervenciones de educación a pacientes la sensibilización/formación sobre la corresponsabilidad en los cuidados del/la paciente cardiovascular, reduciendo la sobrecarga del cuidado que suele recaer en las mujeres del entorno. Sensibilizar y concienciar a pacientes y personas cuidadoras (también a profesionales) sobre la importancia de reducir el estrés derivado de los cuidados de pacientes y personas dependientes como medida de prevención del riesgo cardiovascular en las personas que cuidan.

Tabla 8

Recomendaciones de formación para todos los profesionales del SNS sobre los aspectos específicos de la enfermedad cardiovascular en la mujer y las desigualdades por género propuestas en la ESCAV

Objetivos generales	**Adquirir y evaluar las competencias en la detección de aspectos diferenciales en la ECV.** **Mejorar la detección y tratamiento de los FRCV, así como la asistencia y tratamiento de las mujeres con ECV ya establecida**
Objetivos específicos	Adecuar estándares por sexo en la interpretación de los resultados de las exploraciones médicas complementarias. Utilizar valores de pruebas diagnósticas estandarizados por sexo. Diseñar e implantar protocolos y procedimientos con perspectiva de género. Mejorar la implementación de las guías de práctica clínica de forma equitativa en hombres y mujeres ante igual necesidad sanitaria.
Acciones	Desarrollar protocolos de prevención precoz en mujeres. HTA, diabetes gestacional, diabetes, dislipemia, obesidad y sedentarismo. Impulsar el diagnóstico precoz de síndrome coronario agudo y el traslado a hospitales con capacidad de revascularización en las mujeres. Desarrollar protocolos de optimización de tratamientos de ECV en mujeres. Utilizar de forma equitativa terapias basadas en la evidencia científica en ambos sexos, especialmente en síndrome coronario agudo, insuficiencia cardiaca y arritmias.

Tabla 9

Abordaje de las desigualdades sociales en salud de manera interdisciplinar propuestas en la ESCAV

Objetivos generales	**Integrar la equidad en salud.** Integrar el abordaje de desigualdades sociales en salud.
Objetivos específicos	Incorporar la desagregación por variables socioeconómicas en el seguimiento y evaluación.
Acciones	Analizar el abordaje de las desigualdades sociales en salud y establecer propuestas de mejora. Analizar de forma desagregada por variables socioeconómicas (edad, clase social, nivel educativo, territorio, etc. además de sexo/género).

Género y salud cardiovascular

Cada 8 minutos una mujer fallece por enfermedad cardiovascular

Algunas de estas afecciones tienden a presentarse en las mujeres a edades más avanzadas, pero esto no implica que el pronóstico sea mejor

FACTORES ASOCIADOS DE MAYOR RIESGO DE ECV EN LAS MUJERES

- Tratamientos hormonales de reproducción asistida
- Abortos previos
- Menopausia precoz
- Menarquia temprana
- Hipertensión asociada al embarazo
- Diabetes gestacional
- Ovario poliquístico

DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ECV EN LA MUJER

Menor conciencia de enfermedad cardiovascular como causa de los síntomas entre las mujeres

Menorc onsideración por parte del personal sanitario de un posible origen cardiovascular de los síntomas

Mayor retraso hasta la consulta médica por parte de las pacientes

Mayor retraso de los profesionales sanitarios que los atienden y menor derivación a especialistas cardiovasculares

Menor realización de pruebas de despistaje y exploraciones complementarias dentro de programas de promoción de la salud

Menor indicación de pruebas complementarias, especialmente invasivas



Algunos de los factores de riesgo asociados a ECV son específicos de las mujeres, sin embargo, mientras en las historias clínicas se recogen sistemáticamente todos los factores de riesgo clásicos de ECV generales, casi nunca se recogen los específicos de las mujeres

Las diferencias de género en la investigación de las ECV están presentes a todos los niveles

Bibliografía

1. Cayuela L, Gómez Enjuto S, Olivares Martínez B, Rodríguez-Domínguez S, Cayuela A. Is the pace of decline in cardiovascular mortality decelerating in Spain? Rev Esp Cardiol (Engl Ed) 2021;74(9):750-6.

2. Kumar A, McCullough L. Cerebrovascular disease in women. Ther Adv Neurol Disord 2021;14:1756286420985237.

3. Pérez Hernández A, Rodríguez Pérez M del C, Marcelino Rodríguez I, Cuevas Fernández FJ, Domínguez Coello S, Almeida González D, et al. Incidence and mortality of cerebrovascular disease in Spain: 1,600,000 hospital admissions between 2001 and 2015. Int J Stroke 2022;17(9):964-71.

4. Bueno H, Pérez-Gómez B. Global Rounds. Circulation 2019;140(1):13-5.

5. Amini M, Zayeri F, Salehi M. Trend analysis of cardiovascular disease mortality, incidence, and mortality-to-incidence ratio: results from global burden of disease study 2017. BMC Public Health 2021;21(1):401.

6. Timmis A, Vardas P, Townsend N, Torbica A, Katus H, De Smedt D, et al. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021. Eur Heart J 2022;43(8):716-99.

7. Birger M, Kaldjian AS, Roth GA, Moran AE, Dieleman JL, Bellows BK. Spending on Cardiovascular Disease and Cardiovascular Risk Factors in the United States: 1996 to 2016. Circulation 2021;144(4):271-82.

8. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida al nacimiento por provincia, según sexo. 2021. Disponible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1485 [Internet]. Available from: https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1485

9. Crystel M Gijsberts, Pierfrancesco Agostoni, Imo E Hoefer, Folkert W Asselbergs, Gerard Pasterkamp, Hendrik Nathoe, et al. Gender differences in health-related quality of life in patients undergoing coronary angiography. Open Heart 2015;2(1):e000231.

10. Garay A, Tapia J, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Crespo-Leiro MG, et al. Gender Differences in Health-Related Quality of Life in Patients with Systolic Heart Failure: Results of the VIDA Multicenter Study. J Clin Med 2020;9(9).

11. Short SE, Yang YC, Jenkins TM. Sex, gender, genetics, and health. Am J Public Health 2013;103 Suppl 1(Suppl 1):S93-101.

12. Garcia M, Mulvagh SL, Bairey Merz CN, Buring JE, Manson JE. Cardiovascular Disease in Women. Circulation Research 2016;118(8):1273-93.

13. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2020;42(ehaa575):1289-367.

14. Gebhard C. Women and acute coronary syndromes: still up to no good. Eur Heart J 2017;38(14):1066-8.

15. Eindhoven DC, Hilt AD, Zwaan TC, Schalij MJ, Borleffs CJW. Age and gender differences in medical adherence after myocardial infarction: Women do not receive optimal treatment – The Netherlands claims database. Eur J Prev Cardiolog 2018;25(2):181-9.

16. Bozkurt B, Khalaf S. Heart failure in women. Methodist Debakey Cardiovasc J 2017;13(4):216-23.

17. Shan Y, Pellikka PA. Aortic stenosis in women. Heart 2020;106(13):970-6.

18. Magnussen C, Niiranen TJ, Ojeda FM, Gianfagna F, Blankenberg S, Njølstad I, et al. Sex Differences and Similarities in Atrial Fibrillation Epidemiology, Risk Factors, and Mortality in Community Cohorts. Circulation 2017;136(17):1588-97.

19. Mody P, Pandey A, Slutsky AS, Segar MW, Kiss A, Dorian P, et al. Gender-Based Differences in Outcomes Among Resuscitated Patients With Out-of-Hospital Cardiac Arrest. Circulation 2021;143(7):641-9.

20. Agarwala A, Michos ED, Samad Z, Ballantyne CM, Virani SS. The Use of Sex-Specific Factors in the Assessment of Women's Cardiovascular Risk. Circulation 2020;141(7):592-9.

21. Lindley Kathryn J., Aggarwal Niti R., Briller Joan E., Davis Melinda B., Douglass Paul, Epps Kelly C., et al. Socioeconomic Determinants of Health and Cardiovascular Outcomes in Women. J Am Coll Cardiol 2021;78(19):1919-29.

22. O'Neil Adrienne, Scovelle Anna J., Milner Allison J., Kavanagh Anne. Gender/Sex as a Social Determinant of Cardiovascular Risk. Circulation 2018;137(8):854-64.

23. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, Bairey Merz CN, Chieffo A, Figtree GA, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. Lancet 2021;397(10292):2385-438.

24. Schultz William M., Kelli Heval M., Lisko John C., Varghese Tina, Shen Jia, Sandesara Pratik, et al. Socioeconomic status and cardiovascular outcomes. Circulation 2018;137(20):2166-78.

25. Brandt Eric J., Tobb Kardie, Cambron Julia C., Ferdinand Keith, Douglass Paul, Nguyen Patricia K., et al. Assessing and Addressing Social Determinants of Cardiovascular Health. J Am Coll Cardiol 2023;81(14):1368-85.

26. Marmot M. Social determinants of health inequalities. The Lancet 2005;365(9464):1099-104.

27. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004;(420):21-7.

28. Espinar Fellmann I, Carrasco Galán MJ, Hernández Lloreda MJ. Stepparent role strain and psychological distress. Psicothema 2008;20(4):732-8.

29. Kenny P, King MT, Hall J. The physical functioning and mental health of informal carers: evidence of care-giving impacts from an Australian population-based cohort. Health Soc Care Community 2014;22(6):646-59.

30. Zygouri I, Cowdell F, Ploumis A, Gouva M, Mantzoukas S. Gendered experiences of providing informal care for older people: a systematic review and thematic synthesis. BMC Health Services Research 2021;21(1):730.

31. Matud M, Guerrero K, G M. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. Int J Clin Health Psychol 2006;6.

32. Montesó-Curto P, Aguilar-Martín C. [Depression according to age and gender: an analysis in a community]. Aten Primaria 2014;46(3):167-8.

33. Virtanen M, Nyberg ST, Batty GD, Jokela M, Heikkilä K, Fransson EI, et al. Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: systematic review and meta-analysis. BMJ 2013;347:f4746.

34. Young M. Gender Differences in Precarious Work Settings. Industrial Relations 2010;65.

35. Powell-Wiley TM, Baumer Y, Baah FO, Baez AS, Farmer N, Mahlobo CT, et al. Social Determinants of Cardiovascular Disease. Circulation Research 2022;130(5):782-99.

36. Ferry AV, Anand A, Strachan FE, Mooney L, Stewart SD, Marshall L, et al. Presenting Symptoms in Men and Women Diagnosed With Myocardial Infarction Using Sex-Specific Criteria. J Am Heart Assoc 2019;8(17):e012307.

37. Walters V. The Social Context of Women's Health. BMC Women's Health 2004;4(1):S2.

38. Bösner S, Haasenritter J, Hani MA, Keller H, Sönnichsen AC, Karatolios K, et al. Gender differences in presentation and diagnosis of chest pain in primary care. BMC Fam Pract 2009;10:79.

39. Bösner S, Becker A, Abu Hani M, Keller H, Sönnichsen AC, Haasenritter J, et al. Accuracy of symptoms and signs for coronary heart disease assessed in primary care. Br J Gen Pract 2010;60(575):e246-257.

40. Bugiardini R, Ricci B, Cenko E, Vasiljevic Z, Kedev S, Davidovic G, et al. Delayed Care and Mortality Among Women and Men With Myocardial Infarction. J Am Heart Assoc 2017;6(8):e005968.

41. Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, et al. Acute Myocardial Infarction in Women. Circulation 2016;133(9):916-47.

42. Vargas Kelsey, Messman Anne, Levy Phillip D. Nuances in the Evaluation of Chest Pain in Women. JACC: Case Reports 2021;3(17):1793-7.

43. Probst MA, Mower WR, Kanzaria HK, Hoffman JR, Buch EF, Sun BC. Analysis of emergency department visits for palpitations (from the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey). Am J Cardiol 2014;113(10):1685-90.

44. Jeejeebhoy FM, Dorian P, Newman DM. Panic disorder and the heart: a cardiology perspective. J Psychosom Res 2000;48(4-5):393-403.

45. Mayou R, Sprigings D, Birkhead J, Price J. Characteristics of patients presenting to a cardiac clinic with palpitation. QJM 2003;96(2):115-23.

46. Hayen A, Herigstad M, Pattinson KTS. Understanding dyspnea as a complex individual experience. Maturitas 2013;76(1):45-50.

47. Abidov A, Rozanski A, Hachamovitch R, Hayes SW, Aboul-Enein F, Cohen I, et al. Prognostic Significance of Dyspnea in Patients Referred for Cardiac Stress Testing. N Engl J Med 2005;353(18):1889-98.

48. Sebring JCH. Towards a sociological understanding of medical gaslighting in western health care. Sociol Health Illn 2021;43(9):1951-64.

49. Bangalore S, Fonarow GC, Peterson ED, Hellkamp AS, Hernandez AF, Laskey W, et al. Age and gender differences in quality of care and outcomes for patients with ST-segment elevation myocardial infarction. Am J Med 2012;125(10):1000-9.

50. Jagannathan R, Patel SA, Ali MK, Narayan KMV. Global Updates on Cardiovascular Disease Mortality Trends and Attribution of Traditional Risk Factors. Curr Diab Rep 2019;19(7):44.

51. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. Circulation 1999;99(16):2192-217.

52. Peterson PN. JAHA Spotlight on Psychosocial Factors and Cardiovascular Disease. J Am Heart Assoc 2020;9(9):e017112.

53. Vaccarino V, Shah AJ, Rooks C, Ibeanu I, Nye JA, Pimple P, et al. Sex differences in mental stress-induced myocardial ischemia in young survivors of an acute myocardial infarction. Psychosom Med 2014;76(3):171-80.

54. Luttik ML, Lesman-Leegte I, Jaarsma T. Quality of life and depressive symptoms in heart failure patients and their partners: the impact of role and gender. J Card Fail 2009;15(7):580-5.

55. Deswal A, Bozkurt B. Comparison of morbidity in women versus men with heart failure and preserved ejection fraction. Am J Cardiol 2006;97(8):1228-31.

56. Cook NL, Orav EJ, Liang CL, Guadagnoli E, Hicks LS. Racial and gender disparities in implantable cardioverter-defibrillator placement: are they due to overuse or underuse? Med Care Res Rev 2011;68(2):226-46.

57. Joshi AA, Lerman JB, Sajja AP, Dahiya G, Gokhale AV, Dey AK, et al. Sex-Based Differences in Left Ventricular Assist Device Utilization. Circulation: Heart Failure 2019;12(9):e006082.

58. Moayedi Y, Fan CPS, Cherikh WS, Stehlik J, Teuteberg JJ, Ross HJ, et al. Survival Outcomes After Heart Transplantation. Circulation: Heart Failure 2019;12(10):e006218.

59. Healy B. The Yentl syndrome. N Engl J Med 1991;325(4):274-6.

60. Zucker I, Beery AK. Males still dominate animal studies. Nature 2010;465(7299):690-690.

61. Jin Xurui, Chandramouli Chanchal, Allocco Brooke, Gong Enying, Lam Carolyn S.P., Yan Lijing L. Women's Participation in Cardiovascular Clinical Trials From 2010 to 2017. Circulation 2020;141(7):540-8.

62. Yong C, Suvarna A, Harrington R, Gummidipundi S, Krumholz HM, Mehran R, et al. Temporal Trends in Gender of Principal Investigators and Patients in Cardiovascular Clinical Trials. J Am Coll Cardiol 2023;81(4):428-30.

63. Wong B, Brennan A, James S, Brandon L, Ranganathan D, Dalton B, et al. A report from the Irish women in cardiology survey, exploring Europe's largest gender gap in cardiology. Eur Heart J 2022;2(3):oeac033.

64. Sinclair HC, Joshi A, Allen C, Joseph J, Sohaib SMA, Calver A, et al. Women in Cardiology: The British Junior Cardiologists' Association identifies challenges. Eur Heart J 2019;40(3):227-31.

65. Sambola A, Anguita M, Giné M. Is There a Gender Gap in Spanish Cardiology? Rev Esp Cardiol 2019;72(3):195-7.

66. Burgess Sonya, Shaw Elizabeth, Ellenberger Katherine, Thomas Liza, Grines Cindy, Zaman Sarah. Women in Medicine. J Am Coll Cardiol 2018;72(21):2663-7.

67. Rai D, Kumar A, Waheed SH, Pandey R, Guerriero M, Kapoor A, et al. Gender Differences in International Cardiology Guideline Authorship: A Comparison of the US, Canadian, and European Cardiology Guidelines From 2006 to 2020. J Am Coll Cardiol 2022;11(5):e024249.

68. Cho Leslie, Vest Amanda R., O'Donoghue Michelle L., Ogunniyi Modele O., Sarma Amy A., Denby Kara J., et al. Increasing Participation of Women in Cardiovascular Trials. J Am Coll Cardiol 2021;78(7):737-51.

69. Cader F. Aaysha, Gupta Aamisha, Han Janet K., Ibrahim Nasrien E., Lundberg Gina P., Mohamed Ambreen, et al. How Feeling Like an Imposter Can Impede Your Success. JACC: Case Reports 2021;3(2):347-9.

70. Raber I, Al Rifai M, McCarthy CP, Vaduganathan M, Michos ED, Wood MJ, et al. Gender Differences in Medicare Payments Among Cardiologists. JAMA Cardiol 2021;6(12):1432-9.

71. Parham Eshtehardi, Renee P Bullock-Palmer, Katia Bravo-Jaimes, Biykem Bozkurt, Sharmila Dorbala, Linda D Gillam, et al. Women leaders: transforming the culture in cardiology. Open Heart 2022;9(1):e001967.

72. Women's Health Research: Progress, Pitfalls, and Promise. Washington (DC): 2010.

73. Tobb K, Kocher M, Bullock-Palmer RP. Underrepresentation of women in cardiovascular trials- it is time to shatter this glass ceiling. Am Heart J 2022;13:100109.

74. Aquilani R, Parisi U, Bigoni N, Maggi L, Ghioni G, Zucchella M, et al. School teachers can effectively manage primary prevention of adult cardiovascular disease. The Stradella Project. Prev Med 2007;45(4):290-4.

75. Merz CNB. The Yentl syndrome is alive and well. Eur Heart J 2011;32(11):1313-5.

76. Bairey Merz CN, Andersen H, Sprague E, Burns A, Keida M, Walsh MN, et al. Knowledge, Attitudes, and Beliefs Regarding Cardiovascular Disease in Women: The Women's Heart Alliance. J Am Coll Cardiol 2017;70(2):123-32.

77. Welch LC, Lutfey KE, Gerstenberger E, Grace M. Gendered uncertainty and variation in physicians' decisions for coronary heart disease: the double-edged sword of «atypical symptoms». J Health Soc Behav 2012;53(3):313-28.

78. Tsugawa Y, Jena AB, Figueroa JF, Orav EJ, Blumenthal DM, Jha AK. Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. JAMA Internal Medicine 2017;177(2):206-13.

79. Lau Emily S., Hayes Sharonne N., Volgman Annabelle Santos, Lindley Kathryn, Pepine Carl J., Wood Malissa J., et al. Does Patient-Physician Gender Concordance Influence Patient Perceptions or Outcomes? J Am Coll Cardiol 2021;77(8):1135-8.

80. Recomendación CM/Rec (2008) del Comité de Ministros del Consejo de Europa, del 30 de enero de 2008 -Fourth World Conference on Women, 4-15 September 1995, Beijing, China. Naciones Unidas -Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing · Equidad y Salud en Todas las Políticas aprobadas por el Consejo de Ministros EPSCO. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Apt. 1.5 reconocimiento de la dimensión género en el ámbito de la salud.

81. The Global Competitiveness Report 2014–2015. Eold economic fórum.

82. GÉNERO Y SALUD una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud. Organización panamericana de la salud.

83. La Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (LOIEMH).

84. Agenda para el Desarrollo Sostenible.

85. Estrategia para la Igualdad de Género 2020-2025.

86. Ley 17/2022, de 5 de septiembre, por la que se modifica la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación.

87. Estimating the costs of gender-based violence in the European Union: Report.

88. Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV).

Dr. Carlos Guijarro Herráiz. *Médico especialista del servicio de Medicina Interna del Hospital Fundación Alcorcón y Profesor de la Universidad Rey Juan Carlos.*

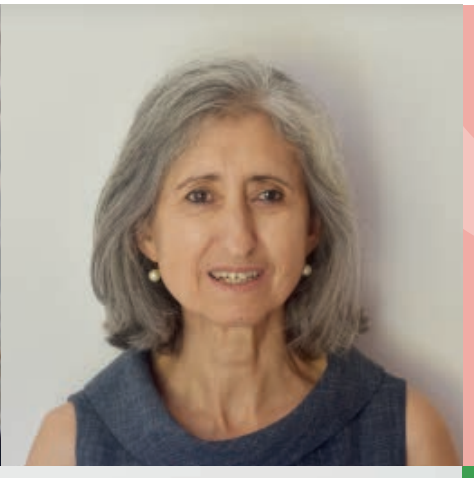


Dr. Sem Briongos Figuero. *Médico especialista del servicio de Cardiología del Hospital Infanta Leonor.*



CAPÍTULO 8

Ictus y mujer



Dra. Marta Mauri Pont. *Médica especialista del servicio de Medicina Interna del Hospital de Terrassa.*



Dr. Andrés García Pastor. *Médico especialista del servicio de Neurología del del Hospital Universitario Gregorio Marañón.*

Introducción

Las enfermedades vasculares constituyen la primera causa de muerte en el mundo[1, 2]. Si bien la mortalidad de causa circulatoria es también predominante en nuestro país de modo global, desde el año 2000, el cáncer es la causa principal en hombres, predominando la mortalidad de causa vascular en mujeres[3]. Tradicionalmente se ha otorgado una mayor atención a la cardiopatía isquémica fundamentalmente orientada a este trastorno en los hombres. Sin embargo, las enfermedades cerebrovasculares de modo global (en particular en mujeres) constituyen la primera causa de muerte en nuestro país[3]. Además de ser la principal causa de muerte, el ictus es una causa muy importante de discapacidad, en particular en la envejecida población española. Globalmente, las condicionantes de la enfermedad vascular en la mujer, en particular la enfermedad cerebrovascular ha sido insuficientemente estudiada[4]. Existen pocos estudios en nuestro medio que hayan realizado una aproximación al ictus que evalúe su especial relevancia entre las mujeres. En este capítulo, se revisan los principales datos epidemiológicos disponibles sobre el ictus en la mujer en nuestro medio, con un breve repaso sobre los mecanismos fisiopatológicos subyacentes y sus repercusiones clínicas y sociales.

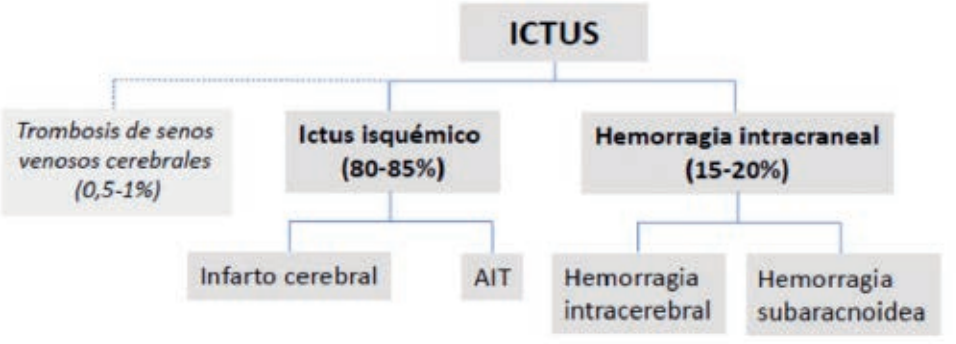
Qué es el ictus. Tipos de ictus

El término "ictus" se emplea para referirse a la disfunción transitoria o permanente de una determinada región del encéfalo producida por un trastorno del flujo sanguíneo cerebral. Las manifestaciones clínicas del ictus se caracterizan por producirse de forma brusca (ictus significa "golpe" en latín; directamente traducido al inglés como stroke), y varían según la función que desempeña el área cerebral afectada. Los síntomas del ictus son muy variados, los más habituales son la hemiparesia (debilidad de una mitad del cuerpo: cara, brazo y pierna), hemihipoestesia (alteración de la sensibilidad de una mitad del cuerpo), afasia (alteración de la emisión o comprensión del lenguaje), alteraciones visuales (defectos del campo visual, visión doble, ceguera de un ojo), dificultades en la coordinación de movimientos de una o varias extremidades, entre otros.

Distinguimos dos grandes tipos de ictus en función de su mecanismo de producción (figura 1)[5].

Figura 1

Tipos de ictus





1- **El ictus isquémico**, que representa entre el 80-85% del total de ictus se produce por la detención del aporte de sangre (isquemia) a una región del cerebro, habitualmente por la obstrucción (o trombosis) de una arteria cerebral. Distinguimos dos tipos de ictus isquémicos en función de la duración de la isquemia y de la persistencia o resolución de los síntomas que produce: el ataque isquémico transitorio (AIT) y el infarto cerebral:

   a. Los AITs se definen clásicamente como episodios de isquemia cerebral focal cuyos síntomas se resuelven espontáneamente en menos de 24 horas y no producen necrosis (infarto) en el tejido cerebral. El límite de 24 horas es arbitrario: la mayoría de AITs duran menos de una hora (habitualmente unos 15 minutos), además existen numerosos ictus isquémicos con resolución de los síntomas en menos de 24 horas que asocian lesiones necróticas en las pruebas de imagen cerebral. Los pacientes con AIT tienen un elevado riesgo de sufrir nuevos ictus en los días/semanas siguientes, por ello es importante la atención urgente de estos pacientes para adoptar las medidas de prevención secundaria adecuadas.

   b. Los infartos cerebrales por su lado producen déficits neurológicos persistentes (aunque en ocasiones pueden resolverse) asociados a una lesión necrótica del cerebro.

2- **La hemorragia intracraneal**, representa el 15-20% restante de ictus. Se produce por la rotura de una arteria intracraneal dando lugar a la extravasación de sangre en el tejido cerebral (en ese caso hablamos de hemorragia intracerebral), o en el espacio subaracnoideo (zona entre el cerebro y las meninges) que se denomina hemorragia subaracnoidea. Los síntomas de la hemorragia intracerebral son indistinguibles de los ictus isquémicos y para su diferenciación es necesaria la realización de una prueba de imagen cerebral (habitualmente una tomografía computadorizada [TC] craneal). Por el contrario, la hemorragia subaracnoidea se manifiesta clínicamente como una cefalea brusca e intensa, rigidez de nuca y alteración del nivel de conciencia. Mientras los ictus isquémicos y la hemorragia intracerebral son más prevalentes en el sexo masculino, las mujeres tienen un 30% más de riesgo de sufrir hemorragias subaracnoideas[6].

Otro tipo mucho menos frecuente de ictus (entre el 0,5 y el 1% del total) es la trombosis de senos venosos cerebrales. En este caso se produce una obstrucción en el sistema venoso cerebral, alterando el drenaje de sangre del encéfalo. Su incidencia es mayor en mujeres (relación 3:1) y sus causas más habituales son el embarazo y puerperio y el uso de tratamiento hormonal con estrógenos[7].

El diagnóstico de ictus no es fácil debido a su amplia variedad de manifestaciones clínicas. En ocasiones, los ictus son difíciles de distinguir de otros procesos cerebrales o sistémicos. Además, es de vital importancia un diagnóstico precoz del ictus que permita ofrecer a los pacientes tratamientos agudos de reperfusión (es decir recanalización de la arteria obstruida) en los casos de ictus isquémico. El primer paso en el diagnóstico precoz del ictus consiste en una adecuada historia clínica y exploración física por un médico con experiencia en la atención de ictus. Posteriormente es fundamental la realización de una prueba de imagen cerebral urgente que permita distinguir entre ictus isquémico y una hemorragia intracraneal. Es asimismo importante detectar la presencia de obstrucciones o estrechamientos de arterias cerebrales para tratarlas y con ello restablecer lo antes posible el flujo sanguíneo cerebral para reducir el daño isquémico[8].

Podemos distinguir tres niveles en el tratamiento del ictus:

- Tratamiento agudo: su objetivo es reducir el daño sobre el tejido cerebral. En el caso del ictus isquémico consiste en restaurar lo antes posible el flujo sanguíneo cerebral en

la arteria obstruida mediante terapias de reperfusión (uso de fármacos trombolíticos intravenosos que disuelven el trombo, o trombectomía mecánica mediante dispositivos endovasculares). En algunas hemorragias intracerebrales se pueden realizar intervenciones quirúrgicas de evacuación (drenaje) del sangrado cerebral. El tratamiento agudo de la hemorragia subaracnoidea consiste en el clipaje quirúrgico o embolización endovascular del aneurisma roto causante del sangrado.

- Tratamiento preventivo (prevención secundaria): su objetivo es evitar nuevos ictus. Para ello es fundamental un correcto diagnóstico etiológico (de las causas) del ictus y la identificación de los factores de riesgo asociados para su adecuada corrección y control.

- Tratamiento de las secuelas: su objetivo es minimizar la disfunción cerebral producida por el ictus, e intentar reducir su impacto sobre la calidad de vida del paciente. Consiste en diferentes tratamientos de rehabilitación, terapia ocupacional, estimulación cognitiva, apoyo psicológico y social, medidas ortopédicas, etc.

Epidemiología del ictus

Las enfermedades vasculares se sitúan como primera causa de muerte en países desarrollados, y de modo también creciente en toda la población mundial[1,2,3,9]. En este contexto, destaca la importancia de la enfermedad cardiovascular en mujeres, que supera a la de los hombres, especialmente en el caso de la enfermedad cerebrovascular. Es importante destacar que la mayor parte de la mortalidad por las enfermedades del aparato circulatorio se relacionan con los factores de riesgo vasculares, por lo que una acción decidida sobre los mismos puede ofrecer importantes resultados en salud (figura 2) [1,2].

Figura 2

Principales causas de muerte en el mundo GBD[2]

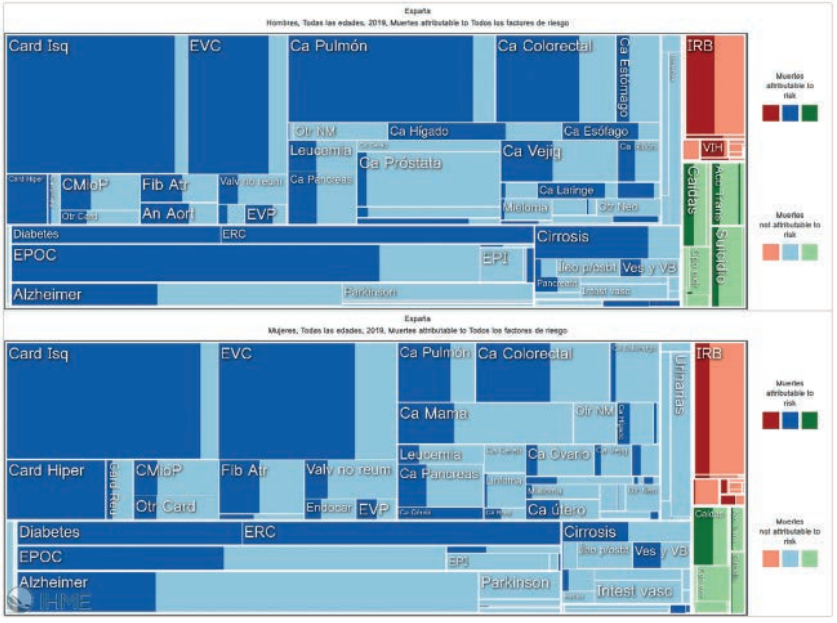
Panel A. Causas de muerte en el mundo entre las mujeres



Figura 2

Principales causas de muerte en el mundo GBD [2]

Panel B. Causas de muerte en España según sexo



Incidencia del ictus en España: diferencias en función del sexo

El estudio IBERICTUS[10] realizó una estimación de la incidencia de ictus a partir de 5 zonas geográficas españolas, combinando registros hospitalarios y de atención primaria durante el año 2006. Se registraron un total de 2.700 ictus (53% hombres). Diaz Guzmán y cols. estimaron una incidencia poblacional de 187 ictus por 100.000 habitantes, 176 estandarizados a la población europea de 2006. La incidencia de ictus fue un 17% superior en hombres que aumentó casi al 20% tras ajustar por la mayor edad de las mujeres. La mortalidad intrahospitalaria fue del 14%, ligeramente superior en mujeres, pero sin alcanzar diferencia significativa. Un 81% de los pacientes presentaron un ictus isquémico (16% ataques isquémicos transitorios), 16% hemorragia intracerebral, 3% hemorragia subaracnoidea y un 1% no clasificables.

Más recientemente, Miguel-Yanes et al[11] realizaron una estimación mediante el uso del CMBD (conjunto mínimo básico de datos de todas las altas hospitalarias) de los años 2016-2018[12,13], tras la adaptación a la clasificación internacional de enfermedades[10] (CIE10). Esta clasificación incluye las enfermedades del aparato circulatorio en el grupo I, asignando I6 a la patología vascular cerebral (Tabla Anexo). Los registros disponibles no incluyen las opciones de situaciones transgénero o estados intersexuales, por lo que no disponemos de información en este sentido.

Miguel-Yanes[11] et al estiman una incidencia de ingreso hospitalario por ictus en hombres de 217 casos por 100.000 habitantes, frente a 172 en mujeres (alrededor de un 60% más en hombres). El ictus se asoció con edad avanzada (edad media 74 años: la incidencia fue inferior a 10/100.000 habitantes para edades inferiores a 35 años y se multiplicó por más de 100 a partir de los 75 años.

Hemos actualizado los datos de España con el CMBD de los años 2016-2021[12, 13]. Durante estos años se produjeron una media de 181.311 ingresos hospitalarios anuales con diagnóstico primario (46,5%) o secundario (54,5%) de ictus, con un predominio de hombres (55,8%). La media de estancia hospitalaria fue de 7 días para ambos grupos. El coste por estancia medio se estimó en 6.252 €, por lo que el coste anual atribuido a los ingresos hospitalarios de pacientes con ictus fue superior a 1.100 millones de euros. Los pacientes en los que el ictus fue el diagnóstico principal eran 4 años más jóvenes: 72,6 frente a 76,5 años, y más a menudo mujeres (46,7% vs 43%). Los diagnósticos primarios más frecuentes entre los pacientes que presentaron un ictus como diagnóstico secundario fueron infección respiratoria (19%), otra patología cardiovascular (17%), neoplasias, y enfermedades respiratorias, digestivas o genitourinarias (8% cada una de ellas). Estos datos muestran que el ictus afecta a más del doble de los pacientes hospitalizados que los contabilizados habitualmente, que sólo consideran los casos en los que el ictus es el diagnóstico principal.

Si restringimos el análisis a los pacientes con diagnóstico primario de ictus, la incidencia estimada de ingresos por ictus entre 2016 y 2021 fue de 216 casos por 100.000 habitantes en hombres (175 en mujeres) estimada a partir del CMBD y la población nacional publicada por el INE [12, 13 ,14] (figura 5). La edad media fue de 74,7 años (72,9 en hombres, 77 en mujeres) (figura 6). Aunque la tasa de ingresos por ictus no muestra un aumento, el ictus como causa principal de ingreso creció progresivamente entre 2016 (17%) y 2021 (19,7%) (figura 5). La distribución de los tipos de ictus difirió entre hombres y mujeres (figura 7). Globalmente, un 19,4 % de los ictus fueron hemorrágicos, una proporción ligeramente superior en las mujeres (19,7%). Sin embargo, dentro de los ictus hemorrágicos, la hemorragia subaracnoidea fue más frecuente en mujeres (5,2 % vs 3,2%), mientras que la hemorragia intracerebral (11,2% vs 12,3%) y otras hemorragias (especialmente hematoma subdural 4,1% vs 6,3%) fueron más frecuentes en los hombres. La proporción de ictus isquémicos fue similar en ambos sexos (80,6%), dentro de los cuales, los ictus cardioembólicos fueron más frecuentes en las mujeres (20,6 vs 15,4%). Por el contrario, los ataques isquémicos transitorios fueron menos frecuentes en las mujeres (3,1% vs 6,5%). Los ictus asociados a otras enfermedades fueron más frecuentes en mujeres (8,5 % vs 4,8%).

El destino al alta difirió también entre sexos: el alta a domicilio fue más frecuente en varones (72,1 % vs 67,7%), siendo más frecuente en mujeres el traslado a centros sociosanitarios (5,2% vs 4,3%) y la mortalidad (15,1 vs 11,1%).

Figura 5

Incidencia de ingresos hospitalarios por ictus en España

Fuente INE

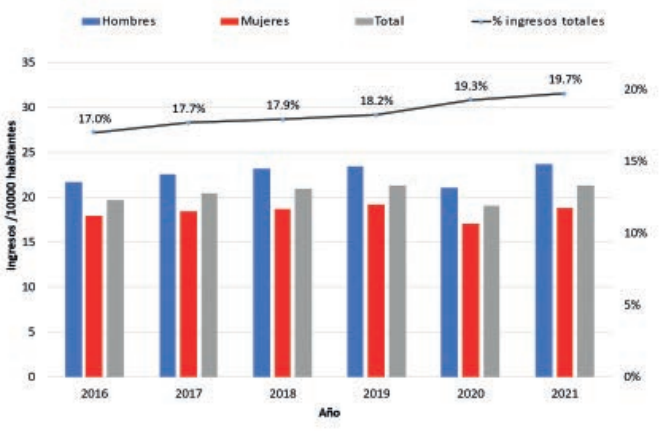


Figura 6

Edad de los pacientes ingresados con diagnóstico principal de ictus según sexo (CMBD 2016-2021)

Elaboración propia [12,13]

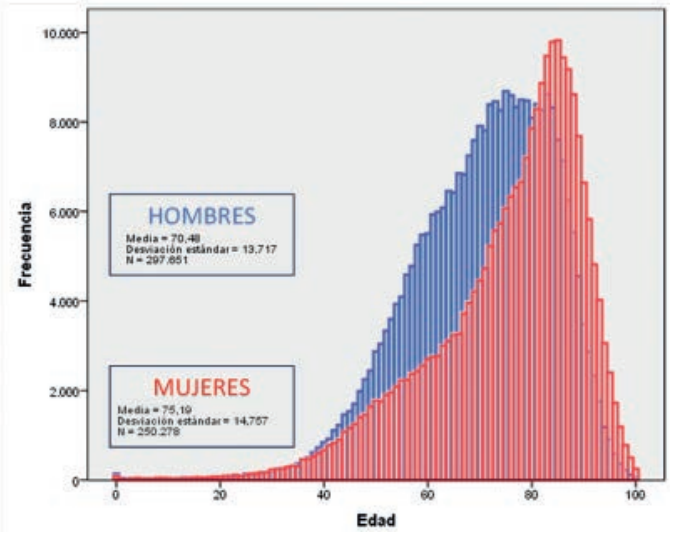


Figura 7

Distribución por tipos de ictus en pacientes ingresados (CMBD 2016-2021)

Elaboración propia [12,13]

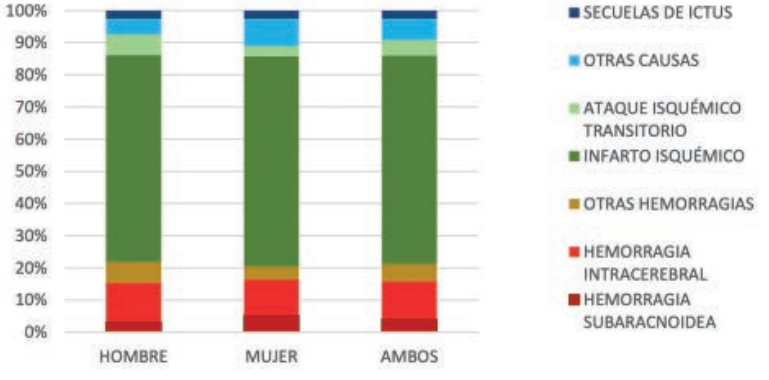


Figura 8

Destino al alta de los pacientes ingresados por ictus (CMBD 2016-2021)

Elaboración propia. Datos del ministerio de sanidad [12,13]



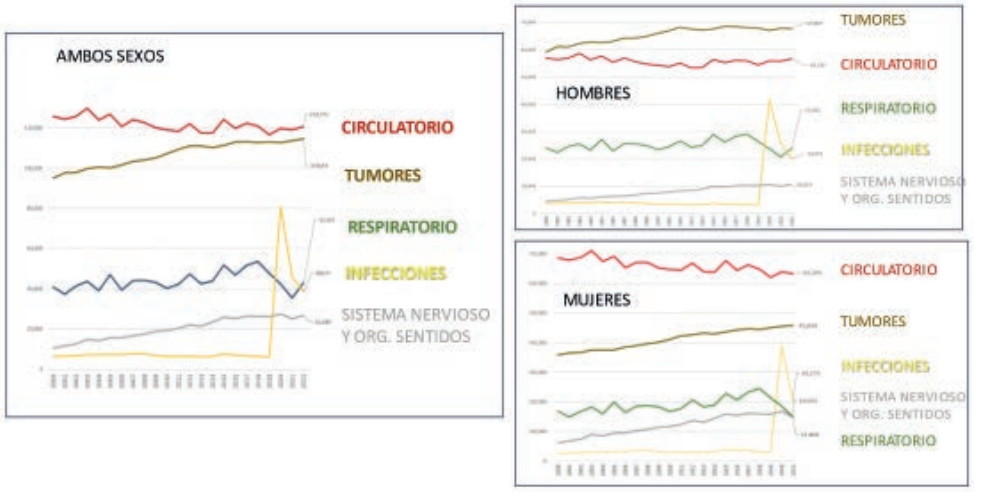
Ictus y Mortalidad

Es ampliamente conocido que la primera causa de muerte en nuestro país son las enfermedades del aparato circulatorio (Figuras 2,3) [3]. Aunque a lo largo de los últimos 20 años se ha producido un lento descenso (con fluctuaciones) de la mortalidad de causa circulatoria, el aumento progresivo de la mortalidad atribuida al cáncer no ha llegado a superar de modo agregado a la causa circulatoria. Sin embargo, si separamos las causas de muerte por sexo, el cáncer ha superado a la mortalidad de causa circulatoria en los hombres desde comienzos del siglo XXI, mientras en mujeres, aunque la brecha ha disminuido, la mortalidad de causa vascular continúa siendo un 36% superior a la del cáncer (Figuras 2,3).

Figura 3

Evolución de las 5 principales causas de muerte en España

Elaboración propia a partir de Instituto Nacional de Estadística.

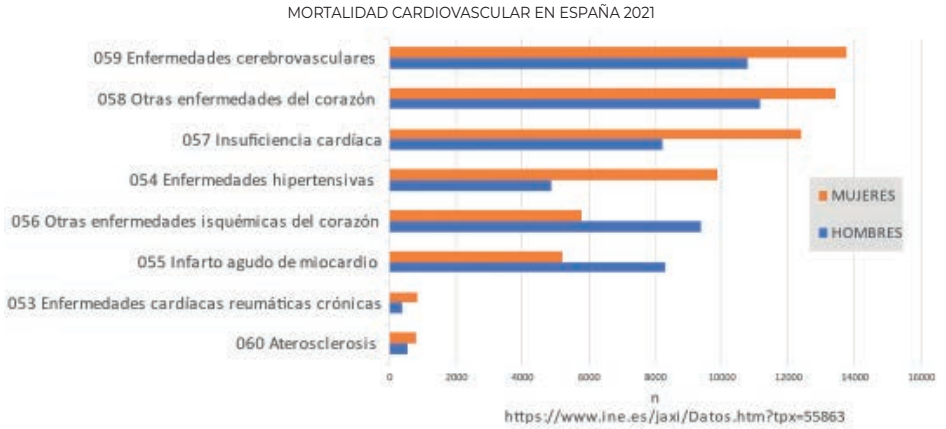


Históricamente se ha puesto el énfasis en la enfermedad cardiovascular en las enfermedades isquémicas del corazón, más prevalentes en hombres. Sin embargo, debe hacerse notar que dentro de las enfermedades del sistema circulatorio, la primera causa de muerte no se relaciona con la cardiopatía isquémica, sino con las enfermedades cerebrovasculares. El INE registra un total de 120.752 fallecimientos por causa vascular en el año 2022, de las que corresponde un 53% a las mujeres. Dentro de las muertes por causa vascular, el trastorno más frecuente son las enfermedades cerebrovasculares (20,4%), en el que la predominancia femenina es más llamativa (56,1%), lo que corresponde a 13.777 mujeres frente a 10.781 hombres. Por otro lado, el infarto agudo de miocardio es responsable de un 11,2 % de la mortalidad de causa vascular. En este caso la mortalidad masculina es predominante (61,5% de un total de 13.505 fallecimientos).

Figura 4

Principales causas de muerte de enfermedades del aparato circulatorio (2021)

Elaboración propia a partir de Instituto Nacional de Estadística.



A partir de los datos del CMBD (2016-2021), en análisis univariado la mortalidad en los pacientes con diagnóstico primario de ictus se asoció con el sexo femenino, la edad, la severidad de la enfermedad y se redujo con el año de calendario. En análisis multivariado la mortalidad se asoció con el sexo femenino (+ 14%), edad (+4,7% por año), gravedad (x3 por cada punto) y año de calendario (-4,8% por año de calendario). La mortalidad continuó siendo superior en mujeres tras ajustar por edad, año de diagnóstico y severidad de la enfermedad. El CMBD es una base de tipo administrativo que no permite un análisis detallado de circunstancias clínicas y socioeconómicas, pero cuyo uso ha sido considerado adecuado en múltiples estudios clínicos. El CMBD no proporciona datos de severidad del ictus ni situación funcional tras el mismo. Otra limitación del CMBD es que, por definición, no incluye los casos leves que no acuden al hospital, ni los casos muy graves que fallecen sin llegar a ser trasladados a un centro hospitalario.

Factores de riesgo de ictus. Diferencias en función del sexo. Factores de riesgo habituales

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es el factor de riesgo vascular clásico que más influencia tiene en el incremento del riesgo de sufrir un ictus. El riesgo de ictus atribuible a la presencia de hipertensión arterial se estima cercano al 50%,[15] aunque todavía no existen datos para afirmar si este riesgo es mayor en las mujeres que en los hombres. Diversos metaanálisis apuntan a que el impacto que tiene el incremento de la tensión arterial en el riesgo de un ictus es similar en hombres que en mujeres (25% de riesgo por cada incremento de 10 mmHg),[16]

pero en cambio, existen estudios comunitarios realizados a gran escala que sugieren que el riesgo de ictus de una mujer con cifras de presión arterial sistólica entre 120-129 mmHg es similar al de hombres con cifras de presión arterial entre 140 y 149 mmHg.[17]

Por otro lado, la hipertensión arterial es el factor de riesgo más prevalente en pacientes con ictus agudo. La prevalencia global ajustada por edad de hipertensión arterial se estima en el 32% en las mujeres y en el 34% en los hombres. Sin embargo, la prevalencia por estratos de edad es diferente entre hombres y mujeres. A medida que aumenta la edad, la prevalencia de hipertensión arterial aumenta en ambos géneros, pero el incremento exponencial de la prevalencia en mujeres postmenopaúsicas, hace que la hipertensión arterial sea más frecuente en mujeres que en hombres a partir de una cierta edad[18, 19].

En cambio, el tratamiento y control de la hipertensión arterial es mayor en mujeres que en hombres. Cifras globales estiman en casi un 50% el tratamiento de la hipertensión en las mujeres, mientras que la cifra no alcanza el 40% en los hombres.[20,22] Teniendo en cuenta que menos del 50% de los pacientes en tratamiento antihipertensivo alcanzan un control eficaz de la tensión arterial, podemos estimar que las cifras de mujeres hipertensas bien controladas no supera el 25%.[18] Sin embargo, estas cifras están sujetas al efecto de otros factores, como la edad, el estrato socioeconómico y cultural, lo cual da lugar a diferencias en el porcentaje de mujeres hipertensas con buen control. Es bien conocido, que el mejor control en las cifras de tensión arterial de las mujeres frente a los hombres ocurre fundamentalmente a edades más jóvenes y esta diferencia se disipa en pacientes por encima de los 65 años de edad[20, 22].

En cuanto al tratamiento antihipertensivo, el beneficio de los distintos grupos farmacológicos utilizados para el control de la presión arterial (inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona, antagonistas del calcio y diurético) parece ser similar en ambos sexos[23].

Fibrilación auricular

La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca sostenida más prevalente en pacientes adultos [6] y está presente en el 20-30% de los ictus de origen isquémico y alrededor del 10% de los ictus de origen criptogénico[7]. La fibrilación auricular ocasiona una pérdida de contracción efectiva en la aurícula izquierda, con el consiguiente éxtasis sanguíneo que propicia la formación de trombos, en su mayoría alojados en la orejuela de la aurícula izquierda.

La prevalencia de fibrilación auricular en adultos se estima entre un 2 y un 4% de la población y se espera que esta cifra se doble en los próximos años por el envejecimiento de la población y la mayor esperanza de vida[8,9]. Alrededor de 1 de cada 3 individuos mayores de 55 años presentan riesgo de desarrollar fibrilación auricular a lo largo de su vida. La incidencia ajustada por edad, la prevalencia y el riesgo a lo largo de la vida de presentar fibrilación auricular es menor en mujeres que en hombres [10]. Sin embargo, la fibrilación auricular aparece en edades más avanzadas de la vida que en los hombres y además se asocia con mayor frecuencia a enfermedad valvular e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada en comparación con el sexo masculino. Además, las mujeres con fibrilación auricular muestran síntomas más severos que los hombres[11, 12].

El sexo femenino multiplica por dos el riesgo de ictus y por casi tres cuando se trata de un ictus hemorrágico en pacientes con fibrilación auricular

Hay que tener en consideración que el sexo femenino es un factor de riesgo de sufrir un evento tromboembólico sistémico en pacientes con fibrilación auricular y como tal está recogido en la escala de estratificación de riesgo isquémico más utilizada a nivel mundial, la escala CHA2DS2VASc, que incluye los siguientes factores de riesgo: insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial, edad, diabetes, historia previa de embolismo, arteriosclerosis establecida y el sexo femenino[24]. El sexo femenino multiplica por dos el riesgo de ictus y por casi tres cuando se trata de un ictus hemorrágico en pacientes con fibrilación auricular[25, 26].

A pesar de este incremento del riesgo, el tratamiento con anticoagulantes orales de la familia de los antagonistas de la vitamina K es menor en mujeres en comparación con los hombres en todos los estratos de la escala CHA2DS2VASc.[27] Esto lógicamente contribuye al riesgo incrementado de ictus en mujeres. Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) han demostrado en múltiples ensayos clínicos, un perfil de eficacia y seguridad mejor que los fármacos antivitamina K en la prevención del ictus de pacientes con fibrilación auricular.[28] A pesar de que la proporción de mujeres en dichos estudios no es superior al 40%, los datos disponibles apuntan a que la eficacia del tratamiento con ACOD es similar entre hombres y mujeres[29].

Además, existen también diferencias de género en el uso de otras terapias no farmacológicas para el tratamiento de la fibrilación auricular. Se ha demostrado que el número de ablaciones de fibrilación auricular que se practica en mujeres es menor que en hombres,[30] aunque este dato puede estar sesgado por la predisposición a aceptar la realización de un procedimiento invasivo, así como por la presentación de fibrilación auricular a edades más avanzadas en mujeres que en hombres. Esto puede ser la explicación de un menor éxito de la ablación de fibrilación auricular y de un mayor número de complicaciones periprocedimiento en las mujeres[31]. Por último, existen datos que apuntan en la misma línea y parece que las mujeres también experimentan un mayor número de eventos adversos tras un procedimiento de oclusión de la orejuela[32, 33].



Tabaquismo

El tabaquismo es un factor de riesgo de ictus claramente definido en diversos estudios poblacionales. El riesgo de sufrir un ictus de un fumador es aproximadamente 1,5 veces superior al de una persona no fumadora. Además, este riesgo es dosis dependiente y se estima que el riesgo se incrementa en torno a un 10% por cada 5 cigarrillos-día[34]. Aunque la prevalencia de tabaquismo es menor en mujeres que en hombres,[35] los datos de que disponemos en la actualidad sugieren que el riesgo de sufrir un ictus es mayor en mujeres fumadoras que en hombres[16, 34]. Históricamente, la prevalencia del tabaquismo ha sido muy superior en varones, pero en los últimos años esta diferencia tiende a desaparecer en la población más joven.

Ejercicio físico diario y sedentarismo

En la actualidad existe una preocupación creciente sobre la práctica de ejercicio físico diario, y cada vez más número de profesionales sanitarios miden el nivel de actividad física de sus pacientes y administran pautas específicas de ejercicio.

La razón es clara ya que la actividad física regular tiene un impacto fundamental en la reducción del riesgo cardiovascular global. Esta reducción puede ser de hasta el 25% cuando se comparan personas con un nivel de actividad física elevado con personas con un nivel bajo. El ejercicio físico diario tiene efectos cardiovasculares muy beneficiosos, como la reducción de las cifras de presión arterial, la mejora del control glicémico y la reducción del peso, que reducen el riesgo de sufrir un ictus e incluso la recurrencia del mismo. El impacto de la actividad física en la reducción del riesgo de sufrir un ictus parece ser similar o incluso algo mayor en mujeres que en hombres[36,37] .

Por otro lado, la prevalencia del sedentarismo en las mujeres es mayor que en los hombres, lo cual supone un predictor, de peor recuperación funcional tras un ictus, más potente que el bajo peso corporal.[38] Además, no hay que olvidar que el ejercicio físico diario influye positivamente en la recuperación cognitiva tras un ictus agudo [39].

Dislipemia

La elevación del colesterol LDL está claramente identificada como causa de arteriosclerosis sistémica y del desarrollo de cardiopatía isquémica[40,41]. Por el contrario, aunque la arteriosclerosis desempeña un papel importante en los ictus aterotrombóticos, no existe evidencia epidemiológica consistente que asocie la elevación del colesterol total o del colesterol LDL con el riesgo de desarrollo global de ictus en hombre o en mujeres[42]. Sin embargo, si se analiza de modo aislado el ictus isquémico, sí se ha descrito una asociación entre los niveles elevados de colesterol total y colesterol LDL, y niveles descendidos de colesterol HDL y el riesgo de ictus isquémico, tanto en hombres como en mujeres[43, 44]. Por el contrario, niveles bajos de colesterol total se asocian a un mayor riesgo de ictus hemorrágico, lo que puede explicar la dificultad de encontrar un patrón simple de asociación entre los niveles lipídicos y el desarrollo de ictus en conjunto, dada su heterogeneidad[43,45]. Por otro lado, se ha descrito la presencia de diferentes alteraciones lipídicas asociadas al desarrollo de ictus en mujeres postmenopáusicas[46]. Un análisis detallado de la compleja relación entre alteraciones lipídicas y riesgo de ictus isquémico (en especial en mujeres) excede los objetivos del presente documento. No obstante, es interesante destacar en cualquier caso, que el tratamiento hipolipemiante ha demostrado consistentemente una reducción del riesgo de ictus isquémico, por lo que se ha incorporado en las guías de prevención del ictus[47].

Factores de riesgo de ictus. Diferencias en función del sexo

Factores de riesgo específicos de la mujer

La mujer tiene un mayor riesgo de ictus a lo largo de la vida que el hombre [48] y los tres estadios de la vida que concentran este mayor riesgo son el periodo fértil de la mujer, la postmenopausia y la edad avanzada[49]. Las mujeres tienen factores biológicos y farmacológicos únicos que presentan riesgos potenciales de ictus en función de los cambios reproductivos y hormonales a lo largo de la vida. Estos incluyen la edad de la menarquia, el uso de anticonceptivos hormonales, el embarazo y la menopausia[50].

La mujer tiene un mayor riesgo de ictus a lo largo de la vida que el hombre y los tres estadios de la vida que concentran este mayor riesgo son el periodo fértil de la mujer, la postmenopausia y la edad avanzada





Edad de la menarquia y edad de la menopausia
Riesgos exclusivos de las mujeres a lo largo de la vida reproductiva
En los últimos cinco años se ha extendido el concepto de riesgo de ictus a lo largo de la vida en las mujeres y que hace referencia al tiempo de exposición a los estrógenos endógenos. El estradiol, el principal estrógeno endógeno, es una importante molécula de señalización en la homeostasis cardio-metabólica que reduce el estrés oxidativo y es un robusto agente neuroprotector en modelos preclínicos de ictus[51].

La exposición a los estrógenos a lo largo de la vida se define como el tiempo que transcurre entre la menarquia (primera menstruación) y la menopausia (falta de menstruación). Un análisis del estudio Nurses' Health Study encontró que una vida reproductiva de 30 años o menos se asociaba de forma independiente con un mayor riesgo de ictus total[52]. Esta asociación parece ser impulsada por una menopausia prematura (antes de los 40 años) o temprana (entre 40-44 años), pero también con la menarquia o edad de la primera menstruación antes de los 10 años o después de los 17 años, que tienen los riesgos más altos en cuanto a la edad del inicio de la menstruación[52]. Estos datos son consistentes con recientes estudios prospectivos [23] y el mecanismo que puede explicar este riesgo es la exposición más corta a los beneficios del estradiol endógeno. Además, la vida reproductiva, la edad en la menopausia y la edad de la menarquia se asociaron significativamente con el riesgo total de enfermedad cardiovascular en mujeres que nunca usaron terapia hormonal[50].

Anticonceptivos hormonales orales
El uso de anticonceptivos orales se asocia con ictus en mujeres jóvenes. Las más recientes revisiones de metaanálisis han demostrado un riesgo entre 1,7 y 2,47 veces mayor de ictus en las usuarias de anticonceptivos orales y que este riesgo aumentaba con cualquier tipo de anticonceptivo oral. El riesgo disminuye cuando las dosis de estrógenos son más bajas, mientras que los anticonceptivos con progesterona sola en cualquier formulación no parecen asociarse a un aumento de riesgo[51, 53]. En mujeres con factores de riesgo vascular (hipertensión, fumadoras, obesidad e hiperlipidemia) y en mujeres con migraña, el uso de anticonceptivos orales acentúa el riesgo[54]. Aunque la incidencia de ictus isquémico en relación a los anticonceptivos hormonales es muy baja (21.4 por 100.000 personas/año) el aumento observado en el riesgo sigue siendo importante y obligaría a controlar al máximo otros factores de riesgo modificables en mujeres sanas[49]. Aun así, el estudio de una cohorte de > 150.000 mujeres (UK Biobank) sin enfermedad cardiovascular seguidas durante una mediana de 11,8 años mostró que el uso de anticonceptivos orales se asoció con una reducción global del 9 % de eventos vasculares[55] y pone en cuestión el riesgo del uso de anticonceptivos orales para las complicaciones cardiovasculares. Se necesitan más investigaciones para explorar las funciones y mecanismos funcionales del uso de los anticonceptivos orales en la salud cardiovascular.

Menopausia
La menopausia señala la transición entre el periodo reproductivo y no reproductivo de la mujer y se asocia con varios cambios biológicos en el sistema endocrino que son relevantes para la salud cardiovascular de la mujer.

Los cambios hormonales en la menopausia se asocian con alteraciones en la composición corporal. La masa grasa se incrementa en las regiones centrales y en las vísceras en detrimento de la masa muscular. El tejido adiposo visceral segrega citoquinas inflamatorias y del hígado se liberan ácidos grasos libres que generan reacciones oxidativas, aumentando la resistencia a la insulina. La menopausia produce cambios en el perfil lipídico con un 10-15% más de colesterol LDL y triglicéridos y ligera disminución de los niveles del colesterol HDL. También existe un incremento de la presión arterial que puede ser debido a un efecto

directo de los cambios hormonales en los vasos y a cambios metabólicos por el propio envejecimiento. Por último, un aumento de la sensibilidad al sodio con frecuencia conduce a la retención intermitente de líquidos y la producción de edemas[56].

La pérdida de la función ovárica con el cese de la menstruación que marca el inicio de la menopausia ocurre alrededor de los 51 años, con un intervalo normal entre los 40 y 60 años

Edad de la menopausia
La privación del beneficio de los estrógenos endógenos a medida que las mujeres envejecen ocurriría teóricamente con una edad más temprana de inicio de la menopausia, ya que la edad de inicio de la menopausia es un importante factor de riesgo potencial específico del sexo femenino para la enfermedad cardiovascular y el ictus en edades más avanzadas de la vida. La menopausia temprana (entre 40 y 44 años) incrementa el riesgo de ictus isquémico de forma lineal, con un 2% de reducción del riesgo de ictus por cada año que se retrasa la menopausia[56].

Datos observacionales indican que la menopausia prematura (antes de los 40 años) no tratada, independientemente de la causa (espontánea, cirugía de ooforectomia bilateral, quimioterapia o radioterapia) se asocia con un riesgo más elevado de enfermedad cardiovascular además de otras patologías (Parkinson, demencia, osteoporosis y mortalidad)[56,57]. En esta población se puede considerar tratamiento hormonal sustitutivo siempre que no existan contraindicaciones[57] y durante un intervalo de tiempo que no exceda los 4 años[56].

Tratamiento hormonal sustitutivo en la menopausia sintomática
Un 75 % de mujeres durante la etapa de la menopausia tienen síntomas vasomotores que pueden llegar a limitar su calidad de vida y para los que en décadas pasadas se recomendaba el tratamiento con terapia hormonal sustitutiva. Pero el efecto neuroprotector de los estrógenos endógenos no se ha visto trasladado a los ensayos clínicos relacionados con la utilización de estrógenos en la terapia hormonal sustitutiva.

El Women's Estrogen for Stroke Trial en mujeres que recibieron estradiol oral o placebo durante 2.8 años mostró que en el grupo con terapia estrogénica tenían un alto riesgo de ictus fatal (RR 2.9). El Women's Health Initiative (WHI) de 2004, un estudio aleatorizado de mujeres a la combinación de estrógenos y progesterona durante 7.1 años encontró un incremento del riesgo de ictus del 33% en el grupo de tratamiento con estrógenos. Un 70% de las mujeres incluidas eran mayores de 60 años, pero hoy día sabemos por estudios más recientes, que si se administra en los primeros 10 años de menopausia o antes de esa edad puede reducir la mortalidad por todas las causas, el riesgo coronario, la osteoporosis y el riesgo de demencia [53, 56].

No sólo el momento de inicio del tratamiento sino también la dosis y la formulación de hormonas influyen en más o menos medida en la arteriosclerosis subclínica estudiada con el cociente íntima-media (capas de la pared de las arterias, en este caso la carótida)[56, 58, 59].

En cuanto al ictus, se incrementa 1.32 veces en prevención primaria y 1.09 veces en prevención secundaria (mujeres que han padecido un ictus previo)[53, 57].

A partir de estudios aleatorizados como el WHI de 2004 que mostraban un exceso de riesgo cardiovascular con el uso de terapia hormonal sustitutiva, se ha dejado de recomendar en EEUU. Con todas las evidencias posteriores, en Europa se sigue recomendando para tratar los síntomas de la menopausia en pacientes de bajo riesgo: edad inferior a los 60 años, peso y presión arterial normales, que tengan actividad física y bajo riesgo de cáncer de mama y riesgo cardiovascular a 10 años menor al 5%[57], pero no se recomienda para reducir el riesgo de ictus isquémico[56, 60] ni tampoco a mujeres que ya han sufrido un evento cardiovascular[56].

Embarazo

a. El embarazo como factor de riesgo de enfermedad cerebrovascular

Epidemiología

El embarazo conduce a muchos cambios vasculares, metabólicos y adaptaciones fisiológicas en la madre que favorecen el crecimiento fetal y su desarrollo y preparan a la madre para el aumento de las demandas energéticas y nutricionales de la lactancia[61]. Los cambios fisiológicos asociados con el ictus son los cambios en el sistema hemodinámico/vascular, en el sistema de coagulación, y en el sistema inmunológico[48].



El término accidente cerebrovascular materno relacionado con el embarazo agrupa los ictus isquémicos o hemorrágicos que ocurren durante el embarazo y el período de 12 semanas posparto y se considera poco común. En un metanálisis de 2017 que incluyó 11 estudios, la tasa de incidencia bruta combinada de accidente cerebrovascular materno fue de 30 por 100.000 embarazos, que representa un riesgo 3 veces mayor que el de mujeres no embarazadas de edad reproductiva similar. La tasa de incidencia de accidente cerebrovascular materno no ha cambiado o incluso ha aumentado las últimas dos décadas, relacionado con un aumento simultáneo de enfermedades cardíacas e hipertensión durante el periodo 1994-2011[48, 50]. Sin embargo, no disponemos de cifras concretas en el estado español.

b. Trastornos hipertensivos del embarazo

La fisiología única y compleja del embarazo y sus complicaciones, en particular los trastornos hipertensivos del embarazo, contribuye a un mayor riesgo de los trastornos cerebrovasculares agudos[51]. Los trastornos hipertensivos del embarazo afectan del 5 al 10% de los embarazos en todo el mundo[56]. Estos incluyen hipertensión preexistente diagnosticada antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación y la hipertensión gestacional o preeclampsia, que se desarrolla después de las 20 semanas de embarazo o durante el período posparto, asociada con proteinuria y/u otra disfunción orgánica materna. Además, la hipertensión preexistente se asocia con un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia durante el embarazo[56]. El medio preeclámpsico puede predisponer al accidente cerebrovascular a través de mecanismos tanto indirectos (hipercoagulabilidad, inflamación, desequilibrio angiogénico y disfunción endotelial) como directos (miocardiopatía periparto, cardioembolismo inducido, trombosis del seno venoso, disección arterial, síndrome de vasoconstricción cerebral reversible y hemorragia intracerebral hipertensiva)[51].

Los trastornos hipertensivos del embarazo, confieren un aumento de más de cinco veces en el riesgo de accidente cerebrovascular de todo tipo en comparación a mujeres sin estas condiciones[50]. Si las mujeres tienen cardiopatía congénita, fibrilación auricular, trombocitopenia primaria, o migraña, además de uno de estos trastornos hipertensivos, el riesgo aumenta sustancialmente[50]. Es destacable que los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos maternos representan más del 50% de los accidentes cerebrovasculares en el embarazo y el posparto[48], que es un porcentaje mucho más alto que en la población general, en la que representan sólo cerca del 15% del total[51].

c. Resultados adversos del embarazo y riesgo a largo plazo de accidente cerebrovascular

Un antecedente de hipertensión gestacional se ha asociado con un mayor riesgo cardiovascular y una mayor probabilidad de ictus futuro[61], mediados en gran parte por el desarrollo de hipertensión crónica. También la gravedad, la paridad y la recurrencia de estos trastornos hipertensivos del embarazo aumentan el riesgo de eventos cardiovasculares posteriores[56]. En general, el riesgo de ictus 10 años después de un embarazo complicado con preeclampsia se estima bajo (<20%), aunque no existe evidencia de que las intervenciones preventivas después de uno o más embarazos con preeclamsia reduzcan el riesgo futuro[62].

La diabetes mellitus gestacional, definida como el desarrollo de intolerancia a la glucosa por primera vez durante el embarazo, ocurre en alrededor del 7% de las gestaciones[56] y se asocia a 1,21 más riesgo de accidente cerebrovascular a largo plazo[48], coincidiendo con otras revisiones sistemáticas previas con resultados similares[61].

Todo ello parece corroborarse con datos actualizados de la cohorte del estudio WHI y otros estudios, mostrando una asociación consistente entre antecedentes de resultados adversos del embarazo incluidos los trastornos hipertensivos del embarazo, el parto prematuro, la diabetes gestacional, el parto de un recién nacido de bajo peso, el desprendimiento de placenta y la pérdida del embarazo, y manifestaciones clínicas de enfermedad cardiovascular en etapas posteriores de la vida, incluido el accidente cerebrovascular[61].

Factores de riesgo de ictus en personas transgénero

Entender el papel de los factores de riesgo individuales de ictus en personas transgénero, particularmente el uso de hormonas de afirmación de género, es de importancia crítica en este colectivo, pero el conocimiento actual es muy limitado[51]. Existe una clara necesidad de estudios prospectivos de alta calidad con sujetos control apropiados para dilucidar los potenciales riesgos del uso de esteroides sexuales a largo plazo y así poder asesorar en este sentido a las personas de todas las edades y etapas de transición.

Causas de ictus isquémico. Diferencias en función del sexo

Las diferencias entre las mujeres y los hombres son múltiples, incluyendo la anatomía, la biología vascular, la inmunidad, los factores neuroprotectores, los perfiles hormonales, los factores de riesgo vascular, los factores de estilo de vida, factores estresantes psicosociales, el contexto social y el estatus socioeconómico. Todos estos factores pueden influir en el riesgo y tipo de ictus[49].

Cuando nos centramos en el ictus isquémico, hemos de resaltar que se trata de una enfermedad compleja y heterogénea de difícil clasificación. Así, las clasificaciones causales integran múltiples aspectos de la evaluación de un ictus, incluyendo los síntomas, factores de riesgo vasculares y los resultados de las pruebas diagnósticas. Otras clasificaciones categorizan a los pacientes en más de un subtipo etiológico asignando a cada uno de ellos un grado de probabilidad causal[63].

La clasificación causal del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (GEECV/SEN) distingue 5 categorías etiológicas[63]:

- Ictus aterotrombótico: relacionado con una estenosis o estrechamiento mayor del 50% de una arteria extracraneal o intracraneal de gran calibre o con una estenosis menor del 50% asociado a la presencia de factores de riesgo vascular.



- Ictus por afección de pequeño vaso: infarto menor de 1,5cm en el territorio de una arteria perforante (o profunda), que se manifiesta clínicamente con un síndrome lacunar típico.
- Ictus cardioembólico: producido por una cardiopatía embolígena o causante de émbolos como fibrilación o aleteo auricular (arritmias frecuentes), estenosis mitral, prótesis aórtica o mitral, trombo intracardiaco, entre otras.
- Ictus de etiología o causa infrecuente: por ejemplo, por disecciones arteriales, vasculitis, estados protrombóticos (estado de hipercoagulabilidad) etc.
- Ictus de etiología indeterminada: distinguiéndose 3 subgrupos: ictus de causa desconocida tras estudio completo, ictus de causa indeterminada por estudio incompleto, e ictus de causa indeterminada por coexistencia de 2 o más causas.

La mayoría de los ictus son causados por isquemia cerebral y representan el 87% de todos los casos de accidente cerebrovascular[64]. Son escasos los trabajos que hacen referencia a los subtipos de ictus isquémico y menos los que comparan ambos sexos con datos de nuestro país[11]. Como se muestra en el apartado 2.1, en las mujeres predomina el ictus cardioembólico entre los ictus isquémicos, y los ictus de causa infrecuente o asociados a otros trastornos.

Seguidamente efectuamos un apunte de los tres subtipos de ictus isquémico más frecuentes:

1- Ictus de pequeño vaso o lacunar

Los ictus isquémicos lacunares están causados por pequeños infartos que se producen en regiones irrigadas por una arteria perforante (profunda) y representan del 11 al 27% de los ictus agudos, según distintas series. Los ictus isquémicos lacunares pueden ser poco sintomáticos, pero su repetición puede dar lugar a un deterioro cognitivo progresivo (o demencia vascular)[49], aunque no de forma exclusiva por este tipo de ictus.

2- Ictus aterotrombótico

Una de las principales causas de ictus isquémico es la ruptura de las placas ateroscleróticas y la posterior formación de trombos que se produce en la arteria carótida. En un trabajo nórdico pionero en su estudio, la prevalencia de placa fue mayor entre los hombres que entre las mujeres hasta la edad de 75 años, a partir de la cual más mujeres (81,2%) que hombres (76,5%) tienen arteriosclerosis carotidea[17]. Por histología o imágenes no invasivas, también se ha observado que existen diferencias en la morfología y composición de la placa entre sexos. Con la edad, las mujeres tienen mayor estenosis que los hombres mientras que los hombres tienen mayor área de placa en comparación con las mujeres[64].

3- Ictus cardioembólico

Es la causa más frecuente de ictus en nuestro medio y se produce por la migración de un trombo auricular en pacientes con fibrilación auricular, ya sea en pacientes con valvulopatía reumática o con 'fibrilación auricular no valvular'. Con mucha menos frecuencia el émbolo puede ser de origen ventricular (habitualmente en el contexto de cardiopatía isquémica) o de origen del sistema venoso (embolismo paradójico en pacientes con foramen oval persistente o comunicación interauricular).

En los pacientes con fibrilación auricular no valvular, el riesgo de ictus embólico se estima en un 5%. La inclusión del sexo en la escala CHA2DS2VASc atestigua el mayor riesgo de embolismo en mujeres con fibrilación auricular. En los ingresos por ictus isquémico en España (2016-2021), la causa cardioembólica fue más frecuente en las mujeres (20,6 vs 15,4%) (Apartado: Incidencia del ictus en España: diferencias en función del sexo).

El tratamiento anticoagulante reduce alrededor del 75% el riesgo de embolia en la fibrilación auricular. Paradójicamente, las mujeres reciben menos a menudo tratamiento anticoagulante que los hombres, lo que conduce a una mayor proporción de ictus cardioembólico en las mujeres[66].

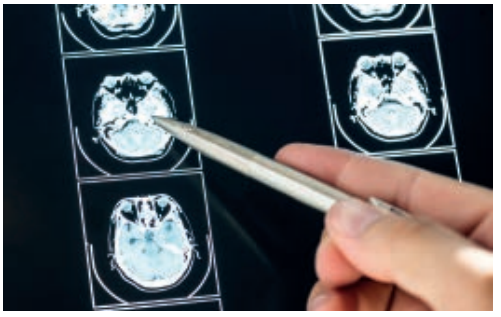
Ictus isquémico agudo. Diferencias por sexo en el acceso al diagnóstico y al tratamiento

Diferencias por sexo en el acceso a los cuidados sanitarios

Por varias razones, es difícil establecer con certeza las diferencias que existen entre ambos géneros en cuanto al acceso a los cuidados tras un episodio de ictus isquémico agudo. Lógicamente la mayor parte de los estudios que han abordado este tema, han incluido únicamente a pacientes que han conseguido contactar con el sistema sanitario en la fase aguda de un ictus, dejando a un lado aquellos que no lo logran. Por lo tanto, no podemos definir con exactitud cuál es la proporción de hombres y mujeres que necesitan ser atendidos por un ictus agudo y no reciben los cuidados sanitarios necesarios. Además, al no haber estudios que hayan sido específicamente diseñados para analizar este aspecto, solo podemos extraer conclusiones indirectas[67].

Lo que sí podemos asumir es que las posibles diferencias que existen varían en función del nivel sociocultural y de la propia región en la que se encuentre el paciente. Es conocido que los estratos sociales que muestran un mayor disbalance sociocultural y en los que las mujeres tienen una mayor dependencia económica de la figura masculina de la familia dan lugar a un menor acceso de las mujeres a los recursos tanto en educación como en sanidad[67]. Se puede inferir que la falta de independencia económica afecte de un modo negativo al acceso de las mujeres a los cuidados sanitarios por un ictus agudo. A esto se le suma, la dificultad a la hora de reconocer los síntomas de un ictus que pueden tener aquellas personas con un nivel educativo más bajo. Es posible, además, que otros factores sociales como el estado civil o el apoyo familiar tengan un papel fundamental en el acceso de las mujeres al hospital por un ictus. No hay que olvidar la importancia de factores biológicos como la edad y las comorbilidades asociadas de los pacientes[54].

Existen otros factores que influyen en las diferencias en el acceso por géneros a los cuidados sanitarios, pero que en España tienen un peso residual. Puede ocurrir que en aquellos países sin sistemas sanitarios públicos y universales, si la mujer no contribuye económicamente a los ingresos familiares, la disposición para pagar por los cuidados de cualquier proceso médico sea menor para la figura femenina de la familia que para la figura masculina. Además, en algunos países la presencia femenina en los equipos de trabajo del sistema sanitario es limitada, lo cual también crea una barrera sociocultural para que las mujeres tengan un acceso adecuado a los cuidados médicos por un ictus agudo.



Diferencias por sexo en el diagnóstico

Tradicionalmente se considera que el ictus agudo es infradiagnosticado en las mujeres principalmente motivado por la mayor presencia de síntomas atípicos. Estos síntomas atípicos que pueden dificultar el diagnóstico suelen ser: cefalea, fatiga, desorientación, debilidad, alteraciones visuales inespecíficas, pérdida de conocimiento o alteraciones del estado mental[68, 69, 70, 71]. Sin embargo, es difícil afirmar si realmente los síntomas atípicos

de un ictus son más prevalentes en mujeres que en hombres, porque la mayor parte de los estudios que han intentado determinar estas diferencias, no han ajustado los resultados por factores de confusión como la edad y la presencia asociada de problemas psiquiátricos[54].

Lo que sí se puede afirmar, es que la proporción de mujeres que presentan síntomas que simulan un ictus agudo, como migraña, convulsiones, alteraciones metabólicas o psiquiátricas, es superior a la de los hombres. Esto supone un auténtico reto diagnóstico, ya que es fundamental diferenciar con la máxima celeridad un ictus verdadero de lo que no lo es, para poder iniciar el tratamiento dirigido cuanto antes. A esto se le suma que cuando un paciente se presenta en el hospital con síntomas atípicos que pudieran corresponder a un ictus agudo, dicho diagnóstico se intenta esclarecer más cuando el paciente es un hombre que cuando es una mujer[72].

Además, la problemática se incrementa ya que una vez hecho el diagnóstico clínico de ictus agudo a las mujeres se les practica con menor frecuencia la prueba de neuroimagen correspondiente[71]. Aunque estas diferencias parece que se deben al perfil clínico del ictus agudo asociado al sexo femenino. El ictus en las mujeres se suele presentar a mayor edad que en los hombres, con mayor frecuencia viven solas, tienen más comorbilidad y además en el sexo femenino predomina la causa cardioembólica y clínicamente suele tener una presentación más grave[7, 11, 12, 13, 71]. Sin embargo, parece ser que estas diferencias en el diagnóstico de un ictus agudo se atenúan cuando se analizan poblaciones de la misma edad, aunque parece demostrado que el tiempo hasta la realización de la prueba de neuroimagen es mayor en mujeres que en hombres, incluso tras ajustar estos resultados por la edad[54].

Diferencias por sexo en el tratamiento del ictus isquémico agudo

El tratamiento del ictus isquémico agudo se basa esencialmente en la administración de tratamientos de reperfusión, es decir terapias que permiten restablecer el flujo sanguíneo cerebral. Distinguimos dos grandes tipos de tratamientos de reperfusión: la trombólisis intravenosa (TIV) y la trombectomía mecánica (TM).

La trombólisis intravenosa consiste en la administración por vía intravenosa de fármacos trombolíticos (actualmente se emplean dos: alteplasa y tenecteplasa) que permiten la lisis o rotura del trombo arterial que produce la isquemia cerebral. Para que la TIV sea eficaz y segura es necesario administrarla lo más precozmente posible tras haberse producido el ictus (se establece un periodo temporal máximo de 4,5 horas desde el inicio de los síntomas, aunque en casos seleccionados ese límite puede ser mayor). La complicación más temida de la TIV es la transformación hemorrágica del infarto cerebral, que puede acarrear un empeoramiento clínico importante del paciente e incluso la muerte. Para evitarla, es importante una selección cuidadosa de los pacientes, evitando administrar este tipo de tratamientos a pacientes con enfermedades previas que asocien riesgo de sufrir hemorragias.

La trombectomía mecánica permite la recanalización de la arteria obstruida mediante el empleo de dispositivos endovasculares (catéteres) con los que se accede a la arteria donde se localiza el trombo y se extrae de forma mecánica. Al igual que ocurre con la TIV, es fundamental que la TM se realice lo más precozmente posible (aunque con este tipo de tratamiento la ventana temporal puede ser más amplia). La complicación más grave de la TM también es la transformación hemorrágica que se puede producir al perforar accidentalmente la arteria que se está tratando.

El beneficio clínico y seguridad de la TIV y TM se ha demostrado en múltiples ensayos clínicos aleatorizados. Análisis posteriores de estos estudios sugirieron que ambos tratamientos de reperfusión son efectivos tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, estos análisis post-hoc deben interpretarse con cautela: los análisis estratificados por sexo se realizaron

El tratamiento del ictus isquémico agudo se basa esencialmente en la administración de tratamientos de reperfusión, es decir terapias que permiten restablecer el flujo sanguíneo cerebral

a posteriori, y no tuvieron el poder estadístico adecuado para detectar diferencias específicas asociadas al sexo. Además, los criterios para la inclusión de pacientes en los ensayos clínicos fueron restrictivos y excluyeron habitualmente pacientes por encima de una determinada edad (generalmente mayores de 80 años), o con comorbilidades o discapacidad preexistentes. Esto ha podido afectar especialmente a la población femenina dando lugar a una infrarrepresentación de las mujeres en estos ensayos. En otras palabras, las mujeres incluidas en los ensayos clínicos de tratamiento de reperfusión pueden no ser representativas de la población general de mujeres con ictus. Aunque, en principio, esto también se aplicaría a los hombres, es menos problemático, ya que, por término medio, son más jóvenes y están menos discapacitados en el momento de sufrir el primer ictus[67].

Estudios posteriores a los ensayos clínicos han mostrado diferencias entre hombres y mujeres en el acceso, demoras en el tratamiento, complicaciones y efecto de la TIV y TM:

- Se estima que las mujeres con ictus isquémico tienen un 13% menos de probabilidad que los hombres de ser tratadas con TIV. Afortunadamente, en los últimos años se está observando una reducción en esas diferencias[73]. En el caso de la TM los resultados son más heterogéneos: algunos estudios indican que no existen diferencias entre sexos, otros describen mayor utilización de TM en mujeres y otros en varones. En un estudio realizado en Cataluña durante los años 2016 a 2019 con más de 20.000 pacientes con ictus agudo, las mujeres recibieron con mayor frecuencia tratamientos reperfusión (TIV y/o TM): 48% frente al 43% en varones[74].

- Varios estudios realizados en Norte América han observado que el tratamiento trombolítico se administra más tardíamente en mujeres[68, 69]. Sin embargo, esos retrasos no se han descrito en Europa[70, 71]. El retraso e infrautilización de trombólisis en mujeres es más marcado en hospitales que no cuentan con atención especializada al ictus. Un estudio japonés describió mayor retraso en mujeres desde que llegan al hospital hasta que se realiza la TM, no obstante, este hallazgo no se ha confirmado en otros estudios[67].

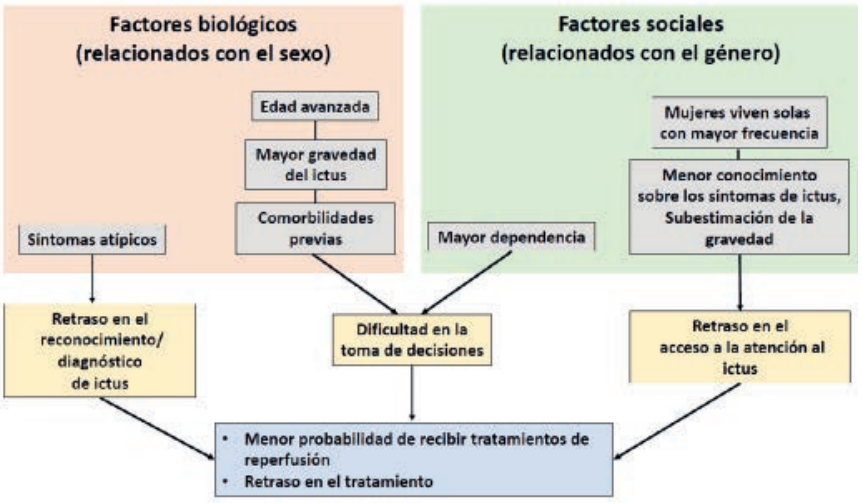
- La tasa de transformación hemorrágica tras los tratamientos de reperfusión parece ser ligeramente mayor en el sexo masculino en algunos estudios, sin embargo, no se observan diferencias significativas entre sexos en la efectividad del tratamiento a corto plazo. El éxito técnico de la TM es similar en hombres y mujeres.

- En los meses siguientes a la aplicación de tratamientos de reperfusión, las mujeres sufren mayor discapacidad que los hombres, probablemente debido a que su situación previa (discapacidad, comorbilidades, mayor edad) es menos favorable. No obstante, las mujeres tienen una mayor probabilidad de ganancia de vida libre de discapacidad con los tratamientos de reperfusión comparado con el sexo masculino[67].

  Estas diferencias pueden estar relacionadas con diversos factores tanto biológicos como sociales (figura 9):

Figura 9

Sexo, género e ictus: factores biológicos y sociales



- Los factores biológicos se han mencionado anteriormente: la mayor edad de las mujeres con ictus, la mayor gravedad del evento isquémico, la mayor comorbilidad de las mujeres o la atipicidad en la presentación clínica del ictus, que implican un retraso en el diagnóstico, suponen con mayor frecuencia una contraindicación para el tratamiento y dificultan la toma de decisiones del personal sanitario.

- Los factores socioeconómicos y culturales hacen referencia a las desigualdades de género existentes entre mujeres y hombres. Las mujeres por su rol de género pueden tener menor conciencia de los síntomas del ictus, subestimar su gravedad o atribuirlos a otros problemas de salud, lo que puede conllevar a una demora en la búsqueda de la atención médica. Los menores recursos económicos de las mujeres pueden también limitar el acceso a atención médica adecuada. Además, las mujeres viven más a menudo solas lo que también limita su acceso a los cuidados específicos. Por último, la situación dependencia previa (más frecuente en mujeres que en hombres) puede dificultar la toma de decisiones de los sanitarios al percibir un menor beneficio potencial para estos pacientes.

Pronóstico tras el ictus. Impacto en la calidad de vida Diferencias en función del sexo

El ictus constituye la primera causa de dependencia en el adulto. Aproximadamente la mitad de los pacientes que sobreviven a un ictus presentan algún grado discapacidad funcional residual. Las secuelas físicas, cognitivas, psicológicas y sociales producidas por el ictus requieren tratamientos rehabilitadores y otros tipos de cuidados que permitan minimizar la discapacidad de los pacientes. En el pronóstico, impacto en la calidad de vida y acceso a cuidados tras el ictus también se han observado diferencias entre hombres y mujeres.

El ictus es la primera causa de muerte en mujeres en nuestro país. La mayor letalidad del ictus en mujeres se ha confirmado en multitud de estudios: se calcula que la tasa de mortalidad anual tras sufrir un ictus es un 35% más altas en mujeres que en hombres[6]. En nuestro medio

(ver apartado: Incidencia del ictus en España: diferencias en función del sexo) el análisis del CMBD confirma una mortalidad más elevada en mujeres, incluso tras corrección por edad y comorbilidad.

Se calcula que la tasa de mortalidad anual tras sufrir un ictus es un 35% más altas en mujeres que en hombres

Múltiples estudios europeos y norteamericanos han demostrado que las mujeres tienen una evolución funcional menos favorable tras sufrir un ictus. A los 3 meses tras el ictus, las mujeres presentan mayor afectación física, limitaciones para desempeñar actividades de la vida diaria y en definitiva mayor probabilidad de discapacidad (medido como una puntuación en el índice de Barthel <75). Un estudio sueco observó que, a los tres meses del ictus, el 67% de varones alcanzaban la independencia para desarrollar actividades básicas de la vida diaria como el vestido o el aseo personal, mientras que sólo el 54% de las mujeres lo lograban[79].

Los síntomas depresivos que pueden aparecer tras un ictus son también de gran importancia pronóstica. Aproximadamente un tercio de los pacientes desarrollan un síndrome depresivo post-ictus. La depresión post-ictus puede interferir en la recuperación funcional del paciente y se asocia a una mayor mortalidad. Las mujeres tienen un 78% más de probabilidad de desarrollar este tipo de depresión[80].

El daño cerebral producido por el ictus puede afectar a las funciones cognitivas del paciente y en ocasiones pueden marcar el inicio de una demencia. De hecho, se considera que el ictus es la segunda causa de demencia sólo por detrás de la enfermedad de Alzheimer. Un estudio poblacional reciente ha mostrado que las mujeres tienen peor función cognitiva tras sufrir un ictus y desarrollan demencia con mayor frecuencia (35,6% frente al 27,6%). No obstante, tras ajustar estos resultados por otros factores también relacionados con deterioro cognitivo (como por ejemplo la edad, nivel educativo, estado cognitivo previo, etc.) estas diferencias son menos marcadas[6].

La discapacidad funcional, secuelas sobre la salud mental y la afectación cognitiva producidas por el ictus tienen un impacto evidente sobre la calidad de vida del paciente. Multitud de estudios han mostrado que el deterioro en la calidad de vida tras el ictus es mayor en mujeres que en hombres. La calidad de vida se ve afectada de forma global en las mujeres, pero especialmente en las funciones físicas y salud mental (sobre todo por una mayor incidencia de síntomas depresivos)[79].

Se proponen varias razones para explicar estas diferencias entre hombres y mujeres en el pronóstico tras el ictus:

- La mayor edad es un factor evidente de mal pronóstico tras un ictus. Los pacientes más ancianos son más vulnerables al daño cerebral producido por el ictus y por tanto tendrán mayor probabilidad de fallecer o presentar secuelas más graves. La mayor longevidad de las mujeres y su mayor edad en el momento de sufrir un ictus podría en parte explicar su peor pronóstico.

- La situación previa del paciente determina de forma significativa su pronóstico posterior. Los pacientes con enfermedades previas, depresión o deterioro cognitivo, o con una situación previa de dependencia presentarán mayor grado de discapacidad tras el ictus. Las mujeres presentan más frecuentemente (y en parte por su edad avanzada) comorbilidades que pueden afectar a la evolución tras el ictus.



- Otro de los factores pronósticos más importantes es la gravedad del ictus. Cuanto más graves sean los síntomas y más extenso el daño cerebral, peores serán las secuelas. Los infartos cerebrales de causa cardioembólica suelen ser de mayor gravedad y extensión y este tipo de ictus es más frecuente en mujeres que en hombres. No obstante, la diferencia de gravedad del ictus entre hombres y mujeres no está del todo demostrada.

- Los factores socioeconómicos también pueden ser determinantes en el pronóstico de los pacientes que sufren ictus y una fuente de inequidad entre mujeres y hombres. Las mujeres tienen generalmente peores apoyos sociales que los hombres: viven habitualmente solas y tienen menor acceso a los cuidados (no es infrecuente que, antes de sufrir el ictus, las mujeres fueran cuidadoras de familiares dependientes, mientras que el rol del cuidador es mucho menos frecuente en el género masculino).

El destino del paciente con ictus tras el ingreso hospitalario, nos orienta sobre su situación funcional y su pronóstico a medio-largo plazo. Los pacientes que son dados de alta a su domicilio suelen presentar una mejor situación funcional que les permite regresar a su entorno habitual o disponen de los cuidados adecuados en su domicilio para poder adaptarse de forma satisfactoria a la nueva situación surgida tras el ictus. Los pacientes que por el contrario requieren ser trasladados a residencias o centros de media-larga estancia presentan mayor afectación funcional y menores opciones de recuperación en el futuro.

Las mujeres tienen peor función cognitiva tras sufrir un ictus y desarrollan demencia con mayor frecuencia (35,6% frente al 27,6%)

Tras el ingreso hospitalario por un ictus, las mujeres tienen menor probabilidad de ser dadas de alta a su domicilio, trasladándose a menudo a residencias o centros de media-larga estancia[79]. Estos datos se confirman mediante el análisis del CMBD en nuestro medio (ver apartado Incidencia del ictus en España: diferencias en función del sexo).

No se han observado diferencias por sexo en el acceso a los tratamientos de rehabilitación (física, del lenguaje o terapia ocupacional). Los programas de rehabilitación han demostrado ser beneficiosos tanto para mujeres como para hombres, pero en un estudio se observó que los hombres en tratamiento rehabilitador tenían hasta tres veces más de posibilidades de ser independientes para subir escaleras y desarrollar otras actividades de la vida diaria frente a las mujeres. Esta disparidad se atribuyó a diferencias en la fuerza muscular entre sexos[81].

Retos futuros desde una visión multidisciplinar y desde la investigación

Los datos presentados en este capítulo ponen en relieve la existencia de importantes diferencias biológicas entre mujeres y hombres en el campo de la enfermedad cerebrovascular. Asimismo, hemos constatado la persistencia de desigualdades de género en el acceso a los diferentes niveles de cuidados del ictus, generando una evidente situación de inequidad para las mujeres. Todos estos aspectos requieren una concienciación de los diferentes actores implicados (investigadores, sanitarios, sociales, políticos y de la administración pública) que permita la puesta en marcha de actuaciones para avanzar en el conocimiento de las características diferenciales del ictus en la mujer y luchar contra las desigualdades de género en la atención al ictus.

A modo de resumen, proponemos los siguientes retos futuros:

- Mejorar el conocimiento de los factores de riesgo y características específicas del ictus en las mujeres:
  - Distinción entre factores biológicos y factores socioeconómicos.
  - Promocionar la realización de registros específicos de ictus en mujer considerando aspectos de los que se dispone de escasa información.
  - Promover el diseño de modelos de predicción de riesgo adaptados a factores específicos del sexo y género femenino.
- Diseño de protocolos clínicos adecuados a las características biológicas y sociales de las mujeres.
- Puesta en marcha de políticas encaminadas a eliminar inequidades por género.
  - Fomentar la información y educación a la población.
  - Prevención de soledad y exclusión social .
  - Acceso adecuado a cuidados médicos y atención sociosanitaria.
- Concienciación entre los profesionales sanitarios sobre diferencias y desigualdades en la atención, diagnóstico y tratamiento del ictus entre hombres y mujeres.
  - Incidir durante el periodo de formación académica en la influencia del sexo y el género en la patología vascular.
  - Formación a los profesionales sanitarios.
  - Incluir recomendaciones específicas por sexo y género en las guías de práctica clínica y de las Sociedades Científicas.
- Lograr una representación equilibrada de mujeres y hombres en estudios de investigación (ensayos clínicos, etc.)
  - Incluir animales de ambos sexos en estudios experimentales.
  - Las mujeres incluidas en estudios de investigación deben representar mejor al colectivo de las mujeres en el mundo real: edad avanzada, más comorbilidad, etc.
  - Realizar sub-análisis por sexo con la potencia estadística adecuada de los estudios clínicos.
- Mejorar el reconocimiento de factores biológicos y socioeconómicos que influyen en un peor pronóstico tras el ictus en las mujeres.
- Medidas para mejorar el pronóstico tras el ictus en las mujeres (reducción de discapacidad y de depresión post-ictus).
- Incluir en los registros de ictus las situaciones diferentes del género binario.
- Evaluar los condicionantes biológicos, terapéuticos (especialmente hormonales) y psicosociales en el riesgo de desarrollo del ictus y sus complicaciones en personas transexuales y otras situaciones distintas del género binario convencional.

Ictus y mujer



INCIDENCIA POBLACIONAL

187 ictus por 100.000 habitantes

176 estandarizados a la población europea de 2006

La mortalidad asociada al ictus es superior en mujeres

Tradicionalmente se considera que el ictus agudo es infradiagnosticado en las mujeres principalmente motivado por la mayor presencia de síntomas atípicos

LA MUJER TIENE UN MAYOR RIESGO DE ICTUS A LO LARGO DE LA VIDA QUE EL HOMBRE

Estadios de la vida que concentran mayor riesgo



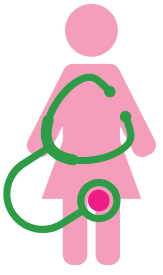
PERIODO FÉRTIL

POSTMENOPAUSIA

EDAD AVANZADA

Las mujeres tienen factores biológicos y farmacológicos únicos que presentan riesgos potenciales de ictus en función de los cambios reproductivos y hormonales a lo largo de la vida

ES NECESARIO EL DISEÑO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS ADECUADOS A LAS CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS Y SOCIALES DE LAS MUJERES



ANEXO TABLA 1 A

Principales códigos diagnósticos y enfermedades asociadas del aparato circulatorio según la clasificación CIE-10.

CODIGO	DESCRIPCION
I00	FIEBRE REUMATICA SIN MENCION DE COMPLICACION CARDIACA
I01	FIEBRE REUMATICA CON COMPLICACION CARDIACA
I02	COREA REUMATICA
I05	ENFERMEDADES REUMATICAS DE LA VALVULA MITRAL
I06	ENFERMEDADES REUMATICAS DE LA VALVULA AORTICA
I07	ENFERMEDADES REUMATICAS DE LA VALVULA TRICUSPIDE
I08	ENFERMEDADES VALVULARES MULTIPLES
I09	OTRAS ENFERMEDADES REUMATICAS DEL CORAZON
I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
I11	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA
I12	ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA
I13	ENFERMEDAD CARDIORRENAL HIPERTENSIVA
I15	HIPERTENSION SECUNDARIA
I20	ANGINA DE PECHO
I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO
I22	INFARTO SUBSECUENTE DEL MIOCARDIO
I23	CIERTAS COMPLICACIONES PRESENTES POST ERIORES AL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO
I24	OTRAS ENFERMEDADES ISQUEMICAS AGUDAS DEL CORAZON
I25	ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON
I26	EMBOLIA PULMONAR
I27	OTRAS ENFERMEDADES CARDIOPULMONARES
I28	OTRAS ENFERMEDADES VASOS PULMONARES
I30	PERICARDITIS AGUDA
I31	OTRAS ENFERMEDADES DEL PERICARDIO
I32*	PERICARDITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
I33	ENDOCARDITIS AGUDA Y SUBAGUDA
I34	TRASTORNOS NO REUMATICOS DE LA VALVULA MITRAL
I35	TRASTORNOS NO REUMATICOS DE LA VALVULA AORTICA
I36	TRASTORNOS NO REUMATICOS DE LA VALVULA TRICUSPIDE
I37	TRASTORNOS DE LA VALVULA PULMONAR
I38	ENDOCARDITIS, VALVULA NO ESPECIFICADA
I39*	ENDOCARDITIS Y TRASTORNOS VALVULARES EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
I40	MIOCARDITIS AGUDA
I41*	MIOCARDITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
I42	CARDIOMIOPATIA
I43*	CARDIOMIOPATIA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
I44	BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR Y DE RAMA IZQUIERDA DEL HAZ
I45	OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCCION
I46	PARO CARDIACO
I47	TAQUICARDIA PAROXISTICA
I48	FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR
I49	OTRAS ARRITMIAS CARDIACAS
I50	INSUFICIENCIA CARDIACA
I51	COMPLICACIONES Y DESCRIPCIONES MAL DEFINIDAS EN ENFERMEDADES CARDIACAS
I52*	OTROS TRASTORNOS CARDIACOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
I60	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
I61	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA
I62	OTRAS HEMORRAG INTRACRANEALES NO TRAUMATICAS
I63	INFARTO CEREBRAL
I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO
I65	OCLUSION Y ESTENOSIS EN ARTERIAS PRECEREBRALES SIN OCASIONAR INFARTO CEREBRAL
I66	OCLUSION Y ESTENOSIS EN ARTERIAS CEREBRALES SIN OCASIONAR INFARTO CEREBRAL
I67	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES
I68*	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
I69	SECUELAS DE ENFERMEDADES CEREBROVASCULAR
I70	ATEROSCLEROSIS
I71	ANEURISMA Y DISECCION AORTICOS
I72	OTROS ANEURISMAS
I73	OTRAS ENFERMEDADES VASCULARES PERIFERICAS
I74	EMBOLIA Y TROMBOSIS ARTERIALES
I77	OTROS TRASTORNOS ARTERIALES O ARTERIOLARES
I78	ENFERMEDADES DE LOS VASOS CAPILARES
I79*	TRASTORNOS DE LAS ARTERIAS, DE LAS ARTERIOLAS Y DE LOS VASOS CAPILARES EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
I80	FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS
I81	TROMBOSIS DE LA VENA PORTA
I82	OTRAS EMBOLIAS Y TROMBOSIS VENOSAS
I83	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES
I84	HEMORROIDES
I85	VARICES ESOFAGICAS
I86	VARICES DE OTROS SITIOS
I87	OTROS TRASTORNOS DE LAS VENAS
I88	LINFADENITIS INESPECIFICA
I89	OTROS TRASTORNOS NO INFECCIOSOS DE LOS VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS
I95	HIPOTENSION
I97	TRASTORNOS DEL SISTEMA CIRCULATORIO CONSECUTIVOS A PROCEDIMIENTOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
I98*	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
I99	OTROS TRASTORNOS Y LOS NO ESPECIFICADOS DEL SISTEMA CIRCULATORIO

ANEXO TABLA 1 B

Códigos y enfermedades cerebrovasculares según la clasificación detallada. CIE-10

I60	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	I600	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE SIFON Y BIFURCACIÓN CAROTIDEA
		I601	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA
		I602	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE ARTERIA COMUNICANTE ANTERIOR
		I603	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE ARTERIA COMUNICANTE POSTERIOR
		I604	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE ARTERIA BASILAR
		I605	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE ARTERIA VERTEBRAL
		I606	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE OTRAS ARTERIAS INTRACRANEALES
		I607	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE ARTERIA INTRACRANEAL NO ESPECIFICADA
		I608	OTRAS HEMORRAGIAS SUBARACNOIDEAS
		I609	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, NO ESPECIFICADA
I61	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA	I610	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN HEMISFERIO, SUBCORTICAL
		I611	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN HEMISFERIO, CORTICAL
		I612	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN HEMISFERIO, NO ESPECIFICADA
		I613	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA EN TALLO CEREBRAL
		I614	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA EN CEREBELO
		I615	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA, INTRAVENTRICULAR
		I616	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA DE LOCALIZACIONES MULTIPLES
		I618	OTRAS HEMORRAGIAS INTRAENCEFALICAS
		I619	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA, NO ESPECIFICADA
I62	OTRAS HEMORRAG INTRACRANEALES NO TRAUMATICAS	I620	HEMORRAGIA SUBDURAL (AGUDA) (NO TRAUMATICA)
		I621	HEMORRAGIA EXTRADURAL NO TRAUMATICA
		I629	HEMORRAGIA INTRACRANEAL (NO TRAUMATICA), NO ESPECIFICADA
I63	INFARTO CEREBRAL	I630	INFARTO CEREBRAL DEBIDO A TROMBOSIS DE ARTERIAS PRECEREBRALES
		I631	INFARTO CEREBRAL DEBIDO A EMBOLIA DE ARTERIAS PRECEREBRALES
		I632	INFARTO CEREBRAL DEBIDO A OCLUSION O ESTENOSIS NO ESPECIFICADA DE ARTERIAS PRECEREBRALES
		I633	INFARTO CEREBRAL DEBIDO A TROMBOSIS DE ARTERIAS CEREBRALES
		I634	INFARTO CEREBRAL DEBIDO A EMBOLIA DE ARTERIAS CEREBRALES
		I635	INFARTO CEREBRAL DEBIDO A OCLUSION O ESTENOSIS NO ESPECIFICADA DE ARTERIAS CEREBRALES
		I636	INFARTO CEREBRAL DEBIDO A TROMBOSIS DE VENAS CEREBRALES, NO PIOGENO
		I638	OTROS INFARTOS CEREBRALES
		I639	INFARTO CEREBRAL, NO ESPECIFICADO
I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO
I65	OCLUSION Y ESTENOSIS EN ARTERIAS PRECEREBRALES SIN OCASIONAR INFARTO CEREBRAL	I650	OCLUSION Y ESTENOSIS DE ARTERIA VERTEBRAL
		I651	OCLUSION Y ESTENOSIS DE ARTERIA BASILAR
		I652	OCLUSION Y ESTENOSIS DE ARTERIA CAROTIDA
		I653	OCLUSION Y ESTENOSIS MULTIPLE BILATERAL DE ARTERIAS PRECEREBRALES
		I658	OCLUSION Y ESTENOSIS DE OTRAS ARTERIAS PRECEREBRALES
		I659	OCLUSION Y ESTENOSIS DE ARTERIA PRECEREBRAL, NO ESPECIFICADA
I66	OCLUSION Y ESTENOSIS EN ARTERIAS CEREBRALES SIN OCASIONAR INFARTO CEREBRAL	I660	OCLUSION Y ESTENOSIS DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA
		I661	OCLUSION Y ESTENOSIS DE LA ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR
		I662	OCLUSION Y ESTENOSIS DE LA ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR
		I663	OCLUSION Y ESTENOSIS DE ARTERIAS CEREBELOSAS
		I664	OCLUSION Y ESTENOSIS MULTIPLE BILATERAL DE ARTERIAS CEREBRALES
		I668	OCLUSION Y ESTENOSIS DE OTRAS ARTERIAS CEREBRALES
		I669	OCLUSION Y ESTENOSIS DE ARTERIA CEREBRAL NO ESPECIFICADA
I67	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	I670	DISECCION DE ARTERIAS CEREBRALES, SIN RUPTURA
		I671	ANEURISMA CEREBRAL, SIN RUPTURA
		I672	ATEROSCLEROSIS CEREBRAL
		I673	LEUCOENCEFALOPATIA VASCULAR PROGRESIVA
		I674	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA
		I675	ENFERMEDAD DE MOYAMOYA
		I676	TROMBOSIS APIOGENA DEL SISTEMA VENOSO INTRACRANEAL
		I677	ARTERITIS CEREBRAL, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
		I678	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS
		I679	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA
I68*	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	I680*	ANGIOPATIA CEREBRAL AMILOIDE (E85.-†)
		I681*	ARTERITIS CEREBRAL EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADA EN OTRA PARTE
		I682*	ARTERITIS CEREBRAL EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADA EN OTRA PARTE
		I688*	OTROS TRASTORNOS CEREBROVASCULARES EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
I69	SECUELAS DE ENFERMEDADES CEREBROVASCULAR	I690	SECUELAS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
		I691	SECUELAS DE HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA
		I692	SECUELAS DE OTRAS HEMORRAGIAS INTRACRANEALES NO TRAUMATICAS
		I693	SECUELAS DE INFARTO CEREBRAL
		I694	SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO
		I698	SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

Bibliografía

1. Roth GA., Mensah GA., Johnson CO., Addolorato G., Ammirati E., Baddour LM., et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019: Update From the GBD 2019 Study. Journal of the American College of Cardiology. 2020;76(25):2982-3021, doi: 10.1016/j.jacc.2020.11.010.

2. GBD 2017 Causes of Death Collaborators Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018;392(10159):1736-88, doi: 10.1016/S0140-6736(18)32203-7.

3. INEbase / Sociedad /Salud /Estadística de defunciones según la causa de muerte / Resultados. INE.[accedido 13 agosto 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175.

4. Vogel B., Acevedo M., Appelman Y., Bairey Merz CN., Chieffo A., Figtree GA., et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. Lancet. 2021;397(10292):2385-438, doi: 10.1016/S0140-6736(21)00684-X.

5. Arboix, A, Diaz, J, Pérez-Sempere, A, Alvarz-Sabín, J, SEN, por el comité ad hoc del Grupo de Enfermedades Cerebrobasculares de la SEN Ictus: tipos etiológicos y criterios diagnósticos. Guia para el diagnóstico y tratamiento del ictus, vol. no 3. Barcelona: Prous Science; 2006. p. 1-23.

6. Yoon CW., Bushnell CD. Stroke in Women: A Review Focused on Epidemiology, Risk Factors, and Outcomes. J Stroke. 2023;25(1):2-15, doi: 10.5853/jos.2022.03468.

7. Christensen H., Bushnell C. Stroke in Women. Continuum (Minneap Minn). 2020;26(2):363-85, doi: 10.1212/CON.0000000000000836.

8. Alvarez-Sabín, J, Rovira Cañellas, A, Molina, C, Serena, J, Moltó, J Guía para la utilización de métodos y técnicas diagnósticas en el ictus: tipos etiológicos y criterios diagnósticos. Guia para el diagnóstico y tratamiento del ictus, vol. no 3. Barcelona: Prous Science; 2006. p. 25-63.

9. GBD Compare. Institute for Health Metrics and Evaluation.[accedido 13 julio 2023]. Disponible en: http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare.

10. Díaz-Guzmán J., Egido J-A., Gabriel-Sánchez R., Barberá-Comes G., Fuentes-Gimeno B., Fernández-Pérez C., et al. Stroke and transient ischemic attack incidence rate in Spain: the IBERICTUS study. Cerebrovasc Dis. 2012;34(4):272-81, doi: 10.1159/000342652.

11. de Miguel-Yanes JM., Jiménez-García R., López-de-Andrés A., Hernández-Barrera V., de Miguel-Díez J., Méndez-Bailón M., et al. The influence of sex on ischemic stroke incidence, therapeutic procedures and in-hospital mortality: Results of the Spanish National Hospital Discharge. Int J Clin Pract. 2021;75(12):e14984, doi: 10.1111/ijcp.14984.

12. 2018_Formulario_Peticion_Datos_RAE_CMBD.pdf.[accedido 19 agosto 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SolicitudCMBDdocs/2018_Formulario_Peticion_Datos_RAE_CMBD.pdf.

13. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Registro de Altas de los Hospitales

Generales del Sistema Nacional de Salud. CMBD. Norma Estatal.[accedido 17 julio 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm.

14. INE. Insituto Nacional de Estadística. Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y nacionalidad (agrupación de países)(48839). INE.

[accedido 19 agosto 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=48839&L=0.

15. O'Donnell MJ., Chin SL., Rangarajan S., Xavier D., Liu L., Zhang H., et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. Lancet (London, England). 2016;388(10046):761-75, doi: 10.1016/S0140-6736(16)30506-2.

16. Peters SAE., Carcel C., Millett ERC., Woodward M. Sex differences in the association between major risk factors and the risk of stroke in the UK Biobank cohort study. Neurology. 2020;95(20):e2715-26, doi: 10.1212/WNL.0000000000010982.

17. Ji H., Niiranen TJ., Rader F., Henglin M., Kim A., Ebinger JE., et al. Sex Differences in Blood Pressure Associations With Cardiovascular Outcomes. Circulation. 2021:761-3, doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.049360.

18. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. Lancet (London, England). 2021;398(10304):957-80, doi: 10.1016/S0140-6736(21)01330-1.

19. Mills KT., Bundy JD., Kelly TN., Reed JE., Kearney PM., Reynolds K., et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. Circulation. 2016;134(6):441-50, doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912.

20. Choi HM., Kim HC., Kang DR. Sex differences in hypertension prevalence and control: Analysis of the 2010-2014 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. PloS One. 2017;12(5):e0178334, doi: 10.1371/journal.pone.0178334.

21. Fryar CD., Ostchega Y., Hales CM., Zhang G., Kruszon-Moran D. Hypertension Prevalence and Control Among Adults: United States, 2015-2016. NCHS Data Brief. 2017;(289):1-8.

22. Zhang Y., Moran AE. Trends in the Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension Among Young Adults in the United States, 1999 to 2014. Hypertension (Dallas, Tex : 1979). 2017;70(4):736-42, doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.09801.

23. Oparil S., Davis BR., Cushman WC., Ford CE., Furberg CD., Habib GB., et al. Mortality and morbidity during and after Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial: results by sex. Hypertension (Dallas, Tex : 1979). 2013;61(5):977-86, doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.00213.

24. Ko D., Rahman F., Schnabel RB., Yin X., Benjamin EJ., Christophersen IE. Atrial fibrillation in women: epidemiology, pathophysiology, presentation, and prognosis. Nature Reviews Cardiology. 2016;13(6):321-32, doi: 10.1038/nrcardio.2016.45.

25. Nielsen PB., Skjøth F., Overvad TF., Larsen TB., Lip GYH. Female Sex Is a Risk Modifier Rather Than a Risk Factor for Stroke in Atrial Fibrillation: Should We Use a CHA(2)DS(2)-VA Score Rather Than CHA(2)DS(2)-VASc? Circulation. 2018;137(8):832-40, doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029081.

26. Odutayo A., Wong CX., Hsiao AJ., Hopewell S., Altman DG., Emdin CA. Atrial fibrillation and risks of cardiovascular disease, renal disease, and death: systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical Research Ed). 2016;354:i4482, doi: 10.1136/bmj.i4482.

27. Yong CM., Tremmel JA., Lansberg MG., Fan J., Askari M., Turakhia MP. Sex Differences in Oral Anticoagulation and Outcomes of Stroke and Intracranial Bleeding in Newly Diagnosed Atrial Fibrillation. Journal of the American Heart Association. 2020;9(10):e015689, doi: 10.1161/JAHA.120.015689.

28. Hindricks G., Potpara T., Dagres N., Arbelo E., Bax JJ., Blomström-Lundqvist C., et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. European Heart Journal. 2021;42(5):373-498, doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612.

29. Moseley A., Doukky R., Williams KA., Jaffer AK., Volgman AS. Indirect Comparison of Novel Oral Anticoagulants in Women with Nonvalvular Atrial Fibrillation. Journal of Women's Health (2002). 2017;26(3):214-21, doi: 10.1089/jwh.2016.5892.

30. Avgil Tsadok M., Gagnon J., Joza J., Behlouli H., Verma A., Essebag V., et al. Temporal trends and sex differences in pulmonary vein isolation for patients with atrial fibrillation. Heart Rhythm. 2015;12(9):1979-86, doi: 10.1016/j.hrthm.2015.06.029.

31. Cheng X., Hu Q., Gao L., Liu J., Qin S., Zhang D. Sex-related differences in catheter ablation of atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. Europace : European Pacing, Arrhythmias, and Cardiac Electrophysiology : Journal of the Working Groups on Cardiac Pacing, Arrhythmias, and Cardiac Cellular Electrophysiology of the European Society of Cardiology. 2019;21(10):1509-18, doi: 10.1093/europace/euz179.

32. Abusnina W., Latif A., Al-Abdouh A., Mostafa MR., Radaideh Q., Alshebani Y., et al. Sex Differences in the Clinical Outcomes After Left Atrial Appendage Closure: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cardiovascular Revascularization Medicine : Including Molecular Interventions. 2022;41:29-34, doi: 10.1016/j.carrev.2021.12.013.

33. Darden D., Duong T., Du C., Munir MB., Han FT., Reeves R., et al. Sex Differences in Procedural Outcomes Among Patients Undergoing Left Atrial Appendage Occlusion: Insights From the NCDR LAAO Registry. JAMA Cardiology. 2021;6(11):1275-84, doi: 10.1001/jamacardio.2021.3021.

34. Pan B., Jin X., Jun L., Qiu S., Zheng Q., Pan M. The relationship between smoking and stroke: A meta-analysis. Medicine. 2019;98(12):e14872, doi: 10.1097/MD.0000000000014872.

35. Peters SAE., Muntner P., Woodward M. Sex Differences in the Prevalence of, and Trends in, Cardiovascular Risk Factors, Treatment, and Control in the United States, 2001 to 2016. Circulation. 2019;139(8):1025-35, doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.035550.

36. Lear SA., Hu W., Rangarajan S., Gasevic D., Leong D., Iqbal R., et al. The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130 000 people from 17 high-income, middle-income, and low-income countries: the PURE study. Lancet (London, England). 2017;390(10113):2643-54, doi: 10.1016/S0140-6736(17)31634-3.

37. Kubota Y., Evenson KR., Maclehose RF., Roetker NS., Joshu CE., Folsom AR. Physical Activity and Lifetime Risk of Cardiovascular Disease and Cancer. Medicine and Science in Sports and Exercise. 2017;49(8):1599-605, doi: 10.1249/MSS.0000000000001274.



38. Guthold R., Stevens GA., Riley LM., Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. The Lancet Global Health. 2018;6(10):e1077-86, doi: 10.1016/S2214-109X(18)30357-7.

39. Oberlin LE., Waiwood AM., Cumming TB., Marsland AL., Bernhardt J., Erickson KI. Effects of Physical Activity on Poststroke Cognitive Function: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Stroke. 2017;48(11):3093-100, doi: 10.1161/STROKEAHA.117.017319.

40. Ference BA., Ginsberg HN., Graham I., Ray KK., Packard CJ., Bruckert E., et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Eur Heart J. 2017;38(32):2459-72, doi: 10.1093/eurheartj/ehx144.

41. Guijarro C., Cosin-Sales J. LDL cholesterol and atherosclerosis: The evidence. Clin Investig Arterioscler. 2021;33(1):25-32, doi: 10.1016/j.arteri.2020.12.004.

42. Peters SAE., Singhateh Y., Mackay D., Huxley RR., Woodward M. Total cholesterol as a risk factor for coronary heart disease and stroke in women compared with men: A systematic review and meta-analysis. Atherosclerosis. 2016;248:123-31, doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2016.03.016.

43. Tirschwell DL., Smith NL., Heckbert SR., Lemaitre RN., Longstreth WT., Psaty BM. Association of cholesterol with stroke risk varies in stroke subtypes and patient subgroups. Neurology. 2004;63(10):1868-75, doi: 10.1212/01.wnl.0000144282.42222.da.

44. Kurth T., Everett BM., Buring JE., Kase CS., Ridker PM., Gaziano JM. Lipid levels and the risk of ischemic stroke in women. Neurology. 2007;68(8):556-62, doi: 10.1212/01.wnl.0000254472.41810.0d.

45. Hindy G., Engström G., Larsson SC., Traylor M., Markus HS., Melander O., et al. Role of Blood Lipids in the Development of Ischemic Stroke and its Subtypes: A Mendelian Randomization Study. Stroke. 2018;49(4):820-7, doi: 10.1161/STROKEAHA.117.019653.

46. Berger JS., McGinn AP., Howard BV., Kuller L., Manson JE., Otvos J., et al. Lipid and lipoprotein biomarkers and the risk of ischemic stroke in postmenopausal women. Stroke. 2012;43(4):958-66, doi: 10.1161/STROKEAHA.111.641324.

47. Kleindorfer DO., Towfighi A., Chaturvedi S., Cockroft KM., Gutierrez J., Lombardi-Hill D., et al. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2021;52(7):e364-467, doi: 10.1161/STR.0000000000000375.

48. Yoon CW., Bushnell CD. Stroke in Women: A Review Focused on Epidemiology, Risk Factors, and Outcomes. J Stroke. 2023;25(1):2-15, doi: 10.5853/jos.2022.03468.

49. the Women Initiative for Stroke in Europe (WISE) group, Cordonnier C., Sprigg N., Sandset EC., Pavlovic A., Sunnerhagen KS., et al. Stroke in women — from evidence to inequalities. Nat Rev Neurol. 2017;13(9):521-32, doi: 10.1038/nrneurol.2017.95.

50. Christensen H., Bushnell C. Stroke in Women. CEREBROVASCULAR DISEASE. 2020;26(2):363-85.

51. Rexrode KM., Madsen TE., Yu AYX., Carcel C., Lichtman JH., Miller EC. The Impact of Sex and Gender on Stroke. Circ Res. 2022;130(4):512-28, doi: 10.1161/CIRCRESAHA.121.319915.

52. Ley SH., Li Y., Tobias DK., Manson JE., Rosner B., Hu FB., et al. Duration of Reproductive Life Span, Age at Menarche, and Age at Menopause Are Associated With Risk of Cardiovascular Disease in Women. JAHA. 2017;6(11):e006713, doi: 10.1161/JAHA.117.006713.

53. Boardman HM., Hartley L., Eisinga A., Main C., Roqué i Figuls M., Bonfill Cosp X., et al. Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;2015(8), doi: 10.1002/14651858.CD002229.pub4.

54. Bushnell C., Howard VJ., Lisabeth L., Caso V., Gall S., Kleindorfer D., et al. Sex differences in the evaluation and treatment of acute ischaemic stroke. The Lancet Neurology. 2018;17(7):641-50, doi: 10.1016/S1474-4422(18)30201-1.

55. Dou W., Huang Y., Liu X., Huang C., Huang J., Xu B., et al. Associations of Oral Contraceptive Use With Cardiovascular Disease and All-Cause Death: Evidence From the UK Biobank Cohort Study. Journal of the American Heart Association. 2023, doi: 10.1161/JAHA.123.030105.

56. Maas AHEM., Rosano G., Cifkova R., Chieffo A., van Dijken D., Hamoda H., et al. Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. European Heart Journal. 2021;42(10):967-84, doi: 10.1093/eurheartj/ehaa1044.

57. Cho L., Kaunitz AM., Faubion SS., Hayes SN., Lau ES., Pristera N., et al. Rethinking Menopausal Hormone Therapy: For Whom, What, When, and How Long? Circulation. 2023;147(7):597-610, doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.122.061559.

58. Manwani B., Finger C., Lisabeth L. Strategies for Maintaining Brain Health: The Role of Stroke Risk Factors Unique to Elderly Women. Stroke. 2022;53(8):2662-72, doi: 10.1161/STROKEAHA.121.036894.

59. Carrasquilla GD., Frumento P., Berglund A., Borgfeldt C., Bottai M., Chiavenna C., et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of stroke: A pooled analysis of data from population-based cohort studies. PLoS Med. 2017;14(11):e1002445, doi: 10.1371/journal.pmed.1002445.

60. Kremer C., Gdovinova Z., Bejot Y., Heldner MR., Zuurbier S., Walter S., et al. European Stroke Organisation guidelines on stroke in women: Management of menopause, pregnancy and postpartum. European Stroke Journal. 2022;7(2):I-XIX, doi: 10.1177/23969873221078696.

61. Parikh NI., Gonzalez JM., Anderson CAM., Judd SE., Rexrode KM., Hlatky MA., et al. Adverse Pregnancy Outcomes and Cardiovascular Disease Risk: Unique Opportunities for Cardiovascular Disease Prevention in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2021;143(18), doi: 10.1161/CIR.0000000000000961.

62. Appelman Y., van Rijn BB., ten Haaf ME., Boersma E., Peters SAE. Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention. Atherosclerosis. 2015;241(1):211-8, doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2015.01.027.

63. Sobrino García P., García Pastor A., García Arratibel A., Vicente Peracho G., Rodriguez Cruz PM., Pérez Sánchez JR., et al. Clasificación etiológica del ictus isquémico: comparación entre la nueva clasificación A-S-C-O y la clasificación del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Neurología. 2013;28(7):417-24, doi: 10.1016/j.nrl.2012.07.005.

64. Gasbarrino K., Di Iorio D., Daskalopoulou SS. Importance of sex and gender in ischaemic stroke and carotid atherosclerotic disease. European Heart Journal. 2022;43(6):460-73, doi: 10.1093/eurheartj/ehab756.

65. Lip GYH., Nieuwlaat R., Pisters R., Lane DA., Crijns HJGM. Refining Clinical Risk Stratification for Predicting Stroke and Thromboembolism in Atrial Fibrillation Using a Novel Risk Factor-Based Approach: The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. CHEST. 2010;137(2):263-72, doi: 10.1378/chest.09-1584.

66. Tamirisa KP., Calvert P., Dye C., Mares AC., Gupta D., Al-Ahmad A., et al. Sex Differences in Atrial Fibrillation. Curr Cardiol Rep. 2023, doi: 10.1007/s11886-023-01927-1.

67. Ospel J., Singh N., Ganesh A., Goyal M. Sex and Gender Differences in Stroke and Their Practical Implications in Acute Care. J Stroke. 2023;25(1):16-25, doi: 10.5853/jos.2022.04077.

68. Lisabeth LD., Brown DL., Hughes R., Majersik JJ., Morgenstern LB. Acute stroke symptoms: comparing women and men. Stroke. 2009;40(6):2031-6, doi: 10.1161/STROKEAHA.109.546812.

69. Gall SL., Donnan G., Dewey HM., Macdonell R., Sturm J., Gilligan A., et al. Sex differences in presentation, severity, and management of stroke in a population-based study. Neurology. 2010;74(12):975-81, doi: 10.1212/WNL.0b013e3181d5a48f.

70. Jerath NU., Reddy C., Freeman WD., Jerath AU., Brown RD. Gender differences in presenting signs and symptoms of acute ischemic stroke: a population-based study. Gend Med. 2011;8(5):312-9, doi: 10.1016/j.genm.2011.08.001.

71. Arboix A., Cartanyà A., Lowak M., García-Eroles L., Parra O., Oliveres M., et al. Gender differences and woman-specific trends in acute stroke: results from a hospital-based registry (1986-2009). Clin Neurol Neurosurg. 2014;127:19-24, doi: 10.1016/j.clineuro.2014.09.024.

72. Yu AYX., Hill MD., Asdaghi N., Boulanger J-M., Camden M-C., Campbell BCV., et al. Sex Differences in Diagnosis and Diagnostic Revision of Suspected Minor Cerebral Ischemic Events. Neurology. 2021;96(5):e732-9, doi: 10.1212/WNL.0000000000011212.

73. Strong B., Lisabeth LD., Reeves M. Sex differences in IV thrombolysis treatment for acute ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis. Neurology. 2020;95(1):e11-22, doi: 10.1212/WNL.0000000000009733.

74. Silva Y., Sánchez-Cirera L., Terceño M., Dorado L., Valls A., Martínez M., et al. Sex and gender differences in acute stroke care: metrics, access to treatment and outcome. A territorial analysis of the Stroke Code System of Catalonia. Eur Stroke J. 2023;8(2):557-65, doi: 10.1177/23969873231156260.

75. Asdaghi N., Romano JG., Wang K., Ciliberti-Vargas MA., Koch S., Gardener H., et al. Sex Disparities in Ischemic Stroke Care: FL-PR CReSD Study (Florida-Puerto Rico Collaboration to Reduce Stroke Disparities). Stroke. 2016;47(10):2618-26, doi: 10.1161/STROKEAHA.116.013059.

76. Kamal N., Sheng S., Xian Y., Matsouaka R., Hill MD., Bhatt DL., et al. Delays in Door-to-Needle Times and Their Impact on Treatment Time and Outcomes in Get With The Guidelines-Stroke. Stroke. 2017;48(4):946-54, doi: 10.1161/STROKEAHA.116.015712.

77. Arnao V., Caso V. Sex-related differences of acute stroke unit care: results from the Austrian stroke unit registry. Womens Health (Lond). 2014;10(5):487-9, doi: 10.2217/whe.14.44.

78. Lorenzano S., Ahmed N., Falcou A., Mikulik R., Tatlisumak T., Roffe C., et al. Does sex influence the response to intravenous thrombolysis in ischemic stroke?: answers from safe implementation of treatments in Stroke-International Stroke Thrombolysis Register. Stroke. 2013;44(12):3401-6, doi: 10.1161/STROKEAHA.113.002908.

79. Reeves MJ., Bushnell CD., Howard G., Gargano JW., Duncan PW., Lynch G., et al. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. Lancet Neurol. 2008;7(10):915-26, doi: 10.1016/S1474-4422(08)70193-5.

80. Rexrode KM., Madsen TE., Yu AYX., Carcel C., Lichtman JH., Miller EC. The Impact of Sex and Gender on Stroke. Circ Res. 2022;130(4):512-28, doi: 10.1161/CIRCRESAHA.121.319915.

81. Paolucci S., Bragoni M., Coiro P., De Angelis D., Fusco FR., Morelli D., et al. Is sex a prognostic factor in stroke rehabilitation? A matched comparison. Stroke. 2006;37(12):2989-94, doi: 10.1161/01.STR.0000248456.41647.3d.



CAPÍTULO 9

La migraña en la mujer



Dra. Jésica García Ull.
Médica especialista del servicio de Neurología del Hospital Clínic Universitari de València. Vocal en el Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN.



Dr. José Miguel Láinez Andrés.
Presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y jefe de servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Universidad Católica de Valencia.

Epidemiología de la migraña e impacto en la mujer

La migraña es el motivo neurológico de consulta más frecuente[1]. Los estudios poblacionales coinciden en confirmar la elevada prevalencia de la migraña, que afecta aproximadamente al 5-8% de los varones y al 15-20% de las mujeres. En España, se han realizado diferentes estudios epidemiológicos,[2-5] realizadas en los últimos 25 años que presentan resultados variables debido, en parte, a las diferencias metodológicas. No obstante, los dos estudios realmente poblacionales de ámbito nacional[3-4], a pesar de estar separados por más de 15 años, arrojan cifras muy similares de prevalencia de la migraña en España: la prevalencia global es del 12% con un claro predominio en las mujeres: 17% frente a un 7- 8% en varones. Esto significa que, sobre la población actual, más de 5 millones de personas padecen migraña en nuestro país, de las que aproximadamente el 80% son mujeres.

La prevalencia de la migraña varía con la edad. En el estudio American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP)[6], se observó que la prevalencia de la migraña era mayor entre los adultos de 30 a 39 años, donde la prevalencia entre las mujeres (24,4%) era más de tres veces superior a la de los hombres (7,4%). La prevalencia más baja se observó en los mayores de 60 años (5,0% mujeres, 1,6% hombres). Incluso entre los adolescentes de 12 a 17 años, la prevalencia de migraña era mayor en las mujeres (6,4%) que en los hombres (4,0%). Estos datos se superponen con los de los estudios españoles[3-4].

En las mujeres, la migraña tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 43%, y la migraña sin aura, incluida la migraña menstrual, es la más frecuente[7]. Afecta a las mujeres a lo largo de su vida, desde la pubertad hasta la posmenopausia. Además, en el contexto del ataque de migraña las mujeres presentan más síntomas que acompañan al dolor (náuseas, vómitos, fotofobia, sonofobia y alodinia) y con el tiempo tienen más tendencia a la cronificación, aumentando así la discapacidad.

La menarquia suele ser el momento en el que las mujeres inician su primer ataque de migraña, y se sabe que es más frecuente durante la edad fértil, existiendo una fuerte relación entre la migraña y la homeostasis hormonal. Los estrógenos juegan un papel fundamental y en los periodos en los que existe mayor fluctuación en sus niveles (pubertad, menstruación, perimenospausia) esta patología se ve agravada.

Los ataques de migraña limitan las actividades laborales, familiares y sociales de la persona que las padece, y hasta en un 20-30% de los casos, le obligan a permanecer en la cama [9]. De hecho, más del 80% de los pacientes con migraña sufre algún grado de discapacidad relacionada con esta cefalea, lo que ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a incluirla entre los trastornos más incapacitantes. Según su estudio de 2015 [10] sobre la carga que las enfermedades suponen en el mundo, la migraña es el tercer trastorno más prevalente y la séptima causa de incapacidad mundial (la segunda dentro de las patologías neurológicas, solo por detrás de los ictus).

Además, la migraña es más prevalente en la edad media de la vida, que es la etapa de población más activa laboralmente, lo que perjudica el acceso de la mujer al trabajo.

Su repercusión, tanto en el plano socioeconómico como sobre la calidad de vida, es muy importante; pero, a pesar de ello, la migraña es un trastorno insuficientemente reconocido y tratado, en parte porque no disponemos de marcadores fiables para confirmar el diagnóstico.

Diagnóstico de la migraña

El diagnóstico de la migraña es clínico y requiere una anamnesis dirigida para confirmar que se cumplen los criterios diagnósticos establecidos por la Clasificación Internacional de Cefaleas (CIC-3) de la International Headache Society-IHS [8]. La CIC-3 clasifica la migraña en tres subtipos *(tabla 1)*: 1.1 migraña sin aura, 1.2 migraña con aura y 1.3 migraña crónica (MC).

La migraña sin aura se caracteriza por episodios recurrentes de cefalea que se manifiestan en forma de ataques que duran entre 4 y 72 horas de cefalea de localización unilateral, cualidad pulsátil, intensidad moderada/grave; y empeoran con la actividad física rutinaria asociando náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia. La migraña con aura cursa con síntomas visuales, sensitivos u otra sintomatología neurológica reversible de menos de 1 hora de duración, que generalmente se desarrolla de forma gradual y se sigue una cefalea con características de migraña. Por último, la MC se caracteriza por la aparición de cefalea más de 15 días al mes durante más de 3 meses, en las que, al menos 8 días al mes, el dolor cumple criterios de migraña.

Tabla 1

Criterios de la CIC-3 para el diagnóstico de la migraña sin aura, con aura y crónica[6]

Migraña sin aura

A. Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D.
B. Duración de las crisis de 4-72 horas. Se refiere a las crisis no tratadas o a las tratadas sin éxito (en niños y adolescentes el rango de duración es de 2-72 horas).
C. La cefalea tiene al menos dos de las siguientes características:
1. Localización unilateral.
2. Calidad pulsátil.
3. Intensidad moderada-grave.
4. Se agrava con las actividades físicas habituales o impide la realización de estas (caminar, subir escaleras).

D. Al menos uno de los siguientes síntomas durante la cefalea:
1. Náuseas y/o vómitos.
2. Fotofobia y sonofobia.

E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la CIC-3.

Migraña con aura

A. Al menos dos crisis que cumplen los criterios B y C.
B. El aura comprende síntomas visuales, sensitivos, del lenguaje, motores, del troncoencéfalo o retinianos.
C. Al menos tres de las siguientes características:
1. Progresión gradual de al menos uno de los síntomas del aura durante un periodo ≥ 5 min y/o dos o más síntomas ocurren en sucesión.
2. Dos o más síntomas del aura aparecen sucesivamente.
3. Cada síntoma del aura tiene una duración de entre 5-60 minutos.
4. Al menos uno de los síntomas del aura es unilateral.
5. Al menos un síntoma del aura (visual o sensitivo) es positivo.
6. El aura se acompaña (o se sigue antes de 60 minutos) de cefalea.

D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la CIC-3.

Migraña crónica

A. Cefalea (tipo tensional o migrañoso) durante un período de 15 o más días al mes durante más de 3 meses que cumple los criterios B y C.
B. Aparece en un paciente que ha sufrido al menos cinco ataques que cumplen los criterios B-D para la migraña sin aura y/o los criterios B y C de la migraña con aura.
C. Durante un período de 8 o más días al mes por espacio de más de 3 meses cumple cualquiera de los siguientes:
- Criterios C y D para la migraña sin aura.
- Criterios B y C para la migraña con aura.
- En el momento de la aparición el paciente cree que es migraña, y se alivia con un triptán o derivados ergotamínicos.

D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la CIC-3.

Fisiopatología de la migraña. Rol de las hormonas

El conocimiento de la fisiopatología de la migraña ha presentado un gran avance en los últimos años. Ahora sabemos que se trata de una enfermedad genética neurovascular que afecta al metabolismo cerebral y provoca una disfunción neurosensorial que se manifiesta como ataques discapacitantes episódicos y recurrentes.

Los procesos iniciales del ataque migrañoso incluyen la activación y sensibilización de la vía trigéminovascular, así como la depresión cortical en el aura migrañosa. La activación del sistema trigeminovascular provoca neurotransmisión a los nociceptores trigeminales que inervan los grandes vasos sanguíneos de las meninges. A su vez, se produce una liberación de péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) y otros péptidos inflamatorios vasoactivos que desencadenan vasodilatación, extravasación plasmática y la posterior liberación de citoquinas y moléculas proinflamatorias. Este complejo estimula la sensibilización de segundo y tercer orden de las neuronas del sistema trigeminovascular, lo que provoca el dolor y la alodinia de la migraña. Esto se acompaña de una hiperexcitabilidad del córtex, lo que probablemente se deba a una disfunción de los procesos moduladores centrales del dolor[11].

Además del complejo trigeminovascular, entran en juego la sustancia gris periacueductal, el tálamo, el hipotálamo y el córtex. Otros posibles neuropéptidos implicados en la fisiopatología de la migraña incluyen el óxido nítrico (NO), el péptido intestinal vasoactivo (VIP), la expresión de los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA), receptores de glutamato, serotonina, ácido gamma-aminobutírico (GABA), y prostaglandinas, entre otros [12-13].

Los estrógenos tienen un importante efecto sobre la migraña y contribuyen a que el porcentaje de mujeres con migraña sea mayor que el de hombres. La influencia hormonal es evidente en la menarquia, el embarazo, postparto y perimenopausia, etapas en las que se ve afectada la frecuencia o intensidad de los ataques.

Los primeros estudios sobre la influencia hormonal en la migraña revelaron que la bajada de los estrógenos (en lugar de la progesterona) en la fase lútea del ciclo menstrual era un desencadenante importante de migraña menstrual. Además, el uso de anticonceptivos con estrógenos y la irregularidad menstrual desencadenaba migraña en algunas pacientes [14]. Los estudios más recientes sugieren que la migraña menstrual se desencadenaría tras una bajada rápida de estrógenos después de una exposición mantenida y a la liberación de prostaglandinas [15].

Los estrógenos tienen un importante efecto sobre la migraña y contribuyen a que el porcentaje de mujeres con migraña sea mayor que el de hombres



El procesamiento central del reflejo trigémino-cervical en las mujeres con migraña menstrual parecen ser diferentes de los controles. Las mujeres con migraña menstrual presentan una excitabilidad del trigémino diferente a los controles, con latencias significativamente más cortas, cuando se estimula el nervio en el período perimenstrual en comparación con la fase folicular. Las mujeres con y sin migraña parecen presentar menor habituación y mayor percepción del dolor a estímulos periféricos durante la bajada de estrógenos. Esto puede explicar, en parte, porque la migraña menstrual es más dolorosa e incapacitante que cuando ésta tiene lugar en otro momento del ciclo[16-17].

Migraña menstrual

Las crisis de migraña menstrual son más intensas, duraderas, se asocian más a náuseas y provocan más incapacidad que la migraña que se produce fuera del ciclo menstrual, por lo que se necesita una estrategia de tratamiento especial.

En primer lugar, es recomendable que la paciente rellene un calendario de cefaleas durante 3 meses para poder determinar la relación con la menstruación, así como la frecuencia total de migrañas y otros patrones. Una vez determinado esto, se le deben explicar a la paciente las opciones terapéuticas, tanto farmacológicas como no farmacológicas. Los enfoques farmacológicos incluyen tratamientos agudos, profilaxis diaria y profilaxis a corto plazo antes y durante la menstruación. Las estrategias no farmacológicas incluyen la evitación de desencadenantes, una higiene del sueño constante, hidratación y ejercicio.

Tratamiento agudo

Muchas mujeres responden al tratamiento agudo clásico de la migraña. Sin embargo, debido a que en la migraña menstrual es más frecuente que se asocien náuseas, los antieméticos y los procinéticos, como la metoclopramida, pueden ser eficaces.

Existen siete triptanes disponibles en el mercado y se elegirán dependiendo de las características de las crisis (intensidad, duración, recurrencias) y las preferencias de la paciente en cuanto a vía de administración o efectos secundarios.

Una gran variedad de AINE puede usarse en la migraña menstrual y, dado que se han observado niveles elevados de prostaglandinas y de otras moléculas proinflamatorias durante la migraña menstrual, parece tener sentido, y algunos datos apoyan su uso como profilaxis a corto plazo. Además, algunos estudios en los que se combinan AINE y triptanes como tratamiento agudo también han resultado positivos[18-19].

Profilaxis a corto plazo

En algunas pacientes el tratamiento agudo no es suficiente por lo que es conveniente una profilaxis a corto plazo, que consiste en un tratamiento que se inicia 2-3 días antes de la menstruación y continua varios días durante ésta. Para que esta pauta sea efectiva, la paciente debe tener una regla regular y predecible. El tratamiento que mayor evidencia tiene en este aspecto es el frovatriptán, con una dosis de 2,5 mg una o dos veces al día durante 6 días, comenzando 2 días antes del inicio de la menstruación. Los estudios han demostrado un beneficio estadísticamente significativo, comparado con placebo, en la reducción de la frecuencia de cefaleas, el aumento del tiempo libre de dolor y la reducción de la intensidad. Aunque una dosis diaria fue eficaz, la dosis de dos veces al día parece demostrar un mayor beneficio[20].

Los AINE también pueden ser efectivos de este modo, el naproxeno sódico, también utilizado en la dismenorrea, puede ser eficaz iniciándose 500 mg dos veces al día desde 2-4 días antes de la menstruación hasta el tercer día del inicio de ésta.

Profilaxis a largo plazo

El tratamiento preventivo para la migraña está indicado en cualquier paciente que tenga migrañas frecuentes o ineficacia a los tratamientos sintomáticos. En ocasiones el tratamiento sintomático es más eficaz cuando la paciente ya toma un tratamiento preventivo de base. Se recomienda mantener el tratamiento al menos tres meses para valorar su eficacia. Los tratamientos preventivos incluyen betabloqueantes, antidepresivos, antiepilépticos, calcioantagonistas, toxina botulínica y fármacos monoclonales anti-CGRP, entre otros.

Migraña y embarazo

Durante la gestación se produce un incremento persistente de las concentraciones de estrógenos y progesterona que da lugar a los cambios que se observan en la clínica de la migraña. En cerca del 60-70% se produce una mejoría de los síntomas de la migraña durante el embarazo, sobre todo en aquellas mujeres que tiene migraña relacionada con la menstruación y migraña sin aura, y es más marcada en el 2º y 3er trimestre.

Por otra parte, hasta el 3-6% de las mujeres sufren su primera crisis de migraña durante el embarazo, incluso puede ser el primer momento en el que se presente un aura. La mayoría de las cefaleas que ocurren durante el embarazo son cefaleas primarias y es más frecuente que se trate de una cefalea preexistente al embarazo que de una cefalea de inicio durante el mismo.

No existen ensayos clínicos específicamente diseñados para evaluar la eficacia y seguridad de ningún fármaco durante el embarazo; de hecho, la mayoría de las opciones, tanto preventivas como sintomáticas, no se consideran suficientemente seguras como para utilizarlas de forma extensa. Sin embargo, el mal manejo del dolor durante el embarazo es un factor de riesgo establecido para el desarrollo de dolor crónico, estrés materno, depresión, problemas de sueño e hipertensión, y todo esto podría afectar potencialmente al desarrollo del feto y a la evolución del embarazo.

La decisión de prescribir medicación a una mujer embarazada es difícil porque se necesita considerar el beneficio-riesgo de ambos, el feto y la madre. En primer lugar, y al igual que en el tratamiento de la migraña en cualquier situación y contexto, es importante recordar a la paciente aquellas medidas higiénico-dietéticas que pueden resultar beneficiosas y contribuir a una mejor evolución de la migraña. Entre ellas se incluye el llevar un ritmo de sueño regular,





practicar ejercicio físico moderado de forma habitual, una alimentación saludable, hidratación adecuada y abandonar el tabaco. Tratamientos alternativos como técnicas de relajación, biofeedback o yoga pueden resultar beneficiosos y no suponen ningún riesgo para la madre y el feto.

La categorización más extendida para valorar el riesgo de uso de fármacos en el embarazo es la de la FDA ***(tabla 2)***. En la actualidad esta clasificación se ha modificado por una nueva más descriptiva, aunque la antigua se sigue empleando para establecer una jerarquía de seguridad en los fármacos[21].

Tabla 2

Categorías farmacológicas de la FDA para su uso durante el embarazo

Categoría	Descripción
A	Seguro. Estudios adecuados y bien controlados no han demostrado riesgo para el feto durante el primer trimestre de embarazo (sin evidencia de riesgo en los trimestres posteriores).
B	Los estudios de reproducción en animales no han demostrado riesgo para el feto, pero no se dispone de estudios adecuados y bien controlados hechos en mujeres embarazadas.
C	Los estudios de reproducción en animales han demostrado riesgo para el feto, pero no se dispone de estudios adecuados y bien controlados hechos en mujeres embarazadas. Los potenciales beneficios justifican su uso frente a los posibles riesgos.
D	Existe evidencia clara de riesgo para el feto según datos de investigación y de estudios de comercialización. Los potenciales beneficios de su uso durante el embarazo podrían ser asumibles pese a los riesgos.
X	Contraindicado. Los estudios en animales o en humanos han demostrado anomalías en el feto y/o existen. evidencias de riesgo para el feto humano según los estudios poscomercializacion. Los riesgos superan los beneficios para su utilización.

La profilaxis farmacológica está indicada cuando los episodios de migraña son frecuentes, habitualmente por encima de los 3 o 4 días de dolor al mes, responden mal al tratamiento abortivo o son invalidantes. El listado de fármacos que pueden aportar beneficio es muy largo fuera de la gestación, pero se reduce de forma significativa y con matices para el grupo de mujeres embarazadas ***(tabla 3)***[22].

Tabla 3

Tratamiento preventivo de la migraña en embarazo según riesgo estratificado de la FDA

Categoría B	Categoría C		Categoría D
Ciproheptadina	Propranolol	Venlafaxina	Atenolol
Magnesio	Metoprolol	Gabapentina	Candesartán
Lidocaína	Nadolol	OnabotulinumtoxinA	Lisinopril
	Timolol	Vitamina B2	Sulfato de magnesio
	Amitriptilina	Coenzima Q10	Nebivolol
	Citalopram	Bupivacaína	
	Escitalopram	Lamotrigina	
	Fluoxetina	Flunarizina	
	Sertralina		

El tratamiento sintomático se estratificará según la gravedad de las crisis. El paracetamol es el fármaco recomendado como primera línea y además puede utilizarse con seguridad a lo largo de todo el embarazo, aunque es bien sabido que suele ser poco eficaz para resolver el dolor de la migraña. En la ***tabla 4*** se resumen los tratamientos sintomáticos para la migraña clasificados según la escala de la FDA.

Tabla 4

Tratamiento sintomático de la migraña en embarazo según riesgo estratificado de la FDA

Categoría B	Categoría C		Categoría D
Paracetamol	Ibuprofeno (1T, 2T)	Eletriptán	Diclofenaco (3T)
Metoclopramida	Naproxeno (1T, 2T)	Frovatriptán	Ibuprofeno (3T)
Diclofenaco (1T, 2T)	AAS (1T, 2T)	Naratriptán	Naproxeno (3T)
Ondansetrón	Indometacina (1T, 2T)	Rizatriptán	AAS (3T)
Lidocaína	Codeína	Sumatriptán	Indometacina (3T)
	Morfina	Zolmitriptán	
	Tramadol	Prednisona	
	Almotriptán		

AAS: ácido acetilsalicílico; T: trimestre.

Migraña en el parto y la lactancia

Tras el embarazo, el patrón de migrañas suele retornar al que previamente padecía la paciente. En las primeras 48 horas, por la caída de los estrógenos que se produce tras el parto, en torno al 10% de las mujeres padece una crisis de migraña, y al menos la mitad presenta una recurrencia de la misma en el primer mes después del parto.

Sin embargo, a la lactancia se le atribuye un papel protector por mantener estables los niveles estrogénicos, así como los niveles de prolactina y oxitocina que podrían actuar como moléculas antinociceptivas. Se ha observado que más del 85% de las mujeres que emplean lactancia artificial tienen migrañas en el primer mes después del parto frente al 50% de las que optan por la lactancia natural[22].

Se recomienda la página www-e-lactancia.org para dudas sobre tratamientos recomendables durante la lactancia[23].





La migraña en las mujeres es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes y la segunda con más incapacidad. Sin embargo, más del 50% de ellas no reciben atención médica

Migraña en la perimenopausia y menopausia

Muchas mujeres presentan empeoramiento de sus migrañas en la perimenopausia. Aunque la edad media de la perimenopausia en nuestro medio se sitúa en 51 años[24], la perimenopausia comienza en la década anterior y marca el final de los años reproductivos. Esta transición está causada por la fluctuación de la función ovárica y de los niveles hormonales irregulares, con manifestaciones como sofocos, insomnio, dificultad para concentrarse y disminución de la libido. Esta variación hormonal caótica puede aumentar la frecuencia y la intensidad de las migrañas; incluso en pacientes en las que ya estaban remitiendo las crisis. En pacientes con migraña asociada a la menstruación, los ciclos irregulares hacen que la migraña sea impredecible y el tratamiento más difícil.

El abordaje terapéutico de la migraña en esta etapa también se basa en tratamiento sintomático y preventivo, pero cuando estos fracasan y existen síntomas vasomotores y ausencia de riesgo vascular, la terapia hormonal sustitutiva (THS) puede ser útil en algunos casos. En mujeres con fracaso o no indicación de la THS, la venlafaxina, paroxetina, fluoxetina y gabapentina han demostrado que pueden ayudar a reducir los síntomas vasomotores, y la venlafaxina en concreto puede ser eficaz en la prevención de la migraña[25].

El efecto de la menopausia en la migraña aún no se conoce con claridad. En pacientes con antecedentes de migraña relacionada con la menstruación sí que existe una reducción de la frecuencia en la menopausia; en estudios de poblacionales[26] también se ha demostrado una reducción en su frecuencia; pero esto no ocurre en los estudios clínicos específicos de cefaleas [27].

Conclusiones

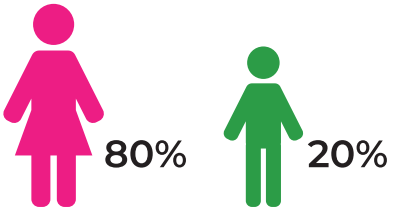
La migraña es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes y la segunda con más incapacidad. Sin embargo, más del 50% de ellas no reciben atención médica. Las mujeres se ven desproporcionalmente afectadas, con una proporción 3:1, en parte, debido a la influencia hormonal. Muchos otros factores, como los niveles de serotonina, las prostaglandinas y el procesamiento central del dolor desempeñan un papel fundamental en la fisiopatología de la migraña.

Existen múltiples opciones terapéuticas en la migraña, pero es necesario informar de forma adecuada a la paciente sobre su enfermedad, para mejorar el conocimiento sobre los factores precipitantes y cronificantes, involucrando así a la paciente en su control e influir positivamente en la evolución de la migraña.

La migraña en la mujer

PREVALENCIA GLOBAL EN ESPAÑA





En las mujeres, la migraña tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 43%, y la migraña sin aura, incluida la migraña menstrual, es la más frecuente. Afecta a las mujeres a lo largo de su vida, desde la pubertad hasta la posmenopausia

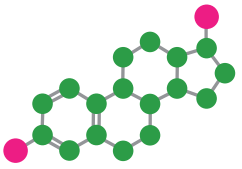
LAS MUJERES PRESENTAN MÁS SÍNTOMAS QUE ACOMPAÑAN AL DOLOR



- Náuseas
- Vómitos
- Fotofobia
- Sonofobia
- Alodinia

- Más tendencia a la cronificación
- Aumento de la discapacidad

La Organización Mundial de la Salud ha incluido a la migraña entre los trastornos más incapacitantes



Los estrógenos tienen un importante efecto sobre la migraña y contribuyen a que el porcentaje de mujeres con migraña sea mayor que el de hombres

PLANO SOCIOECONÓMICO: CALIDAD DE VIDA

Su repercusión, tanto en el plano socioeconómico como sobre la calidad de vida, es muy importante. A pesar de ello, la migraña es un trastorno insuficientemente reconocido y tratado, en parte porque no disponemos de marcadores fiables para confirmar el diagnóstico



Bibliografía

1. Guerrero AL, Rojo E, Herrero S, Neri MJ, Bautista L, Peñas ML, et al. Characteristics of the first 1000 headaches in an outpatient headache clinic registry. Headache. 2011;51:226-31.

2. Matías-Guiu J, Porta-Etessam J, Mateos V, Díaz-Insa S, Lopez-Gil A, Fernández C. One-year prevalence of migraine in Spain: A nationwide population-based survey. Cephalalgia. 2011;31(4):463-470.

3. Sánchez Pérez RM, Asensio Asensio M, Melchor A, Montiel I, Falip R, Moltó Jordà JM, et al. Estudio descriptivo de migraña en una población rural del Àrea del Comtat. Rev Neurol. 1999;28(04):373-376.

4. Láinez JM, Vioque J, Hernández Y, Titus F. Prevalence of migraine in Spain. An assesment of the questionnire´s validity by clinical interview. En:Olesen J, editor. Headache classification and epidemiology. Raven Press,Ltd, New York, 1994: 221-225.

5. Pascual J, Colás R, Castillo J. Epidemiology of chronic daily headache. Curr Pain Headache Rep. 2001;5(6):529-536. doi:10.1007/s11916-001-0070-6

6. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag DO, Reed ML, Stewart WF; AMPP Advisory Group. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. Neurology 2007;68(05):343–349

7. Todd C, Lagman-Bartolome AM, Lay C. Women and Migraine: the Role of Hormones. Curr Neurol Neurosci Rep. 2018 May 31;18(7):42

8. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

9. Steiner TJ. Lifting the burden: the global campaign against headache. Lancet Neurol. 2004;3:204-205

10. GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet Neurol. 2017 Nov;16(11):877-897

11. Pietrobon D,MoskowitzMA. Pathophysiology of migraine. Annu Rev Physiol 2013;75:365–391

12. Goadsby PJ. Pathophysiology of migraine. Neurol Clin 2009;27 (02):335–360

13. Puledda F, Messina R, Goadsby PJ. An update on migraine: current understanding and future directions. J Neurol 2017; 264(09):2031–2039

14. Somerville BW. Estrogen-withdrawal migraine II. Attempted prophylaxis by continuous estradiol administration. Neurology 1975;25(03):245

15. Vetvik KG, MacGregor EA. Menstrual migraine: a distinct disorder needing greater recognition. Lancet Neurol. 2021 Apr;20(4):304-315. doi: 10.1016/S1474-4422(20)30482-8.

16. Varlibas A, Erdemoglu AK. Altered trigeminal system excitability in menstrual migraine patients. JHeadache Pain 2009;10(04):277–282

17. De Tommaso M, ValerianiM, SardaroM, et al. Pain perception and laser evoked potentials during menstrual cycle in migraine. J Headache Pain 2009;10(06):423–429

18. Allais G, Bussone G, Tullo V, et al. Frovatriptan 2.5 mg plus dexketoprofen (25 mg or 37.5 mg) in menstrually related migraine. Subanalysis from a double-blind, randomized trial. Cephalalgia 2015;35(01):45–50

19. Cady RK, Diamond ML, Diamond MP, et al. Sumatriptan-naproxen sodium for menstrual migraine and dysmenorrhea: satisfaction, productivity, and functional disability outcomes. Headache 2011;51(05):664–673

20. Silberstein SD, Elkind AH, Schreiber C, Keywood C. A randomized trial of frovatriptan for the intermittent prevention of menstrual migraine. Neurology 2004;63(02):261–269.

21. González-García N, Díaz de Terán J, López-Veloso AC, Mas-Sala N, Mínguez-Olaondo A, Ruiz-Piñero M, Gago-Veiga AB, Santos-Lasaosa S, Viguera-Romero J, Pozo-Rosich P. Headache: pregnancy and breastfeeding Recommendations of the Spanish Society of Neurology's Headache Study Group. Neurologia (Engl Ed). 2019 Apr 29:S0213-4853(19)30009-X.

22. Santos-Lasaosa S, Pozo-Rosich P. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020. Ed Luzán 5, Madrid 2020

23. E-lactancia: ¿Es compatible con la lactancia? Disponible en: http://e-lactancia.org/. (Consultado el 12/6/2023).

24. Nelson HD. Menopause. Lancet. 2008 Mar 1;371(9614):760-70. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60346-3

25. North American Menopause Society. Treatment of menopause associated vasomotor symptoms: position statement of The North American Menopause Society. Menopause 2004;11(01):11–33

26. Ripa P, Ornello R,Degan D, et al.Migraine in menopausalwomen: a systematic review. Int J Womens Health 2015;7:773–782

27. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. Headache 2001;41(07): 646–657

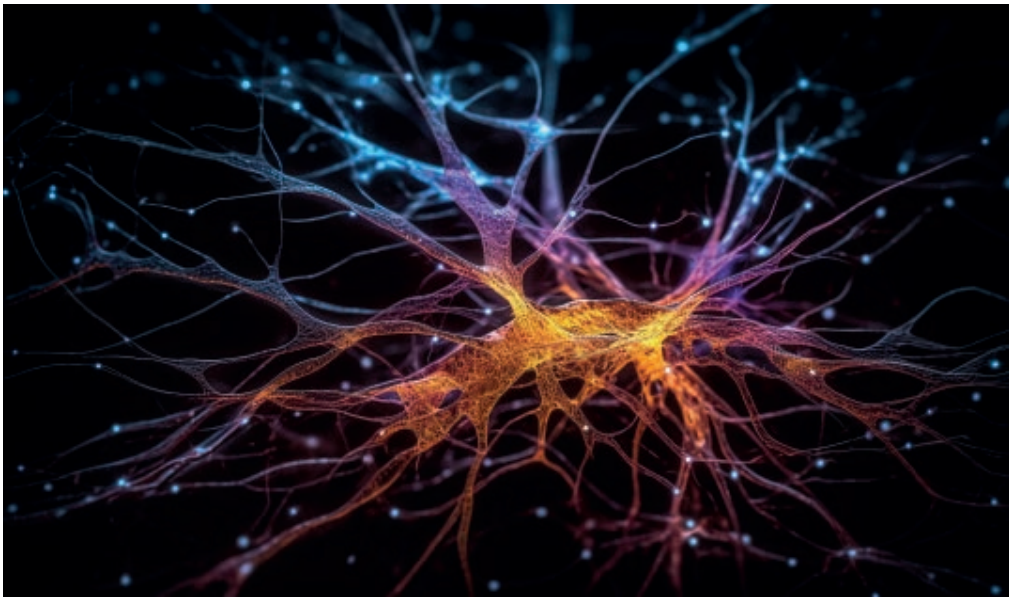


CAPÍTULO 10

Esclerosis múltiple y mujer



Dra. Celia Oreja-Guevara.
Jefa de Sección de Neurología del Hospital Universitario Clínico San Carlos.



Introducción

¿Qué es la Esclerosis Múltiple? Epidemiología. Factores ambientales y hormonales

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune del sistema nervioso central, inflamatoria, desmielinizante y neurodegenerativa que se caracteriza por su heterogeneidad en cuanto a su presentación anatomopatológica, clínica y radiológica. Por esta razón, a menudo se la denomina "la enfermedad de las mil caras" [1]. Afecta a personas jóvenes, siendo la segunda causa de discapacidad en jóvenes en el mundo occidental después de los accidentes de tráfico[2].

Se llama esclerosis múltiple debido a las características patológicas de las lesiones (son placas duras: esclerosis ≈ cicatriz) y a la ocurrencia frecuente de episodios repetidos de disfunción neurológica. Se caracteriza por la pérdida de la mielina que recubre los nervios y esto provoca un enlentecimiento de la conducción nerviosa y por ello se provocan los síntomas y con el tiempo se produce además un daño del axón y se interrumpe la conducción nerviosa y ello conlleva a un daño irreparable.

Afecta a unos 2,8 millones de personas en todo el mundo[3]. En España se registran cerca de 2.000 casos nuevos al año, y actualmente hay cerca de 55.000 personas con esta enfermedad[4]. Es una enfermedad crónica que no tiene cura actualmente, pero para la cual hay diversos tratamientos que modifican la evolución de la enfermedad. La cronicidad inherente a la EM conlleva la necesidad de vivir con ella y adaptar la forma de vida a los síntomas y secuelas, así como a la incertidumbre de cuándo volverá el siguiente episodio.

La enfermedad se inicia entre los 20 y los 40 años con una edad media de inicio de 30 años, pero un 10% de ellos son diagnosticados en la niñez o adolescencia[2]. En general, son personas jóvenes que acaban de empezar a trabajar, que pueden querer tener familia, que están haciendo sus planes de futuro, donde vivir, con quién, a qué dedicarse, etc. Por ello, esta enfermedad impacta mucho en el futuro de estas personas y en la calidad de vida de los años venideros.



Afecta principalmente a mujeres en una proporción de 3:1 aunque en algunos países la diferencia entre ambos sexos es mayor. Por tanto, entre el 70-80 % de las personas con EM son mujeres. Eso quiere decir que la persona prototipo que inicia la esclerosis múltiple es una mujer joven que está en edad reproductiva y esto va a influir en la planificación terapéutica a corto y largo plazo.

Por ello, hay que tener en cuenta en esta enfermedad la menarquia, el embarazo y la menopausia como etapas de vida de la mujer que afectan a la enfermedad y viceversa.

La EM es una enfermedad desmielinizante en la cual además los axones se dañan desde etapas muy tempranas, por ello se considera que es una enfermedad inflamatoria y degenerativa desde fases muy tempranas, aunque la inflamación predomina en los primeros años, y la degeneración axonal en las etapas tardías. Los brotes tienen su correlato patológico en la inflamación con un infiltrado inflamatorio de linfocitos T, linfocitos B, microglía activada y macrófagos y desmielinización. El daño axonal irreversible lleva a la progresión de la enfermedad. Además, se ha descrito la presencia de desmielinización cortical y de folículos linfoides en las meninges, próximos a la corteza, que son más frecuentes en las fases progresivas [5,6]. Actualmente, se conoce que existe una inflamación crónica que puede estar implicada en lo que hoy en día se conoce como "smoldering disease" y que es una fase de la enfermedad en la que el daño del sistema nervioso central continúa de manera silenciosa sin brotes clínicos evidentes [7].

Afecta principalmente a mujeres en una proporción de 3:1 aunque en algunos países la diferencia entre ambos sexos es mayor. La persona prototipo que inicia la esclerosis múltiple es una mujer joven que está en edad reproductiva

En los folículos linfoides, pueden residir células B infectadas por el virus de Epstein-Barr (VEB), esto es importante porque parece que el VEB podría ser uno de varios factores que contribuyen al desarrollo de la enfermedad y podría estar implicado en el mantenimiento de ella.[8,9]

Factores ambientales, genéticos y hormonales

La EM es una enfermedad heterogénea, de etiología multifactorial, inmunomediada causada por complejas interacciones gen-ambiente[2].

La prevalencia de la enfermedad varía entre países y se encuentra entre 1 por 1000 en los países occidentales a una prevalencia muchísimo menor de 2 por 100.000 individuos en Asia. Algunos estudios correlacionan una mayor latitud con un aumento de la prevalencia y de la incidencia, y en algunos de ellos con más latitud puede aumentar a una prevalencia de 1 por 400 individuos [2]. Estas diferencias entre regiones parece que se deben a la raza, genética y los factores ambientales. Para que se desarrolle la EM, se requieren uno o más factores ambientales además de una predisposición genética.

En la última década, se ha observado un incremento tanto en la cantidad de casos existentes (prevalencia) como en la cantidad de nuevos casos anuales (incidencia) en todas las regiones del mundo, principalmente en las mujeres y parece que tiene más que ver con el medio ambiente que con la genética[10]. Las causas de ello no son del todo conocidas pero pueden

tener que ver con los cambios en el estilo de vida de las mujeres: aumento del tabaquismo, cambios en la dieta, obesidad, maternidad más tardía y cambios en el tipo de trabajo [11]. El aumento de la incidencia y prevalencia en las mujeres no está relacionado con un mejor diagnóstico ya que este aumento no se observa en los hombres.

Uno de los principales cambios en la vida de la mujer contemporánea es la tendencia a tener menos hijos y a tenerlos más tarde que sus abuelas. En el embarazo se produce una inmunosupresión temporal que puede ejercer un efecto protector contra la EM en las mujeres y por ello esto podría explicar en parte el aumento de la incidencia de la EM en las mujeres[11,12].

Además, el aumento de la incidencia de EM en mujeres puede estar relacionado con el incremento del hábito tabáquico en las últimas décadas. El tabaquismo se ha identificado como un factor de riesgo para desarrollar la EM (OR de ~1,5). Existe una clara relación dosis-respuesta, en la que la dosis acumulada de tabaquismo está relacionada con un aumento del riesgo. Fumar también aumenta el riesgo de desarrollar anticuerpos neutralizantes contra medicamentos biológicos utilizados en el tratamiento de la EM como el natalizumab o el interferón beta[13].

El tabaquismo interacciona además con los genes de riesgo HLA asociados a la EM. Con lo que combinando los dos factores podría llevar a una OR alrededor de 14 para fumadores. Parece ser que el ser fumador pasivo también conlleva riesgos. Haber fumado en el pasado también se asocia a un peor pronóstico de la EM , por lo que en resumen existen razones de peso para aconsejar a las personas con EM que dejen de fumar[14].

El estilo de vida ha cambiado en las mujeres en las últimas décadas: cambios en el rol de la mujer en la actividad laboral, cambios en las actividades al aire libre y hábitos dietéticos. Las consecuencias del estilo de vida urbanizado incluyen estrés psicológico, falta de sueño, cambios en los hábitos alimentarios y falta de actividad física, y han sido identificadas como posibles factores de exceso de peso en mujeres [12].Las mujeres han incrementado la ingesta de "fast food" lo que conlleva peor dieta con más grasas y obesidad. Las grasas saturadas activan los receptores Toll-like 4, lo que provoca un efecto inflamatorio y daño vascular. Este daño se manifiesta en la obstrucción de los capilares y la disminución de la elasticidad de la pared capilar. Si se consumen cantidades excesivas de grasas, estas se depositan en el tejido graso, lo que conduce al sobrepeso y la obesidad[15].La obesidad en la adolescencia, especialmente cuando el índice de masa corporal (IMC) es mayor a 27 kg/m^2, es un factor desencadenante de la esclerosis múltiple (EM). A los 20 años, el riesgo de padecer EM se duplica[15]. Una mayor adiposidad en las niñas también conduce a una edad más temprana de inicio de la menarquia, que puede ser otro factor de riesgo de EM.

Hay otros factores ambientales de riesgo que afectan por igual a hombres como mujeres como la exposición a la luz solar, el déficit de vitamina D, la infección por virus de Epstein-Barr y la obesidad en la adolescencia[2]. Parece ser que hay una relación inversa entre la exposición al sol, exposición a la radiación ultravioleta, niveles séricos de vitamina D, y el riesgo de EM.

Las causas del aumento de la incidencia y la prevalencia pueden tener que ver con los cambios en el estilo de vida de las mujeres: aumento del tabaquismo, cambios en la dieta, obesidad, maternidad más tardía y cambios en el tipo de trabajo



Las hormonas sexuales influyen en la diferenciación de los linfocitos T auxiliares de tipo 1 (Th1) que producen respuesta inflamatoria o en las de los Th2 que producen respuesta antiinflamatoria y provocan la inhibición cruzada entre estos dos tipos de respuestas distintas. Durante el embarazo, las hormonas sexuales femeninas aumentan y esto conlleva a que la respuesta inmunitaria cambie a la respuesta Th2 (antiinflamatoria), debido al aumento de las poblaciones de células Th2 y T reguladoras (Treg) [Kipp y Beyer 2009] y al mismo tiempo a la disminución de las células Th1 y Th17 (respuesta inflamatoria) [Saito et al. 2010]. El estradiol es probablemente responsable del aumento de las células Treg [Tai et al. 2008]. Los estrógenos tienen un efecto bifásico: las dosis bajas facilitan la respuesta inmunitaria y las dosis altas la suprimen [Gilmore et al. 1997]. Las dosis altas de estrógenos, como ocurre en el embarazo, reducen el TNF-alfa y el IFN-gamma, que son citoquinas inflamatorias y aumentan IL-10 y otras citoquinas antiinflamatorias [Kipp y Beyer2009]. Se ha demostrado que los estrógenos (estriol, estradiol) mostraron un efecto inmunosupresor favorable sobre el proceso desmielinizante en los modelos animales de la esclerosis múltiple (EAE) [Brann et al. 2007; Gatson et al. 2011].

Por lo tanto, las hormonas sexuales femeninas influyen notablemente en la EM y por ello, distintas etapas de la vida en el sexo femenino como en el embarazo (aumento de hormonas sexuales) y la menopausia (disminución de hormonas sexuales) afectan al curso y la evolución de la enfermedad. Además, algunas mujeres con EM experimentan síntomas más intensos o exacerbados durante su ciclo menstrual, como fatiga, debilidad, dolor y cambios en el estado de ánimo. Algunas mujeres pueden notar cambios en la frecuencia y gravedad de los brotes en relación con estos eventos hormonales [16].

Las hormonas sexuales femeninas tienen un impacto notable en la EM. El embarazo/postparto afecta a la frecuencia de brotes y la menopausia (disminución de hormonas sexuales) a la progresión de la enfermedad

La genética tiene una influencia innegable en el desarrollo de la EM. El sistema HLA es el principal factor de riesgo genético, especialmente el alelo DRB1*15:01 y su correspondiente halotipo; por otro lado, el alelo A*02:01 tiene un papel protector en el desarrollo de la EM. Portar el HLA- DRB1*15:01 confiere una OR de ~3, y carecer del HLA-A*02 confiere una OR de ~1,8 en la población escandinava [14]. Existe un patrón de agregación familiar y el riesgo aumenta con el grado de consanguinidad. La prevalencia de EM familiar es de ~13% para todos los tipos de EM[17]. Los hijos de padre y madre afectados tienen un riesgo del 30% de padecer la enfermedad. La concordancia entre gemelos monocigotos es del 30% frente al 3% en gemelos dicigotos [5]. Además, parece ser que el riesgo genético de padecer EM es mayor en las mujeres, aunque no es fácil de explicar las razones.

Clínica y evolución

Esta enfermedad se caracteriza por episodios total o parcialmente reversibles de discapacidad neurológica, que suelen durar de días a semanas.

El brote (también llamado ataque, episodio, recurrencia, o exacerbación) es la aparición de síntomas de disfunción neurológica de más de 24 horas de duración. Los pacientes pueden tener una remisión (recuperación completa) o una recuperación parcial de los síntomas[5]. Al principio de la enfermedad la recuperación suele ser completa, pero con los años la recuperación es parcial y deja secuelas que son las que contribuyen al empeoramiento y discapacidad de los pacientes. Los brotes son la representación clínica de la inflamación aguda que ocurre



en la EM y según va avanzando más la enfermedad van disminuyendo porque se reduce la inflamación y aumenta la neurodegeneración. En los primeros años, en pacientes no tratados, la tasa de brotes puede llegar a 1,8 al año y a los 10 años se reduce a 0.3[18]. A más edad y más duración de la enfermedad, hay menos brotes y menos inflamación[19]. La presencia de brotes durante los dos primeros años de la enfermedad está asociado a peor pronóstico a largo plazo [18], pero este riesgo puede ser mitigado por tratamientos modificadores de la enfermedad de alta eficacia[20]. Por ello, es extremadamente importante evitar tener brotes para evitar ir sumando secuelas que pueden llevar a una discapacidad grave mermando la calidad de vida del paciente. Los brotes suelen ser menos graves en las mujeres en general y progresan más lentamente que en los hombres[5].

La EM clásicamente se clasifica en dos formas típicas de inicio de la enfermedad. La más frecuente, presentándose en un 85% de los casos, es la forma remitente-recurrente (EMRR) o forma de inicio en brotes; y por otro lado se encuentra la forma de inicio progresivo o esclerosis primaria progresiva sin brotes (EMPP).

En el año 1996 Lublin et al. [21], publicaron el primer consenso internacional sobre definiciones estandarizadas para las formas típicas más comunes de la EM, en la cual incluían 4 fenotipos de la enfermedad, la forma en brotes (EMRR) que podía presentar una recuperación completa o no tras los brotes; y 3 formas progresivas: la EM primaria progresiva (EMPP), que se caracterizaba por una acumulación progresiva de discapacidad desde el inicio; la EM secundaria progresiva (EMSP), en la que había una discapacidad progresiva después de una fase inicial con brotes; y la EM progresiva recurrente (EMPR), en la que había una progresión de la discapacidad desde el inicio de la enfermedad junto con brotes agudos. En 2014 se publicó una nueva clasificación basándose en criterios clínicos y criterios de resonancia magnética[22]. En esta clasificación se incluyó el término Síndrome Clínico Aislado (CIS) para denominar el primer episodio de la enfermedad que no cumplía los criterios de EM.

Las mujeres suelen tener más frecuentemente un inicio de la enfermedad remitente-recurrente, mientras que los hombres presentan más un inicio progresivo [5].

Síntomas

Los síntomas típicos que se observan en los brotes incluyen visión borrosa unilateral debida a la neuritis óptica (inflamación del nervio óptico), pérdida de la sensibilidad en la cara, tronco o extremidades, debilidad en las extremidades, visión doble o ataxia. Al cabo de 10-20 años, muchos de los afectados desarrollan un curso clínico “progresivo” (esclerosis múltiple secundaria progresiva), que acaba manifestando alteraciones de la movilidad, disartria, vértigo, alteraciones del sueño y de la vejiga[23]. Un 15% tiene un curso progresivo desde el inicio[1]. Aparte de estos síntomas más visibles, en la fase más progresiva aparecen otros síntomas llamados invisibles como la fatiga, las alteraciones cognitivas, el dolor, la depresión, la ansiedad y las alteraciones sexuales [24].

Los síntomas de debilidad muscular, la falta de coordinación y los problemas de equilibrio llevan al paciente a padecer alteraciones de la marcha y son muy incapacitantes y los más temidos por los pacientes porque determinan su calidad de vida y dependencia de otros. La espasticidad provoca rigidez muscular que empeora el caminar y los espasmos involuntarios pueden dificultar la movilidad y pueden a veces causar dolor. Las alteraciones visuales suelen ser debido a visión doble, visión borrosa o alteración del campo visual, los cuales suelen ser síntomas iniciales de la enfermedad y pueden llevar a impactar en el puesto de trabajo si éste depende principalmente del trabajo con ordenadores [23,24].

La fase progresiva es debido a las secuelas que han quedado de los brotes y el empeoramiento de la enfermedad independiente de los brotes (PIRA) y es donde más se desarrollan los síntomas invisibles. Durante esta fase, el paciente puede no experimentar recaídas visibles, pero aún así, la enfermedad está activa y progresando en un nivel subclínico. Esta fase de enfermedad latente puede ser un período crítico, ya que la inflamación silenciosa y el daño acumulado pueden contribuir a la discapacidad a largo plazo [25].

Menarquia

El riesgo elevado de EM en las niñas con respecto a los niños parece que comienza en la pubertad. Una pubertad más temprana representa tanto un factor de riesgo de EM como de aparición más temprana de sus síntomas[26]. Los marcados cambios hormonales en la pubertad también podrían influir directamente en las vías inmunitarias hacia una actividad proinflamatoria. Aunque hay cambios hormonales que influyen en la EM, los anticonceptivos parece que no influyen en el riesgo ni en la evolución de la EM[11] y esto es de vital importancia ya que algunos tratamientos para tratar la EM son teratogénicos y las pacientes no deberían quedarse embarazadas y para ello usan anticonceptivos [27,28].

Embarazo

Los estrógenos, la progesterona u otras hormonas relacionadas con el embarazo pueden desempeñar un papel estabilizador inmunitario en las mujeres embarazadas. Se considera que el embarazo es un estado inmunomodulado al suprimir el sistema inmunitario de la madre para evitar el rechazo del feto, que se considera que tiene antígenos extraños [29].

La EM se diagnostica principalmente en mujeres en edad reproductiva, por ello el tema de la planificación familiar es de crucial importancia. En el momento en que se diagnostica la EM es esencial de comunicar a la paciente que tiene la capacidad de quedarse embarazada de la misma manera que cualquier otra mujer, ya sea de manera planificada o accidental y que es importante planificar estas cuestiones, ya que influyen en la estrategia de tratamiento.

Si la enfermedad permanece estable y la mujer desea quedar embarazada, es recomendable que consulte también con un ginecólogo antes de planificar la gestación. También es importante informar de que la edad al igual que en las mujeres sanas es el factor determinante para la fertilidad y que la enfermedad no influye en la fertilidad [27]. El manejo de las mujeres con EM y el deseo de maternidad por unidades multidisciplinares es imprescindible para garantizar una orientación adecuada durante todo el embarazo. Las consultas preconcepcionales tempranas son esenciales para individualizar el manejo del embarazo en mujeres con EM, y un embarazo temprano, bien planificado y espontáneo debe ser el objetivo siempre que sea posible [30]. Generalmente se recomienda establecer una consulta inicial pre-embarazo, a través de una visita de neurología clínica y una resonancia magnética antes del embarazo, y elegir un tratamiento modificador de la enfermedad compatible con el embarazo o que lo pueda usar hasta el embarazo. Afortunadamente, la mayoría de las mujeres con enfermedad leve se mantienen sin brotes durante el embarazo y el tratamiento puede interrumpirse con seguridad durante el embarazo. Sin embargo, los cambios inmunológicos durante el embarazo

pueden no ser suficientes en las mujeres que tienen enfermedad grave o muy grave y ellas tienen riesgo de brotes o rebotes en el embarazo, lo que esto significa un grave problema para la madre y el embrión/feto[31,32].

El postparto es un periodo complicado porque se ha demostrado que hay un aumento de brotes en el postparto, especialmente en mujeres tratadas con terapias de alta o muy alta eficacia y por ello, hay que planificar adecuadamente si la lactancia materna es posible y cuando se debe reintroducir el tratamiento modificador de la enfermedad [31,32].

Menopausia

Al inicio de la menopausia se produce una disminución de los niveles de inhibina, hormona que regula a la baja la síntesis de FSH, con niveles de estradiol normales o ligeramente bajos. Los niveles séricos de FSH empiezan a aumentar debido a la atresia de folículos ováricos y por esto, desciende la producción de estrógenos. Por tanto, la menopausia implica un cambio hormonal: descenso de estradiol y aumento de FSH, y al mismo tiempo un cambio físico y psicosocial importante. La mayoría de los síntomas que se producen son debidos al déficit estrogénico: sofocos, sudoración, insomnio, falta de energía, sequedad vaginal o alteraciones de la lívido, además de un aumento de riesgo cardiovascular y de osteoporosis [33].

Se desconoce la relación exacta entre los cambios de la menopausia y la implicación que pueden tener en las pacientes con EM. Parece ser que en las pacientes con EM en la menopausia hay un solapamiento de los síntomas que pueden contribuir hacia un curso progresivo de la enfermedad durante la quinta década[31,34].

En las pacientes con EM, la aparición de sofocos puede alterar el sueño y aumentar la fatiga propia de la enfermedad y además, el aumento de la temperatura dar lugar a un empeoramiento de los síntomas (fenómeno de Uthoff). Las alteraciones del sueño o del ánimo que aparecen en la menopausia pueden añadirse a las que ya padecen las pacientes de EM. Las alteraciones cognitivas también aumentan en la menopausia por la disminución de estrógenos [34,35].

Avances en el abordaje, diagnóstico y tratamiento

Diagnóstico

El diagnóstico de la EM es un proceso complejo que implica la evaluación clínica, estudios de imagen y pruebas de laboratorio. No existe una única prueba definitiva para diagnosticar la EM, por lo que se requiere un enfoque integral. [36]

El diagnóstico de la EM se basa en la evaluación clínica, con la identificación de signos y síntomas neurológicos que pueden manifestarse como episodios subagudos de duración limitada o como un deterioro progresivo a lo largo del tiempo. Además de la historia médica, el neurólogo hará un examen físico para evaluar la fuerza muscular, los reflejos, la marcha, la coordinación, los pares craneales y la sensibilidad. Además, se deben descartar otras enfermedades similares [36].

Para diferenciar la EM de otras enfermedades con síntomas neurológicos similares, se han propuesto diversos criterios, entre ellos los criterios de McDonald. Estos criterios combinan la observación de lesiones en imágenes de resonancia magnética (RM) que estén separadas en tiempo y espacio, junto con los síntomas clínicos característicos de un proceso de desmielinización y la presencia de bandas oligoclonales en el líquido cefalorraquídeo. Estos criterios resultan útiles para descartar diagnósticos alternativos [37].

Resonancia Magnética (RM): La RM cerebral y de médula espinal es una herramienta fundamental para el diagnóstico de la EM. Permite detectar lesiones en el sistema nervioso central que son características de la enfermedad. Estas lesiones suelen aparecer como áreas brillantes o hiperintensas en las imágenes de RM. Hay un consenso internacional que estandariza el uso de la RM en el diagnóstico , en el seguimiento y en la respuesta al tratamiento [38].

En la actualidad, el diagnóstico de la EM está fuertemente influenciado por los hallazgos en las imágenes de resonancia magnética. Por ejemplo, los pacientes que presenten un episodio típico de desmielinización, junto con lesiones captantes de gadolinio y otras lesiones no capatantes en áreas específicas de la enfermedad (como la médula, el tronco cerebral, regiones yuxtacorticales y periventriculares), posiblemente recibirán un diagnóstico basado en una única RM.

La RM ha contribuido en gran medida además al cambio en la comprensión de la enfermedad. La evidencia de que el daño estructural es mayor de lo que se detecta en los estudios diagnósticos convencionales y por ello, existen discrepancias entre lo que se ve en la RM y los síntomas del paciente.

Punción Lumbar: La punción lumbar se realiza para analizar el líquido cefalorraquídeo (LCR) que rodea el cerebro y la médula espinal. Se buscan marcadores específicos, como bandas oligoclonales, que pueden indicar una respuesta inmunológica anormal y que es típica de la EM. Su análisis es útil no solo para el diagnóstico, sino también para diferenciar entre distintas enfermedades y predecir el pronóstico.

Potenciales Evocados: Estas pruebas miden la velocidad de conducción de los impulsos eléctricos a través de los nervios y pueden ayudar a confirmar la presencia de daño en el sistema nervioso. Los potenciales evocados pueden proporcionar información valiosa sobre el funcionamiento del sistema nervioso en personas con EM. Los más útiles son los potenciales evocados visuales que evalúan la función del nervio óptico y la vía visual y son útiles para detectar daño en el nervio óptico.

La tomografía de coherencia óptica (OCT) es una técnica no invasiva, precisa, cuantitativa, fácil de usar y reproducible que permite obtener imágenes del espesor de la retina. La OCT, se usa para diagnosticar la inflamación del nervio óptico que ocurre en la EM, para diferenciarla de otras patologías del ojo y para seguir la evolución de la enfermedad [39,40].

El diagnóstico de la EM puede ser un proceso largo dependiendo de como se ha iniciado y cual ha sido el primer síntoma, los síntomas sensitivos como hormigueos, reducción de la sensibilidad en alguna parte del cuerpo a veces no se reconocen como síntomas ni por el paciente ni por los médicos; otros síntomas como alteraciones de la marcha son más fácil de reconocer. Por ello, el diagnóstico de la EM puede requerir la colaboración de otros especialistas como por ejemplo: radiólogos, oftalmólogos y otorrinos.

Hoy en día también supone un reto no solo diagnosticar el inicio de la enfermedad sino también diagnosticar tempranamente la fase progresiva de la enfermedad para poderla manejar de una forma más adecuada [41].

Tratamientos

La EM no tiene tratamiento curativo y por ello es una enfermedad crónica en la que el objetivo terapéutico es evitar los brotes, reducir el empeoramiento progresivo de la enfermedad y mantener una buena calidad de vida.

Hay dos tipos de tratamientos: tratamientos para el brote agudo, los tratamientos modificadores del curso de la enfermedad (DMT) que son los que propiamente están dirigidos a controlar la

enfermedad y los tratamientos sintomáticos que son fármacos destinados a la mejoría de los síntomas asociados a la enfermedad.

Hasta el momento no existen fármacos para prevenir la enfermedad (fármacos neuroprotectores) ni fármacos que puedan reparar el daño producido tanto estructural como funcional (fármacos remielinizantes). Afortunadamente, hay muchos ensayos clínicos en distintas fases que buscan tratamientos para reducir la progresión de la enfermedad y como tal, la discapacidad irreversible y otros para reparar las estructuras dañadas y recuperar las funciones perdidas.

Los tratamientos DMTs tienen diferentes mecanismos de acción, eficacia, efectos secundarios, modos de administración y frecuencia de administración. Hoy en día, hay 16 tratamientos aprobados en Europa para el tratamiento de la esclerosis múltiple con brotes.

Actualmente se han dividido los tratamientos según su eficacia: moderada, alta y muy alta eficacia (Figura 1). También se pueden clasificar según su forma de aplicación (Tabla 1).

Figura 1

EFICACIA MODERADA	ALTA EFICACIA	MUY ALTA EFICACIA
Interferon beta	Fingolimod	Natalizumab
Acetato de glatiramero	Ozanimod	Alemtuzumab
Teriflunomida	Ponesimod	Ocrelizumab
Dimetilfumarato	Cladribina	Ofatumumab
Diroximelfumarato		
Azatioprina		

Tabla 1

INYECTABLES	ORALES	INTRAVENOSOS
Interferon beta (4 tipos)	Teriflunomida	Natalizumab
Acetato de glatiramero	Dimetilfumarato	Alemtuzumab
Ofatumumab	Diroximelfumarato	Ocrelizumab
	Fingolimod	
	Ponesimod	
	Ozanimod	
	Cladribina	

Actualmente hay dos enfoques de tratamiento: un enfoque de escalado rápido y un enfoque de uso precoz de una terapia de alta eficacia. El enfoque de escalado favorece el inicio de DMTs de eficacia moderada, que generalmente tienen perfiles de seguridad favorables, seguidos de un periodo de vigilancia clínica y radiológica tras el cual el tratamiento puede escalarse a un fármaco de alta eficacia en caso de brotes o nuevas lesiones en resonancia magnética. Este enfoque se basa en las preocupaciones por posibles efectos secundarios no conocidos a

largo plazo de los tratamientos DMTs de alta eficacia. Alternativamente, el uso temprano de alta eficacia postula que existe una ventana terapéutica corta al principio del proceso de la enfermedad durante la cual los tratamientos pueden modificar significativamente la evolución y curso de la enfermedad a largo plazo y retrasar la discapacidad [42].

Estos dos enfoques son generales y desde el inicio hay que proponer una estrategia terapéutica individualizada para cada paciente basada en varios factores para conseguir la mejor calidad de vida posible.

A la hora de iniciar o cambiar un tratamiento DMT hay varios factores que hay que considerar para buscar el tratamiento más adecuado para cada paciente. Estos son los factores más importantes a tener en cuenta: eficacia, efectos secundarios, tolerabilidad, frecuencia de la monitorización, estilo de vida del paciente, trabajo del paciente, preferencias del paciente, adherencia, costes, calidad de vida, planificación familiar. edad, duración de la enfermedad, comorbilidades y factores pronósticos [43,45].

Si el sexo biológico debe ser otro factor no está claro porque hay muy poca información sobre ello, parece ser que existen diferencias de respuesta al tratamiento [46].

Los factores pronósticos es necesario tenerlos en cuenta cuando valoramos qué grado de eficacia se necesita para un paciente determinado. Hay varios factores importantes (ver tabla) y para poder facilitar el trabajo se han publicado diversas hojas de verificación que permiten simplificar y acelerar la decisión del tratamiento [45].

Factores que determinan un peor pronóstico

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

Género
Es más común en el sexo femenino. Sin embargo, la progresión de la enfermedad es más rápida en el sexo masculino en comparación con el sexo femenino (38% CI 95%: 19% - 60%, p= 0.0005)1.

Edad
La EM afecta a poblaciones cuyas edades se concentran entre los 20 a 40 años [2]. La edad de inicio es un marcador temprano de progresión de la enfermedad. Edades avanzadas peor pronóstico [3].

Bajos niveles de vitamina D

Hábito tabáquico.

Etnia: raza afroamericana o no caucásica.

FACTORES CLÍNICOS

Inicio forma primaria progresiva Inicio polisintomático.

Inicio con afectación motora, cerebelosa o de esfínteres.

Recuperación incompleta después del primer brote.

Intervalo corto entre el primer y segundo brote.

Alto número de brotes durante los cinco primeros años (en especial durante el primero y segundo año).

Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS) alta al momento del diagnóstico.

Alteraciones cognitivas tempranas.

BIOMARCADORES

Número elevado de lesiones en secuencias potenciadas T2.

Elevado Volumen lesional en T2.

Presencia de lesiones infratentoriales y medulares en RM.

Níveles altos de neurofilamentos en sangres y en LCR al inicio.

Presencia de bandas oligoclonales (BOC) de tipo IgM frente a lípidos en LCR.

Níveles altos de quitinasa 3 en el LCR.

Adelgazamiento de la capa de las fibras nerviosas de la retina medidas por tomografía de coherencia óptica (OCT).

Tremlett H, Paty D, Devonshire V. Disability progression in multiple sclerosis is slower than previously reported. NEUROLOGY 2006;66:172–177. 2006; 66: p. 172 – 177

Aguirre Cruz L, Flores Rivera J, De La Cruz Aguilera D, Rangel López E, Corona T. Multiple sclerosis in Caucasians and Latino Americans. Autoinmunity. 2011; 44: p. 571-575

Cree B, Khan O, Bourdette D,Goodin D, Cohen J, Marrie R, Glidden D, Weinstock-Guttman B, Reich D, Patterson N, Haines J, Pericak-Vance M, DeLoa C, Oksenberg J, Hauser S. Clinical characteristics of African Americans vs Caucasian Americans with multiple sclerosis. Neurology. 2004; 63: p. 2039–2045.

Rotstein D, Montalban X, Nat Rev Neurol. 2019;15(5):287-300.



Aspectos diferenciadores de género

La mayoría de los pacientes con EM son mujeres, lo que plantea preguntas sobre las diferencias biológicas y hormonales que pueden influir en la susceptibilidad y la progresión de la enfermedad.

Como hemos comentado anteriormente, las hormonas sexuales, en concreto los estrógenos juegan un papel muy importante en la enfermedad, pero también los factores culturales y sociales. Las hormonas sexuales muestran cambios importantes en los periodos de la menarquia, embarazo, postparto y menopausia.

En las últimas décadas se han producido muchos cambios en el estilo de vida de las mujeres: se ha retrasado la edad del primer embarazo, ha aumentado el uso de anticonceptivos hormonales, ha disminuido la tasa de natalidad y han aumentado las tasas de empleo y de tabaquismo [28]. Todo esto ha llevado a un aumento del riesgo a padecer EM en las mujeres.

La edad de quedarse embarazada se retrasa porque primero se busca la estabilidad de la enfermedad sin actividad clínica ni radiológica durante dos años por lo menos [28] y por ello, estas pacientes usan más las técnicas de reproducción asistida. Muchas mujeres suspenden el tratamiento para quedarse embarazadas y esto aumenta el riesgo de brotes [28] y rebote [47] en las mujeres.

Además, existe el riesgo de brotes en el postparto y en mujeres con alta actividad a veces es mejor evitar la lactancia para evitar una reactivación de la enfermedad. Aparte, la lactancia puede aumentar los síntomas de la enfermedad, ya que amamantar cada 3-4 horas hace que la paciente esté más cansada y por la noche interrumpa el sueño, con lo que aumenta la fatiga propia de la enfermedad y el insomnio. Esto supone que, en el caso de las mujeres con EM, el apoyo familiar debe ser mayor si la mujer da lactancia para evitar un aumento de los síntomas. Si la paciente con EM percibe que no es capaz de lactar o cuidar a su hijo como las mujeres sanas puede llevarla a una depresión.

A pesar de la disponibilidad de métodos anticonceptivos, persiste una tasa considerablemente alta de embarazos no deseados o imprevistos a nivel global (entre el 41% y el 57%). En regiones como Europa occidental, este porcentaje alcanza el 34%. Por ello, el hecho de tener la intención de ser madres en el futuro impacta en la decisión por parte del neurólogo del tipo de tratamiento, ya que algunos de ellos son teratogénicos y por ello se evitan, con lo que la mujer

tiene menos tratamientos para elegir y no va a poder ser tratada con algunos más potentes y eficaces por la posible teratogenicidad. Por ello, tratamientos como los moduladores de los S1Pr se suelen evitar en mujeres con deseos gestacionales o mujeres jóvenes en edad fértil pero que no toman anticonceptivos o no muestran adherencia a éstos. Además, algunos de ellos al suspenderlos por embarazo, dan lugar a brotes muy graves (rebound) y esto perjudica a la salud y calidad de vida de la mujer, pasando muchas veces de una vida sin restricciones a una discapacidad muy grave [48].

En cuanto al tratamiento, a pesar de que existen diferencias con respecto al sexo y a la respuesta al tratamiento y efectos secundarios, hay pocas publicaciones sobre ello. En cuanto a los efectos del género en la eficacia del tratamiento, los resultados son contradictorios, algunos estudios no muestran diferencias significativas relacionadas con el género [49,50], mientras que otros informan de un efecto significativo del género en la respuesta al tratamiento por ejemplo con Interferón-beta (IFN-ß) [51]. Ensayos recientes de anticuerpos monoclonales mostraron un sesgo de género significativo. Ninguno de ellos tuvo en cuenta si las pacientes usaban anticonceptivos y si éstos interaccionaban con la medicación del estudio, si los pacientes tomaban tratamiento hormonal sustitutorio y si había alguna relación con la fase menstrual. En su mayoría, las variables principal y secundarias no son analizadas en función del sexo.[52].

La menopausia produce en las mujeres un solapamiento de síntomas con incremento de determinados síntomas como la fatiga, el insomnio y las disfunciones vesicales y sexuales. Tratar los síntomas provocados por la menopausia llevan a estas pacientes a una mejor calidad de vida [53,54].

En cuanto a los brotes, una parte de ellos son sensitivos y muestran síntomas como hormigueos que, en ciertas situaciones en los servicios de Urgencias, se achacan a ansiedad si el paciente es una mujer, con lo cual se le da el alta y se retrasa el diagnóstico hasta el próximo ataque con síntomas neurológicos [11].

Las comorbilidades con aumento de la edad están presentes en ambos sexos, pero la osteoporosis está incrementada en las mujeres en el periodo de menopausia. Sin embargo, paradójicamente estas patologías en la mujer son frecuentemente ignoradas [53].

Las diferencias de género pueden influir en cómo las personas enfrentan emocionalmente la enfermedad. En general, las mujeres experimentan estrés adicional debido a los roles familiares y sociales, lo que impacta en su calidad de vida y bienestar mental.

Impacto en la vida familiar y laboral: Las responsabilidades familiares y laborales pueden resultar más desafiantes para las mujeres con EM, especialmente si experimentan síntomas incapacitantes. Las mujeres están más días de baja por enfermedad probablemente porque tienen más brotes y tienen menor salario como en la población general. Además son con más frecuencia cuidadoras, reduciendo así sus honorarios y pensiones [55]. Los cuidadores de pacientes con EM que son cuidadoras tienen peor calidad de vida que los hombres [56].

Las diferencias de género pueden influir en cómo las personas enfrentan emocionalmente la enfermedad. En general, las mujeres experimentan estrés adicional debido a los roles familiares y sociales, lo que impacta en su calidad de vida y bienestar mental

Retos futuros para un correcto abordaje y diagnóstico

El campo de la EM ha presentado grandes avances en los últimos 25 años desde que se aprobaron los primeros tratamientos. A pesar de todo, quedan cuestiones pendientes y necesidades no cubiertas en varias áreas.

En cuanto a la causa de la enfermedad, el reto más cercano e importante es conocer el rol exacto que juega el virus de Epstein-Barr y si hay otros agentes o circunstancias implicadas en el inicio de esta enfermedad y la relación de este virus con las células B implicadas en la patogenia de la enfermedad. El virus de Epstein-Barr parece la causa necesaria pero no suficiente para iniciar la enfermedad. Profundizando en este tema es posible que una vacuna frente a este virus pudiera evitar esta enfermedad en las próximas generaciones. Adicionalmente, la producción de un posible antiviral contra este virus podría abrir una nuevo camino hacia la curación de la enfermedad [9].

Otro reto cada vez más cercano es un diagnóstico rápido y certero y evitar los posibles diagnósticos erróneos. En ello, la determinación de las cadenas ligeras libres Kappa en el líquido cefalorraquídeo y medidas derivadas junto con su próxima inclusión en los criterios diagnósticos de la enfermedad, mejorará el diagnóstico. Además, la posibilidad de realizar resonancias magnéticas de más resolución (3 Teslas) con secuencias nuevas como la SWI dará la posibilidad de usar el signo de la vena central (CVS) y las lesiones paramagnéticas con anillo de hierro (PRL) para el diagnóstico diferencial con otras enfermedades y con las lesiones hiperintensas que aparecen por casualidad en resonancias magnéticas craneales hechas por otros motivos. Relacionado con este punto, a través de formación a médicos de urgencias, residentes y médicos de atención primaria, se debería aumentar la sensibilización de que los síntomas sensitivos en las mujeres no son siempre como consecuencia de la ansiedad y, por ello, ante estos síntomas una consulta en neurología es fundamental y así mejoraría el diagnóstico precoz de la mujer y con ello el pronóstico de la enfermedad. Este punto es alcanzable haciendo campañas de concienciación de la sociedad y de formación en los médicos.

Un reto claramente pendiente es la investigación sobre las diferencias de género en la EM. Comprender cómo el género puede influir en la enfermedad es esencial para proporcionar una atención más personalizada y efectiva a las personas con EM. Existen indicios de que las respuestas a ciertos tratamientos pueden variar según el género. Las investigaciones están en curso para comprender mejor cómo las diferencias biológicas pueden influir en la eficacia de las terapias específicas, por ello incluir en los estudios en fase III estos aspectos sería un gran avance. Por ejemplo, influencia del sexo en los resultados del objetivo primario, influencia de la menarquia y la menopausia en la respuesta al tratamiento, medida de las hormonas sexuales en el inicio y luego regularmente para conocer su influencia en el tratamiento[11]. Como ya sabemos, el sexo femenino en general es un factor de buen pronóstico con respecto a la evolución de la enfermedad, conocer si las hormonas sexuales son las responsables de ello o no, llevaría a diferenciar qué anticonceptivos podrían ser más útiles en estos pacientes [33].

El virus de Epstein-Barr parece la causa necesaria pero no suficiente para iniciar la enfermedad. Es posible que una vacuna frente a este virus pudiera evitar esta enfermedad en las próximas generaciones



Comprender cómo el género puede influir en la enfermedad es esencial para proporcionar una atención más personalizada y efectiva a las personas con EM

La investigación de otros factores de buen pronóstico de la evolución de la enfermedad se centra en los biomarcadores fluidos en sangre y líquido cefalorraquídeo, como los neurofilamentos en sangre, la GFAP y la proteína YKL-40, y los biomarcadores de imagen como las PRLs, CVS y las lesiones crónicas que se expanden lentamente (SEL). Los avances en estos biomarcadores producirán un avance importante en el diagnóstico, pronóstico y seguimiento de la enfermedad y se podrán implementar en la práctica clínica diaria. Los biomarcadores permitirán optimizar el tratamiento a nivel individual y un tratamiento más personalizado de la enfermedad [2].

Puesto que, con el avance de los tratamientos, cada vez los pacientes tienen menos discapacidad y viven más años y la mayoría son mujeres, es fundamental conocer los efectos de la menopausia en la enfermedad, el solapamiento de síntomas, la interacción con las hormonas sexuales y la respuesta a los tratamientos y la concienciación de otras enfermedades que van ligadas a la menopausia como son la osteoporosis, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares. El manejo de la enfermedad en la menopausia debe ser integral y no solo de la enfermedad de base y por ello, se propone un trabajo conjunto con los ginecólogos. Tratar los síntomas de la menopausia que se solapan puede llevar a mejorar la calidad de vida de las pacientes, por lo que esto se debería tener en cuenta y concienciar a todos los médicos implicados en el tratamiento de estos pacientes. Investigar en la conveniencia o no de la terapia hormonal sustitutoria es un punto a abordar que requiere el trabajo multidisciplinar y la colaboración de varios centros [28,29].

En cuanto al tratamiento, las terapias actuales y en desarrollo han demostrado que es posible controlar de manera cada vez más eficaz la fase inflamatoria de la enfermedad, pero no se ha conseguido hasta ahora retrasar o parar la progresión de la discapacidad. El diagnóstico preciso de cuando se inicia la progresión y el tratamiento de ella plantean muchos retos debido a la falta de criterios clínicos, de imagen, inmunológicos o patológicos definitivos que delimiten la transición de la EM inflamatoria de brotes a la fase más progresiva. Es importante identificar a los pacientes con enfermedad progresiva en una fase más temprana del curso de la enfermedad, de modo que las terapias modificadoras de la enfermedad y las estrategias no farmacológicas aprobadas se traduzcan en mejores resultados en esta fase. Los actuales ensayos clínicos en fase II y fase III como los estudios de los inhibidores de la BTK probablemente puedan suponer un inicio en el tratamiento de la progresión. Además de ello, cuestionarios, PROMs, checklists, uso de tecnologías digitales serían muy útiles para recoger datos clínicos, "señales de alarma" y datos reportados por los pacientes para poder detectar precozmente esta fase caracterizada por la neurodegeneración que no se detecta con la escala EDSS que se usa habitualmente en la práctica clínica [7].

Considerar que la rehabilitación es parte del tratamiento integral de la EM es necesario tanto por parte de los neurólogos tratantes como por parte de la administración e instituciones sanitarias de la misma forma que cambiar y mejorar los hábitos de vida de los pacientes, haciendo que sean más saludables, es una asignatura pendiente [57]. Programas de formación y concienciación sobre cómo mejorar los hábitos de vida saludable son necesarios para todos los pacientes y empoderar a las pacientes para que se preocupen más por su salud.

Por otra parte, durante la progresión de la enfermedad aparecen síntomas invisibles como la fatiga, el deterioro cognitivo, el dolor y otros visibles como las alteraciones urinarias, sexuales

y la espasticidad. Estos síntomas impactan claramente en la calidad de vida de los pacientes. Urge una necesidad imperiosa de conseguir tratamientos eficaces para la fatiga que limita mucho a los pacientes y es causa de las bajas laborales, reducción de la jornada laboral y la incapacidad temprana [58]. Desafortunadamente en este campo la investigación es escasa y anteriores fracasos en los estudios han generado que se de poca atención en esta área.

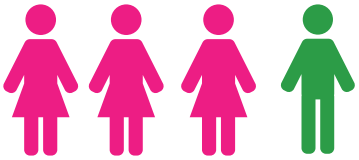
Con la aparición de los tratamientos hace 25 años, la enfermedad se ha cronificado y aparecen temas que no eran importantes anteriormente. La cronicidad inherente a la EM conlleva la necesidad de adaptarse a su presencia, planificando la vida cotidiana al igual que cualquier otra persona. La repercusión laboral como las bajas, la adaptación del puesto de trabajo y el trabajo parcial son cuestiones que no se contemplaban hace unos años y que exigen ahora una planificación y un trabajo conjunto con las asociaciones, las instituciones sanitarias y sociales. Esta cronicidad también lleva a tener en cuenta otras comorbilidades que aparecen con la edad y que antes no se tenían en cuenta al estar la esperanza de vida acortada.

Resumiendo, el manejo de esta enfermedad ha mejorado mucho en los últimos 10 años pero todavía quedan muchas necesidades no cubiertas para mejorar el diagnóstico, seguimiento y tratamiento.



Esclerosis múltiple (EM)

PREVALENCIA ESCLEROSIS MÚLTIPLE



La Esclerosis Múltiple afecta principalmente a mujeres en una proporción de 3:1 aunque en algunos países la diferencia entre ambos sexos es mayor. Por tanto, entre el 70-80 % de las personas con EM son mujeres

En la última década, se ha observado un incremento tanto en la cantidad de casos existentes (prevalencia) como en la cantidad de nuevos casos anuales (incidencia) en todas las regiones del mundo, principalmente en las mujeres y parece que tiene más que ver con el medio ambiente que con la genética

---

La persona prototipo que inicia la esclerosis múltiple es una mujer joven que está en edad reproductiva y esto va a influir en la planificación terapéutica a corto y largo plazo





El aumento de la incidencia de EM en mujeres puede estar relacionado con el incremento del hábito tabáquico en las últimas décadas. El tabaquismo se ha identificado como un factor de riesgo para desarrollar la EM

Hoy en día también supone un reto no solo diagnosticar el inicio de la enfermedad sino también diagnosticar tempranamente la fase progresiva de la enfermedad para poderla manejar de una forma más adecuada





Un reto claramente pendiente es la investigación sobre las diferencias de género en la EM. Comprender cómo el género puede influir en la enfermedad es esencial para proporcionar una atención más personalizada y efectiva a las personas con EM

Bibliografía

1. Reich DS, Lucchinetti CF, Calabresi PA. Multiple Sclerosis. Longo DL, editor. N Engl J Med. 11 de enero de 2018;378(2):169-80.

2. Filippi M, Bar-Or A, Piehl F, Preziosa P, Solari A, Vukusic S, et al. Multiple sclerosis. Nat Rev Dis Primer. 8 de noviembre de 2018;4(1):43.

3. Browne P, Chandraratna D, Angood C, Tremlett H, Baker C, Taylor BV, et al. Atlas of Multiple Sclerosis 2013: A growing global problem with widespread inequity. Neurology. 9 de septiembre de 2014;83(11):1022-4.

4. Oreja-Guevara DC. 100 respuestas clave ¶ Planificación familiar y esclerosis múltiple.

5. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Ó, FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, VICTORIA EUGENIA, GUERRERO FERNÁNDEZ, MIGUEL. Esclerosis múltiple. Momento Médico Iberoamericana; 2010. 256 p.

6. Kuhlmann T, Moccia M, Coetzee T, Cohen JA, Correale J, Graves J, et al. Multiple sclerosis progression: time for a new mechanism-driven framework. Lancet Neurol. noviembre de 2022;S1474442222002897.

7. Giovannoni G, Popescu V, Wuerfel J, Hellwig K, Iacobaeus E, Jensen MB, et al. Smouldering multiple sclerosis: the 'real MS'. Ther Adv Neurol Disord. enero de 2022;15:175628642110667.

8. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Ó, Arbizu Urdiain, T, Arroyo González R, Garcia-Merino A, Izquierdo Ayuso G, Montalbán Gairin X, et al. Enfermedades Desmielinizantes. Investigación de enfermedades neurológicas en España: Documento de consenso sobre estrategias y prioridades [Internet]. Luzan 5, S.A.; 2010. Disponible en: http://www.sen.es/attachments/article/542/IENE.pdf.

9. Aloisi F, Giovannoni G, Salvetti M. Epstein-Barr virus as a cause of multiple sclerosis: opportunities for prevention and therapy. Lancet Neurol. febrero de 2023;S1474442222004719.

10. Magyari M. Role of socio-economic and reproductive factors in the risk of multiple sclerosis. Acta Neurol Scand. julio de 2015;132:20-3.

11. Magyari M. Gender differences in multiple sclerosis epidemiol- ogy and treatment response.

12. Dunn SE, Gunde E, Lee H. Sex-Based Differences in Multiple Sclerosis (MS): Part II: Rising Incidence of Multiple Sclerosis in Women and the Vulnerability of Men to Progression of this Disease. Curr Top Behav Neurosci. 2015;26:57-86.

13. Olsson T, Barcellos LF, Alfredsson L. Interactions between genetic, lifestyle and environmental risk factors for multiple sclerosis. Nat Rev Neurol. enero de 2017;13(1):25-36.

14. Alfredsson L, Olsson T. Lifestyle and Environmental Factors in Multiple Sclerosis. Cold Spring Harb Perspect Med. 1 de abril de 2019;9(4):a028944.

15. Montserrat González Platas. FACTORES AMBIENTALES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE. Barcelona: Ambos; 2018. 97 p. (Monografías en Esclerosis Múltiple).

16. Mendibe Bilbao M, Lafuente González P. Mujer y Esclerosis Múltiple. Barcelona: Ambos; 2020. (Monografías en Esclerosis Múltiple).

17. Harirchian MH, Fatehi F, Sarraf P, Honarvar NM, Bitarafan S. Worldwide prevalence of familial multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. Mult Scler Relat Disord. febrero de 2018;20:43-7.

18. Arbizu Urdiain, T, Mateos Marcos, Valentín. Fronteras actuales en esclerosis múltiple. Editorial Luzan 5, SA de Ediciones; 2009.

19. Tremlett H, Zhao Y, Joseph J, Devonshire V, the UBCMS Clinic Neurologists*. Relapses in multiple sclerosis are age- and time-dependent. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1 de diciembre de 2008;79(12):1368-74.

20. Daruwalla C, Shaygannejad V, Ozakbas S, Havrdova EK, Horakova D, Alroughani R, et al. Early non-disabling relapses are important predictors of disability accumulation in people with relapsing-remitting multiple sclerosis. Mult Scler J. junio de 2023;29(7):875-83.

21. Lublin FD, Reingold SC, National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis*. Defining the clinical course of multiple sclerosis: Results of an international survey. Neurology. 1 de abril de 1996;46(4):907-11.

22. Lublin FD, Reingold SC, Cohen JA, Cutter GR, Sorensen PS, Thompson AJ, et al. Defining the clinical course of multiple sclerosis: The 2013 revisions. Neurology. 15 de julio de 2014;83(3):278-86.

23. De Sa JCC, Airas L, Bartholome E, Grigoriadis N, Mattle H, Oreja-Guevara C, et al. Symptomatic therapy in multiple sclerosis: a review for a multimodal approach in clinical practice. Ther Adv Neurol Disord. mayo de 2011;4(3):139-68.

24. Oreja-Guevara C. Síntomas Invisibles de la Esclerosis Múltiple. Permanyer; 2023.

25. Kappos L, Wolinsky JS, Giovannoni G, Arnold DL, Wang Q, Bernasconi C, et al. Contribution of Relapse-Independent Progression vs Relapse-Associated Worsening to Overall Confirmed Disability Accumulation in Typical Relapsing Multiple Sclerosis in a Pooled Analysis of 2 Randomized Clinical Trials. JAMA Neurol. 1 de septiembre de 2020;77(9):1132-40.

26. Sloka JS, Pryse-Phillips WEM, Stefanelli M. The relation between menarche and the age of first symptoms in a multiple sclerosis cohort. Mult Scler Houndmills Basingstoke Engl. junio de 2006;12(3):333-9.

27. Oreja-Guevara DC, Pilar Lafuente González. 100 respuestas clave ¶ Planificación familiar y esclerosis múltiple.

28. Krysko KM, Graves JS, Dobson R, Altintas A, Amato MP, Bernard J, et al. Sex effects across the lifespan in women with multiple sclerosis. Ther Adv Neurol Disord. enero de 2020;13:1756286420936l6.

29. Voskuhl RR. The effect of sex on multiple sclerosis risk and disease progression. Mult Scler J. abril de 2020;26(5):554-60.

30. Oreja-Guevara C, Rabanal A, Rodríguez CH, Benito YA, Bilbao MM, Gónzalez-Suarez I, et al. Assisted Reproductive Techniques in Multiple Sclerosis: Recommendations from an Expert Panel. Neurol Ther [Internet]. 7 de febrero de 2023 [citado 12 de febrero de 2023]; Disponible en: https://link.springer.com/10.1007/s40120-023-00439-y

31. Krysko KM, Dobson R, Alroughani R, Amato MP, Bove R, Ciplea AI, et al. Family planning considerations in people with multiple sclerosis. Lancet Neurol. abril de 2023;22(4):350-66.

32. Confavreux C, Hutchinson M, Hours MM, Cortinovis-Tourniaire P, Moreau T. Rate of Pregnancy-Related Relapse in Multiple Sclerosis. N Engl J Med. 30 de julio de 1998;339(5):285-91.

33. Ysrraelit MC, Correale J. Impact of sex hormones on immune function and multiple sclerosis development. Immunology. enero de 2019;156(1):9-22.

34. Bove R, Okai A, Houtchens M, Elias-Hamp B, Lugaresi A, Hellwig K, et al. Effects of Menopause in Women With Multiple Sclerosis: An Evidence-Based Review. Front Neurol. 19 de marzo de 2021;12:554375.

35. Bove R, Healy BC, Secor E, Vaughan T, Katic B, Chitnis T, et al. Patients report worse MS symptoms after menopause: Findings from an online cohort. Mult Scler Relat Disord. enero de 2015;4(1):18-24.

36. Charil A, Yousry TA, Rovaris M, Barkhof F, De Stefano N, Fazekas F, et al. MRI and the diagnosis of multiple sclerosis: expanding the concept of «no better explanation». Lancet Neurol. octubre de 2006;5(10):841-52.

37. Thompson AJ, Banwell BL, Barkhof F, Carroll WM, Coetzee T, Comi G, et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. Lancet Neurol. febrero de 2018;17(2):162-73.

38. Wattjes MP, Ciccarelli O, Reich DS, Banwell B, de Stefano N, Enzinger C, et al. 2021 MAGNIMS-CMSC-NAIMS consensus recommendations on the use of MRI in patients with multiple sclerosis. Lancet Neurol. agosto de 2021;20(8):653-70.

39. Optical coherence tomography and multiple sclerosis: Update on clinical application and role in clinical trials [Internet]. [citado 6 de febrero de 2023]. Disponible en: https://journals-sagepub-com.m-husc.a17.csinet.es/doi/epub/10.1177/1352458519872751

40. Oreja-Guevara C, Noval S, Alvarez-Linera J, Gabaldón L, Manzano B, Chamorro B, et al. Clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis: an optical coherence tomography study. PloS One. 2012;7(3):e33907.

41. Meca-Lallana JE, Casanova B, Rodríguez-Antigüedad A, Eichau S, Izquierdo G, Durán C, et al. Consensus on early detection of disease progression in patients with multiple sclerosis. Front Neurol. 2022;13:931014.

42. Pérez CA, Cuascut FX, Hutton GJ. Immunopathogenesis, Diagnosis, and Treatment of Multiple Sclerosis: A Clinical Update. Neurol Clin. febrero de 2023;41(1):87-106.

43. Pardo G, Jones DE. The sequence of disease-modifying therapies in relapsing multiple sclerosis: safety and immunologic considerations. J Neurol. diciembre de 2017;264(12):2351-74.

44. Brodkey MB, Ben-Zacharia AB, Reardon JD. Living well with multiple sclerosis. Am J Nurs. julio de 2011;111(7):40-8; quiz 49-50.

45. Van Wijmeersch B, Hartung HP, Vermersch P, Pugliatti M, Pozzilli C, Grigoriadis N, et al. Using personalized prognosis in the treatment of relapsing multiple sclerosis: A practical guide. Front Immunol. 2022;13:991291.

46. Trojano M, Pellegrini F, Paolicelli D, Fuiani A, Zimatore GB, Tortorella C, et al. Post-marketing of disease modifying drugs in multiple sclerosis: an exploratory analysis of gender effect in interferon beta treatment. J Neurol Sci. 15 de noviembre de 2009;286(1-2):109-13.

47. Callens A, Leblanc S, Le Page E, Edan G, Jourdain A, Coustans M, et al. Disease reactivation after fingolimod cessation in Multiple Sclerosis patients with pregnancy desire: A retrospective study. Mult Scler Relat Disord. octubre de 2022;66:104066.

48. Sepúlveda M, Montejo C, Llufriu S, Sola-Valls N, Reyes D, Martinez-Lapiscina EH, et al. Rebound of multiple sclerosis activity after fingolimod withdrawal due to planning pregnancy: Analysis of predisposing factors. Mult Scler Relat Disord. febrero de 2020;38:101483.

49. Derfuss T, Ontaneda D, Nicholas J, Meng X, Hawker K. Relapse rates in patients with multiple sclerosis treated with fingolimod: Subgroup analyses of pooled data from three phase 3 trials. Mult Scler Relat Disord. julio de 2016;8:124-30.

50. Rudick RA, Kappos L, Kinkel R, Clanet M, Phillips JT, Herndon RM, et al. Gender effects on intramuscular interferon beta-1a in relapsing-remitting multiple sclerosis: analysis of 1406 patients. Mult Scler Houndmills Basingstoke Engl. marzo de 2011;17(3):353-60.

51. Trojano M, Pellegrini F, Paolicelli D, Fuiani A, Zimatore GB, Tortorella C, et al. Post-marketing of disease modifying drugs in multiple sclerosis: An exploratory analysis of gender effect in interferon beta treatment. J Neurol Sci. noviembre de 2009;286(1-2):109-13.

52. Alonso-Moreno M, Ladrón-Guevara M, Ciudad-Gutiérrez P. Systematic review of gender bias in clinical trials of monoclonal antibodies for the treatment of multiple sclerosis. Neurología. marzo de 2021;S0213485321000086.

53. Rankin K, Bove R. Caring for Women with Multiple Sclerosis Across the Lifespan. Curr Neurol Neurosci Rep. julio de 2018;18(7):36.

54. Oreja-Guevara C, Lopez-Coello S, Rodriguez-Rabanal R, Gomez-Estevez I, Diaz-Diaz J. Menopause in multiple sclerosis. Mult Scler J. 2020;26(3_SUPPL, 3_, SI):651.

55. Machado A, Azad A, Pettersson E, Hillert J, Alexanderson K, Friberg E. Gender differences in earnings among people with multiple sclerosis and associations with type of occupation and family composition: A population-based study with matched references. Ramagopalan SV, editor. PLOS ONE. 2 de agosto de 2023;18(8):e0288998.

56. Rivera-Navarro J, Benito-León J, Oreja-Guevara C, Pardo J, Dib WB, Orts E, et al. Burden and health-related quality of life of Spanish caregivers of persons with multiple sclerosis. Mult Scler Houndmills Basingstoke Engl. noviembre de 2009;15(11):1347-55.

57. Members of the MS in the 21st Century Steering Group:, Rieckmann P, Centonze D, Elovaara I, Giovannoni G, Havrdová E, et al. Unmet needs, burden of treatment, and patient engagement in multiple sclerosis: A combined perspective from the MS in the 21st Century Steering Group. Mult Scler Relat Disord. enero de 2018;19:153-60.

58. Oreja-Guevara C, Kobelt G, Berg J, Capsa D, Eriksson J, European Multiple Sclerosis Platform. New insights into the burden and costs of multiple sclerosis in Europe: Results for Spain. Mult Scler Houndmills Basingstoke Engl. agosto de 2017;23(2_suppl):166-78.



CAPÍTULO 11

Alzheimer



Dra. Neus Falgàs Martínez
Neuróloga e investigadora en la Unidad de Alzheimer y otros trastornos cognitivos del Servicio de Neurología del Hospital Clínic de Barcelona, con especialización en la enfermedad de Alzheimer y biomarcadores diagnósticos..

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia en el mundo, caracterizada por un deterioro progresivo de la memoria, las funciones cognitivas y la autonomía personal. Representa un gran reto sanitario, social y económico, que afecta no solo a la persona diagnosticada, sino también a su entorno familiar y a la sociedad en su conjunto.

Desde una perspectiva de género, el Alzheimer tiene un impacto diferencial: las mujeres presentan mayor prevalencia, mayor riesgo de desarrollar la enfermedad y son, además, las principales cuidadoras informales. Esto duplica su vulnerabilidad y convierte el Alzheimer en un problema de salud pública con una fuerte dimensión de género [1].

La enfermedad de Alzheimer es una entidad clínico-patológica progresiva, caracterizada por cambios biológicos en el cerebro que pueden iniciarse entre 15 y 20 años antes del comienzo de los síntomas. La presentación clínica suele ser gradual y evoluciona desde un deterioro cognitivo leve hasta fases de demencia.

En las diferencias entre sexos en la neurogénesis y la cognición del hipocampo, hay que considerar el paso del tiempo, la exposición hormonal, el entrenamiento o estímulo cognitivo y la genética, entre otros factores. Comprender los mecanismos que subyacen a las diferencias de género en la neurogénesis y la cognición es clave para explicar el mayor riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer a lo largo de la vida, así como la mayor carga neuropatológica y el deterioro cognitivo que se observan con más frecuencia en mujeres [2].

A pesar del impulso actual de la medicina de precisión o medicina individualizada, sigue habiendo una sorprendente escasez de estudios que evalúen de forma sistemática las diferencias entre sexos en los biomarcadores relacionados con la EA y las vías fisiopatológicas que contribuyen a ella. Los datos disponibles apuntan a posibles diferencias entre sexos en varios mecanismos que participan en el desarrollo y la progresión de la patología y de los síntomas clínicos. A medida que se desarrollan y refinan nuevos biomarcadores de estas vías, resulta fundamental determinar si existen diferencias entre sexos y cómo interpretarlas para mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento tanto en mujeres como en hombres. Incluso cuando no se observen diferencias, es importante que se reporten explícitamente en los estudios, para evitar sesgos de publicación a favor de resultados “positivos” en un solo sexo o de efectos aparentemente más intensos en un sexo determinado [3].

Más de 900.000 personas viven con demencia en España; el 60-70% con diagnóstico de Alzheimer.

Epidemiología y perfil de pacientes

Más de 900.000 personas viven con demencia en España; el 60-70% con diagnóstico de Alzheimer. Se estima que dos de cada tres pacientes son mujeres, pero no se conocen bien los factores que aumentan el riesgo en mujeres.

- **Fisiopatología:**

Acumulación de placas de β-amiloide y ovillos neurofibrilares de proteína tau. Desde el punto de vista fisiopatológico, la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por el depósito progresivo de péptido β-amiloide en forma de placas extracelulares y por la acumulación intraneuronal de proteína tau hiperfosforilada en forma de ovillos neurofibrilares.



Estos procesos desencadenan disfunción sináptica, alteración de la plasticidad neuronal y pérdida progresiva de neuronas, especialmente en el hipocampo y la corteza asociativa. A ello se suman fenómenos de neuroinflamación crónica, activación de la microglía y los astrocitos y estrés oxidativo, que amplifican el daño neuronal. En muchos casos coexisten cambios vasculares cerebrales (angiopatía amiloide, enfermedad de pequeño vaso) que contribuyen al deterioro cognitivo. El resultado es una desconexión progresiva de las redes neuronales implicadas en la memoria, las funciones ejecutivas y otras capacidades cognitivas, que se traduce clínicamente en un continuum que va desde la fase preclínica asintomática hasta el deterioro cognitivo leve y, finalmente, la demencia establecida.

Una de las diferencias más relevantes es que las mujeres presentan mayor carga patológica de ovillos neurofibrilares, es decir, acúmulos de tau fosforilada, que los hombres, hecho que se observa tanto a nivel del hipocampo como cortical, aunque la carga de placas de amiloide es similar en ambos sexos. Este hallazgo sugiere que existe una susceptibilidad neuroanatómica específica del sexo femenino y que estas diferencias podrían reflejarse en los resultados de los biomarcadores [1].

- **Disfunción sináptica y neurodegeneración:**

Los depósitos de amiloide y tau alteran en primer lugar la comunicación entre neuronas y el transporte axonal, provocando inflamación y estrés oxidativo. Estas alteraciones sinápticas preceden y contribuyen a la pérdida neuronal. Uno de los sistemas más afectados es el sistema colinérgico, formado por neuronas que utilizan acetilcolina y que proyectan hacia la corteza y el hipocampo, regiones clave para la atención, el aprendizaje y la memoria.

La degeneración progresiva de estas neuronas colinérgicas reduce la disponibilidad de acetilcolina en el cerebro y se asocia de forma directa con los síntomas cognitivos característicos de la enfermedad. La muerte neuronal es la fase final de esta cascada, que conduce a una atrofia cerebral progresiva, especialmente en las regiones temporales mediales, parietales y posteriores. Cabe destacar que esta atrofia, visible en las técnicas de neuroimagen, a menudo solo se hace evidente en fases más avanzadas de la enfermedad, mientras que las disfunciones sinápticas debidas al acúmulo de proteínas tau y amiloide han comenzado mucho antes y son las que determinan inicialmente el deterioro cognitivo y funcional.

Causas de la enfermedad

En la gran mayoría de los casos, la causa última de la enfermedad de Alzheimer no se conoce y se considera una enfermedad esporádica (multifactorial). El principal factor de riesgo es la edad, especialmente a partir de los 65 años, aunque puede aparecer antes, y es más frecuente en mujeres. Habitualmente no existe una mutación genética única que la cause directamente, sino que la enfermedad surge por la combinación de varios factores de riesgo, que se discuten en el siguiente apartado.

En una minoría de casos (<1%), la enfermedad de Alzheimer es genética, con herencia autosómica dominante, y suele manifestarse de manera precoz, a edades excepcionalmente tempranas (aproximadamente entre los 25 y los 50 años).

La causa última de la enfermedad de Alzheimer no se conoce y se considera una enfermedad esporádica.

Factores de riesgo:

No modificables:

- **Edad y sexo femenino:**

Entre los factores de riesgo no modificables de la enfermedad de Alzheimer están la edad y el sexo femenino; dos tercios de los casos corresponden a mujeres. No obstante, no se conocen con precisión los factores que contribuyen a este hecho, ya que la longevidad o las diferencias en los factores vasculares pueden influir, pero no son suficientes para explicar dichas diferencias. En las últimas décadas, varios estudios apuntan a que las características biológicas y sociales, los cromosomas sexuales, los cambios hormonales o las disparidades en el acceso a la educación pueden estar detrás de las mencionadas diferencias.

- **Polimorfismo genético:**

El alelo ε4 del gen de la apolipoproteína E (APOE) es el factor de riesgo genético más importante que se conoce para la demencia por EA esporádica. Este alelo codifica la proteína apoE4, que influye en la eliminación de Aβ en el cerebro y en la respuesta neuronal ante las lesiones.

Varios estudios sostienen que los efectos del alelo ε4 sobre el riesgo y la progresión de la EA son más intensos en mujeres que en hombres, por lo que puede existir una diferencia en la trayectoria neuropatológica entre ambos sexos que depende del genotipo APOE. Por ahora no se ha demostrado que existan diferencias en la prevalencia del polimorfismo APOE ε4 entre sexos. De todos modos, a pesar de seguir una distribución similar entre hombres y mujeres, estudios recientes sugieren que el alelo APOE ε4 podría conferir un riesgo más elevado en mujeres en comparación con los hombres a partir de los 65 años. Además, el efecto de este alelo podría ser mayor en mujeres, contribuyendo a una progresión más rápida del deterioro cognitivo y a una mayor carga patológica, especialmente de proteína tau, en mujeres.

- **Menopausia:**

La menopausia se considera hoy un posible factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, principalmente por la disminución de estrógenos que conlleva, aunque el peso exacto de este factor y los mecanismos implicados siguen en estudio [4, 5]. Los estrógenos ejercen un papel neuroprotector: modulan la actividad de la proteína β-amiloide, reducen el estrés oxidativo, favorecen la función sináptica y mejoran el flujo sanguíneo cerebral. Con la transición menopáusica, esta protección hormonal disminuye o se pierde, lo que podría

aumentar la vulnerabilidad cerebral y el riesgo de deterioro cognitivo y demencia en la etapa posmenopáusica.

Los estudios epidemiológicos y de neuroimagen indican que una mayor exposición endógena a estrógenos (por ejemplo, una vida reproductiva más larga o una menopausia más tardía) se asocia con un menor riesgo de Alzheimer, mientras que la menopausia precoz o inducida y la caída brusca de estrógenos incrementan el riesgo [6].

En cuanto a la terapia hormonal, los estudios observacionales apuntan a un posible efecto protector cuando se inicia durante la transición menopáusica, mientras que ensayos clínicos en mujeres de más edad (≥65 años), sobre todo con combinaciones estrógeno-progestágeno, han mostrado un aumento del riesgo de demencia [7]. El momento de inicio y el tipo de formulación parecen ser determinantes en el balance riesgo-beneficio [8–11]. En conjunto, la menopausia y la disminución de estrógenos se consideran factores que pueden aumentar la vulnerabilidad al Alzheimer en las mujeres, aunque su papel exacto y el impacto de la terapia hormonal siguen siendo objeto de investigación activa.



- **Historial reproductivo:**

La evidencia actual sugiere que el historial reproductivo, en particular la duración acumulada de los embarazos puede influir en el riesgo de enfermedad de Alzheimer en mujeres. Una mayor exposición al embarazo se ha asociado con un menor riesgo, posiblemente por efectos neuroprotectores derivados de cambios hormonales e inmunológicos, especialmente durante los primeros trimestres de gestación [12]. Sin embargo, la relación no es lineal: la multiparidad extrema (≥5 embarazos completos) se ha vinculado a un aumento del riesgo, mientras que uno o dos embarazos parecen más beneficiosos [13, 14].

En conjunto, el embarazo podría ejercer un efecto neuroprotector y retrasar la demencia, pero este beneficio depende del número y del momento de los embarazos y debe interpretarse en el contexto de otros factores de riesgo y de la salud global de la mujer.

Factores de riesgo modificables:

- **Factores de riesgo cardiovascular:**

Pasando a los factores modificables, el riesgo cardiovascular, con la hipertensión, la diabetes, el tabaquismo o la obesidad, tiene un papel relevante. La desregulación del metabolismo de la glucosa, al igual que otros factores de riesgo cardiovascular, se acentúa especialmente tras la menopausia, contribuyendo en particular al daño microvascular cerebral en mujeres posmenopáusicas.

- **Depresión:**

La depresión es uno de los factores de riesgo modificables de demencia reconocidos por la Lancet Commission, especialmente cuando se presenta en la segunda mitad de la vida. Hay que tener en cuenta que los trastornos del estado de ánimo, tanto en forma de depresión mayor como de distimia, son más frecuentes en mujeres y pueden acompañarse de otros factores como la ansiedad y el aislamiento social.

- **Calidad del sueño:**

También hay que considerar la mala calidad del sueño, que se ha asociado con un mayor riesgo de sufrir enfermedad de Alzheimer. El sueño tiene la función de mantener la homeostasis cerebral, incluyendo el aclaramiento de proteínas. Las mujeres sufren problemas de sueño durante y después de la menopausia, en forma de insomnio o sueño poco reparador, hecho que podría relacionarse con un mayor riesgo de acúmulo de amiloide/tau cerebral.

- **Reserva cognitiva:**

En cuanto a la reserva cognitiva, se define como la resiliencia del cerebro frente a los cambios patológicos. Un mayor nivel educativo podría proporcionar una mayor reserva cognitiva y, por lo tanto, proteger frente a la expresión clínica de la enfermedad. Por el contrario, los niveles educativos más bajos podrían reducir la capacidad de resistencia a la patología una vez establecida y facilitar la aparición de la sintomatología. A nivel global, el acceso a la escolarización (así como a la formación no formal a lo largo de la vida) es inferior en mujeres, hecho que podría incrementar el riesgo de demencia en esta población. El riesgo de demencia se incrementa especialmente en aquellos países de ingresos bajos, probablemente en relación con otros factores como la resiliencia, los factores vasculares, la dieta, etc. [1].

Diagnóstico y biomarcadores disponibles

El diagnóstico de la enfermedad es clínico-biológico; por lo tanto, requiere la confirmación biológica de los síntomas mediante biomarcadores. Además, la evaluación clínica es esencial para determinar el impacto funcional y la relación entre los síntomas y la enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer se define como un proceso biológico que comienza con la aparición de cambios neuropatológicos en personas que son asintomáticas. La fase preclínica puede durar un periodo que oscila entre los 15-20 años, durante el cual las proteínas amiloide y tau se acumulan en el cerebro de forma silente, sin dar síntomas. Es importante recordar que los biomarcadores se deben analizar en personas con síntomas; es decir, a partir de la fase de deterioro cognitivo leve. La progresión de la carga neuropatológica conduce posteriormente a la aparición y progresión de los síntomas clínicos.

Desde 2011, los criterios diagnósticos de enfermedad de Alzheimer y los consensos internacionales requieren la confirmación biológica de la enfermedad mediante biomarcadores. Sin embargo, en nuestro país el acceso a estos biomarcadores ha sido y sigue siendo limitado,

y además desigual según el área o territorio, ya que su implementación ha dependido en gran medida de la iniciativa de unidades especializadas. Los nuevos criterios diagnósticos de 2024 se reafirman en la necesidad de confirmar el diagnóstico con biomarcadores (Alzheimer's Association 2024, International Working Group 2024), especialmente aquellos que confirmen el depósito de amiloide cerebral [15]. Estos biomarcadores (llamados Core 1) incluyen Aβ42 en líquido cefalorraquídeo, PET amiloide y p-tau 217 plasmática.

Por otra parte, hay otros biomarcadores (Core 2) que confirman además la presencia de patología tau: tau fosforilada en LCR (disponible en la práctica asistencial), MTBR-tau243 y la tau PET (no disponibles asistencialmente, solo en investigación en nuestro país), que dan soporte al diagnóstico y, en el caso de PET-tau, podrían proporcionar información pronóstica. Por su parte, los cambios en los biomarcadores Core 2 se producen más tarde; por eso, un biomarcador Core 1 anómalo es suficiente para establecer el diagnóstico.

En los últimos años se han desarrollado biomarcadores sanguíneos, especialmente la p-tau217, que alcanza una precisión ≥90% para el diagnóstico en comparación con LCR y PET. Estas determinaciones permiten aproximarse al diagnóstico etiológico mediante un simple análisis de sangre, no invasivo, de bajo coste y potencialmente generalizable, con resultados fiables en la mayoría de los casos. No obstante, en algunas situaciones será todavía necesario recurrir a la punción lumbar o al PET (por ejemplo, ante valores indeterminados o discordantes). La incorporación de estos biomarcadores sanguíneos facilita la extensión del uso de biomarcadores de Alzheimer y puede contribuir a reducir las desigualdades en el acceso al diagnóstico biológico. Paralelamente, el PET-FDG sigue siendo una herramienta clave para el diagnóstico diferencial con otras enfermedades neurodegenerativas.



Biomarcadores experimentales:

Otros marcadores como la neurofilament light (NfL) o la GFAP se consideran todavía más experimentales y se interpretan sobre todo como indicadores inespecíficos de neurodegeneración o de activación glial, más que como marcadores etiológicos específicos. Se están desarrollando marcadores específicos para otras demencias, como los ensayos de α-sinucleína en la demencia por cuerpos de Lewy.

- **Diferencias entre sexos de los biomarcadores:**

Los niveles de p-tau y t-tau en líquido cefalorraquídeo podrían estar más elevados en mujeres, sobre todo en aquellas con inicio precoz. Además, este grupo de mujeres muestra una mayor atrofia del hipocampo y una disminución más rápida de la función ejecutiva. Por su parte, los niveles de NfL son más bajos en mujeres tanto en líquido cefalorraquídeo como en plasma. Asimismo, se han descrito niveles plasmáticos de GFAP más altos en mujeres que en hombres, y las mujeres con enfermedad de Alzheimer presentan una mayor captación patológica de tau en el PET, lo que coincide con los hallazgos post mortem, donde se observa una mayor carga de ovillos neurofibrilares [1].



Evolución progresiva

Para evaluar la evolución clínica de las personas con enfermedad de Alzheimer, se emplea la Escala Global de Deterioro (GDS), desarrollada por Barry Reisberg. Esta herramienta ofrece una visión general de las diferentes etapas del deterioro cognitivo asociado a las demencias neurodegenerativas primarias, como el Alzheimer, y resulta de gran utilidad tanto para profesionales como para cuidadores.

La escala consta de siete etapas. Las dos primeras corresponden a fases sin deterioro cognitivo mientras que las cuatro restantes describen los distintos grados de deterioro cognitivo. A partir de la etapa 5, la persona se considera clínicamente dependiente:

- **Etapa 3 – Deterioro cognitivo leve:**

En esta fase se observan los primeros déficits, habitualmente de memoria reciente. La persona puede tener olvidos de conversaciones recientes, olvidar citas, extraviar objetos, y mostrarse repetitiva. En esta fase los déficits de memoria son leves y la persona es autónoma para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria.



- **Etapa 4 – Demencia leve:**

En esta fase el problema de memoria progresivo se acentúa. Se reduce la capacidad de concentración y aparecen limitaciones para manejar asuntos cotidianos como los viajes o las finanzas personales. En esta etapa suelen observarse cambios afectivos y una tendencia a evitar situaciones que generen estrés o frustración. La persona afecta puede requerir supervisión o ayuda para algunas tareas instrumentales (trámites del banco, gestión de citas médicas, realizar la compra, etc).

- **Etapa 5 – Demencia moderada:**

La persona requiere asistencia para actividades básicas. Puede olvidar su dirección, número de teléfono o los nombres de familiares cercanos, y mostrar desorientación temporal. No obstante, suele conservar el reconocimiento del cónyuge y de los hijos. Mantiene la capacidad para comer y utilizar el baño de forma independiente, aunque vestirse adecuadamente comienza a resultar difícil. Puede haber cambios de conducta, sobre todo en forma de irritabilidad.

- **Etapa 6 – Demencia moderadamente grave:**

Se intensifica la pérdida de memoria, incluyendo el olvido del nombre del cónyuge o del cuidador, y se pierde la capacidad de recordar acontecimientos recientes. Sin embargo, persisten recuerdos de la vida pasada. La persona necesita ayuda constante para las actividades de la vida diaria y pueden presentarse cambios significativos en la conducta.

- **Etapa 7 – Demencia grave:**

En el estadio final, se produce una pérdida casi total de las capacidades cognitivas y funcionales. El lenguaje se reduce o desaparece, se instaura la incontinencia urinaria y fecal, y la persona requiere ayuda completa para alimentarse y para cualquier actividad básica. En esta fase, el cerebro ya no logra coordinar las órdenes necesarias para mantener las funciones corporales.

En España más del 75 % de las cuidadoras son mujeres.

Impacto biopsicosocial

El elevado coste emocional en pacientes y familias se traduce en depresión, ansiedad y sobrecarga del cuidador. Además de ser quienes más sufren la enfermedad en primera persona, las mujeres también son las principales cuidadoras de personas con demencia. En España, más del 75 % de las cuidadoras son mujeres. La mayoría combina su condición de cuidadora familiar con la atención a su propia familia, conviviendo con cónyuge e hijos/as. Son ellas quienes asumen el cuidado de las personas afectadas por demencia en sus diferentes fases de evolución, ya sea como cuidadoras externas o dentro del ámbito familiar. En el caso de las familiares cuidadoras (esposas, hijas o nueras) que están en edad laboral y/o tienen hijos en edades que requieren apoyo parental, la situación es aún más compleja. Asimismo, aquellas cuidadoras que viven en áreas rurales con difícil acceso a centros especializados pueden presentar dificultades añadidas. Es necesario ser conscientes de esta situación para poder ofrecer soluciones y recursos adecuados a la realidad social y a la enfermedad, así como dirigir los esfuerzos a fomentar la corresponsabilidad de mujeres y hombres en el cuidado de personas con demencia [1].

Es necesario dirigir los esfuerzos a fomentar la corresponsabilidad de mujeres y hombres en el cuidado de personas con demencia.

Impacto económico

El Alzheimer es una de las enfermedades con mayor coste sanitario y social en Europa. Según la Fundación Pascual Maragall, las demencias, sobre todo el Alzheimer, generan un coste económico anual medio de 42.000 euros por persona diagnosticada, que puede ascender a 77.000 euros en fases avanzadas de la enfermedad [8]. Este impacto económico incluye costes sanitarios directos (consultas médicas, pruebas diagnósticas, hospitalizaciones, tratamientos farmacológicos y seguimiento especializado), así como costes sociosanitarios derivados de la atención domiciliaria, centros de día, servicios de ayuda a domicilio y, en fases avanzadas, institucionalización en residencias.

A medida que la enfermedad progresa y aumenta el grado de dependencia, el gasto se incrementa de forma significativa debido a la necesidad de supervisión continua, adaptación del entorno doméstico, productos de apoyo y mayor utilización de recursos asistenciales. Además, el carácter crónico y prolongado del Alzheimer implica que estos costes se mantienen durante años, lo que genera una carga acumulativa considerable tanto para las familias como para el sistema sanitario y social. A esto hay que sumar la pérdida de jornadas laborales y de empleo de las cuidadoras [8].

Repercusiones en el ámbito laboral: abandono de empleo por parte de cuidadores

La mayor parte de las cuidadoras de las personas con Alzheimer son mujeres. Además de verse más afectadas por la enfermedad, en ellas recae el peso de los cuidados, tal y como lo demuestra el dato de que en España más del 75% de las cuidadoras son mujeres. Son ellas quienes asumen el cuidado de personas con demencia en sus distintas fases de evolución. En el caso de las cuidadoras familiares, esposas o hijas en edad laboral y/o con hijos que aún requieren apoyo, la situación se vuelve especialmente compleja, puesto que en muchas ocasiones abandonan el empleo para hacerse cargo del familiar. Esta situación es aún más compleja en las áreas rurales, donde el acceso a centros especializados es limitado [1].

Estigmatización y discriminación de las personas con demencia

El estigma que rodea a la demencia plantea un desafío importante. La falta de comprensión y de conocimiento influye en la forma en que se percibe a la persona con Alzheimer, lo que también repercute en el comportamiento hacia quienes viven con demencia.

El Informe Mundial sobre el Alzheimer de 2019 indicaba que 2 de cada 3 personas siguen creyendo que la demencia es una parte normal del envejecimiento. Pero lo más sorprendente es que el 62 % de los profesionales sanitarios también creen que es un proceso normal del envejecimiento. Esa falta de comprensión de que la demencia es una enfermedad neurológica puede generar grandes barreras a la hora de buscar el diagnóstico y, una vez obtenido, el apoyo necesario para su cuidado.

En este contexto, hay que recordar que las mujeres con demencia se enfrentan a un triple riesgo, ya que sufren un mayor estigma y discriminación debido a su edad, sexo y afección neurológica.

Las actitudes negativas y las creencias erróneas de que ellas son, de alguna manera, responsables de sus síntomas y comportamiento pueden impedir que las mujeres se animen a buscar apoyo o un diagnóstico. El estigma vinculado al diagnóstico y la discriminación resultante pueden provocar sentimientos de aislamiento, desesperanza e impotencia (9).

Aspectos diferenciadores de género. Enfoque de género: desigualdades y estigmas

- **Mayor prevalencia en mujeres (factor biológico y social).**

La demencia es uno de los mayores retos sanitarios de nuestro tiempo. Cada tres segundos, una persona en el mundo desarrolla demencia. Ya hay 50 millones de personas que viven con ella en todo el mundo y se prevé que esta cifra se triplique para 2050 y el 70 % de estas personas vivirán en países de ingresos bajos y medios.

Si bien vivir más tiempo aumenta el riesgo de las mujeres de desarrollar demencia, no es el único factor que contribuye a ello. Los modelos estadísticos que tienen en cuenta las tasas de mortalidad dependientes del género muestran una proporción de 2:1 en cualquier edad. En otras palabras, independientemente de la edad, hay el doble de mujeres con Alzheimer que de hombres con la enfermedad.

Los datos disponibles muestran que cuando las mujeres desarrollan demencia, su declive es más rápido, tanto en términos de cognición como de calidad de vida [9].

Cada tres segundos, una persona en el mundo desarrolla demencia.

- **Mayor carga de cuidados recae sobre mujeres (madres, hijas, cónyuges)**

Son las mujeres, normalmente las hijas, las que siguen asumiendo la mayor parte de la responsabilidad del cuidado de la persona con Alzheimer. En muchas de estas mujeres se perciben problemas de salud, tanto física como mental y problemas económicos, al tener que dejar el trabajo. Por eso, es importante contar con apoyo y con formación para que puedan ofrecer una atención de buena calidad. Además, necesitan un tiempo de calidad para ellas, para que se puedan cuidar.

Desde una perspectiva de género, las mujeres presentan una mayor prevalencia de Alzheimer y, con frecuencia, menor acceso al diagnóstico temprano o menor adherencia terapéutica debido a su doble rol como pacientes y cuidadoras [10, 11].

- **Invisibilización de las necesidades específicas de género en investigación y políticas de salud**

Los datos son importantes para la investigación, ya que ayudan a comprender la magnitud y la complejidad de un problema y cómo afecta a la población. Son la base para poder establecer políticas encaminadas a solucionar los problemas y valorar su evolución. Por eso, los datos tienen que ser objetivos y representativos de todos los grupos poblacionales.

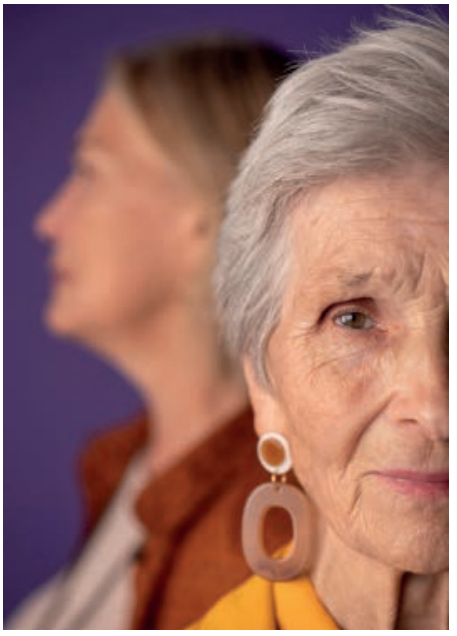
Si se deja a un lado a parte de la población, la interpretación de los datos es parcial. Esto lleva pasando muchos años, ya en la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, en 1975, se reconoció que los datos sobre género eran incompletos y que faltaban indicadores sólidos para medir la situación de las mujeres.

En los países en desarrollo se constata que al examinar la carga excesiva de enfermedades que soportan las mujeres, como la demencia, se observó una notable brecha en los datos en términos de cobertura y complejidad. Esta falta de información tiene un importante efecto dominó. Si no se tiene constancia de los datos de las mujeres mayores de 49 años, es decir, las mujeres que ya no están en edad fértil, no se conoce su estado de salud ni su carga de morbilidad, sobre todo en términos de demencia, por lo que no se pueden elaborar políticas

eficaces y dedicar recursos para apoyarlas y supervisar su salud y bienestar. Si no se tiene en cuenta a las mujeres mayores, estas se vuelven invisibles [8].

• Estigmas asociados al envejecimiento femenino y a la demencia

Un menor nivel educativo está estrechamente relacionado con un mayor riesgo de desarrollar demencia, incluso cuando las personas alcanzan un estatus socioeconómico más alto en la edad adulta. También se sabe que por cada año adicional de educación se reduce el riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer en un 8 %.



Las mujeres se encuentran en una situación de considerable desventaja con respecto a los factores de riesgo conductuales y clínicos, y sufren peor salud mental y mayor aislamiento social que los hombres. En pocas palabras, las mujeres que pertenecen a las cohortes de edad avanzada de hoy en día han estado más expuestas al riesgo a lo largo de su vida. Del mismo modo, las personas con un nivel socioeconómico bajo, ya sea medido por los ingresos o por el nivel educativo o profesional, muestran una mayor exposición a todos los factores de riesgo y oportunidades limitadas para mitigar sus efectos.

Es más, las mujeres son sistemáticamente más vulnerables a los efectos perjudiciales de un nivel socioeconómico bajo en los resultados de salud, lo que pone de relieve la vulnerabilidad a los resultados adversos para la salud de aquellos grupos que se encuentran en la intersección del género, la clase social y otras fuentes de desventaja.

Se pueden lograr avances en la reducción de la prevalencia y las desigualdades en los factores de riesgo modificables de la demencia y, de hecho, se han logrado. Los grandes avances en el nivel educativo alcanzado en las primeras etapas de la vida por las mujeres de todo el mundo probablemente contribuirán a reducir el número de casos de demencia en las cohortes futuras.

Del mismo modo, los programas de gestión de enfermedades y un mejor acceso a la atención preventiva y curativa han ayudado a abordar la alta prevalencia de factores de riesgo clínicos en aquellos países desarrollados que han invertido en iniciativas de promoción de la salud. Si se pueden lograr avances similares en los países en desarrollo, donde vive la mayoría de las personas con demencia en la actualidad, cabe esperar una reducción relevante de la prevalencia en las futuras cohortes de personas mayores.

Sin embargo, sigue siendo cierto que la reducción de la desigualdad en los factores de riesgo modificables de la demencia dependerá de la capacidad de los países para reducir los niveles de desigualdad de género y socioeconómica en general; porque, si bien algunos aspectos de la desigualdad en materia de salud y acceso a la atención pueden mejorarse mediante una acción sostenida dentro de los sistemas de salud y la orientación específica de los programas de salud preventiva hacia las mujeres y los grupos de nivel socioeconómico más bajo, la mayoría de las diferencias que hemos descrito tienen raíces profundas que deben abordarse mediante enfoques más integrales que abarquen a toda la sociedad.



Por lo tanto, es fundamental que los investigadores aumenten sus esfuerzos para identificar las diferencias entre grupos no solo en la prevalencia del Alzheimer y la demencia, sino también en los factores de riesgo a los que están expuestos.

Los datos que se recopilen se deben examinar regularmente en busca de efectos específicos por grupo, tanto por sexo como por nivel socioeconómico, en lugar de asumir que las personas que viven con Alzheimer o demencia, o que están en riesgo de desarrollarlas, constituyen un grupo homogéneo. Solo mediante la comprensión y el abordaje de la naturaleza desigual y marcada por el género de los factores de riesgo modificables se podrá garantizar la implementación de estrategias de prevención más efectivas y sostenibles [16].

Los datos que se recopilen se deben examinar regularmente en busca de efectos específicos por grupo, tanto por sexo como por nivel socioeconómico.

Tratamientos disponibles y abordaje clínico

Tratamientos farmacológicos: inhibidores de la acetilcolinesterasa y memantina

Los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IAChE en sus siglas inglesas) son el tratamiento estándar en las fases leves y moderadas. Donepezilo, rivastigmina y galantamina actúan aumentando la disponibilidad sináptica de acetilcolina, un neurotransmisor esencial para la memoria y el aprendizaje, cuya pérdida caracteriza a la patología.

Los metaanálisis más recientes confirman beneficios modestos pero significativos en aspectos como la cognición, la conducta y las actividades de la vida diaria [17].

Teniendo en cuenta los datos disponibles, estos fármacos se consideran útiles para retrasar el deterioro funcional y mantener la autonomía en las etapas iniciales, aunque su eficacia disminuye a medida que va progresando la enfermedad.

En consecuencia, el empleo de dichos fármacos debe ajustarse cuidadosamente, puesto que no están exentos de efectos adversos, sobre todo los gastrointestinales, que se manifiestan en forma de náuseas, vómitos, pérdida de apetito, y el riesgo de bradicardia o síncope en personas mayores.

Revisiones recientes sugieren que las diferencias biológicas y sociales de género pueden influir en la respuesta terapéutica y en la incidencia de efectos secundarios. Las mujeres que presentan menor masa corporal y diferencias en el metabolismo hepático parecen ser que son más susceptibles a reacciones adversas y, por lo tanto, a discontinuación del tratamiento (18).

Por su parte, la memantina, que es un antagonista no competitivo de los receptores NMDA del glutamato, está indicada en fases moderadas o graves. Su administración puede ser en monoterapia o combinada con un IAChE. Su mecanismo de acción reduce la excitotoxicidad glutamatérgica asociada a la degeneración neuronal [19].

Terapias no farmacológicas: estimulación cognitiva

Las intervenciones no farmacológicas son un componente esencial del abordaje integral del Alzheimer. Entre ellas, la estimulación cognitiva formal ha demostrado eficacia para preservar funciones cognitivas, mejorar el estado de ánimo y mantener la autonomía funcional [20].

También hay que tener en cuenta que la participación en terapias cognitivas y actividades sociales se traduce en un impacto positivo en la autoestima de los pacientes y en la percepción de control, especialmente en mujeres, quienes con frecuencia presentan mayor sintomatología ansiosa o depresiva asociada al proceso de deterioro [21].

Control de factores de riesgo y curas: ejercicio físico, apoyo psicosocial

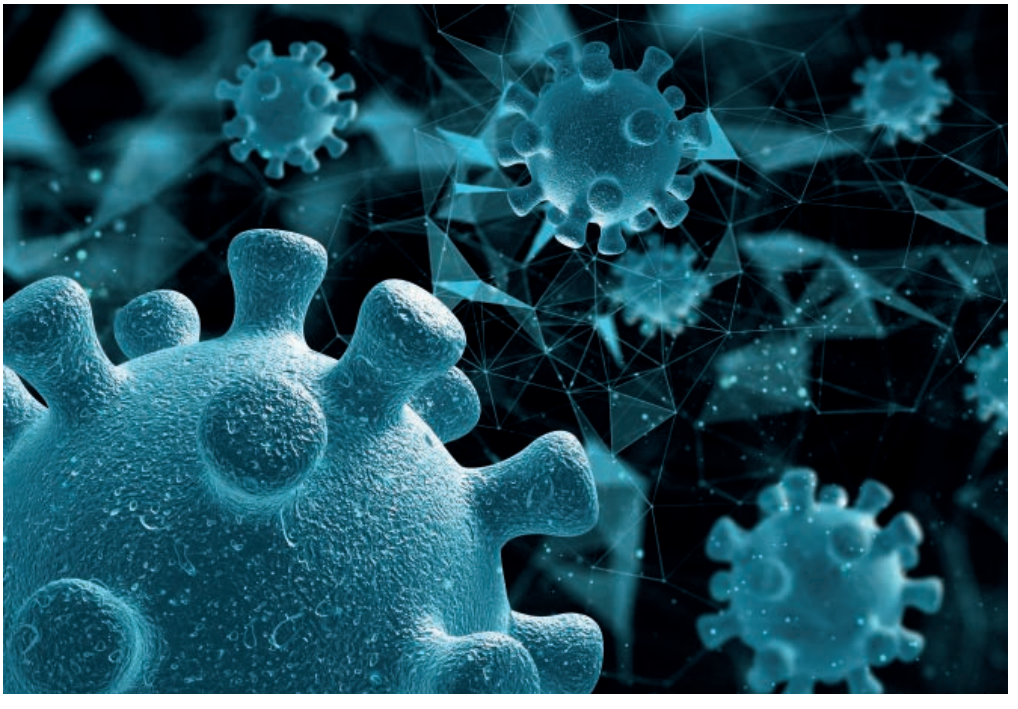
La evidencia epidemiológica muestra que la prevención y el control de factores de riesgo modificables, como la hipertensión, la diabetes, la dislipemia, la obesidad y el sedentarismo, reducen significativamente la incidencia y riesgo de desarrollo de la enfermedad del Alzheimer [22].

El ejercicio físico regular, tanto aeróbico como de fuerza, se asocia con una mejor función cognitiva, menor atrofia hipocampal y reducción de marcadores inflamatorios [23]. Las guías europeas recomiendan al menos 150 min/semana de actividad física moderada en personas mayores con deterioro cognitivo leve o Alzheimer temprano [24].

El apoyo psicosocial a pacientes y cuidadores es igualmente fundamental. Las mujeres, que constituyen alrededor del 65–70 % de las personas cuidadoras, presentan mayor riesgo de sobrecarga emocional, estrés y depresión. Intervenciones psicoeducativas y grupos de apoyo han demostrado eficacia en la reducción de la carga del cuidador y en la mejora de la calidad de vida familiar [25].

Tratamientos modificadores de la enfermedad: anticuerpos monoclonales dirigidos al β-amiloide

En los últimos años se han desarrollado anticuerpos monoclonales dirigidos contra el β-amiloide que representan un avance terapéutico en fases tempranas de la enfermedad de Alzheimer.



El ensayo fase 3 **TRAILBLAZER-ALZ 2** evaluó **donanemab** en 1.736 pacientes con enfermedad de Alzheimer sintomática temprana. El tratamiento mostró una reducción significativa de la carga amiloide cerebral y una ralentización del deterioro clínico del 35 % a las 76 semanas en comparación con placebo [26].

Por su parte, el ensayo fase 3 **CLARITY-AD** evaluó **lecanemab** en 1.795 pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana, demostrando una reducción del 27 % en la tasa de deterioro clínico a los 18 meses, junto con una disminución significativa del depósito amiloide medido por PET [27].

Entre los efectos adversos más relevantes se encuentran las anomalías relacionadas con el amiloide (ARIA), incluyendo edema vasogénico y microhemorragias cerebrales, que requieren monitorización mediante resonancia magnética. La incidencia de ARIA es mayor en portadores del alelo APOE ε4, lo que justifica la necesidad de genotipado previo y vigilancia estrecha [26].

Desde una perspectiva de salud pública y equidad, la implementación de estos tratamientos plantea retos importantes, incluyendo la necesidad de garantizar acceso equitativo y considerar diferencias biológicas y sociales que pueden influir en la respuesta terapéutica.

Enfoque multidisciplinar: neurología, geriatría, psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social

El manejo de la enfermedad de Alzheimer debe ser multidisciplinar puesto que la intervención de los distintos profesionales hace que el paciente reciba los cuidados necesarios. No solo hay que poner el foco en los aspectos biológicos de la enfermedad, el aspecto psicosocial tiene gran peso para mantener, en la medida de lo posible la calidad de vida de las pacientes con demencia y la de sus cuidadores/familiares.

Una vez confirmado el diagnóstico por parte del neurólogo e instaurado el tratamiento correspondiente, el seguimiento de la evolución cognitiva y funcional suele permanecer bajo su supervisión. En determinados casos, especialmente en personas de edad avanzada o con comorbilidades relevantes, puede ser necesaria la valoración o el seguimiento complementario por parte de **Geriatría**.

A estos profesionales, hay que sumar los psicólogos, quienes llevan a cabo la evaluación de funciones cognitivas y apoyo emocional a la paciente y la familia. Son los encargados de ofrecer las terapias de apoyo en las situaciones que van surgiendo, tanto en la pérdida de memoria, el olvido y la frustración asociada a todos estos procesos.

El aspecto psicosocial tiene gran peso para mantener la calidad de vida de las pacientes con demencia y la de sus cuidadores/familiares.

Enfermería es el nexo de unión entre el paciente y sus familiares y el sistema sanitario. Es la encargada de fomentar la educación, resolver las dudas del día a día con la medicación y los cuidados, y dar los consejos necesarios para hacer frente a los problemas de falta de movilidad o de incontinencia.

Desde el punto de vista psicosocial, el trabajador social es un elemento clave a la hora de gestionar los recursos disponibles por las distintas administraciones.

Limitaciones y consecuencias en la calidad de vida

No existe cura para la enfermedad de Alzheimer, pero los tratamientos actuales enlentecen su progresión. Por primera vez hay fármacos modificadores de la enfermedad, los antiamiloides, y

hay otros en vías de investigación, como son los anti-tau. Habrá que esperar a tener más datos al respecto que faciliten su aprobación e indicación en las distintas fases de la enfermedad. Es importante que estos fármacos estén disponibles para todos los pacientes que los necesiten, independientemente de dónde vivan y de cómo puedan afrontar la enfermedad.

Dificultades de acceso a diagnóstico precoz, especialmente en zonas rurales

Debido a la variabilidad geográfica existente en España, el acceso tanto a las pruebas diagnósticas como a las novedades terapéuticas no es igual en todas las áreas. La inequidad en el acceso sigue siento un problema acuciante para muchos ciudadanos, sobre todo los que viven en áreas rurales. Por ejemplo, en España los biomarcadores no están implementados en la mayoría de los centros, no solo en las zonas rurales, sino también en las ciudades grandes. A eso hay que sumar que, en ocasiones, se hace un diagnóstico sindrómico, sin confirmación biológica.

Esto tiene repercusiones de cara a un diagnóstico certero, pero también para la administración de terapias antiamiloides, que como se ha comentado, estarán disponibles en un futuro próximo. Para su administración es necesario que exista una confirmación biológica de la enfermedad, donde el biomarcador plasmático ptau 217 ayudará en ese sentido, ya que se realiza mediante analítica de sangre y es de fácil implementación.

Sobrecarga y desgaste emocional de cuidadores, con repercusiones en su salud física y mental
Uno de los aspectos relevantes es cómo se designa a la persona cuidadora, pero generalmente una mujer. De hecho, se estima que, a nivel mundial, el 71% de los cuidados informales son proporcionados por mujeres. Normalmente, se elige a quien se percibe como más disponible, vive más cerca del padre o madre, o se considera que tiene más aptitudes para cuidar. Esta expectativa puede generar un sentimiento de obligación no deseada e inesperada y provocar cierto grado de presión, con el consiguiente efecto en la salud física y mental de la cuidadora. Por ejemplo, las hijas, se sienten obligadas a asumir el rol y experimentan culpa si no lo hacen. Es más, esto hace que los hermanos varones apoyen a sus hermanas en el cuidado, pues no sienten que sea su papel realizar tareas como lavar a su madre. Por su parte, los hombres sin hermanas no tienen problema en ser cuidadores principales de sus madres; de hecho, esa circunstancia los impulsó a asumir el rol.

Es necesario dejar de percibir el cuidado como algo designado para las mujeres, de modo que cualquier familiar, independientemente del género, pueda asumirlo. Esto permitiría un reparto más equitativo de responsabilidades y un mayor bienestar familiar.

Riesgo de institucionalización en fases avanzadas

No todas las personas que viven con demencia se trasladan a centros institucionales. Algunas recurren a servicios públicos de atención domiciliaria, mientras que quienes tienen mayor capacidad económica contratan cuidadores privados para obtener más flexibilidad y una atención más individualizada. La mayoría de estos cuidadores son mujeres extranjeras que se trasladan a vivir al hogar de la persona con demencia.

Aunque cuidar de una persona con demencia puede ser un desafío importante y lleva consigo una carga de estrés importante, es necesario disponer de programas que apoyen a los cuidadores y a los familiares, con el objetivo de mejorar el nivel de atención y la gestión de estas personas.

No obstante, en los casos que sea necesario habrá que considerar la institucionalización del paciente siempre y cuando sea lo más adecuado para él. Es una decisión que se debe tomar

de forma conjunta con todos los agentes implicados en su cuidado, desde los profesionales sanitarios, los familiares, los cuidadores y los trabajadores sociales.

Propuestas y necesidades para un abordaje integral

Para mejorar y avanzar en el manejo de la enfermedad de Alzheimer es importante que los profesionales tengan una formación específica en demencias. Los médicos de Atención Primaria son el acceso más directo con el sistema sanitario, ya que son la puerta de entrada. Estos son clave para detectar, junto con Neurología y otras especialidades, como Geriatría, en las fases más precoces de la enfermedad, utilizando herramientas clave el T@M, en lugar de MMSE, que detecta solo fases más avanzadas.



Campañas de sensibilización contra estigma y para promover diagnóstico precoz

La enfermedad de Alzheimer y otras demencias neurodegenerativas continúan siendo patologías fuertemente estigmatizadas, lo que genera importantes barreras para el reconocimiento temprano de los síntomas y la búsqueda de atención médica especializada. Este estigma afecta tanto a las personas que presentan los primeros signos de deterioro cognitivo como a sus familias, y se ve agravado por factores de género, culturales y socioeconómicos.

Las campañas de sensibilización deben orientarse, por tanto, a transformar la percepción social de las demencias, presentándolas no como un destino inevitable asociado al envejecimiento, sino como enfermedades del cerebro que pueden y deben abordarse de forma temprana. Esto implica difundir mensajes claros sobre la importancia del diagnóstico precoz, los beneficios de la intervención temprana y el papel crucial de la investigación biomédica y social en el desarrollo de tratamientos eficaces.

Desde una perspectiva de género, es esencial visibilizar las desigualdades existentes en el acceso al diagnóstico y al tratamiento, ya que las mujeres no solo presentan una mayor prevalencia de Alzheimer, sino que además suelen desempeñar el rol de cuidadoras, con la

consiguiente carga emocional y económica. Las campañas deben incorporar un enfoque interseccional que atienda las necesidades específicas de mujeres, personas mayores, y grupos vulnerables, incluyendo estrategias de comunicación accesibles y culturalmente adaptadas.

La enfermedad de Alzheimer y otras demencias neurodegenerativas continúan siendo patologías fuertemente estigmatizadas.

Entre las acciones prioritarias se propone:

- Desarrollar campañas nacionales y locales con mensajes basados en evidencia científica, que promuevan la identificación de los primeros signos de alarma y la consulta médica temprana. -Impulsar la formación de profesionales sanitarios y comunitarios para mejorar la detección precoz y reducir sesgos de género en el diagnóstico.

- Fomentar el diálogo público y mediático sobre la demencia, integrando testimonios de personas afectadas y sus familias, para humanizar la enfermedad y reducir el estigma.

- Colaborar con asociaciones de pacientes, universidades y entidades sociales para generar materiales divulgativos, talleres y actividades educativas.

El objetivo último de estas campañas es favorecer el acceso a intervenciones y tratamientos eficaces, incluyendo estrategias preventivas que retrasen o eviten la aparición de los síntomas y el deterioro cognitivo asociado al Alzheimer. Promover una cultura de diagnóstico temprano no solo mejora la calidad de vida de las personas afectadas, sino que contribuye a una sociedad más informada, empática y preparada ante los retos que plantea el envejecimiento poblacional [28].

Programas de apoyo a cuidadores, con perspectiva de género

Dado que la mayoría de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer son mujeres —principalmente esposas e hijas—, los programas de apoyo deben diseñarse con una perspectiva de género que reconozca su papel esencial y las desigualdades estructurales que afrontan.

Estos programas deben ofrecer formación específica y continuada sobre las tareas de cuidado, incluyendo pautas para la movilidad, el aseo, la alimentación y la estimulación cognitiva, así como estrategias para preservar la salud física y emocional de las cuidadoras. Además, es fundamental proporcionar conocimientos básicos sobre la gestión de patologías concomitantes y la administración de tratamientos, dado que muchas personas con Alzheimer son pacientes polimedicados.

El sistema sanitario y social debe garantizar el acceso ágil a personal de enfermería, trabajadores sociales y recursos comunitarios, que ofrezcan acompañamiento, asesoramiento y apoyo emocional a las cuidadoras. Asimismo, se recomienda fomentar redes de apoyo entre cuidadores, así como servicios de respiro familiar y conciliación laboral, para evitar la sobrecarga y favorecer la igualdad de oportunidades.

El fortalecimiento de estos programas no solo contribuye al bienestar de las cuidadoras, sino que también mejora la calidad de vida de las personas con Alzheimer y refuerza la sostenibilidad del sistema de cuidados en su conjunto.

Fomento de la investigación en terapias modificadoras de la enfermedad y biomarcadores

El avance en la investigación sobre la enfermedad de Alzheimer requiere integrar de forma decidida una perspectiva de género, tanto en los estudios clínicos como en los modelos preclínicos. Históricamente, las mujeres —tanto como participantes en estudios clínicos como en modelos animales femeninos— han estado infrarrepresentadas, lo que ha limitado la comprensión de los mecanismos diferenciales de la enfermedad según el sexo. Aunque en los últimos años se ha avanzado hacia una mayor inclusión y equidad, persisten lagunas significativas en el conocimiento de las causas de la mayor prevalencia del Alzheimer en mujeres.

Es prioritario promover investigaciones que aborden de manera específica los factores biológicos, hormonales y genéticos asociados al sexo, así como los posibles efectos de la menopausia y la disminución de estrógenos sobre la vulnerabilidad cerebral y la progresión de la enfermedad. Aún quedan muchas preguntas por responder: ¿cómo influyen las fluctuaciones hormonales en la neuroinflamación y el metabolismo de la proteína tau? ¿Qué papel desempeñan las diferencias genéticas ligadas al sexo en la respuesta a tratamientos modificadores de la enfermedad?

Los estudios observacionales y los ensayos clínicos deben garantizar la representatividad de las cohortes, incorporando un número adecuado de mujeres que refleje la realidad epidemiológica de la enfermedad. Además, se deben diseñar estrategias que faciliten la participación equitativa de mujeres en la investigación, eliminando barreras de acceso y considerando los condicionantes sociales, laborales y de cuidado que pueden dificultar su inclusión.

El fomento de la investigación traslacional, con una mirada sensible al género, es esencial para avanzar hacia terapias personalizadas y eficaces, así como para comprender mejor los mecanismos biológicos que subyacen a las diferencias en la incidencia, progresión y respuesta terapéutica entre mujeres y hombres [29,30].

Creación de unidades de memoria y centros de día especializados

El acceso a centros específicos, como centros de día o unidades de memoria, es fundamental para mejorar la calidad de vida de estas personas. Estas unidades deben asegurar que la atención que ofertan se corresponda con la realidad de las personas afectadas por la enfermedad, es decir, que se tengan en cuenta las necesidades específicas de la población femenina.

Las unidades de memoria se pueden establecer en entornos hospitalarios o de atención especializada y tienen como objetivo la evaluación integral de los trastornos cognitivos. Dado que las mujeres representan la mayoría de los casos de enfermedad de Alzheimer, es necesario que en su protocolo incluyan las características y necesidades de las pacientes.

En este contexto hay que destacar que también son centros en los que se puede vislumbrar la presencia de la enfermedad a través de los síntomas iniciales, que, en ocasiones, se confunden con patologías no neurodegenerativas como la ansiedad o depresión.

En la evaluación para el acceso a estas unidades, se debe considerar distintos factores, como los socioeconómicos y educativos, que históricamente han afectado más a las mujeres (menor acceso a educación formal, trayectorias laborales interrumpidas), pueden influir en las pruebas neuropsicológicas y requerir la aplicación de tests ajustados cultural y educacionalmente.

En estas unidades también se ofrece a las cuidadoras un asesoramiento de cómo llevar a cabo el manejo de estos pacientes. Es clave que les oferten un asesoramiento específico sobre la planificación futura de los cuidados, donde además se incluyan aspectos legales, incluidos el documento de voluntades y la prestación de ayuda para morir (eutanasia). Además, hay que tener en cuenta la potencial sobrecarga de las cuidadoras y ayudarlas a establecer límites y acceder a recursos de apoyo desde el inicio.

Por su parte, los centros de Día Especializados son imprescindibles como soporte terapéutico y respiro para el cuidado. En ellos se ofrecen terapias no farmacológicas, como la estimulación cognitiva, fisioterapia y socialización en un entorno seguro, lo que ayuda a mantener la autonomía del paciente, a la vez que ofrece unas horas de respiro para el cuidador.

En estos centros se debe optar por programas que sean flexibles e individualizados, adaptando las actividades físicas para mantener la funcionalidad y reducir la sintomatología conductual. En cuanto al alivio de la carga del cuidado, las esposas o las hijas son las principales beneficiarias, ya que a menudo sacrifican su carrera profesional e incluso su salud para cuidar a su familiar. En estos centros se puede recibir apoyo específico y formación sobre el cuidado, donde se reconozca el esfuerzo de las mujeres, al mismo tiempo que se fomente la participación y el entrenamiento de los cuidadores hombres, hijos o esposos.

Políticas de conciliación laboral y prestaciones económicas para familias cuidadoras

La mayor parte de los cuidados de la persona con Alzheimer recae en las mujeres, bien las esposas o las hijas. En esta situación, gran parte de ellas tienen que abandonar su trabajo profesional para dedicarse al cuidado de su familiar. Antes de dejar de trabajar, la conciliación es complicada, puesto que no se cuenta con las políticas de ayuda necesarias para hacer frente a dicha situación. Por eso, en la mayoría de los casos, las mujeres cuidadoras de sus familiares tienen que dejar su trabajo profesional con la consiguiente carga emocional que conlleva.



Fondos para investigación de las causas que conllevan a un mayor riesgo de enfermedad Alzheimer en mujeres

A la hora de estudiar el riesgo de desarrollar Alzheimer hay que detenerse en los factores de riesgo modificables que afectan a las mujeres. Hay que prestar especial atención a la prevención de los factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión, la obesidad, la diabetes y el tabaquismo, sobre todo tras la menopausia. Son factores que tradicionalmente son atribuibles y más tratados en los hombres, pero en las mujeres también influyen en el empeoramiento de su salud y de su calidad de vida. Otro de los factores de riesgo modificables que hay que tener en cuenta es la depresión.

En la investigación de la etiopatogenia hay que establecer una línea centrada exclusivamente en las mujeres, ya que, como se ha comentado, presentan una serie de particularidades que hacen que desarrollen la enfermedad de Alzheimer en un mayor número de casos, causas que no son solo atribuibles a su mayor longevidad.

También estudiar mejor la efectividad de los tratamientos modificadores de la enfermedad en mujeres. De ahí, la necesidad de incluir en los ensayos clínicos a un mayor número de mujeres y de diseñar subanálisis específicos con pacientes femeninas para valorar potenciales diferencias entre los beneficios obtenidos en hombres y en mujeres.

Conclusiones, puntos de mejora y necesidades

Visibilizar el Alzheimer como prioridad sanitaria y social

El Alzheimer puede considerarse una epidemia silenciosa del siglo XXI, lo que supone un desafío destacado para la sostenibilidad del sistema sanitario. Su visibilización y abordaje integral han pasado de ser una necesidad a una prioridad de Salud Pública, tal y como lo ha recogido Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Alzheimer's Disease International.

La urgencia de priorizar el Alzheimer radica en su creciente impacto sanitario, social y económico. Como la causa más frecuente de demencia, puesto que representa entre el 60 y el 70% de los casos, su prevalencia aumenta con el envejecimiento poblacional.

El Alzheimer no es solo una enfermedad que afecta la memoria y las funciones cognitivas, es un problema social que trasciende el ámbito familiar, puesto que el impacto que genera no solo se centra en quien la padece, sino, de manera importante, en sus familiares y cuidadores. La mayor parte de los costes reales asociados a la discapacidad recae en las familias, quienes soportan una carga económica y emocional que no es reconocida tal y como se merece.

Para hacer frente a dicha situación, hay que visibilizar el Alzheimer y el sesgo de género existente, que se centra tanto en la afectación de la enfermedad como en el cuidado. Las mujeres tienen una mayor prevalencia de la enfermedad y también son quienes asumen el rol de cuidadoras principales, Esta carga de cuidado informal recae principalmente sobre ellas, lo que tiene graves consecuencias en su salud física, mental y en su desarrollo profesional y económico. Al situar el Alzheimer como una prioridad, se obliga al sistema a reconocer y mitigar la brecha de género en los cuidados, proporcionando los apoyos públicos necesarios para aliviar esta carga.

El Alzheimer es un problema social que trasciende el ámbito familiar.

Para visibilizar la enfermedad de Alzheimer se debería prestar especial atención al diagnóstico precoz, ya que la enfermedad está a menudo infradiagnosticada, y en algunos casos se consulta en fases moderadas o avanzadas de la enfermedad. Actualmente disponemos de biomarcadores muy precisos para confirmar el diagnóstico de esta enfermedad, incluso mediante una analítica de sangre. Hay que mejorar/impulsar sobre todo la implementación de estos biomarcadores en los circuitos asistenciales de la sanidad pública y de forma equitativa en todo el territorio.

También es necesario destinar más recursos a la investigación, tanto básica como clínica, incidiendo sobre todo en los tratamientos que se dirijan a modificar el curso de la enfermedad. Desde las distintas administraciones urge la necesidad de establecer un marco normativo y unas políticas específicas que aseguren un abordaje integral, coordinado y con financiación adecuada. Esto incluye la necesidad de incorporar las demencias en un nuevo modelo de cuidados a largo plazo que reconozca y dignifique tanto a las personas afectadas como a sus cuidadores.

Como último aspecto, y no menos importante, hay que acabar con el estigma asociado a la enfermedad. Eso se consigue a través de la información y la educación.

Enfoque integral del impacto psicosocial, incluyendo paciente y entorno

El diagnóstico y la progresión de la enfermedad de Alzheimer traen consigo una serie de problemas psicosociales tanto para el paciente como su familia. En un primer momento, el paciente puede experimentar miedo, ansiedad, negación, depresión y un sentimiento de pérdida de autonomía, que aparecen según se van deteriorando las funciones cognitivas. Esto supone una dependencia progresiva, que puede generar frustración a medida que se van perdiendo facultades. Además, el paciente suele aislarse socialmente, se vuelve más apático e irritable. Pero estos problemas no solo afectan al enfermo; su familia y/o su cuidador asumen parte del peso que conlleva la enfermedad. La carga física, emocional y económica recae de manera significativa en las mujeres, ya sean esposas, hijas o nueras, debido a los roles de género tradicionales.





De hecho, las cuidadoras se enfrentan a un riesgo elevado de desarrollar sobrecarga del cuidador, caracterizada por agotamiento emocional, ansiedad, depresión, y un deterioro de su propia salud física. Esta sobrecarga a veces es insoportable, por el escaso apoyo y el aislamiento social que supone cuidar a una persona con Alzheimer, que irrumpe en su vida de forma inesperada y tiene repercusiones negativas en su vida laboral y social; se quedan sin tiempo para ellas.

El enfoque integral del manejo del paciente con Alzheimer debe ir más allá de la atención médica, abordando las necesidades psicosociales y teniendo el foco en el sesgo de género existente. En este contexto, hay que destinar más recursos a la sensibilización social y las campañas de educación con el objetivo de reducir el miedo asociado a la enfermedad y la estigmatización que afecta tanto al paciente como a su familia.

Cuidar al cuidador no es solo una frase, es una necesidad. Para eso se necesitan recursos efectivos y que lleguen a las familias en el tiempo que se necesitan. No se pueden retrasar las ayudas destinadas a la dependencia, porque son necesarias desde cuando el paciente empieza a ser dependiente. Las administraciones deber reconocer el papel de las mujeres cuidadoras, de su sobrecarga, de su situación personal y de las renuncias a las que se ven sometidas por cuidar a su familiar con Alzheimer. Entre esas ayudas debería considerarse la formación y el apoyo psicológico específico para los cuidadores. A nivel institucional, es necesaria la implementación de planes nacionales de demencia que consideren las diferencias de género tanto en el abordaje como en el coste de los cuidados.

No se pueden retrasar las ayudas destinadas a la dependencia, porque son necesarias desde cuando el paciente empieza a ser dependiente.

Reducción de desigualdades de género, tanto en investigación como en el acceso a recursos

Está claro que hay una desigualdad a la hora de valorar, conocer y manejar a las mujeres con Alzheimer. Es importante tener en cuenta que es necesario incluirlas en los ensayos clínicos, puesto que a pesar de que la mayoría de las personas que viven con demencia son mujeres, su estudio se ha basado tradicionalmente en modelos masculinos. Por ejemplo, gran parte de la investigación básica sobre los mecanismos fisiopatológicos y las posibles dianas terapéuticas de la enfermedad de Alzheimer, que es la forma de demencia más estudiada, se ha desarrollado con modelos de animales macho.

Asimismo, los ensayos clínicos farmacológicos incluían exclusivamente a hombres para evaluar la eficacia de nuevas dianas terapéuticas, con el argumento de evitar posibles efectos en mujeres que pudieran estar en fases iniciales de embarazo. No fue hasta la década de 1990 cuando esta tendencia empezó a revertirse, permitiendo la participación de mujeres en los ensayos clínicos e incorporando la perspectiva del sexo femenino en los estudios.

Aunque la situación ha mejorado, aún queda un largo camino por recorrer para comprender por qué las mujeres son más susceptibles a desarrollar demencia, cómo se puede reducir ese riesgo y cómo avanzar hacia tratamientos verdaderamente personalizados que integren la perspectiva de género [1].

La demencia afecta en mayor medida a las mujeres a escala global; en ellas recaen más casos de demencia, proporcionan más cuidados a las personas que la padecen y tanto el estigma como los factores de riesgo suponen una carga adicional que tienen que soportar. Además, las mujeres están en gran medida ausentes de los procesos de toma de decisiones y del desarrollo de políticas que podrían beneficiarlas.

Existen desigualdades que tienen su origen en ciertas normas sociales, datos con sesgo de género, una inclusión irregular en la investigación y la exclusión de roles clave de liderazgo. Cambiar los marcos de políticas para incluir prioridades de género requiere un enfoque multifacético y una colaboración amplia entre gobiernos, sociedad civil y proveedores de servicios, que atraviese sectores y límites geográficos.



Esto exige una voluntad política y un compromiso para dedicar recursos, desarrollar capacidades y monitorear avances.

Al replantear el Plan de Acción Global sobre la Demencia desde una perspectiva transformadora de género, surge la oportunidad de establecer un modelo de buenas prácticas para los gobiernos nacionales, convirtiendo el plan en un documento verdaderamente transformador en términos de género y alentando la elaboración de planes nacionales igualmente transformadores en los estados miembros.

Los enfoques en la reforma de políticas, el empoderamiento político y de liderazgo, la investigación con perspectiva de género y la educación son esenciales y deben combinarse con enfoques impulsados desde la sociedad civil, alentando a las personas con demencia, especialmente a las mujeres, a alzar su voz para concienciar, compartir su experiencia y exigir responsabilidad a los gobiernos.

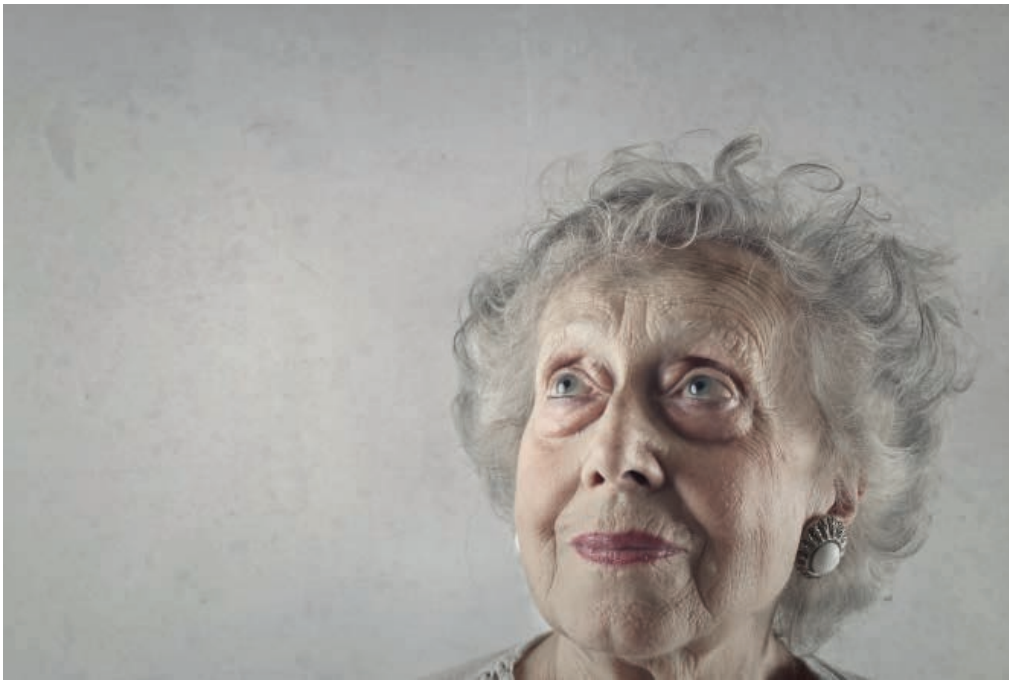
El ámbito del cuidado de la demencia tiene la oportunidad de liderar un cambio de políticas transformador y de demostrar cómo la inclusión de género puede redefinir nuestra comprensión de la demencia y de los posibles tratamientos, así como ayudar a desarrollar políticas que garanticen una atención y un apoyo coordinados para las personas que viven con demencia y quienes las cuidan [9].

Prevención y promoción de la salud cerebral desde etapas tempranas de la vida

Las mujeres tienen oportunidades para reducir el riesgo de desarrollar demencia a lo largo de toda su vida a través del acceso a la educación, puesto que se sabe que reduce el riesgo. Las nuevas investigaciones sugieren que la capacidad cognitiva aumenta con la educación temprana, alcanzando finalmente una meseta en la adolescencia tardía, cuando el cerebro tiene la mayor plasticidad.

Sin embargo, menos niñas que niños asisten a la escuela primaria y secundaria, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, donde los padres con recursos limitados tienden a invertir más en la educación de sus hijos que en la de sus hijas. Incluso hoy en día, las mujeres siguen representando dos tercios de los 774 millones de adultos analfabetos en el mundo.

Es evidente que, en lo que respecta a la demencia, la balanza de la justicia no favorece a las mujeres. Sufren más demencia, prestan más cuidados a las personas con demencia, soportan más estigma como consecuencia de ello y algunas pierden el acceso a una educación temprana que puede reducir el riesgo de demencia en el futuro [9].



Alzheimer y mujer

El Alzheimer es la **principal causa de demencia** y sus cambios cerebrales pueden empezar **15–20 años** antes de que aparezcan los síntomas.



En España viven **más de 900.000** personas con demencia y el **60–70%** de los casos corresponden a Alzheimer.



Dos de cada tres personas con Alzheimer son **mujeres**, lo que refleja una clara dimensión de género.

Las mujeres presentan **mayor carga de proteína tau (ovillos neurofibrilares)** en el cerebro, aunque la acumulación de amiloide es similar en ambos sexos.

La forma genética autosómica dominante es **poco frecuente (<1%)** y suele comenzar de forma precoz, entre los **25 y 50 años.**



La **menopausia precoz o inducida** y la caída brusca de estrógenos se asocian a mayor riesgo, mientras que una vida reproductiva más larga se relaciona con menor riesgo.



Hoy existen **análisis de sangre**, como la **p-tau217**, que permiten detectar Alzheimer con una fiabilidad **≥90%**, similar a pruebas más invasivas como la punción lumbar o el PET.

El coste anual medio por persona con demencia en España es de **42.000€**, pudiendo alcanzar los **77.000€** en fases avanzadas.



Bibliografía

1. Falgàs Martínez N. Demencia en la mujer: peculiaridades. En: Neurología y mujer. 1ª ed. 2023. p. 216-222

2. Lee BH, Puri TA, Galea LAM. Sex and sex hormone differences in hippocampal neurogenesis and their relevance to Alzheimer's disease. In: Sex and Gender Differences in Alzheimer's Disease. London: Academic Press; 2021. p. 23-77, Chapter 2

3. Mielke MM. Sex differences in CSF biomarkers of Alzheimer's disease. In: Sex and Gender Differences in Alzheimer's Disease. London: Academic Press; 2021. p. 107-123, Chapter 4

4, Mauvais-Jarvis F, Bairey Merz N, Barnes PJ, Brinton RD, Carrero JJ, DeMeo DL, De Vries GJ, Epperson CN, Govindan R, Klein SL, Lonardo A, Maki PM, McCullough LD, Regitz-Zagrosek V, Regensteiner JG, Rubin JB, Sandberg K, Suzuki A. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. Lancet. 2020 Aug 22;396(10250):565-582. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31561-0. Erratum in: Lancet. 2020 Sep 5;396(10252):668. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31827-4. PMID: 32828189; PMCID: PMC7440877.

5. Breeze B, Connell E, Wileman T, Muller M, Vauzour D, Pontifex MG. Menopause and Alzheimer's disease susceptibility: Exploring the potential mechanisms. Brain Res. 2024 Dec 1;1844:149170. doi: 10.1016/j.brainres.2024.149170. Epub 2024 Aug 18. PMID: 39163895.

6. Jett S, Malviya N, Schelbaum E, Jang G, Jahan E, Clancy K, Hristov H, Pahlajani S, Niotis K, Loeb-Zeitlin S, Havryliuk Y, Isaacson R, Brinton RD, Mosconi L. Endogenous and Exogenous Estrogen Exposures: How Women's Reproductive Health Can Drive Brain Aging and Inform Alzheimer's Prevention. Front Aging Neurosci. 2022 Mar 9;14:831807. doi: 10.3389/fnagi.2022.831807. PMID: 35356299; PMCID: PMC8959926.

7. Sayfullaeva J, McLoughlin J, Kwakowsky A. Hormone Replacement Therapy and Alzheimer's Disease: Current State of Knowledge and Implications for Clinical Use. J Alzheimers Dis. 2024;101(s1):S235-S261. doi: 10.3233/JAD-240899. PMID: 39422965.

8. Fundació Pasqual Maragall. Visibilizamos la realidad de los cuidados de personas con Alzheimer en España [Internet]. Barcelona: Fundación Pasqual Maragall; 2025 Sep 15 [cited 2025 Nov 26].

9. Weidner W, Barbarino P, Lynch C. Women and dementia policy: Redressing imbalance through gender transformative policies. In: Sex and Gender Differences in Alzheimer's Disease. London: Academic Press; 2021. p. 439-468-, Chapter 16

10. World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021.

11. Lorenz-Danta K, Mittelman M. Sex and gender differences in caregiving patterns and caregivers' needs. 2024 In: Sex and Gender Differences in Alzheimer's Disease. London: Academic Press; 2021. p. 393419-, Chapter 14

12. Fox M, Berzuini C, Knapp LA, Glynn LM. Women's Pregnancy Life History and Alzheimer's Risk: Can Immunoregulation Explain the Link? Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2018 Dec;33(8):516-526. doi: 10.1177/1533317518786447. Epub 2018 Jul 30. PMID: 30060670; PMCID: PMC6442681.

13. de Lange AG, Barth C, Kaufmann T, Maximov II, van der Meer D, Agartz I, Westlye LT.
Women's brain aging: Effects of sex-hormone exposure, pregnancies, and genetic risk for Alzheimer's disease. Hum Brain Mapp. 2020 Dec 15;41(18):5141–5150. doi:10.1002/hbm.25180.

14. Barth C, Crestol A, de Lange AG, Galea LAM. Sex steroids and the female brain across the lifespan: insights into risk of depression and Alzheimer's disease. Lancet Diabetes Endocrinol. 2023 Dec;11(12):926-941. doi: 10.1016/S2213-8587(23)00224-3. Epub 2023 Oct 18. PMID: 37865102.

15. Jack CR Jr, Andrews SJ, Beach TG, et al. Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's disease: Alzheimer's Association Workgroup. Alzheimer's & Dementia. 2024 Jun 27;20(8):5143–5169. doi:10.1002/alz.13859.

16. Ilinca S, Suzuki E. Gender and socioeconomic differences in modifiable risk factors for Alzheimer's disease and other types of dementia throughout the life course. In: Sex and Gender Differences in Alzheimer's Disease. London: Academic Press; 2021. p. 333–360. Chapter 12

17. Birks JS, Harvey RJ.
Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease.
Cochrane Database Syst Rev. 2018; Issue 6. CD005593.

18. Ferretti MT et al., Nature Reviews Neurology, 2018; DOI: 10.1038/s41582-018-0032-9.

19. McShane R et al., Cochrane Database Syst Rev, 2019; DOI: 10.1002/14651858.CD003154.pub6

20. Berg-Weger M, Stewart DB. Non-Pharmacologic Interventions for Persons with Dementia. Mo Med. 2017 Mar-Apr; 114(2):116–119.

21. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, Orrell M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. Br J Psychiatry. 2003;183(3):248-254. doi:10.1192/bjp.183.3.248.

22. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet. 2020;396(10248):413-446.

23. Erickson KI, Voss MW, Prakash RS, Basak C, Szabo A, Chaddock L, et al. Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. Proc Natl Acad Sci U S A. 2011;108(7):3017-3022. doi:10.1073/pnas.1015950108.

24. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.

25. Oyebode JR, Parveen S. Psychosocial interventions for people with dementia: an overview and commentary on recent developments. Dementia. 2019;18(1):8-35. doi:10.1177/1471301216656096.

26. Sims JR, Zimmer JA, Evans CD, Lu M, Ardayfio P, Sparks J, et al.; TRAILBLAZER-ALZ 2 Investigators. Donanemab in early symptomatic Alzheimer disease: the TRAILBLAZER-ALZ 2 randomized clinical trial. JAMA. 2023;330(6):512-527. doi:10.1001/jama.2023.13239.

27. van Dyck CH, Swanson CJ, Aisen P, Bateman RJ, Chen C, Gee M, et al. Lecanemab in early Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2023;388:9-21. doi:10.1056/NEJMoa2212948.

28. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017-2025

29. Ferretti MT, Iulita MF, Cavedo E, Chiesa PA, Dimech AS, Santuccione Chadha A, et al. Sex differences in Alzheimer disease — the gateway to precision medicine. Nat Rev Neurol. 2018;14(8):457-469. doi:10.1038/s41582-018-0032-9.

30. Mauvais-Jarvis F, Bairey Merz N, Barnes PJ, Brinton RD, Carrero JJ, DeMeo DL, et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. Lancet. 2020;396(10250):565-582. doi:10.1016/S0140-6736(20)31561-0.



CAPÍTULO 12

Enfermedades inmunomediadas desde una perspectiva de género



Dra. Isabel Belinchón
Dermatóloga del Servicio de Dermatología y jefa de Estudios del Hospital General Universitario Dr. Balmis; profesora titular del Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández; ISABIAL, Alicante, España.



Dra. Yolanda Gilaberte
Jefa del Servicio de Dermatología en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza y presidenta de la Academia Española de Dermatología y Venereología.

Las enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMIDs) constituyen un conjunto de patologías crónicas, complejas y heterogéneas, caracterizadas por una alteración sostenida de la respuesta inmunitaria, en Las enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMIDs) constituyen un conjunto de patologías crónicas, complejas y heterogéneas, caracterizadas por una alteración sostenida de la respuesta inmunitaria, en la que intervienen mecanismos tanto de la inmunidad innata como adaptativa. En su fisiopatología participan citocinas proinflamatorias, linfocitos T y B, células presentadoras de antígeno, factores genéticos predisponentes y elementos ambientales que interactúan de forma dinámica [1–4].

Entre las IMIDs se incluyen patologías como la psoriasis, la artritis reumatoide, la enfermedad inflamatoria intestinal, la dermatitis atópica, la esclerosis múltiple, la hidradenitis supurativa y el vitíligo. Aunque sus manifestaciones clínicas afectan a órganos distintos y presentan expresiones fenotípicas diversas, comparten rasgos comunes: inflamación persistente, curso crónico con fases de actividad y remisión, coexistencia frecuente entre ellas y una elevada carga física, emocional y social para las personas afectadas [1, 5].

En España, las IMIDs afectan aproximadamente al 6–6,5 % de la población, lo que supone en torno a tres millones de personas. Este impacto sanitario es relevante no solo por la prevalencia acumulada, sino también por la afectación funcional, la comorbilidad asociada y el consumo de recursos sanitarios [3].

En términos de incidencia mundial, varía según la enfermedad específica. En 2019, la artritis reumatoide, la dermatitis atópica, el asma, la esclerosis múltiple, la psoriasis y la enfermedad inflamatoria intestinal representaron respectivamente el 1,59 %, el 36,17 %, el 54,71 %, el 0,09 %, el 6,84 % y el 0,60 % del total de nuevos casos de IMID registrados [2]. A nivel mundial, la frecuencia de estas patologías muestra variabilidad geográfica significativa, con tasas más elevadas en regiones desarrolladas, especialmente en Norteamérica. En términos globales (ver tabla 1), los casos incidentes de IMIDs han mostrado un incremento medio anual del 0,68 %, aunque la tasa de incidencia estandarizada por edad ha tendido a disminuir [2].

La edad de inicio de muchas IMIDs se sitúa en adultos jóvenes y de mediana edad, aproximadamente entre los 20 y los 50 años, aunque pueden debutar en la infancia o en edades más avanzadas [2,3]. Esta distribución temporal implica que afectan a individuos en etapas vitales de plena actividad laboral, reproductiva y social.

Las IMIDs afectan aproximadamente al 6–6,5 % de la población, lo que supone en torno a tres millones de personas.

Existen diferencias de prevalencia por sexo según la patología. La artritis reumatoide, la hidradenitis supurativa, el lupus eritematoso sistémico y la tiroiditis autoinmune presentan mayor prevalencia en mujeres, mientras que determinadas espondiloartritis son más frecuentes en varones [3-7]. Estas diferencias no responden únicamente a factores biológicos hormonales o genéticos, sino que también están moduladas por determinantes socioculturales que influyen en el acceso al diagnóstico, la percepción de síntomas y la carga de enfermedad.

Entre los factores asociados al desarrollo de IMIDs destacan la historia familiar de enfermedad autoinmune, la predisposición genética —incluyendo determinados antígenos leucocitarios humanos (HLA) y otros polimorfismos—, el tabaquismo, la obesidad, la disbiosis intestinal, las infecciones y el estrés crónico [3].



Además, estas enfermedades suelen acompañarse de comorbilidades relevantes. Las personas con IMIDs presentan mayor riesgo cardiovascular, mayor probabilidad de desarrollar síndrome metabólico, osteoporosis y otras enfermedades autoinmunes como tiroiditis o enfermedad celíaca. Asimismo, desde el momento del debut es frecuente la aparición de ansiedad, depresión y un deterioro significativo de la calidad de vida [3,5].

Prevalencia aproximada según datos internacionales y nacionales

Enfermedad	Prevalencia aproximada	Sexo predominante	Características diferenciales relevantes
Artritis reumatoide	0,3–1 %	Mujeres	Curso inflamatorio crónico, mayor carga funcional en mujeres [3, 6, 7]
Psoriasis	1–3 %	Similar	Alta carga psicosocial en mujeres con lesiones visibles [3, 5]
Enfermedad inflamatoria intestinal	0,3–0,5 %	Alta	Incremento de síntomas y exacerbaciones
Enfermedad inflamatoria intestinal	0,3–0,5 %	Variable según subtipo	Impacto laboral significativo [3]
Dermatitis atópica	Hasta 10 % adultos	Similar	Mayor deterioro de calidad de vida en mujeres [2,5]
Esclerosis múltiple	0,1 %	Mujeres	Relación con factores hormonales [6, 7]
Hidradenitis supurativa	0,5–1 %	Mujeres	Fuerte impacto psicosocial y estigmatización [3,6]
Vitíligo	0,5–2 % mundial	Similar incidencia	Mayor carga emocional en mujeres [13, 14, 18]

Fuente: Datos basados en estudios internacionales y estimaciones globales [2,3,6,7].

Desde una perspectiva de género, múltiples estudios han mostrado que las mujeres con IMIDs presentan mayor carga psicológica, peor calidad de vida y mayor prevalencia de sintomatología ansioso-depresiva, incluso en patologías con prevalencia similar entre sexos [5–7]. La visibilidad de determinadas lesiones cutáneas, el dolor crónico, las limitaciones funcionales y el estigma social impactan de manera particular en mujeres jóvenes y de mediana edad, condicionando su autoestima, sus relaciones interpersonales, su trayectoria laboral y el desarrollo profesional [6,7].

En este contexto, aunque la introducción de terapias biológicas e inhibidores de JAK ha mejorado sustancialmente el pronóstico de muchas IMIDs, persisten retos importantes. Entre ellos se encuentran la equidad en el acceso a terapias avanzadas —con diferencias según comunidad autónoma—, la adherencia terapéutica, la educación sanitaria y la necesidad de un abordaje integral que contemple salud mental, determinantes sociales y desigualdades de género [1–3, 7].

Por tanto, el enfoque terapéutico debe ir más allá del control de la inflamación biológica, integrando los condicionantes sociales, laborales y psicológicos que influyen en la experiencia de la enfermedad. El tratamiento multidisciplinar es esencial para abordar de forma global todos los aspectos implicados.



El vitíligo como modelo de análisis de género en las enfermedades inmunomediadas

Concepto y características generales del vitíligo

El vitíligo es una enfermedad cutánea autoinmune, crónica y adquirida, caracterizada por la pérdida progresiva de melanocitos, lo que da lugar a la aparición de máculas acrómicas o hipopigmentadas en la piel y las mucosas [8–10]. Aunque no es contagiosa ni supone un riesgo vital, su impacto psicológico y social puede ser profundo, especialmente cuando afecta áreas visibles o en contextos socioculturales donde la apariencia física tiene un peso relevante.

Diversos estudios han mostrado que el impacto emocional es mayor en mujeres y en personas jóvenes, así como en individuos con fototipos altos, en quienes el contraste cromático es más evidente [11-13]. Esta mayor visibilidad incrementa la percepción de estigmatización y puede generar aislamiento social, deterioro de la autoestima y mayor prevalencia de sintomatología ansioso-depresiva [11, 13, 14].



A nivel mundial, el vitíligo afecta aproximadamente entre el 0,5 % y el 2 % de la población general, con variabilidad geográfica considerable [15]. En Europa las cifras son similares. En España, un estudio observacional retrospectivo basado en registros de historias clínicas electrónicas estimó una prevalencia diagnosticada del 0,19 % en 2021 [16]. Es importante señalar que esta cifra refleja casos codificados en sistemas sanitarios y no necesariamente la prevalencia real poblacional, lo que explica la diferencia respecto a estimaciones internacionales.

En términos de incidencia, los estudios administrativos sitúan la cifra en torno a 22,6 casos por 100.000 personas-año, con una distribución bimodal de edad de inicio: un primer pico entre los 10 y 30 años y un segundo alrededor de los 50 años [16]. Aproximadamente la mitad de los pacientes desarrollan la enfermedad antes de los 20 años [8].

Desde una perspectiva de género, aunque la prevalencia global es similar entre hombres y mujeres, las mujeres refieren mayor carga psicológica, mayor percepción de discriminación estética y mayor impacto en el ámbito laboral y afectivo [10-12,1 7, 18]. Este fenómeno no responde únicamente a factores biológicos, sino a determinantes socioculturales que vinculan de forma más intensa la identidad femenina con la apariencia cutánea.

Las mujeres refieren mayor carga psicológica, mayor percepción de discriminación estética y mayor impacto en el ámbito laboral y afectivo.

Fisiopatología del vitíligo

Activación de linfocitos CD8+ y producción de citocinas

El vitíligo es una enfermedad predominantemente mediada por inmunidad celular. El proceso patogénico está impulsado por linfocitos T CD8+ citotóxicos que reconocen antígenos melanocitarios específicos y desencadenan la destrucción de estas células [9, 19–22].

En lesiones activas se identifican infiltrados densos de linfocitos CD8+ en la unión dermoepidérmica y en los márgenes de las placas despigmentadas. Estos linfocitos muestran reactividad frente a antígenos como tirosinasa, Melan-A/MART-1, gp100, TRP-1 y TRP-2 [9, 20]. Estudios funcionales han demostrado que estas células autorreactivas pueden inducir lesiones similares al vitíligo en modelos experimentales, apoyando su papel causal [22].

La activación de estas células se acompaña de producción elevada de interferón gamma (IFN-γ), considerado mediador central en la enfermedad. El IFN-γ induce la expresión de quimiocinas como CXCL9 y CXCL10 en queratinocitos, favoreciendo el reclutamiento y persistencia de células T autorreactivas [20–22]. El TNF-α contribuye al microambiente inflamatorio y amplifica el daño melanocitario [19, 22].

La relevancia clínica de este mecanismo queda reforzada por la aparición de lesiones tipo vitíligo en pacientes tratados con inhibidores de puntos de control inmunitario para melanoma, terapias que potencian la actividad citotóxica de linfocitos T [9,22].

Inmunidad adaptativa y vía JAK-STAT

Además de la activación de linfocitos T CD8+ citotóxicos ya descrita, la inmunidad adaptativa desempeña un papel central en la perpetuación del proceso inflamatorio en el vitíligo. La interacción entre células T autorreactivas, queratinocitos y melanocitos genera un

microambiente inflamatorio sostenido que favorece la destrucción progresiva de melanocitos y la cronificación de la enfermedad [19–23].

En este contexto, el eje interferón gamma (IFN-γ)–quimiocinas constituye un mecanismo fundamental. Las células T activadas secretan IFN-γ, que se une a su receptor específico en la superficie celular (IFN-γR), desencadenando la activación de la vía intracelular JAK-STAT mediante fosforilación de proteínas Janus quinasa (JAK). Estas proteínas, a su vez, fosforilan y activan los factores de transcripción STAT, permitiendo su translocación al núcleo y la regulación de genes implicados en inflamación, apoptosis y supervivencia celular [21–23].

La activación sostenida de esta vía induce la producción de quimiocinas como CXCL9 y CXCL10 por parte de queratinocitos y otras células cutáneas. Estas quimiocinas se unen al receptor CXCR3 presente en linfocitos T, facilitando su reclutamiento continuo hacia la piel afectada y amplificando el circuito inflamatorio [20–22]. Este mecanismo explica la persistencia de infiltrados linfocitarios en lesiones activas y la dificultad para alcanzar una remisión completa.

La relevancia terapéutica de esta vía queda respaldada por la eficacia clínica de los inhibidores de JAK, que bloquean la señalización inducida por IFN-γ y reducen la expresión de quimiocinas inflamatorias, favoreciendo la repigmentación en un porcentaje significativo de pacientes [21–23, 24]. La aparición de lesiones tipo vitíligo en pacientes tratados con inhibidores de puntos de control inmunitario refuerza el papel central de la activación exagerada de células T en la patogénesis [9, 22].

Por otro lado, las células T de memoria residentes (TRM) desempeñan un papel crucial en la recurrencia. Estas células, caracterizadas por la expresión de marcadores como CD69, CD103 y CD49a, permanecen en el tejido cutáneo incluso tras la aparente estabilización clínica. Su capacidad para activarse rápidamente ante estímulos inflamatorios explica las recaídas frecuentes y la naturaleza crónica del vitíligo [20–22].



Aunque se han detectado anticuerpos frente a antígenos melanocitarios, la inmunidad humoral no parece desempeñar un papel predominante en la actividad clínica, ya que los títulos séricos no se correlacionan de forma consistente con la progresión de la enfermedad [19–21, 23].

Estrés oxidativo

El estrés oxidativo constituye otro pilar fundamental en la patogénesis del vitíligo y puede actuar como evento inicial desencadenante en individuos genéticamente predispuestos. Los melanocitos de pacientes con vitíligo presentan mayor susceptibilidad a especies reactivas de oxígeno (ROS) y muestran alteraciones en los sistemas antioxidantes endógenos, incluyendo enzimas como la superóxido dismutasa (SOD) y la catalasa, responsables del control fisiológico del equilibrio redox celular [19–23].

La melanogénesis es, por sí misma, un proceso metabólicamente activo que genera un entorno potencialmente prooxidante. En condiciones normales, el exceso de radicales libres es neutralizado por sistemas antioxidantes eficientes. Sin embargo, en el vitíligo se produce un desequilibrio redox caracterizado por aumento de moléculas y enzimas prooxidantes, como la xantina oxidasa, que favorecen la producción de ROS, junto con una disminución o disfunción de mecanismos antioxidantes. Entre ellas, la SOD actúa catalizando la conversión del radical superóxido ($O_2 \cdot^-$) en peróxido de hidrógeno (H_2O_2) y oxígeno (O_2), mientras que la catalasa transforma posteriormente el H_2O_2 en agua (H_2O) y oxígeno, limitando su acumulación intracelular. La alteración de este sistema defensivo favorece la acumulación de H_2O_2 y otras ROS, generando daño estructural en ADN, proteínas, lípidos y orgánulos celulares, especialmente mitocondrias [19–23, 25].

El daño oxidativo resultante induce disfunción mitocondrial y activa vías de apoptosis melanocitaria. Asimismo, altera el plegamiento proteico en el retículo endoplasmático, activando la respuesta a proteínas desplegadas (UPR), fenómeno que amplifica la señal de estrés celular y perpetúa el daño intracelular [19–23].

El estrés oxidativo también modula la respuesta inmunitaria. Se ha descrito que la activación de la UPR en queratinocitos incrementa la expresión de determinadas quimiocinas, favoreciendo el reclutamiento de células T CD8+ autorreactivas cuya presencia se correlaciona con pérdida melanocitaria. De forma similar, la liberación de mediadores inflamatorios inducidos por ROS en modelos experimentales contribuye al reclutamiento adicional de células T, integrando el estrés oxidativo con la activación inmunológica adaptativa [19–23].

Además, la disminución de la capacidad antioxidante en melanocitos con vitíligo reduce la respuesta frente a agresiones externas e internas. Este mecanismo puede explicar, en parte, el fenómeno de Koebner, en el que el traumatismo mecánico incrementa localmente la producción de ROS y favorece la aparición de nuevas lesiones en áreas previamente sanas [20–23].

En conjunto, la interacción entre estrés oxidativo y activación inmunitaria establece un círculo vicioso en el que el daño melanocitario inicial facilita la presentación antigénica y la amplificación de la respuesta autoinmune, perpetuando la progresión de la enfermedad [19–23].

Alteración del eje neuroendocrino y de la microbiota cutánea

Además de los mecanismos inmunitarios y oxidativos previamente descritos, en la patogénesis del vitíligo intervienen alteraciones en el eje neuroendocrino y en la microbiota cutánea e intestinal, que actúan como moduladores adicionales del equilibrio inmunológico [19–23, 26].

Existe una estrecha interrelación entre el sistema nervioso, el sistema endocrino y la piel, conocida como eje neuroinmunocutáneo. El estrés psicológico crónico activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, aumentando la liberación de cortisol y catecolaminas, lo que puede alterar la homeostasis inmunitaria y favorecer la activación de células T autorreactivas [13, 14].

A nivel local, los melanocitos no solo participan en la pigmentación, sino que también poseen funciones neuroendocrinas. Son capaces de producir y responder a diversos neuropéptidos y hormonas. Alteraciones en estas vías pueden modificar la supervivencia celular y la respuesta al estrés oxidativo [19–23].

Se ha observado que los pacientes con vitíligo presentan cambios en mediadores neuroquímicos cutáneos que pueden contribuir a la disfunción melanocitaria [20–22]. La liberación aumentada de neuropéptidos en situaciones de estrés puede inducir alteraciones vasculares locales y facilitar la infiltración inmunitaria.

En paralelo, la microbiota cutánea e intestinal ha emergido como un posible modulador del riesgo autoinmune. Diversos estudios han descrito disbiosis tanto en piel lesionada como en piel aparentemente sana de pacientes con vitíligo, con alteraciones en la diversidad bacteriana y cambios en la proporción de determinados géneros microbianos [26].



A nivel intestinal, la disbiosis podría influir en la permeabilidad de la barrera epitelial y en la activación sistémica de la inmunidad adaptativa. Aunque los hallazgos actuales no son concluyentes debido a la heterogeneidad metodológica, existe evidencia creciente de que el eje intestino-piel podría desempeñar un papel modulador en la susceptibilidad y evolución del vitíligo [26].

La interacción entre estrés psicológico, alteraciones neuroendocrinas y microbiota refuerza la idea de que el vitíligo no es una patología exclusivamente cutánea, sino el resultado de una compleja red de interacciones sistémicas que integran factores inmunológicos, ambientales y psicosociales [14, 19–23, 26].

Susceptibilidad genética: polimorfismos en genes HLA, PTPN22, NLRP1 y TYR

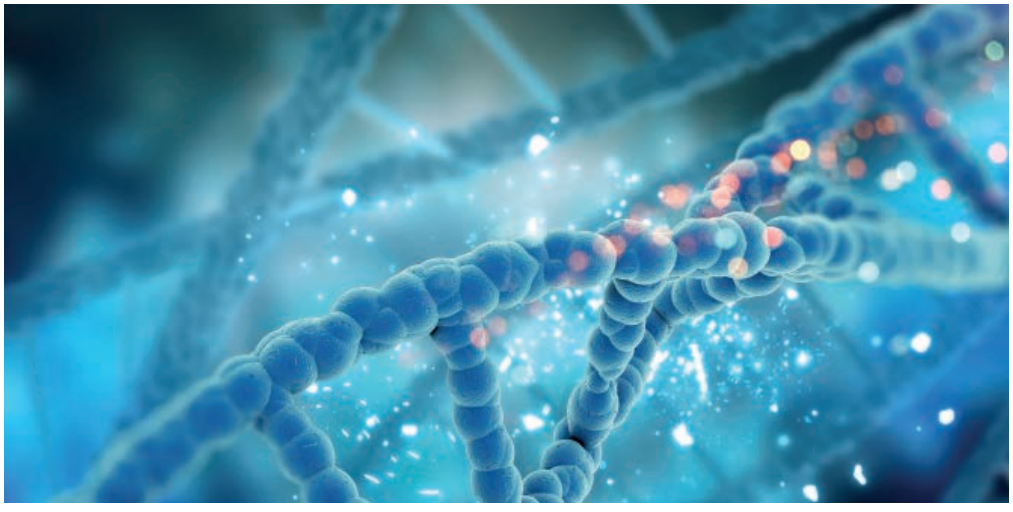
El vitíligo presenta una base genética compleja y poligénica. Los estudios de asociación genómica amplia (GWAS) han identificado múltiples loci implicados tanto en la regulación de la respuesta inmunitaria como en la función melanocitaria, confirmando la naturaleza multifactorial de la enfermedad y su estrecha relación con mecanismos de autoinmunidad órgano-específica [20–23,25].

El sistema HLA constituye uno de los principales determinantes genéticos de susceptibilidad. Determinadas variantes de clase I y clase II se asocian con mayor riesgo de desarrollar vitíligo al favorecer la presentación de antígenos melanocitarios a linfocitos T autorreactivos. Estas asociaciones respaldan el papel central de la inmunidad adaptativa en la patogénesis y explican, en parte, la coexistencia frecuente con otras enfermedades autoinmunes mediadas por mecanismos similares [20–23].

El gen PTPN22, implicado en la regulación negativa de la activación linfocitaria, ha sido vinculado no solo al vitíligo sino también a otras enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico. Las variantes funcionales de este gen pueden alterar el umbral de activación de las células T, facilitando respuestas autorreactivas frente a antígenos propios y disminuyendo los mecanismos de control inmunológico periférico [20–23, 25].

El gen NLRP1, relacionado con la activación del inflamasoma y la producción de citocinas proinflamatorias como IL-1β, también se ha asociado a susceptibilidad genética. Alteraciones en esta vía pueden favorecer un entorno inflamatorio cutáneo persistente que potencie la destrucción melanocitaria y la amplificación de la respuesta inmune local [20–23].

Por su parte, el gen TYR, que codifica la tirosinasa —enzima clave en la melanogénesis—, ha mostrado asociaciones particularmente relevantes en poblaciones europeas. Algunas variantes pueden modificar la estructura del antígeno melanocitario, alterando su procesamiento y reconocimiento por el sistema inmunitario, lo que favorece la ruptura de tolerancia inmunológica [20–23, 25].



Otros genes implicados en la regulación de células T reguladoras (Tregs), como FOXP3 e IKZF4, participan en el mantenimiento de la tolerancia inmunológica. Disfunciones en estos mecanismos pueden reducir la capacidad de supresión de respuestas autoinmunes y contribuir a la persistencia de linfocitos autorreactivos en la piel [20–23].

Asimismo, el gen XBP1, relacionado con la respuesta al estrés del retículo endoplasmático, conecta los mecanismos de estrés oxidativo con la activación inmunitaria, integrando dos ejes patogénicos previamente descritos: disfunción celular intrínseca y autoinmunidad mediada por células T [19–23, 25].

En conjunto, la susceptibilidad genética del vitíligo refleja la interacción entre alteraciones en la regulación inmunitaria sistémica y vulnerabilidad intrínseca del melanocito. Esta base genética no determina por sí sola el desarrollo de la enfermedad, pero establece un terreno predisponente sobre el que actúan factores ambientales, estrés oxidativo y desencadenantes externos, configurando el modelo multifactorial actualmente aceptado [19–23, 25].

Factores de riesgo

El desarrollo del vitíligo responde a la interacción compleja entre susceptibilidad genética y factores ambientales que actúan como desencadenantes o moduladores en individuos predispuestos. Este modelo integrador explica por qué no todos los sujetos portadores de variantes genéticas de riesgo desarrollan la enfermedad, sino únicamente aquellos en los que concurren factores adicionales que alteran el equilibrio inmunológico y cutáneo. En términos prácticos, estos factores pueden dividirse en no modificables y modificables, aunque en la práctica clínica ambos grupos interactúan de forma dinámica y bidireccional [19–23, 25].

Factores no modificables

Entre los factores no modificables destacan la predisposición genética y los antecedentes personales o familiares de enfermedades autoinmunes. La agregación familiar del vitíligo está bien documentada y apoya la existencia de un terreno inmunológico compartido. La presencia de otras patologías autoinmunes en el entorno familiar —como enfermedad tiroidea autoinmune, artritis reumatoide o lupus— refuerza la hipótesis de una base genética común que condiciona un umbral más bajo de tolerancia frente a antígenos propios [20–23, 25].

Determinadas variantes del sistema HLA y de genes implicados en la activación linfocitaria y regulación de la respuesta inmune contribuyen a este estado de susceptibilidad, favoreciendo la presentación de antígenos melanocitarios a células T autorreactivas y facilitando la ruptura de tolerancia inmunológica [20–23, 25].

El sexo biológico constituye también un elemento modulador relevante. Aunque la incidencia global del vitíligo es similar en hombres y mujeres, la expresión clínica, la carga emocional y la comorbilidad asociada pueden diferir [6, 7, 10, 11]. En mujeres se observa una mayor frecuencia de coexistencia con enfermedad tiroidea autoinmune, lo que sugiere un perfil inmunológico diferencial que puede influir tanto en la evolución clínica como en la vivencia subjetiva de la enfermedad [6, 7, 16, 20–23].

Factores modificables y desencadenantes ambientales

Diversos factores ambientales pueden actuar como precipitantes en individuos genéticamente predispuestos, desencadenando la aparición de nuevas lesiones o favoreciendo la progresión de las ya existentes.

El fenómeno de Koebner describe la aparición de lesiones de vitíligo en áreas sometidas a traumatismo repetido, fricción, presión o heridas previas [20–23]. Este fenómeno se ha observado en zonas de roce habitual, cicatrices quirúrgicas, tatuajes y áreas previamente afectadas por dermatosis inflamatorias como eccema o psoriasis. El mecanismo subyacente podría relacionarse con la liberación local de especies reactivas de oxígeno, la alteración de la adhesión entre melanocitos y queratinocitos y la exposición aumentada de antígenos melanocitarios al sistema inmunitario, favoreciendo la activación de linfocitos T autorreactivos [19–23].

La exposición a derivados fenólicos y otras sustancias químicas con efecto melanotóxico también se ha asociado con la aparición o exacerbación del vitíligo [21–23, 25]. Estas sustancias pueden inducir estrés oxidativo y daño directo sobre los melanocitos, alterando su viabilidad y facilitando su destrucción inmunomediada. En este contexto, se ha descrito la aparición de lesiones tras tatuajes, determinadas vacunas o el uso de cosméticos irritantes en personas predispuestas.



Asimismo, procedimientos que generan calor intenso, como la depilación láser o la luz pulsada intensa, pueden actuar como desencadenantes locales en pacientes susceptibles [21–23].

El tabaquismo constituye otro factor modificable relevante. Sus efectos proinflamatorios y prooxidativos sistémicos pueden agravar la actividad de la enfermedad o dificultar su estabilización, al potenciar el estrés oxidativo y alterar la regulación inmunitaria [19–23]. De manera similar, algunos fármacos inmunomoduladores o agentes biológicos se han asociado con la inducción o el empeoramiento de lesiones tipo vitíligo en determinados contextos clínicos [21–23].

Diversas infecciones virales han sido relacionadas con brotes o exacerbaciones, entre ellas hepatitis C, VIH, virus varicela-zóster y SARS-CoV-2 [21–23, 25]. Aunque el mecanismo exacto no está completamente esclarecido, se postula que la activación inmunitaria sistémica inducida por estas infecciones puede precipitar o amplificar la respuesta autoinmune frente a melanocitos en individuos predispuestos.

El estrés psicológico constituye uno de los factores desencadenantes más relevantes y mejor documentados. Eventos vitales estresantes, ansiedad crónica o situaciones de carga emocional intensa pueden preceder al inicio o a la progresión de la enfermedad (13,14). La activación sostenida del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal altera la liberación de cortisol y otros mediadores neuroendocrinos, modulando la respuesta inmunitaria y favoreciendo la activación de células T autorreactivas [14, 19–23]. Este mecanismo conecta de manera directa los determinantes psicosociales con los procesos inmunológicos subyacentes.

Además, la persistencia de factores estresantes y la actividad inflamatoria mantenida se han relacionado con mayor riesgo de progresión clínica y extensión de la enfermedad, especialmente en fases iniciales [13, 14]. La identificación precoz de estos factores resulta relevante para establecer estrategias terapéuticas personalizadas y programas de seguimiento individualizado que contemplen tanto dimensiones biológicas como psicosociales.

Es importante destacar que estos factores no actúan de manera aislada. En individuos con predisposición genética, la exposición a traumatismos, estrés psicológico o sustancias químicas puede desencadenar un aumento del estrés oxidativo local, favorecer la activación inmunitaria y precipitar la aparición de lesiones clínicas [19–23, 25].

Eventos vitales estresantes, ansiedad crónica o situaciones de carga emocional intensa pueden preceder al inicio o a la progresión de la enfermedad [13, 14].

En conjunto, este modelo integrador refuerza la concepción del vitíligo como enfermedad multifactorial en la que confluyen susceptibilidad genética, disfunción inmunitaria, estrés oxidativo y factores ambientales moduladores, todos ellos interrelacionados en un circuito dinámico que condiciona la aparición y evolución de la enfermedad [14, 19–23, 25].

Diagnóstico y evolución clínica

Diagnóstico del vitíligo

El diagnóstico del vitíligo es fundamentalmente clínico y se basa en la observación de máculas acrómicas bien delimitadas, de bordes definidos, que pueden presentar distribución

simétrica o segmentaria [8–10, 23, 24]. La pérdida progresiva de melanocitos genera áreas de despigmentación que contrastan con la piel sana circundante, especialmente en fototipos altos, donde el contraste facilita su identificación.

La lámpara de Wood constituye una herramienta diagnóstica complementaria útil, ya que permite resaltar lesiones hipopigmentadas no visibles a simple vista y delimitar con mayor precisión la extensión real de la afectación [8–10, 23, 24]. Bajo esta luz, las lesiones muestran una fluorescencia blanco-azulada característica, lo que permite diferenciar el vitíligo de otras alteraciones pigmentarias parciales.

La dermatoscopia puede aportar información adicional relevante, como la presencia de bordes hiperpigmentados, pérdida de pigmento perifolicular o patrones en "nube" que sugieren actividad inflamatoria [9, 24]. Asimismo, permite identificar leucotriquia, indicador de afectación folicular y peor pronóstico de repigmentación, al evidenciar compromiso del reservorio melanocitario.

En casos de duda diagnóstica o presentaciones atípicas, puede ser necesaria la realización de biopsia cutánea para confirmar la ausencia de melanocitos y descartar otras dermatosis hipopigmentadas [9, 23, 24]. No obstante, en la mayoría de los pacientes el diagnóstico es clínico y no requiere estudios invasivos.



Dado que el vitíligo puede asociarse con otras enfermedades autoinmunes, especialmente patología tiroidea, se recomienda realizar analítica básica que incluya determinación de TSH, T4 libre y anticuerpos antitiroideos en el estudio inicial o durante el seguimiento [23, 24]. La prevalencia de comorbilidad tiroidea autoinmune es especialmente relevante en mujeres, lo que refuerza la necesidad de un enfoque integral y de seguimiento periódico; la hipovitaminosis D es muy frecuente en los pacientes con vitiligo, por lo que es importante su determinación.

Para valorar la extensión y actividad de la enfermedad se emplean escalas estandarizadas. El Vitiligo Area Scoring Index (VASI) permite cuantificar la superficie corporal afectada y el grado de despigmentación, mientras que el Vitiligo Disease Activity Index (VIDA) evalúa la actividad inflamatoria en función de la progresión referida por el paciente en los meses previos [24]. Estas herramientas facilitan la monitorización terapéutica y la comparación entre estudios clínicos.

Evolución clínica

El curso clínico del vitíligo es impredecible y heterogéneo. Puede presentar fases de estabilización prolongadas alternadas con periodos de reactivación caracterizados por la aparición de nuevas lesiones o la expansión de las ya existentes [21–23, 25].

Formas de presentación

En función de la extensión y distribución, el vitíligo se clasifica en diferentes formas clínicas [8–10, 23, 24]:

- Vitíligo segmentario, que afecta un dermatoma o segmento corporal unilateral y suele debutar en edades más tempranas. En general progresa rápidamente durante un periodo limitado y posteriormente se estabiliza.
- Vitíligo no segmentario o generalizado, la forma más frecuente, caracterizada por lesiones simétricas que afectan manos, muñecas, rostro, axilas y otras áreas expuestas. Incluye variantes como el vitíligo acrofacial y el vitíligo universal [8–10, 23].
- Vitíligo universal, definido cuando la despigmentación afecta más del 80–90 % de la superficie corporal, quedando escasas áreas de pigmentación residual [8, 9].

Curso evolutivo

Una de las características más relevantes del vitíligo es su naturaleza errática. En algunos pacientes la enfermedad permanece estable durante años, mientras que en otros progresa de forma rápida y extensa [21–23, 25].

Los periodos de reactivación pueden coincidir con eventos estresantes, infecciones o traumatismos cutáneos, lo que refuerza la interacción entre factores ambientales e inmunológicos previamente descritos [19–23, 14].

Durante las fases de estabilidad, la ausencia de progresión durante al menos 6–12 meses se considera un criterio relevante para plantear tratamientos quirúrgicos, ya que reduce el riesgo de recurrencia en zonas tratadas [24–28].

Factores de peor pronóstico

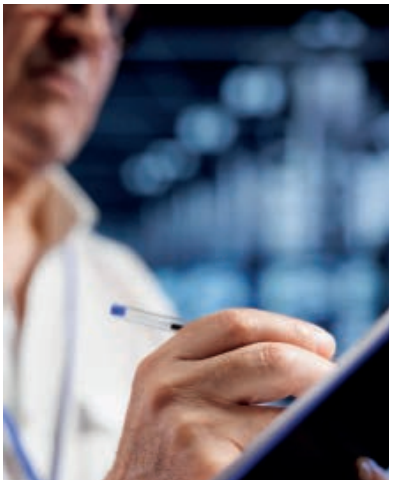
Se han identificado diversos factores asociados a una evolución más extensa de la enfermedad o a una respuesta menos favorable al tratamiento.

Entre ellos, el inicio precoz en la infancia o adolescencia se ha relacionado con una mayor probabilidad de progresión y extensión a lo largo del tiempo [8, 9, 29].

La localización de las lesiones también influye de manera significativa en el pronóstico. La afectación facial, mucosa o acral suele asociarse a mayores dificultades para lograr repigmentación completa. En particular, las zonas acrales presentan menor densidad de folículos pilosos, que actúan como reservorios de melanocitos y facilitan la repigmentación tras el tratamiento, lo que explica la menor tasa de respuesta en estas localizaciones [24–28].

La presencia de leucotriquia constituye asimismo un marcador clínico de peor pronóstico, ya que indica afectación del compartimento folicular y disminución de la reserva melanocitaria disponible para la repigmentación [9, 24].

Por último, la persistencia de estrés psicológico y la coexistencia de comorbilidad emocional, como ansiedad o depresión, se han asociado con mayor actividad inflamatoria y riesgo de progresión clínica, configurando un escenario de mayor complejidad terapéutica [13, 14, 30].



Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del vitíligo incluye diversos trastornos hipopigmentados o despigmentados que pueden simularlo clínicamente [9, 23, 24].

Entre los más relevantes se encuentran la hipopigmentación postinflamatoria, la pitiriasis alba, la tiña versicolor, la micosis fungoide hipopigmentada, la lepra indeterminada y la hipomelanosis idiopática en gotas.

La diferenciación se basa en la historia clínica, la morfología de las lesiones y, cuando es necesario, en pruebas complementarias. En pacientes de piel clara, el melasma puede generar confusión por el contraste entre áreas hiperpigmentadas y piel normal. En casos dudosos pueden requerirse examen micológico, biopsia cutánea o estudios analíticos específicos [9, 23, 24].

Impacto biopsicosocial del vitíligo

El vitíligo, aunque no compromete la supervivencia ni produce sintomatología física incapacitante en la mayoría de los casos, tiene un impacto profundo y sostenido en la calidad de vida de las personas afectadas [14–31, 30]. La naturaleza visible de las lesiones, su distribución en áreas expuestas y el contraste cromático en determinados fototipos convierten esta enfermedad en una patología con una carga psicosocial desproporcionada en relación con su gravedad médica objetiva.

Desde el momento del diagnóstico, muchos pacientes experimentan sentimientos de sorpresa, incomprensión y miedo a la progresión. La incertidumbre sobre la evolución clínica, unida a la imprevisibilidad de los brotes, genera ansiedad anticipatoria y preocupación constante por la aparición de nuevas lesiones [13,30].

Diversos estudios (ver tabla 2) han demostrado que entre el 50 % y el 60 % de los pacientes con vitíligo presentan síntomas clínicamente relevantes de ansiedad o depresión, con mayor prevalencia en mujeres y en personas jóvenes [13, 32, 30]. Esta afectación emocional puede preceder al diagnóstico o desarrollarse como consecuencia directa de la enfermedad y del estigma social asociado [11, 13].

El estudio internacional VALIANT, realizado en 17 países e incluyendo 3.541 personas con vitíligo, puso de manifiesto la magnitud del problema. El 58,7 % de los participantes había recibido diagnóstico formal de un trastorno de salud mental y el 55 % presentaba síntomas de depresión moderada o grave según la escala PHQ-9 [14, 31]. Además, un porcentaje significativo refirió impacto negativo en relaciones personales, vida social y desempeño laboral.

La visibilidad de las lesiones constituye uno de los principales determinantes del impacto psicológico. Las áreas más afectadas —manos, rostro, cuello y extremidades superiores— son regiones de alta exposición social. La afectación facial se asocia de forma consistente con peor calidad de vida y mayor percepción de estigmatización [13, 30, 31].

La afectación facial se asocia de forma consistente con peor calidad de vida y mayor percepción de estigmatización [13, 30, 31].

En fototipos IV–VI, el contraste entre piel sana y áreas despigmentadas es más evidente, lo que puede intensificar la experiencia de estigmatización y discriminación social [13, 31]. En algunos contextos culturales, el vitíligo se asocia erróneamente con enfermedades contagiosas o con creencias estigmatizantes, aumentando el aislamiento social [13, 30].

Impacto biopsicosocial del vitíligo con perspectiva de género

Dimensión	Impacto descrito	Evidencia
Salud mental	50–60 % ansiedad/depresión [13, 32]	Mayor prevalencia en mujeres
Calidad de vida	DLQI más elevado en mujeres [13, 18, 33]	Mayor afectación facial
Imagen corporal	Vergüenza, inseguridad [13, 18]	Presión estética femenina
Ámbito laboral	Evitación de exposición pública [18, 25, 31]	Mayor temor a discriminación
Relaciones interpersonales	Aislamiento social [11, 13, 30]	Estigma percibido
Carga adicional	Mayor asociación con patología tiroidea [16, 20]	Más frecuente en mujeres

Fuente: Elaboración propia basada en las siguientes publicaciones [13, 14, 32, 33].

Diferencias de género en el impacto

Aunque la incidencia del vitíligo es similar en hombres y mujeres, el impacto emocional y social muestra un claro sesgo de género [6, 7, 18]. Las mujeres presentan puntuaciones más elevadas en el Dermatology Life Quality Index (DLQI), reflejando mayor deterioro de la calidad de vida [13, 18, 33].

La presión sociocultural vinculada a la apariencia física afecta de forma más intensa a mujeres, especialmente en edades jóvenes y en etapas de especial vulnerabilidad como adolescencia o maternidad temprana [6, 7, 31]. La piel constituye un elemento central en la construcción social de la identidad femenina, lo que puede amplificar el impacto psicológico de la despigmentación visible.
Además, la coexistencia más frecuente de patología tiroidea autoinmune en mujeres con vitíligo añade carga clínica y emocional adicional [16, 20]. Esta comorbilidad puede incrementar la percepción de fragilidad física y reforzar la experiencia de enfermedad crónica.

Las mujeres también refieren mayor impacto en el ámbito laboral, particularmente en profesiones de atención al público, donde la exposición constante puede generar inseguridad y temor al juicio social [18, 25, 31].

Repercusión social y laboral

El vitíligo puede influir en múltiples dimensiones de la vida social. Muchos pacientes modifican su forma de vestir para ocultar lesiones, evitan actividades recreativas como natación o playa y limitan la interacción social en determinadas circunstancias [13, 29, 30].

El estigma percibido constituye un elemento central. La falta de conocimiento social sobre la enfermedad favorece interpretaciones erróneas relacionadas con contagio o higiene. Esta percepción externa puede generar conductas de evitación, retraimiento social y reducción de redes de apoyo [13, 30].

En el ámbito laboral, aunque el vitíligo no suele implicar limitaciones funcionales directas, la carga emocional y la ansiedad social pueden influir en la productividad y en la proyección profesional. Algunos pacientes refieren haber evitado entrevistas, ascensos o cambios laborales por temor a discriminación [18, 25, 31].

Asimismo, la enfermedad puede generar costes indirectos asociados a tratamientos cosméticos, fototerapia prolongada, consultas reiteradas y desplazamientos sanitarios, especialmente en contextos donde el acceso a terapias avanzadas no es homogéneo [14, 24, 28].

Impacto en la autoestima y relaciones interpersonales

La autoimagen corporal se ve afectada de manera significativa. La despigmentación puede alterar la percepción de atractivo físico y generar inseguridad en relaciones afectivas o de pareja. En adolescentes, etapa particularmente sensible al juicio social, el impacto puede ser más pronunciado [13, 18, 29].

La ansiedad social y el temor a preguntas o miradas insistentes pueden llevar a evitar espacios públicos o eventos sociales. Este retraimiento puede reforzar sentimientos de soledad y depresión, configurando un círculo vicioso entre enfermedad cutánea y salud mental [11, 13, 30].

La falta de conocimiento social sobre la enfermedad favorece interpretaciones erróneas relacionadas con contagio o higiene.

Interacción entre factores biológicos y psicosociales

El impacto biopsicosocial del vitíligo no es independiente de los mecanismos biológicos descritos previamente. El estrés psicológico puede actuar tanto como consecuencia o como desencadenante de brotes, estableciendo una relación bidireccional entre actividad inflamatoria y estado emocional [13, 14, 19–23].

Este modelo integrador refuerza la necesidad de un abordaje terapéutico que no se limite al control cutáneo, sino que contemple de forma estructurada la dimensión psicológica y social de la enfermedad [13, 18, 30].

Aspectos diferenciadores de género

El análisis del vitíligo desde una perspectiva de género requiere distinguir entre diferencias biológicas asociadas al sexo y desigualdades derivadas de factores socioculturales. Aunque la incidencia global del vitíligo es similar en hombres y mujeres, la experiencia de la enfermedad y sus consecuencias muestran diferencias significativas que responden tanto a determinantes biológicos como sociales [6, 7, 14, 18].

Desde el punto de vista biológico, las mujeres presentan mayor prevalencia de enfermedades autoinmunes en general, lo que sugiere un entorno inmunológico más propenso a respuestas autorreactivas [6, 7]. Las variaciones hormonales, particularmente relacionadas con estrógenos y progesterona, pueden modular la actividad inmunitaria y la expresión clínica de las enfermedades autoinmunes [6, 7]. Aunque en el vitíligo no se ha demostrado una mayor incidencia femenina, sí se observa mayor coexistencia con patología tiroidea autoinmune,



especialmente en mujeres adultas [16]. En nuestra cohorte poblacional EpiChron, las mujeres también presentaron una media de comorbilidades crónicas más elevada que los hombres (3,56 [DE 2,68] vs. 2,75 [DE 1,92]) y mayor multimorbilidad. Tanto en hombres como en mujeres, las comorbilidades más asociadas al vitíligo fueron las enfermedades tiroideas (OR 3,01), seguidas de los trastornos auditivos y de órganos de los sentidos (OR 1,54), otras enfermedades inflamatorias dermatológicas (OR 2,21), las enfermedades del tejido conectivo (OR 1,84) y las arritmias cardiacas (OR 1,84), reforzando la naturaleza sistémica e inmunomediada del vitíligo.Más allá de los factores biológicos, el impacto diferencial del vitíligo en mujeres está profundamente condicionado por normas sociales vinculadas a la apariencia física. En muchas culturas, la piel constituye un elemento central en la construcción de la identidad femenina y en la percepción de atractivo, lo que amplifica el efecto psicológico de las alteraciones pigmentarias visibles [6, 14].

Las mujeres refieren con mayor frecuencia sentimientos de vergüenza, inseguridad corporal y temor al rechazo social. Las puntuaciones en escalas de calidad de vida dermatológica, como el DLQI, suelen ser más elevadas en mujeres, reflejando mayor afectación emocional y social [13, 18, 33]. Esta diferencia no puede explicarse únicamente por la extensión o localización de las lesiones, sino por la mayor presión estética y expectativa social hacia el cuerpo femenino.

Desde el punto de vista biológico, las mujeres presentan mayor prevalencia de enfermedades autoinmunes en general.

En el ámbito laboral, las mujeres con vitíligo pueden experimentar una mayor percepción de discriminación o limitación profesional, especialmente en contextos de alta exposición pública. Este impacto se relaciona más con estigma percibido y presión estética que con limitación funcional objetiva [14, 18, 31].

La etapa vital también condiciona el impacto. En la adolescencia, periodo clave en la construcción de identidad y autoestima, la presencia de lesiones visibles puede afectar de forma más intensa a mujeres jóvenes, generando retraimiento social y ansiedad anticipatoria [13, 30]. En etapas reproductivas, pueden surgir preocupaciones relacionadas con transmisión genética o posibles influencias hormonales en la evolución de la enfermedad [20–23].

Asimismo, la carga de cuidados familiares, que recae de forma desproporcionada en mujeres en muchos contextos sociales, puede dificultar la adherencia a tratamientos que requieren desplazamientos frecuentes, como la fototerapia, o limitar el tiempo disponible para seguimiento médico regular [14, 18].

Desde una perspectiva sanitaria, la falta de integración sistemática del enfoque de género puede conducir a infravaloración del impacto emocional en mujeres o a normalización de síntomas ansioso-depresivos como parte “esperable” de la enfermedad, retrasando la derivación a apoyo psicológico especializado [13, 18].

Es importante señalar que la desigualdad de género no implica necesariamente mayor gravedad clínica objetiva, sino mayor carga subjetiva y social. La interacción entre estigma, presión estética y vulnerabilidad emocional configura un escenario en el que el vitíligo puede afectar de forma desproporcionada a mujeres, incluso cuando la extensión cutánea es comparable a la de los hombres [6, 14, 18].



En este sentido, incorporar la perspectiva de género en la práctica clínica implica no solo evaluar extensión y actividad de la enfermedad, sino también explorar de manera activa el impacto emocional, laboral y relacional, identificando necesidades específicas y barreras estructurales que puedan estar influyendo en la experiencia de la enfermedad [6, 7, 14, 18].

Tratamientos disponibles y abordaje clínico

El tratamiento del vitíligo tiene como objetivos fundamentales detener la progresión de la enfermedad, inducir la repigmentación de las lesiones y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas [8–10, 24]. Dado el carácter crónico y heterogéneo de la enfermedad, el abordaje terapéutico debe individualizarse en función de la extensión, la localización anatómica, la actividad clínica, la edad del paciente y el impacto psicosocial, ya que estos factores condicionan tanto la respuesta terapéutica como la adherencia y las expectativas del paciente Asimismo, en ocasiones, se realizan tratamientos combinados dirigidos a diferentes alteraciones fisiopatogénicas propias de esta patología [14, 18, 31].

Tratamientos médicos tópicos

Los corticosteroides tópicos constituyen una de las opciones terapéuticas de primera línea en formas localizadas. Su efecto antiinflamatorio permite estabilizar la enfermedad y, en algunos casos, inducir repigmentación parcial, especialmente en lesiones recientes y localizadas en áreas con mayor densidad folicular [8-10, 24]. En la práctica clínica, son particularmente útiles cuando la enfermedad presenta actividad limitada y se busca frenar la progresión inicial.

En adultos y niños, se recomienda el uso de corticosteroides de potencia media-alta durante periodos limitados, habitualmente de 3 a 6 meses, empleando esquemas intermitentes para minimizar efectos adversos locales como atrofia cutánea, telangiectasias o estrías [24]. La respuesta terapéutica suele ser más favorable en cara y cuello que en zonas acrales, donde la menor reserva folicular condiciona repigmentaciones más lentas e incompletas [24].

En áreas sensibles como párpados, región perioral, axilas o región inguinal, los inhibidores tópicos de la calcineurina (tacrolimus y pimecrolimus) constituyen una alternativa preferente por su mejor perfil de seguridad en uso prolongado [8, 10, 24]. Estos fármacos pueden utilizarse en monoterapia o combinados con fototerapia para potenciar la respuesta y consolidar la repigmentación, especialmente en lesiones faciales o en pacientes con riesgo de efectos secundarios por corticoides [24].

Fototerapia

La fototerapia con radiación ultravioleta B de banda estrecha (NB-UVB) es el tratamiento estándar en formas generalizadas o con progresión activa [24]. Su mecanismo de acción se basa en la modulación de la respuesta inmunitaria cutánea, con reducción de la infiltración de células T autorreactivas, y en la estimulación de la proliferación y migración de melanocitos residuales desde los folículos pilosos hacia la epidermis afectada [20–23, 24].

El tratamiento suele administrarse dos o tres veces por semana durante varios meses. La repigmentación es más evidente en rostro y tronco, mientras que las áreas acrales y mucosas presentan menor tasa de respuesta, lo que se relaciona con la escasa densidad folicular y, en algunos casos, con afectación folicular más marcada. La decisión de continuar el tratamiento suele basarse en la respuesta clínica tras 3–6 meses [24].

El láser o lámpara de excímero (308 nm) permite tratar lesiones localizadas con mayor precisión, reduciendo la exposición de piel sana. Puede ser útil en vitíligo focal o segmentario y, en determinados pacientes, como complemento dirigido a zonas resistentes [24].



Corticoides sistémicos

En formas activas y rápidamente progresivas puede emplearse la estrategia de mini-pulsos orales con corticoides para frenar la progresión y estabilizar el brote inflamatorio. Este esquema puede controlar la expansión en un porcentaje relevante de pacientes, aunque la repigmentación suele requerir combinación con fototerapia u otros tratamientos tópicos [24].

El tratamiento sistémico debe limitarse temporalmente debido a posibles efectos adversos como aumento de peso, alteraciones del ánimo, insomnio, hipertricosis o inmunosupresión, por lo que su indicación debe individualizarse cuidadosamente y acompañarse de seguimiento clínico [24].

Inhibidores de JAK

El ruxolitinib tópico es un inhibidor de JAK y el primer tratamiento aprobado específicamente para la repigmentación en vitíligo no segmentario [24]. Su mecanismo de acción se basa en la inhibición de la vía JAK-STAT activada por IFN-γ, reduciendo la señal inflamatoria mediada por quimiocinas y favoreciendo la recuperación funcional del melanocito y el proceso de repigmentación [20–23].

Los ensayos clínicos han mostrado mejoras relevantes en repigmentación, especialmente a nivel facial, con un perfil de seguridad generalmente favorable. En la práctica, su papel es especialmente relevante en pacientes con afectación visible y carga psicosocial elevada, donde la repigmentación facial supone un beneficio clínico y emocional significativo [14, 18, 31].

Antioxidantes y terapias complementarias

Dado el papel del estrés oxidativo en la fisiopatología del vitíligo, se han utilizado antioxidantes como terapia adyuvante [20–23]. Sin embargo, la evidencia disponible es heterogénea y no permite establecer recomendaciones firmes como monoterapia. Su empleo se plantea como complemento a fototerapia o tratamientos tópicos en contextos seleccionados.

Tratamientos quirúrgicos

Las técnicas quirúrgicas están indicadas en pacientes con enfermedad estable durante al menos 6–12 meses, especialmente en vitíligo segmentario o en lesiones localizadas refractarias al tratamiento médico [24–28]. La estabilidad clínica es un criterio esencial para reducir el riesgo de recaída postquirúrgica.

Entre las técnicas empleadas se incluyen el injerto por punción, el injerto por ampolla de succión y procedimientos basados en suspensión celular epidérmica, cultivada o no cultivada [27, 28]. La selección depende de la extensión, localización anatómica y experiencia del centro.

Micropigmentación médica

La micropigmentación puede utilizarse como técnica de camuflaje permanente en áreas específicas como labios o dedos. No restaura melanocitos ni modifica la evolución biológica de la enfermedad, pero puede mejorar el aspecto estético en lesiones estables y contribuir al bienestar subjetivo en zonas de alta visibilidad [34].

Abordaje integral

En el tratamiento del vitíligo es clave considerar aspectos que van más allá del control farmacológico, especialmente en mujeres, dado el impacto diferencial descrito en calidad de vida, estigma y carga emocional [6, 14, 18]. El abordaje integral incorpora educación sanitaria, medidas de fotoprotección, estrategias de camuflaje, apoyo psicológico y recursos comunitarios, con el objetivo de mejorar adherencia, afrontamiento y bienestar global.

El abordaje integral incorpora educación sanitaria, medidas de fotoprotección, estrategias de camuflaje, apoyo psicológico y recursos comunitarios, con el objetivo de mejorar adherencia, afrontamiento y bienestar global.



Educación sanitaria, fotoprotección y maquillaje corrector

La educación sanitaria constituye un pilar fundamental, ya que permite comprender la naturaleza autoinmune y crónica del vitíligo, desmitificar falsas creencias relacionadas con el contagio y reducir el estigma social, factores que influyen de manera directa en el bienestar emocional y la calidad de vida [13, 14, 34]. Una paciente adecuadamente informada suele mostrar mayor adherencia terapéutica y mejor capacidad de afrontamiento frente a la alteración de la imagen corporal y la visibilidad de las lesiones (14,18). La información clara, realista y adaptada al contexto sociocultural favorece decisiones compartidas y reduce ansiedad asociada a la incertidumbre evolutiva.

La fotoprotección es imprescindible. Dado que las lesiones carecen de melanocitos —responsables del escudo natural frente a radiación ultravioleta— estas áreas presentan mayor riesgo de quemaduras solares [8–10]. Por otro lado, el uso de fotoprotector limita el bronceado de la piel circundante, disminuyendo el contraste y haciendo las lesiones menos evidentes.

El maquillaje corrector o camuflaje cosmético se consolida como herramienta eficaz para mejorar autoestima y percepción corporal [34, 35]. Su utilidad es especialmente relevante en mujeres con afectación visible, ya que puede aportar sensación de control sobre la propia imagen y mejorar la seguridad en entornos sociales y laborales. Aunque no sustituye a la

repigmentación biológica, puede contribuir de forma significativa a la calidad de vida mientras se persigue la estabilización de la enfermedad [13, 18, 34].

Apoyo psicológico y terapia cognitivo-conductual

Es fundamental reconocer que el vitíligo no es únicamente una condición cutánea, sino una enfermedad crónica con repercusiones en salud mental y bienestar integral [13, 18, 30]. El deterioro de calidad de vida suele ser especialmente intenso al inicio del trastorno, cuando la paciente se enfrenta al impacto del diagnóstico y al cambio en su imagen corporal. En mujeres, esta carga psicológica suele ser mayor por presiones estéticas, estigma social y mayor vulnerabilidad ante alteraciones visibles de la piel [6, 14, 18].

La evaluación sistemática de calidad de vida y malestar psicológico debe integrarse en el plan terapéutico, como recomiendan guías clínicas internacionales [24, 36]. La terapia cognitivo-conductual puede ser útil para mejorar estrategias de afrontamiento, reducir ansiedad social y fortalecer la autoimagen, contribuyendo a romper el círculo entre estigmatización, evitación y aislamiento [13, 18].

Programas de apoyo entre pacientes

Los programas de apoyo permiten romper el aislamiento social y normalizar la vivencia de la enfermedad mediante el intercambio de experiencias compartidas, lo que puede ser especialmente útil en fases iniciales o en pacientes con baja autoestima [13, 18]. La variabilidad territorial en el acceso a tratamientos, especialmente fototerapia y opciones innovadoras, puede generar inequidades que afectan de forma particular a mujeres con mayores cargas familiares o menor disponibilidad para desplazamientos [17, 24].

El tratamiento precoz mejora probabilidades de repigmentación, especialmente en lesiones recientes y en zonas con mayor reserva folicular, por lo que el diagnóstico temprano y el acceso a recursos terapéuticos resultan clave [24–28]. En paralelo, el desarrollo de terapias innovadoras dirigidas a la vía JAK y otros mecanismos inmunológicos continúa siendo una línea de investigación prometedora para ampliar opciones y mejorar resultados [24].

Limitaciones y consecuencias en la calidad de vida

Mejorar la calidad de vida de las mujeres con vitíligo exige reconocer la enfermedad en toda su complejidad, garantizar la equidad en el acceso al tratamiento y humanizar la atención médica desde una perspectiva psicológica y psicosocial especialmente sensible al impacto de género [14, 18, 31].

Desconocimiento de la patología como enfermedad crónica autoinmune

El vitíligo es mucho más que una cuestión estética; se trata de una enfermedad crónica de base autoinmune que, en el caso de las mujeres, conlleva una carga psicosocial y en muchos casos asocia otras comorbildiades. La evidencia disponible demuestra que la despigmentación es consecuencia de un ataque inmunitario dirigido contra los melanocitos y sostenido por mecanismos inflamatorios bien definidos [8–10, 19, 22]. Sin embargo, a pesar de su visibilidad clínica, persiste un importante desconocimiento social y sanitario sobre la naturaleza real de la patología.

Con frecuencia se minimiza como una alteración puramente cutánea, ignorando su base biológica y el impacto real que tiene sobre el bienestar emocional y la vida social. Esta banalización contribuye a infravalorar sus repercusiones emocionales y sociales, y refuerza la percepción errónea de que el vitíligo es un problema menor cuando, en realidad, se trata de una enfermedad crónica con implicaciones inmunológicas, psicológicas y sociales que requieren un abordaje integral [14, 18, 31]. Esta minimización institucional y social afecta de manera particular a las mujeres, en quienes el estigma y la presión estética amplifican el impacto psicológico y dificultan su reconocimiento como problema de salud relevante [6, 14, 18].

Ausencia de cura definitiva

Uno de los principales factores de impacto emocional en las pacientes recientemente diagnosticadas es la ausencia de una cura definitiva. La incertidumbre asociada a la posible progresión de las lesiones y a la imprevisibilidad del curso clínico genera ansiedad persistente, miedo al empeoramiento y sensación de pérdida de control sobre la propia imagen corporal [13, 14, 18]. Este componente de imprevisibilidad condiciona tanto el afrontamiento inicial como la adherencia terapéutica, al coexistir expectativas de repigmentación con temor a la expansión de nuevas lesiones.

Esta incertidumbre se intensifica cuando la información recibida es insuficiente o fragmentaria, lo que puede favorecer la búsqueda de soluciones no contrastadas o la adopción de expectativas poco realistas. En mujeres jóvenes, especialmente en etapas vitales marcadas por cambios identitarios o presiones estéticas, la falta de una perspectiva clara de control terapéutico puede traducirse en un impacto psicológico particularmente intenso [13, 14, 18].

Con frecuencia se minimiza como una alteración puramente cutánea, ignorando su base biológica y el impacto real que tiene sobre el bienestar emocional y la vida social.

Desigualdad territorial en el acceso a fototerapia o innovación

La desigualdad territorial en el acceso a los tratamientos constituye una limitación relevante en el manejo del vitíligo. La disponibilidad de fototerapia especializada y el acceso a tratamientos innovadores no es homogénea y depende en gran medida de recursos regionales y organización asistencial [17, 24].

Estudios de práctica clínica real en España han evidenciado diferencias significativas en acceso a unidades de referencia y frecuencia de seguimiento dermatológico (17). Estas barreras estructurales pueden conducir al abandono terapéutico y perpetuar la actividad inflamatoria y el deterioro emocional [14, 17, 18].

Además, intervenciones fundamentales como fotoprotección, maquillaje corrector o apoyo psicológico suelen considerarse prescindibles desde el punto de vista financiero, pese a su impacto demostrado en calidad de vida [13, 18, 34, 35].

Asimismo, el acceso a fármacos innovadores depende de decisiones regulatorias y criterios de financiación, lo que puede generar demoras y percepción de inequidad sanitaria en pacientes con formas extensas o refractarias [17, 24].

En conjunto, estas desigualdades estructurales evidencian la necesidad de políticas sanitarias más equitativas que reconozcan el vitíligo como una enfermedad con impacto sistémico y psicosocial [14, 18].

Falta de sensibilización social y estigma

La falta de sensibilización social continúa perpetuando estigmas. Las mujeres afectadas se enfrentan con frecuencia a miradas inquisitivas, preguntas invasivas o actitudes de rechazo, situaciones que deterioran autoestima y refuerzan aislamiento [13, 18, 31].

La visibilidad de las lesiones favorece la percepción externa de diferencia y puede traducirse en discriminación sutil o explícita. El desconocimiento social alimenta creencias erróneas relacionadas con contagio o higiene, reforzando la exclusión [13, 18].

Escasa formación sobre el impacto emocional

Con frecuencia, la atención médica se centra en extensión o progresión de lesiones, sin evaluación sistemática del estado emocional [13, 14, 18]. Esta falta de integración dificulta la identificación precoz de ansiedad, depresión o aislamiento social asociados al vitíligo, especialmente en mujeres [13, 18].

Al no sentirse escuchadas ni validadas en consulta, muchas pacientes retrasan la búsqueda de apoyo psicológico especializado, perpetuando una atención fragmentada [13, 18].

El resultado puede ser un modelo asistencial técnicamente correcto desde el punto de vista dermatológico, pero insuficiente para abordar el impacto biopsicosocial del vitíligo, especialmente en mujeres [14, 18].



Propuestas y necesidades para un abordaje integral

Un abordaje verdaderamente integral del vitíligo no debe limitarse al tratamiento de las lesiones cutáneas, sino que requiere comprender la interacción entre la desregulación inmunitaria, la predisposición genética, el estrés oxidativo y los determinantes psicosociales que condicionan la calidad de vida [13, 14, 18, 19, 22]. La ausencia de protocolos unificados, el acceso desigual a terapias innovadoras y la persistencia del estigma social hacen urgente el establecimiento de una hoja de ruta clara, equitativa y basada en la evidencia científica disponible. A continuation se presentan los puntos fundamentales para realizar un abordaje integral del Paciente con vitiligo.

1. Reconocer el vitíligo como enfermedad autoinmune con impacto psicosocial significativo

Es fundamental que el vitíligo deje de ser catalogado como una afección exclusivamente cosmética. Al tratarse de una enfermedad en la que el sistema inmunitario ataca a los melanocitos, su impacto trasciende la piel y se proyecta en múltiples dimensiones de la vida de la persona afectada [8–10, 19, 22]. Reconocer su base biológica permite validar el sufrimiento psicosocial asociado y legitimar que la ansiedad, la depresión o el aislamiento social no son consecuencias accesorias, sino manifestaciones clínicas reales vinculadas a la enfermedad.

Este reconocimiento institucional constituye el primer paso para reducir el estigma estructural, favorecer la asignación de recursos adecuados y promover políticas sanitarias que reflejen la verdadera carga de la enfermedad, especialmente en mujeres, donde la presión estética y el impacto social son mayores [6, 14, 18].

2. Desarrollar guías clínicas nacionales con enfoque de género y modelo biopsicosocial

El desarrollo de guías clínicas nacionales o adopción de guías clínicas internacionales debe promover un modelo biopsicosocial que integre no solo la elección del tratamiento médico más adecuado, sino también la evaluación sistemática del entorno del paciente, el impacto psicológico y la influencia del género en la vivencia de la enfermedad [6, 7, 14, 18]. Incorporar la

Es fundamental que el vitíligo deje de ser catalogado como una afección exclusivamente cosmética.

perspectiva de género permitiría identificar diferencias en la carga emocional y barreras estructurales que condicionan la adherencia terapéutica.

3. Garantizar acceso equitativo a fototerapia y tratamientos innovadores

Actualmente persisten diferencias en el acceso a tratamientos eficaces. Es prioritario garantizar el acceso universal a fototerapia, independientemente del lugar de residencia, y facilitar la incorporación homogénea de tratamientos innovadores, como los inhibidores de JAK tópicos, que han demostrado resultados prometedores en la repigmentación y el control de la actividad inflamatoria [17, 24, 32].

La equidad en el acceso no solo mejora los resultados clínicos, sino que reduce la percepción de inequidad sanitaria y fortalece la confianza en el sistema de salud. Este aspecto es especialmente relevante en mujeres que asumen mayores cargas familiares o laborales y que pueden encontrar mayores dificultades logísticas para acceder a tratamientos que requieren desplazamientos frecuentes [14, 17, 18].

4. Implementar apoyo psicológico estructurado en unidades dermatológicas

La salud mental debe integrarse como parte esencial del manejo del vitíligo. La incorporación de apoyo psicológico estructurado en las unidades dermatológicas permitiría abordar de forma precoz la ansiedad, la depresión y el impacto en la calidad de vida desde el momento del diagnóstico, evitando la cronificación del malestar emocional [13, 14, 18].

Un modelo asistencial verdaderamente integral debe contemplar la evaluación periódica de la calidad de vida mediante herramientas validadas, así como establecer circuitos claros de derivación a salud mental cuando sea necesario. Esta integración es particularmente importante en mujeres con factores de riesgo psicosocial o con afectación visible en áreas expuestas [14, 18].

5. Campañas de sensibilización para reducir el estigma y normalizar la diversidad cutánea

La reducción del estigma requiere educación social sostenida en el tiempo. Las campañas de sensibilización deben centrarse en normalizar la diversidad cutánea, desmontar mitos como la falsa creencia de contagio y promover una cultura de respeto e inclusión [13, 18, 35]. Iniciativas desarrolladas en el marco de jornadas de concienciación han demostrado su capacidad para aumentar el conocimiento, la visibilidad y la aceptación social de las personas afectadas.

La sensibilización pública no solo mejora la integración social, sino que reduce la carga emocional derivada del rechazo o la incomprensión, contribuyendo a disminuir el aislamiento y la ansiedad social que experimentan muchas mujeres con vitíligo [13, 14, 18].

La salud mental debe integrarse como parte esencial del manejo del vitíligo.

6. Fomentar la investigación en mecanismos inmunológicos, estrés oxidativo y diferencias de sexo

Es necesaria una mayor inversión en investigación básica y traslacional para profundizar en los mecanismos inmunológicos implicados, el papel del estrés oxidativo y la influencia de factores ambientales en la progresión de la enfermedad [19, 22, 25, 26]. Asimismo, resulta clave integrar el análisis de las diferencias de sexo en los estudios clínicos, con el fin de comprender mejor por qué mujeres y hombres pueden experimentar de manera distinta el impacto psicosocial y la respuesta terapéutica [6, 7].

El avance en el conocimiento permitirá desarrollar estrategias terapéuticas más dirigidas y eficaces, optimizar la selección de pacientes y reducir desigualdades en resultados clínicos y calidad de vida.

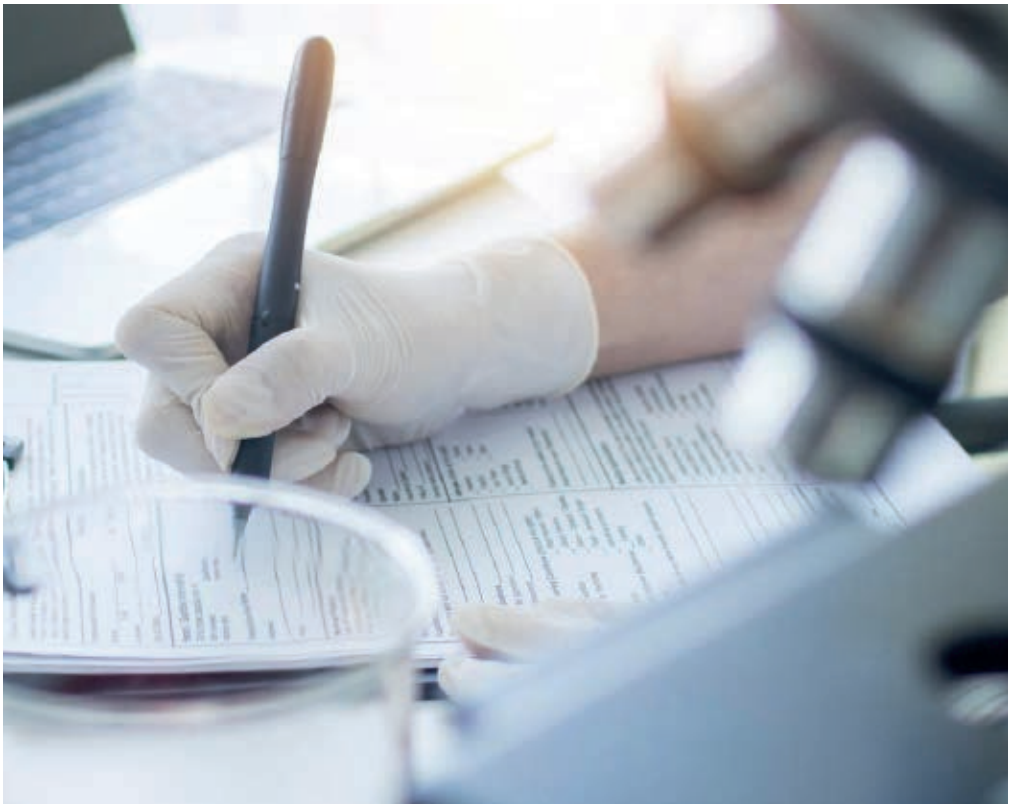
7. Integrar programas educativos para mejorar la adherencia terapéutica y la autoimagen

Los programas educativos dirigidos a pacientes mejoran la adherencia terapéutica al favorecer una comprensión realista del curso de la enfermedad y de los tiempos de respuesta al tratamiento [13, 14, 18, 35]. La educación estructurada contribuye a reducir expectativas irreales, prevenir el abandono precoz de terapias y fortalecer la relación médico-paciente.

Paralelamente, el refuerzo de la autoimagen, el autocuidado y las estrategias de afrontamiento emocional resulta fundamental para recuperar la seguridad personal y mejorar la calidad de vida, especialmente en mujeres con afectación visible o elevada carga emocional [14, 18].

8. Incluir la perspectiva de género en la investigación clínica y en las políticas de salud dermatológica

La incorporación sistemática de la perspectiva de género en la investigación clínica y en las políticas sanitarias es imprescindible. Aunque la incidencia clínica del vitíligo es similar entre sexos, las presiones estéticas y sociales hacen que el impacto psicológico sea desproporcionadamente mayor en mujeres [6, 7, 14, 18].





Considerar estas diferencias permitirá diseñar intervenciones más justas, eficaces y orientadas a reducir desigualdades estructurales. Integrar el enfoque de género no implica diferenciar por gravedad objetiva, sino reconocer la carga diferencial y adaptar la atención a las necesidades reales de quienes más sufren el impacto biopsicosocial de la enfermedad.

Conclusiones, puntos de mejora y necesidades

• El vitíligo es una enfermedad autoinmune, multifactorial, con gran impacto en la calidad de vida

El vitíligo debe entenderse no solo como una pérdida de pigmentación cutánea, sino como una patología autoinmune compleja de origen multifactorial. La evidencia científica demuestra que su desarrollo resulta de la convergencia entre predisposición genética, mecanismos de estrés oxidativo y una respuesta inmunitaria aberrante dirigida contra los melanocitos [8–10, 19, 22, 26].

En este contexto, resulta imprescindible reconocer el profundo impacto que tiene en la calidad de vida de quienes lo padecen. La visibilidad de las lesiones se asocia a una carga emocional significativa que puede manifestarse en forma de ansiedad, depresión, inseguridad corporal y aislamiento social [13, 14, 18]. Por ello, el manejo terapéutico del vitíligo es incompleto si no incorpora apoyo psicológico estructurado, orientado a reforzar la autoestima, mejorar el afrontamiento y preservar el bienestar global.

• Afecta por igual a ambos sexos, pero las mujeres presentan mayor carga emocional y social

Aunque la incidencia del vitíligo es similar en hombres y mujeres, la experiencia subjetiva de la enfermedad no es equivalente. Las mujeres se enfrentan a una carga emocional y social mayor, en gran medida vinculada a estándares de belleza convencionales que ejercen una presión más estricta sobre la apariencia femenina [6, 7, 14].

En este contexto, las máculas acrómicas pueden convertirse en una fuente relevante de inseguridad y deterioro de la autoestima. Esta presión estética se traduce en una mayor prevalencia de ansiedad y depresión asociadas al vitíligo en mujeres, así como en un impacto más marcado en las relaciones interpersonales, laborales y de pareja [14, 18]. El estigma social y la visibilidad de las lesiones refuerzan esta desigualdad en la vivencia de la enfermedad, lo que exige incorporar de manera explícita la perspectiva de género tanto en el abordaje clínico como en el diseño de políticas sanitarias.

• Es prioritario incorporar un modelo de atención integral centrado en el bienestar físico y mental

El tratamiento del vitíligo trasciende el manejo farmacológico, la fototerapia o las intervenciones quirúrgicas. La enfermedad exige una transición real hacia un modelo de atención integral que reconozca la conexión intrínseca entre la salud dermatológica y la estabilidad psicológica [13, 14, 18].

Priorizar este enfoque implica comprender que la restauración del pigmento constituye solo una parte del éxito terapéutico. La verdadera recuperación se alcanza cuando se logra un equilibrio entre el bienestar físico y mental de la persona afectada. Para ello, resulta necesario implementar equipos multidisciplinares que integren dermatología, atención primaria, endocrinología y apoyo psicológico, garantizando una atención coordinada y centrada en la persona.

Un modelo integral no solo mejora los resultados clínicos, sino que reduce la cronificación del malestar emocional, fortalece la adherencia terapéutica y contribuye a una percepción más positiva del proceso asistencial.

• La investigación con enfoque de género permitirá optimizar terapias y reducir desigualdad; más investigación implica mejor acceso a la innovación

Incorporar las peculiaridades de las mujeres con vitíligo en la investigación es esencial para lograr un manejo verdaderamente personalizado. Reconocer que factores hormonales, inmunológicos, metabólicos y sociales pueden influir de manera diferenciada en la evolución de la enfermedad permitirá diseñar estrategias terapéuticas más específicas y ajustadas a las necesidades reales [6, 7, 14, 17, 26].

El análisis diferenciado por sexo y género no solo mejora el conocimiento fisiopatológico, sino que contribuye a identificar nuevas dianas terapéuticas y a optimizar la respuesta a los tratamientos disponibles. De esta forma, las innovaciones no se aplicarán de manera genérica, sino que responderán a realidades biológicas y psicosociales diferenciadas.

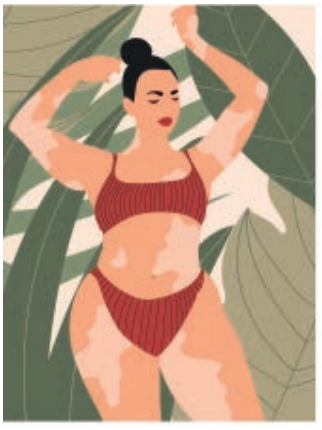
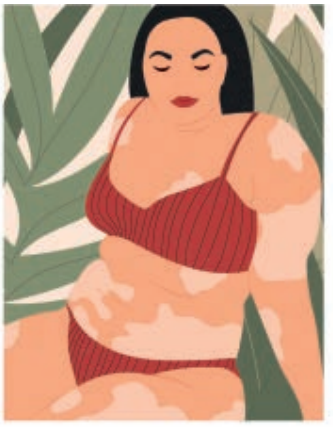
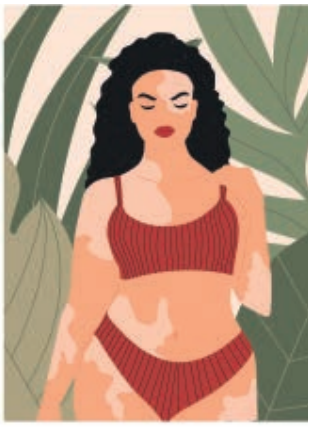
Asimismo, una mayor producción de evidencia científica sólida fortalece los argumentos para justificar la financiación pública y el acceso equitativo a terapias innovadoras. Cuanta más investigación de calidad se genere, más robusta será la base para reducir brechas de desigualdad y garantizar que los avances terapéuticos lleguen a quienes soportan mayor carga de enfermedad, independientemente de su sexo.

• La sensibilización social y la educación son claves para romper el estigma asociado a la enfermedad

El estigma continúa siendo una carga significativa para las personas con vitíligo, especialmente para las mujeres. Para afrontar esta realidad es imprescindible promover mayor sensibilización y educación social a través de programas informativos estructurados [13, 18, 34, 35].

Las asociaciones de pacientes desempeñan un papel esencial en la visibilización de la enfermedad y en la transmisión de experiencias reales que ayudan a desmontar prejuicios. Iniciativas como el Día Mundial del Vitíligo han contribuido a aumentar la concienciación pública y a normalizar la diversidad cutánea [13, 34, 35].

Gran parte del estigma nace del desconocimiento, que asocia erróneamente las máculas acrómicas con enfermedades contagiosas o falta de higiene. La educación social sobre la naturaleza autoinmune y no contagiosa del vitíligo constituye el primer paso para transformar esta percepción y construir un entorno más inclusivo. Informar, sensibilizar y normalizar la diversidad cutánea son acciones fundamentales para reducir la exclusión y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Enfermedades inmunomediadas desde una perspectiva de género

Las **enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMIDs)** son patologías crónicas con inflamación persistente que afectan al **6–6,5 % de la población en España**, con elevada carga clínica y social.



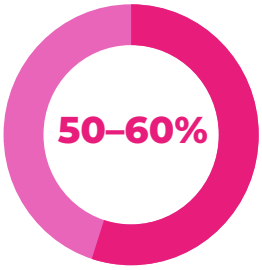


Muchas IMIDs muestran **diferencias por sexo, con mayor prevalencia o impacto en mujeres,** donde influyen factores biológicos, hormonales y determinantes socioculturales.

El **vitíligo ejemplifica una IMID cutánea frecuente** en la que, pese a incidencia similar entre sexos, la experiencia de enfermedad y la carga psicosocial son **mayores en mujeres**.

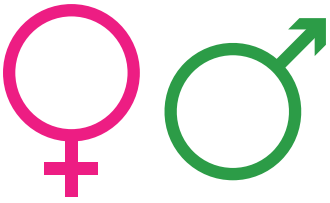
Afecta aproximadamente al **0,5–2 % de la población mundial** y cerca de la mitad de los casos **se inicia antes de los 20 años**.





Entre el **50–60% de las personas con vitíligo presentan ansiedad o depresión**, con especial impacto en autoestima, relaciones y ámbito laboral **femenino**.

El **manejo del vitíligo requiere un modelo integral y con perspectiva de género** que combine tratamiento dermatológico, apoyo psicológico y acceso equitativo a terapias innovadoras.



Bibliografía

1. McInnes IB, Gravallese EM. Immune-mediated inflammatory disease therapeutics: past, present and future. Nat Rev Immunol. 2021;21:680–696.

2. GBD 2019 IMID Collaborators. Global, regional, and national incidence of six major immune-mediated inflammatory diseases: findings from the global burden of disease study 2019. EClinicalMedicine. 2023;64:102193.

3. Puig L, Carrascosa JM, Belinchón I, et al. Prevalence of ten immune-mediated inflammatory diseases in Spain: a population-based study. Rev Esp Salud Publica. 2019;93:e201903009.

4. Kabashima K, Honda T, Ginhoux F, Egawa G. The immunological anatomy of the skin. Nat Rev Immunol. 2019;19(1):19–30.

5. Chamorro-de-Vega E, Lázaro-Martín N, Díaz-Alderete A, et al. Perceived quality of life in immune-mediated inflammatory diseases. Farm Hosp. 2024;48:134–143.

6. Van der Horst-Bruinsma IE, Damjanov N. Gender differences in immune-mediated diseases. Clin Rev Allergy Immunol. 2020;59:1–14.

7. Fairweather D, Frisancho-Kiss S, Rose NR. Sex differences in autoimmune disease. Am J Pathol. 2008;173:600–609.

8. Taïeb A, Picardo M. Clinical practice: Vitiligo. N Engl J Med. 2009;360:160–169.

9. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, van Geel N. Vitiligo. Lancet. 2015;386:74–84.

10. Alikhan A, Felsten LM, Daly M, Petronic-Rosic V. Vitiligo: A comprehensive overview – Part I. J Am Acad Dermatol. 2011;65:473–491.

11. Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2002;16:573–578.

12. Amer AA, Gao XH. Quality of life, anxiety and depression in female patients with vitiligo... J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016;30(4):599–606.

13. Osinubi OJ, Grainge MJ, Hong L, et al. The psychological and social impact of vitiligo: a gender-focused perspective. Br J Dermatol. 2021;184(6):944–953.

14. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, van Geel N, Harris JE, et al. Global burden and psychosocial impact of vitiligo... J Am Acad Dermatol. 2023;89(2):356–367.

15. Krüger C, Schallreuter KU. Worldwide prevalence of vitiligo. Int J Dermatol. 2012;51:1206–1212.

16. Estebaranz JLL, et al. Real-world evidence for vitiligo using an electronic medical records database in Spain: the REVEAL-ES study. Eur J Dermatol. 2024;34(3):251–259.

17. Kumar S, Kesari PK, Dixit V, Kumar R, Chaudhury S. Gender differences in quality of life of vitiligo patients attending a tertiary care center. Ind Psychiatry J. 2024;33(1):147–153.

18. Sampogna F, Samela T, Abeni D, et al. Gender differences in body dysmorphic concerns in patients with skin conditions in relation to sociodemographic, clinical and psychological variables. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025;39(4):823–832.

19. Harris JE. Cellular stress and innate inflammation in organ-specific autoimmunity: lessons from vitiligo. Immunol Rev. 2016;269:11–25.

20. Richmond JM, Harris JE. Immunology of pigmentation and vitiligo. Cold Spring Harb Perspect Med. 2014;4:a015305.

21. Perez-Bootello J, Cova-Martin R, Naharro-Rodriguez J, Segurado-Miravalles G. Vitiligo: Pathogenesis and new and emerging treatments. Int J Mol Sci. 2023;24(24):17306.

22. Rashighi M, Harris JE. Vitiligo pathogenesis and emerging treatments. Dermatol Clin. 2017;35(2):257–265.

23. Ezzedine K, Lim HW, Suzuki T, et al. Vitiligo: diagnosis and treatment recommendations. J Am Acad Dermatol. 2012;67(6):1051–1067.

24. Seneschal J, Speeckaert R, Taïeb A, et al. Worldwide expert recommendations. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023;37(11):2172–2190.

25. Clemente Hernández B, Gracia-Cazaña T, Ciriza J, Gilaberte Y. New insights on the etiopathogenesis of vitiligo. Actas Dermosifiliogr. 2025.

26. Nigro A, Osman A, Suryadevara P, Cices A. Vitiligo and the microbiome of the gut and skin. Arch Dermatol Res. 2025.

27. Van Geel N, Grine L, De Wispelaere P, Wallaeys E. Non-cultured epidermal cellular grafting in vitiligo. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2024.

28. Gupta S, Olsson MJ, Kanwar AJ, Ortonne JP. Suction blister grafting in vitiligo. Dermatol Surg. 2021.

29. Ongenae K, Van Geel N, De Schepper S. Effect of vitiligo on health-related quality of life. Br J Dermatol. 2005.

30. Abolafia-Sánchez R, Ramos-Espinosa NM. Impacto psicológico y calidad de vida. Rev Psicopatol Psicol Clin. 2021.

31. Bibeau K, Ezzedine K, Harris JE. Mental health and psychosocial burden. JAMA Dermatol. 2023.

32. Silverberg JI, Silverberg NB. Depression in US adults with vitiligo. JAMA Dermatol. 2015.

33. Amer AA, Gao XH. Quality of life in patients with vitiligo. Int J Dermatol. 2016.

34. Academia Española de Dermatología y Venereología. Documento institucional sobre vitíligo y calidad de vida. 2022.

35. Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). Guía para pacientes con vitíligo. 2022.

36. British Association of Dermatologists. Guidelines for the management of vitiligo. 2021.



CAPÍTULO 13

Lupus y Mujer



Dra. Irene Altabás. *Facultativa Especialista en Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*



Introducción

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad reumatológica autoinmune sistémica de carácter crónico. Su presentación clínica es muy heterogénea, pudiendo afectar a cualquier órgano y/o sistema de muy diversas maneras. Los pacientes oscilan desde asintomáticos o leves, hasta formas graves o con compromiso vital.

De forma consistente, en los distintos estudios epidemiológicos se demuestra que es una enfermedad que afecta más a mujeres que a hombres en todas las franjas de edad. La ratio de incidencia mujer/hombre se distribuye desde 2:1 hasta 15:1. Esta ratio es máxima en la edad reproductiva (8-15:1) y menor antes de la pubertad (2-6:1) y en la postmenopausia (3-8:1). Asimismo, es más frecuente en población no caucásica. Los individuos de raza negra presentan las tasas más altas de incidencia y prevalencia; los hispanos y asiáticos se sitúan en tasas intermedias y, las menores tasas las encontramos en los caucásicos.

En España, el estudio EPISER2016 mostró una prevalencia superior a la descrita en otras áreas geográficas con 210 casos/100.000 habitantes, siendo mayor en áreas rurales. [1]

Etiopatogenia

Todavía no se conocen con claridad las causas de la enfermedad. Se postula que su etiopatogenia es multifactorial y están implicados factores genéticos, ambientales (radiación ultravioleta, tabaco, drogas, fármacos, infecciones, etc.) y hormonales.

La marcada diferencia entre sexos y además la alta prevalencia en el periodo reproductivo de la mujer, sugiere una fuerte implicación de los factores hormonales femeninos en la patogenia de la enfermedad, así como un posible efecto dependiente del cromosoma X. Los cromosomas X codifican varias funciones inmunológicas involucradas en el LES. Una dominancia del



De forma consistente en los distintos estudios epidemiológicos se demuestra que es una enfermedad que afecta más a mujeres que a hombres en todas las franjas de edad

cromosoma X también conduce a un mayor riesgo de LES en el síndrome de Klinefelter (47,XXY), que es aproximadamente 14 veces mayor comparado con varones (XY). También es conocido el papel de las hormonas sexuales en la regulación del sistema inmune. Se ha demostrado que la administración de estrógenos en mujeres postmenopáusicas duplica el riesgo de desarrollar la enfermedad, así como un mayor riesgo de brote durante los tratamientos de fertilidad en mujeres con LES. El papel de los anticonceptivos estrogénicos como inductor de brotes aún está en debate.

Manifestaciones clínicas

Manifestaciones generales

La fiebre, adenopatías y astenia son algunas de las manifestaciones generales más comunes. Debe realizarse un adecuado diagnóstico diferencial, sobre todo con infecciones y neoplasias, pues su manejo puede ser bien distinto.

Manifestaciones articulares y musculoesqueléticas

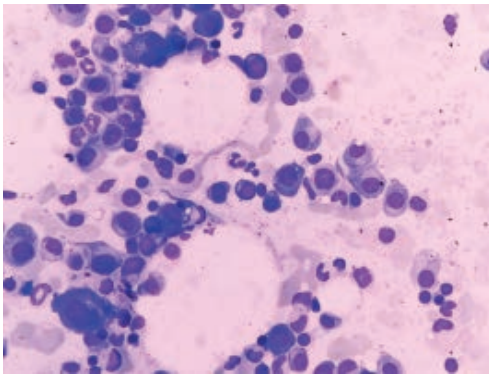
Las manifestaciones articulares afectan hasta al 90 % de los pacientes con LES durante el curso de su enfermedad. Pueden presentarse en forma de artralgias inflamatorias, poliartritis no erosiva, formas erosivas de similares características a la artritis reumatoide llamada Rhupus o afectación de ligamentos de las manos originando una artropatía deformante no erosiva (artropatía de Jaccoud). Más raramente podemos encontrar afectación muscular.

Manifestaciones cutáneo-mucosas

Afectan al 80 % de los pacientes en algún momento del curso del LES. En ocasiones, es necesaria la biopsia para obtener el diagnóstico histológico concluyente. Las manifestaciones cutáneas se dividen en específicas (se puede hacer el diagnóstico de la enfermedad con la biopsia) e inespecíficas (la lesión por sí misma no es diagnóstica de la enfermedad y puede aparecer en otras enfermedades). Entre las lesiones específicas del LES, encontramos: el lupus cutáneo agudo, lupus cutáneo subagudo, lupus cutáneo discoide, lupus túmido, paniculitis lúpica y la perniosis lúpica. Muchas de las lesiones cutáneas son fotosensibles.

Manifestaciones renales

La nefritis lúpica (NL) aparece hasta el 40% de los pacientes con LES. Se asocia con mayor morbilidad y mortalidad. El 10 % de estos pacientes desarrollará enfermedad renal crónica terminal (ERCT) a los 10 años de su diagnóstico. En ocasiones, la NL cursa de forma asintomática. En otros casos, los pacientes presentan un cuadro florido, con hipertensión arterial, edemas, orina espumosa o cuadro general importante, asociado a manifestaciones extrarrenales. La biopsia renal es obligatoria para la clasificación histológica (Anexo 4), definir tratamiento y valoración pronóstica. También pueden aparecer otras formas de afectación renal en forma de nefritis intersticial, trombosis arteriales/venosas/capilares por síndrome antifosfolípido (SAF) secundario, microangiopatía trombótica, vasculitis, toxicidad farmacológica, podocitopatía y arterioesclerosis, etc.



Manifestaciones hematológicas

Las manifestaciones hematológicas son muy comunes en el LES, especialmente, en forma de citopenias. La forma más frecuente de anemia es la de trastornos crónicos, pero también puede detectarse anemia hemolítica o aplasia pura de células rojas. En la serie blanca se puede detectar leucopenia, linfopenia o neutropenia que generalmente se asocian a actividad de la enfermedad. La trombopenia en LES puede ser secundaria a una alteración en la producción en la médula ósea, secuestro esplénico o destrucción acelerada. La mayoría de las veces tiene un curso indolente y asintomático. También podemos encontrar afectación de las 3 series en forma de pancitopenia. En el abordaje de otras citopenias, conviene excluir fármacos, neoplasias o infecciones.

Manifestaciones cardiopulmonares

La afectación de las serosas en forma de pleuritis o pericarditis es habitual. Con menos frecuencia se detecta afectación valvular o miocárdica. En el aparato respiratorio puede afectarse cualquier estructura, desde las vías aéreas, al sistema vascular, parénquima, pleura o musculatura respiratoria. Algunos cuadros clínicos poco frecuentes son la neumonitis lúpica,la neumopatía intersticial, la hipertensión arterial pulmonar, tromboembolismo pulmonar, la hipoxemia aguda reversible del LES o el síndrome del pulmón encogido o shrinking lung.

Manifestaciones neuropsiquiátricas

Entre las manifestaciones neuropsiquiátricas (NP) del LES se incluyen un conjunto de síndromes heterogéneos, potencialmente graves, que se asocian a mal pronóstico a largo plazo. En muchos casos, las pruebas complementarias son inespecíficas y es obligado el diagnóstico diferencial con infecciones, neoplasias u otros cuadros neurológicos. Su prevalencia es difícil de establecer por su heterogeneidad, y por las diferentes definiciones empleadas. El Colegio Americano de Reumatología (ACR), en 1999, establece 19 síndromes neurológicos atribuibles al LES. La mayoría de las manifestaciones neuropsiquiátricas aparecen al debut o en los primeros años de enfermedad. Pueden aparecer de forma aislada, sin que exista actividad clínica o serológica a otro nivel, lo que dificulta el diagnóstico.

Síndrome antifosfolípido

La asociación con el LES es muy elevada. Se caracteriza por la presencia de manifestaciones trombóticas y/u obstétricas en presencia de anticuerpos antifosfolípidos. En torno al 40% de los pacientes con LES presentarán anticuerpos antifosfolípidos asociados, pero menos del 40% de ellos presentarán manifestaciones trombóticas.

Diagnóstico

Debido a su variada expresión clínica, el LES a menudo plantea importantes desafíos diagnósticos, siendo en ocasiones necesario un diagnóstico diferencial con infecciones, neoplasias u otras entidades reumatológicas y no reumatológicas. La primera evaluación del paciente puede ocurrir en diferentes escenarios clínicos como, por ejemplo, en atención primaria, urgencias, pacientes hospitalizados, cuidados intensivos, etc. Por lo que, en muchas ocasiones, los pacientes con LES pueden ser evaluados en un primer momento por médicos que no son especialistas en este área y esto puede llevar a un retraso diagnóstico.



Es importante señalar que el diagnóstico correcto y temprano es fundamental para garantizar el tratamiento y prevenir las complicaciones de la enfermedad. Desde el punto de vista del paciente, los retrasos en el diagnóstico están relacionados con aumento de la ansiedad y múltiples consultas.

Al tratarse de una enfermedad de curso crónico los pacientes van a requerir un seguimiento prolongado, a veces incluso por varios especialistas simultáneamente

El diagnóstico de la enfermedad sigue basándose fundamentalmente en el juicio clínico y, en general, para un clínico experto, no suele ser complicado. Para ello, el médico se basará en las manifestaciones clínicas sugestivas de la enfermedad, junto con ciertas alteraciones de laboratorio, como la positividad de los anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti-DNAdc y/o la hipocomplementemia, entre otros; todo ello en el contexto clínico adecuado. Puede ocurrir que el diagnóstico se obtenga con el tiempo, con la propia evolución de la enfermedad, ya que en ocasiones el LES no se expresa de forma completa inicialmente y de ahí la importancia de hacer seguimiento a pacientes susceptibles.

Con el tiempo, han mejorado los criterios de clasificación de la enfermedad. Se emplean fundamentalmente con la intención de homogeneizar pacientes de cara a su inclusión en estudios de investigación. Los últimos criterios de clasificación de LES son los de EULAR/ACR de 2019 [2] que tienen la mejor combinación de sensibilidad y especificidad. El no cumplimiento de criterios con una alta sospecha de enfermedad no debe ser causa de retrasar el tratamiento, sobre todo en pacientes con afectación severa.

Abordaje de la patología

Al tratarse de una enfermedad de curso crónico, los pacientes van a requerir un seguimiento prolongado, a veces incluso por varios especialistas simultáneamente. Típicamente cursa en forma de brotes de actividad, pudiendo presentar periodos de remisión intercurrentes. Inicialmente, hasta conseguir un adecuado control de la actividad de la enfermedad, puede requerirse un seguimiento estrecho. Es importante que el paciente tome un papel activo en el transcurso de la enfermedad y esté adecuadamente informado, para la toma de decisiones conjuntas cuando sea necesario; para que exista una buena adherencia a los tratamientos y para la identificación precoz de brote u otro proceso intercurrente.

Si bien el diagnóstico y la supervivencia han mejorado considerablemente en las últimas décadas, los principales problemas actuales de los pacientes con LES son: el daño irreversible, las comorbilidades y la peor calidad de vida asociada a la enfermedad. Por ello, la European League Against Rheumatism (EULAR)[3], en sus últimas recomendaciones, establece como principales objetivos el control de la actividad, la prevención de brotes y la reducción de comorbilidades con el fin de en prevenir daño irreversible, mejorar de la calidad de vida y la supervivencia de estos pacientes.

En los últimos años, se está tratando de implementar una estrategia por objetivos [4], dado los demostrados beneficios en otros campos de la medicina como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus. La estrategia por objetivos consiste en establecer un objetivo individualizado; ir dando pasos hasta alcanzarlo incorporando el tratamiento o las medidas pertinentes; monitorizar para evaluar si hemos alcanzado dichos objetivos e ir ajustando terapia en base a ello, teniendo en cuenta siempre el balance riesgo/beneficio de los tratamientos. En el LES, los objetivos terapéuticos establecidos son la remisión y, si esta no es posible de alcanzar, la

baja actividad de la enfermedad. Estos estados se asocian a un mejor control de la actividad, menor daño a largo plazo y mejores índices de calidad de vida. Estas definiciones se basan en conseguir la mínima actividad de la enfermedad con la menor toxicidad posible asociada a los tratamientos, especialmente referido a los corticoides. La definición de remisión [5] se basa en: SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index) clínico = 0; una valoración de la actividad por el médico menor a 0,5 en una escala visual analógica (EVA) de 0 a 3; dosis diaria de prednisona ≤5mg/día y puede estar recibiendo tratamiento con antimaláricos, inmunosupresores o biológicos (salvo terapias en investigación) a dosis estables. La baja actividad o Lupus Low Disease Activity State (LLDAS)[6] se define por: un SLEDAI ≤4 (sin afectación de órgano mayor, anemia hemolítica o afectación gastrointestinal); no nuevas manifestaciones en comparación con visita previa; valoración del médico ≤1 (EVA 0-3) y se permite el uso de ≤7,5mg/día de prednisona y antimaláricos, inmunosupresores o biológicos (salvo terapias en investigación) a dosis estables.

> **El daño en lupus**, se entiende como aquellas secuelas irreversibles que aparecen tras el diagnóstico de la enfermedad. Estas secuelas pueden ser ocasionadas por la propia enfermedad, por las comorbilidades o consecuencia de los tratamientos recibidos. Este se mide a través del índice Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology (SLICC-ACR) Damage Index [7], donde se recogen las manifestaciones de daño en los distintos sistemas. En torno al 50% de los pacientes con LES van a presentar daño en los primeros 5 años de enfermedad [8], lo cual puede conducir a importantes secuelas, discapacidad y alteración de la calidad de vida de forma temprana.

Aunque aún queda mucho camino por recorrer, es esperanzador el panorama futuro de los pacientes con LES, gracias a las mejoras diagnósticas, las nuevas estrategias de manejo de la enfermedad y al empleo de terapias biológicas aprobadas con demostrada eficacia en el control de la enfermedad, ahorro de corticoides, prevención de brotes y daño.

En cuanto a las medidas farmacológicas que se utilizan en el LES, se disponen de diferentes tipos de tratamientos cuyo uso dependerá principalmente de las manifestaciones clínicas presentes.

- Los antipalúdicos, como la hidroxicloroquina, son un tratamiento esencial en todo paciente con LES si no existe contraindicación para ello. Han demostrado beneficio a múltiples niveles: control de la actividad especialmente a nivel cutáneo y articular; reducción del riesgo de brote; reducción del riesgo de daño, principalmente cardiovascular y renal; y se asocia a menor mortalidad y menores tasas de infecciones graves.

- Los glucocorticoides (GC) se emplean principalmente para el control de síntomas en su fase inicial, pues tienen un mecanismo de acción muy rápido. Son de suma importancia para el control de los síntomas severos en forma de dosis altas intravenosas. Sin embargo, por los conocidos efectos adversos a medio-largo plazo, debe intentar que el uso sea a la dosis mínima necesaria y durante el menor tiempo posible. Para ello puede ser necesario el uso de inmunosupresores y/o terapia biológica de forma precoz, no solo para el control de la actividad, sino también por su efecto ahorrador de corticoides.

Disponemos de diferentes tratamientos inmunosupresores (IS). La elección del mismo dependerá de la manifestación clínica en sí misma. El Metotrexato, por su nivel de evidencia, es el IS empleado en primera línea para manifestaciones extrarrenales, especialmente eficaz en los dominios



cutáneo y articular. Otros IS como la Azatioprina se emplea para el tratamiento de ciertas manifestaciones y en ciertas situaciones como puede ser el embarazo. Su uso en práctica clínica cada vez es menor por la escasa evidencia en eficacia en LES extrarrenal. La ciclofosfamida se emplea sobre todo en situaciones graves como la afectación renal, pulmonar o del sistema nervioso central. Para el tratamiento de la nefritis lúpica (NL) está siendo sustituido por otros fármacos con mejor perfil de seguridad como el micofenolato de mofetilo. Otros IS como los inhibidores de la calcineurina se emplean como alternativas terapéuticas o en situaciones específicas en el contexto de la NL.

Se disponen de escasas terapias biológicas para el tratamiento del LES en comparación con otras enfermedades reumatológicas

Se disponen de escasas terapias biológicas para el tratamiento del LES en comparación con otras enfermedades reumatológicas. En la actualidad, solo 2 terapias han conseguido aprobación para su uso en esta enfermedad, el Belimumab y, más recientemente el Anifrolumab. El Belimumab, el tratamiento con mayor evidencia hasta la fecha en el tratamiento del LES, ha demostrado eficacia tanto en ensayos clínicos como en estudios en vida real para el control de la actividad, prevención de brotes graves y de daño, así como su efecto ahorrador de corticoides. Recientemente se ha aprobado su uso para el tratamiento de la NL. Es un agente con un buen perfil de seguridad. Tal es así, que también se ha aprobado su uso en pacientes pediátricos >5 años. Habitualmente, su uso se reserva cuando hay ausencia de respuesta en IS de primera línea, pero, dados sus demostrados beneficios, cada vez tiende a emplearse de forma más precoz para el control de la actividad; en pacientes que requieren dosis inaceptables de GC o en pacientes con brotes recurrentes.

Por otro lado, el Anifrolumab, ha sido recientemente aprobado, pero a fecha de la elaboración de este capítulo aún no está disponible su uso en España. Ha demostrado efectos favorables a nivel de control de actividad sobre todo cutánea y articular, prevención de brotes y ahorro de corticoides.

Por último, el Rituximab es otra de las terapias biológicas más empleadas en LES. Se suele emplear en casos refractarios o en casos graves. Dada la ausencia de resultados positivos en ensayos clínicos, no ha conseguido la aprobación para el tratamiento del LES.

Aspectos diferenciadores de género

Diagnóstico tardío

Como hemos visto hasta ahora, es una patología de claro predominio en el sexo femenino en todas las etapas de la vida, pero sobre todo en la edad reproductiva. El proceso hasta llegar al diagnóstico definitivo puede ser largo y esto puede tener consecuencias en distintos aspectos de la vida de estas pacientes.

Aunque ha mejorado el conocimiento del LES entre los diferentes especialistas, así como una mejoría en los test serológicos, el tiempo medio entre el primer síntoma y el diagnóstico de la enfermedad está entre 21-67 meses, suponiendo el mayor tiempo hasta el diagnóstico en pacientes con manifestaciones neuropsiquiátricas [9,10]. Según algunos estudios, en otras zonas geográficas, hasta el 70% de los pacientes han recibido otro diagnóstico previo al definitivo de lupus [11] y pasan por una media de 10 consultas y hasta por 3 médicos distintos.

Es crucial implementar medidas para mejorar el diagnóstico temprano, ya que más de 6 meses de retraso diagnóstico se asocia a más daño, peor calidad de vida y peor salud mental [10]. En el caso de la nefritis lúpica, el retraso en el diagnóstico y en la implementación de tratamiento puede llegar a tener graves consecuencias, como el mayor riesgo de enfermedad renal crónica terminal (ERCT) [12].

Además, todo ello va a tener implicaciones en la salud mental del propio paciente como la incertidumbre, el miedo y el estrés con un alto impacto en distintos aspectos de su vida.

La importancia del manejo del LES en la etapa reproductiva de la mujer

La etapa reproductiva de la mujer con LES va a requerir un manejo específico; desde un buen uso de fármacos anticonceptivos, consejo preconcepcional, seguimiento de la paciente durante el embarazo y postparto, empleo de fármacos compatibles con el embarazo y lactancia, viabilidad de técnicas de reproducción asistida hasta el manejo de la menopausia [13,14]. Gracias a los avances en este campo, la mayoría de las mujeres con LES van a tener un buen desenlace del embarazo y la morbimortalidad durante esta etapa ha disminuido considerablemente en los últimos años.

El adecuado manejo de la salud reproductiva y la planificación familiar de mano del personal cualificado es importante, ya que esto podría influir en la decisión de tener hijos e incluso afectar a las relaciones personales de la mujer con LES, y favorece una mayor probabilidad de éxito del embarazo.

Anticoncepción

Los anticocenptivos están infrautilizados en las mujeres con LES. Sin embargo, es altamente recomendable para evitar los riesgos de un embarazo no planificado en el contexto de esta enfermedad, como puede ser riesgo de brote de actividad, desenlaces desfavorables (abortos, prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino, etc.) o teratogénesis por el uso de fármacos contraindicados. Además, hay una serie de escenarios que contraindican el embarazo, ya sea de forma permanente o temporal, debido al riesgo inasumible de complicaciones graves, incluida la muerte materna y/o fetal. Entre estos, la hipertensión pulmonar, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad pulmonar restrictiva grave tienen un pronóstico particularmente sombrío para la madre. Por todo ello, será importante plantear desde el inicio el uso de anticonceptivos, exponer los riesgos de ciertos tratamientos, conocer los planes de embarazo de la mujer y la gravedad del posible embarazo.

Para la decisión del tipo de anticonceptivo a emplear, se debe tener en cuenta el grado de actividad de la enfermedad, así como la presencia o no de anticuerpos antifosfolípidos (aPL) y el perfil de estos. Para pacientes en remisión o baja actividad de la enfermedad y con aPL negativos se recomiendan los altamente efectivos (anticonceptivos hormonales o dispositivos intrauterinos (DIU)), aunque pueden emplearse otros tipos de métodos sin grandes riesgos. Como única excepción, se recomienda evitar el uso de los parches transdérmicos de estrógenos-progesterona por la alta exposición a estrógenos y potencial riesgo de brote o de trombosis.

En pacientes con enfermedad moderada-severa, incluyendo la nefritis lúpica y/o con aPL positivos, se recomienda fuertemente el uso de anticonceptivos que contengan solo progesterona o DIU, evitando el uso de anticonceptivos que contengan estrógenos.

En mujeres en tratamiento con micofenolato de mofetilo (MMF) o ácido micofenólico, se recomienda el uso de DIU o, si este no fuera posible, el uso de 2 métodos anticonceptivos:

hormonal (estrógeno-progesterona o progesterona solo) asociado a un método barrera, ya que el MMF puede reducir la efectividad de anticonceptivos orales. Por otro lado, en pacientes con osteoporosis (OP) o alto riesgo de OP, se debe evitar el uso del ácido de medroxiprogesterona (DMPA) como método anticonceptivo por riesgo de caída de la densidad mineral ósea.

Fertilidad

Las mujeres con LES tienen una fertilidad normal, pero esta puede reducirse en situaciones particulares, como una enfermedad activa, y el uso de ciertos fármacos, como la ciclofosfamida, que pueden provocar una insuficiencia ovárica prematura dependiente de la dosis. Gracias a que disponemos de otros tratamientos y pautas reducidas de ciclofosfamida, cada vez vemos menos esta complicación. Sin embargo, se recomienda ofrecer métodos de preservación de la fertilidad a todas las mujeres con LES en edad fértil que van a recibir agentes alquilantes como la ciclofosfamida.

Cabe destacar que a menudo las mujeres con LES planifican un embarazo más tarde de lo deseado, lo cual también explica una disminución fisiológica de la fertilidad.

Reproducción asistida

Como hemos visto previamente, la fertilidad es normal en pacientes con LES, a excepción de las que han sido tratadas con ciclofosfamida. Sin embargo, algunas mujeres pueden tener problemas reproductivos por otros motivos como, por ejemplo, la edad y pueden requerir técnicas de reproducción asistida (TRA). Dado que el proceso de estimulación ovárica conlleva una elevación de los niveles de estrógenos, puede suponer cierto riesgo para algunas mujeres con LES. Por ello se debe realizar una adecuada evaluación por el reumatólogo y por el ginecólogo especialista en infertilidad, para que se desarrolle con el menor riesgo posible para la mujer con LES.

En general, si la enfermedad está en remisión o en baja actividad y presenta anticuerpos antifosfolípidos negativos se puede proceder a TRA. En caso de que el LES se encuentre con actividad moderada o severa, se debe diferir el procedimiento hasta que se alcancen dichos estados.

Mujeres con anticuerpos antifosfolípidos positivos pueden presentar más riesgo de trombosis durante el procedimiento, por lo que, dependiendo de si ya ha presentado manifestaciones trombóticas u obstétricas previas, puede ser necesario el uso de heparina profiláctica o terapéutica.

Embarazo

El embarazo es una etapa que muchas mujeres viven con incertidumbre y miedo, y estas preocupaciones suelen ser mayores si además presentas una enfermedad, como es el LES, que puede llegar a suponer un riesgo tanto para la madre como para el bebé.



Las principales complicaciones de los embarazos en estas mujeres son mayor riesgo de brote de la enfermedad, hipertensión, preeclampsia y trombosis. Además, existe mayor riesgo de aborto,

pérdida fetal, retraso en el crecimiento intrauterino, prematuridad en el recién nacido, bajo peso al nacer, bloqueo cardiaco neonatal, lupus neonatal y cesárea. A pesar de este riesgo aumentado, los desenlaces de los embarazos han mejorado significativamente en las últimas décadas gracias a los avances en la planificación de la gestación. En los años 60 las tasas de aborto estaban en torno al 45% y a partir del año 2000 estas se han reducido hasta un 17%, así como una mejoría en las cifras de RN prematuros [15].

El reumatólogo debe ser conocedor de los fármacos compatibles durante el embarazo y realizar las modificaciones de tratamiento necesarias y durante el tiempo suficiente para evaluar eficacia y tolerabilidad. El momento idóneo para el embarazo es cuando la paciente está en remisión o al menos en baja actividad. Es necesaria la determinación previa de anticuerpos antifosfolípidos, anti-Ro y anti-La, así como una anamnesis detallada sobre los antecedentes médicos, obstétricos, trombóticos, perfil clínico de la paciente, el daño y las comorbilidades previas para la toma de decisiones terapéuticas específicas.

Durante el embarazo, se recomienda seguimiento tanto por el reumatólogo como por el obstetra especializado en embarazo de alto riesgo.

Postparto

El postparto sigue siendo una situación de alto riesgo de brote de la paciente con LES, por lo que hay que extremar la vigilancia durante esta etapa. Por otro lado, se debe conocer si la mujer va a realizar lactancia materna, ya que hay fármacos que son incompatibles por su paso a través de la leche materna.

Por último, el lupus puede afectar la capacidad de una mujer para cuidar de sí misma y de su bebé una vez nazca. Algunas mujeres con lupus pueden presentar fatiga extrema, dolor articular y mayor riesgo de brote, con lo que puede dificultar su capacidad para amamantar, cuidar al bebé y recuperarse adecuadamente después del parto.

La maternidad puede presentar desafíos únicos para las mujeres con lupus, pero con el cuidado y apoyo del entorno familiar, así como el asesoramiento y manejo por los médicos adecuados, muchas mujeres con lupus pueden tener embarazos saludables y disfrutar de la experiencia de la maternidad.

Prevención de comorbilidades

Existe un mayor riesgo de ciertas comorbilidades como eventos cardiovasculares, infecciones, osteoporosis y neoplasias. Tanto las infecciones como los eventos cardiovasculares se sitúan entre las principales causas de mortalidad de estos pacientes. Por ello, se deben llevar a cabo estrategias adecuadas de prevención en colaboración con otros especialistas cuando sea necesario [3,16,17]. En particular, las mujeres con LES tienen mayor riesgo de infección por el VPH y más riesgo de displasia de cuello uterino, de ahí la importancia de la vacunación en este subgrupo de pacientes.

Prevención cardiovascular

El riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con LES es más alto que en la población general debido a factores de riesgo tradicionales y al estado proinflamatorio. Para ello, se deben implementar medidas generales como la dieta adecuada, abstinencia de alcohol y tabaco, y el ejercicio físico de forma regular. Por otro lado, entre el reumatólogo, enfermeros y los médicos de atención primaria, debe conseguirse el control adecuado de la tensión arterial, así como conseguir objetivos de colesterol según el perfil de riesgo.

Prevención de infecciones

Existe un mayor riesgo de infecciones debido a la propia enfermedad, a los tratamientos y a las comorbilidades. Los agentes causantes suelen ser los mismos que en población general, aunque en pacientes con mayor grado de inmunosupresión pueden ser más prevalentes las infecciones por microorganismos oportunistas.

La prevención de infecciones se realiza fundamentalmente mediante la vacunación. Sin embargo, la tasa de vacunación de los pacientes con LES sigue siendo inadecuada. Ciertas vacunas están altamente recomendadas e idealmente deben administrarse antes del inicio de la terapia inmunosupresora. La vacuna del herpes zóster inactivada y la vacuna del virus del papiloma humano (VPH) son vacunas altamente recomendadas en estos pacientes, especialmente la vacuna contra el VPH en mujeres, por el alto riesgo de contraer el VPH y presentar lesiones cervicales pre-invasivas o cáncer de cérvix. En la actualidad, las pacientes con lupus se encuentran fuera de los grupos de financiación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y para recibirlas deben costeárselas ellas mismas.

Prevención de neoplasias

La asociación de cáncer con LES está aumentada con respecto a población general. Se recomienda que los pacientes con LES sigan los protocolos de detección de cáncer para población general, con la excepción del programa de cribado de cáncer de cuello uterino debido al mayor riesgo de displasia cervical, cáncer de vulva y vagina asociado a la infección por VPH. Se recomienda realizar el test de Papanicolaou una vez al año en mujeres de alto riesgo (uso de tratamiento inmunosupresor, historia de cuatro o más parejas sexuales y/o un historial de infección previa por VPH o de displasia) y el cribado según población general en las de bajo riesgo.

Fotoprotección

La exposición solar puede provocar brotes tanto a nivel cutáneo como a nivel sistémico. Por ello, es importante la limitación a la exposición a luz UV. Se aconseja el uso de fotoprotectores 50+, su aplicación debe ser regular y que cubra la mayor parte del cuerpo posible. Se debe evitar la exposición solar, sobre todo en las horas centrales del día, y utilizar ropa adecuada.

Aspectos psicosociales



Para las mujeres, tener lupus puede afectar su vida social de diversas maneras.

Dificultades emocionales

Cuando una mujer con LES se enfrenta al diagnóstico de la enfermedad, va a tener que afrontar la naturaleza de la misma, es decir, una enfermedad crónica, con brotes impredecibles y fluctuantes, que puede afectar a múltiples órganos, que van a someterse a tratamientos crónicos que pueden tener efectos secundarios y que, ya sea por efecto de la medicación o por la propia enfermedad, pueden presentar daño irreversible que reduce considerablemente la calidad de sus vidas. Además, ciertas manifestaciones clínicas, como la alopecia o las manifestaciones cutáneas, así como ciertos efectos secundarios de los tratamientos

pueden afectar al aspecto físico. Teniendo en cuenta que el perfil habitual de una paciente con LES es una mujer joven, las manifestaciones físicas pueden llegar a repercutir considerablemente a nivel psicosocial y emocional, afectando a la autoestima y la confianza; además de provocar frustración, incertidumbre y miedo. Son personas que van a precisar un gran apoyo del entorno socio-familiar y, en ocasiones, apoyo psicológico.

Limitaciones físicas

En aquellas mujeres con afectación articular, el dolor de articular, el dolor muscular, la rigidez y la fatiga, pueden limitar las actividades sociales de estas personas. Su tiempo al aire libre o aquellas actividades que implican exposición solar serán limitadas por la fotosensibilidad y el mayor riesgo de brote que supone.

Dificultades laborales

Desde el punto de vista socioeconómico, estas pacientes a menudo tienen problemas laborales. A veces no son capaces de desarrollar ciertas tareas por las propias limitaciones físicas. Pueden tener más ausencias laborales por empeoramiento de la enfermedad, por hospitalizaciones, por tener que acudir a citas médicas o para recibir ciertos tratamientos de uso hospitalario, lo que podría afectar a su estabilidad en el trabajo. También pueden presentar mayor discriminación en el trabajo, ya que puede considerarse que tener lupus es una limitación para su desempeño laboral y para su rendimiento.

En una encuesta realizada por la Federación Española de Pacientes con Lupus (FELUPUS), la mayoría de los pacientes refirieron que el ejercicio, trabajar o estudiar fueron las acciones más limitadas debido a la enfermedad. Hasta el 23% refirió que su enfermedad afectaba a su productividad laboral, el 35% a actividades diarias y el 60% de los pacientes no pudieron trabajar más de 32 horas por semana. En torno al 36% de los pacientes tenían reconocido algún grado de invalidez, sólo el 6% tenía alguna discapacidad menor [18].

Por ello, es importante que las mujeres con lupus conozcan sus derechos laborales y busquen ayuda y apoyo en su lugar de trabajo para asegurarse de que no sean discriminadas y puedan trabajar en un ambiente seguro y saludable.

Relaciones sociales

Algunos de los problemas sociales que las mujeres con lupus pueden enfrentar incluyen el aislamiento social, la depresión, la ansiedad, la fatiga y el dolor crónico. Estas condiciones pueden afectar su capacidad para interactuar con amigos y familiares, y pueden hacer que se sientan estigmatizadas y marginadas.

En materia de sexualidad, pueden experimentar dolor durante las relaciones sexuales, disminución de la libido, sequedad vaginal y dificultades para alcanzar el orgasmo. Además, los medicamentos utilizados para tratar el LES pueden tener efectos secundarios que afecten la salud sexual.

Puede ser útil buscar grupos de apoyo, como las asociaciones de pacientes, o terapia psicológica para ayudar a enfrentar estos desafíos.

Conclusiones, puntos de mejora y necesidades para un correcto abordaje de la patología

- El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad con una clínica muy heterogénea cuyo diagnóstico sigue siendo tardío. Esto tiene implicaciones emocionales para los pacientes, lleva a un retraso en el tratamiento y a un mayor riesgo de daño irreversible.

Por tanto, se precisan medidas para la identificación temprana de la enfermedad como:

- Desarrollo de herramientas que sirvan de apoyo a los médicos de atención primaria para la identificación de síntomas sugestivos de una enfermedad reumática autoinmune sistémica, como es el LES, y así puedan realizar una derivación temprana a reumatología.

- Establecer vías de derivación rápida a reumatología cuando exista sospecha de lupus, tanto desde atención primaria como desde otras especialidades, teniendo en cuenta la población más susceptible (mujeres en edad reproductiva).

- Formación adecuada de la enfermedad en personal sanitario y en la sociedad en general, ya que sigue existiendo desinformación sobre el LES y el papel del reumatólogo en este tipo de patología.

• La complejidad de la enfermedad, su carácter sistémico y, en la mayoría de los casos, la implicación de varios órganos, hacen que el reumatólogo deba coordinar la evaluación de la paciente por equipos multidisciplinares.

- Para aquellas manifestaciones más complejas y severas puede ser necesario el manejo multidisciplinar. Es necesaria la creación de consultas multidisciplinares donde el reumatólogo y otro especialista valoren conjuntamente al paciente. Esto tiene múltiples ventajas: evita demora y duplicidad de consultas, evitando así mayor absentismo laboral por parte de los pacientes; favorece la valoración integral del paciente y la toma de decisiones en un mismo momento por ambos especialistas.

- Algunas de las consultas multidisciplinares más útiles para los pacientes con lupus son: con el dermatólogo, para el manejo de las manifestaciones cutáneo-mucosas, con el nefrólogo, para el manejo de la afectación renal en lupus; y las consultas de embarazo con obstetricia, tanto para consejo preconcepcional, seguimiento del embarazo y postparto y para mujeres con problemas de fertilidad. En manifestaciones menos frecuentes, podría tener más utilidad realizar sesiones clínicas conjuntas con varios especialistas o simplemente que exista una fácil comunicación y colaboración entre los distintos servicios.

- El papel de enfermería en esta patología es fundamental, así como en la mayoría de las enfermedades reumatológicas inflamatorias y/o autoinmunes. Desde el momento del diagnóstico, para informar más detalladamente de la enfermedad, resolución de dudas y miedos. También es esencial para proporcionar canales de contacto con el servicio de reumatología y dirigirlos a fuentes de información fiables. Asimismo, contribuye a la educación del paciente, haciendo hincapié en hábitos de vida saludables, adherencia terapéutica, mejorar el conocimiento de su enfermedad (detección precoz de brotes, de infecciones o efectos secundarios de medicación) o proveer a los pacientes de recursos para manejar aspectos psicoemocionales. En cuanto a la terapia farmacológica, también se encargan de entrenar a los pacientes en la autoadministración de tratamientos. Por otro lado, el personal de enfermería juega un papel activo en las medidas de prevención de comorbilidades mediante evaluación, actualización y administración de vacunas, control de RCV mediante evaluaciones periódicas, prevención de osteoporosis, diabetes, etc. Enfermeros entrenados pueden llevar a cabo escalas de medición de actividad, daño y calidad de vida durante el seguimiento.

La prevención de infecciones se realiza fundamentalmente mediante la vacunación. Sin embargo, la tasa de vacunación de los pacientes con LES sigue siendo inadecuada



- El mayor riesgo de infecciones, siendo estas una de las principales causas de muerte y hospitalización, hace necesario la implementación de medidas de prevención, especialmente mediante la vacunación.

  - Formación adecuada sobre la importancia de la vacunación en los pacientes con lupus en los distintos entornos sanitarios (atención primaria y especializada).

  - Incorporar enfermería especializada en los servicios de reumatología para promover y aumentar las tasas de vacunación en este tipo de pacientes.

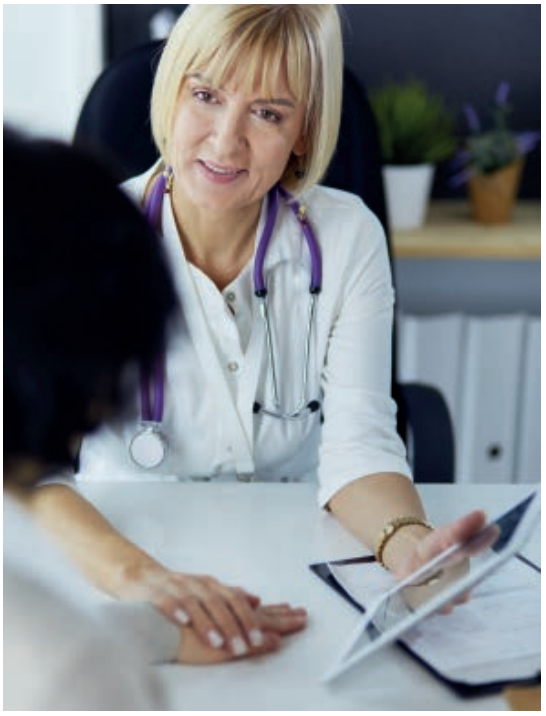
  - Algunas de las vacunas recomendadas en los pacientes con lupus no se encuentran financiadas por el Sistema Nacional de Salud (SNS). El alto riesgo de infección por el VPH y el riesgo de lesiones displásicas y precancerosas hace que la vacuna del VPH sea altamente recomendada para las mujeres con LES, por lo que se deberían incluir entre los grupos de financiación del SNS. En cuanto al herpes zóster, su prevalencia es más alta en los pacientes con LES y, más aún, si reciben ciertos tratamientos (corticoides, inmunosupresores, ciertos tipos de biológicos, etc.). Se trata de una infección que puede ser muy incapacitante, dolorosa y que puede dejar secuelas como la neuralgia post-herpética, así como mayor absentismo laboral. Además, pueden existir formas graves en las que se puede afectar la vista, la audición o el encéfalo. Recientemente, se ha comercializado una vacuna recombinante adyuvada, segura en este contexto. Sin embargo, en España no está financiada para este subgrupo de pacientes, por lo que debe ser costeada por el propio paciente si no se encuentra entre los grupos de financiación del SNS: infección por virus de Inmunodeficiencia humano (VIH), trasplante

de órgano sólido o en espera del mismo, trasplantados de precursores hematopoyéticos, hepatopatías malignas y tumores sólidos en tratamiento con quimioterapia y pacientes en tratamiento con inhibidores de JAK).

- El lupus tiene un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes que sufren esta enfermedad. Presentan alteraciones del estado de ánimo, dificultades socio-laborales y limitaciones físicas.

  - A pesar de los avances en las terapias farmacológicas, existen importantes necesidades insatisfechas que aún deben abordarse, como el manejo de la fatiga, el dolor y los síntomas psicológicos, pues estos se sitúan entre los síntomas más destacados por los pacientes. Las terapias no farmacológicas pueden ser opciones complementarias importantes para los pacientes con LES como una dieta adecuada, la fotoprotección solar, los grupos de apoyo y realizar encuentros entre pacientes; psicólogos clínicos implicados en el afrontamiento de las diferentes etapas de la enfermedad o programas de rehabilitación o ejercicio funcional teniendo en cuenta las limitaciones de estos pacientes.

  - La formación adecuada de los pacientes en su enfermedad podría resultar beneficioso para la adherencia del tratamiento y para mejorar su calidad de vida. En la encuesta realizada por FELUPUS a más de 1.260 pacientes con LES, el 40% de los pacientes consideraron un escaso diálogo con su especialista y que recibían poco material informativo, resaltando la necesidad de mayor información sobre la enfermedad. Esto podría suplirse concediendo mayor tiempo por consulta a los pacientes con patologías tan complejas como el LES; involucrar más al paciente en el proceso diagnóstico y durante el seguimiento para la toma de decisiones conjunta; aportar material educativo de calidad y de fuentes fiables, así como implicarlos en proyectos educativos.



El 40% de los pacientes considera que tiene un escaso diálogo con su especialista y que reciben poco material informativo, resaltando la necesidad de mayor información sobre la enfermedad

Lupus y mujer

RATIO DE INCIDENCIA MUJER / HOMBRE

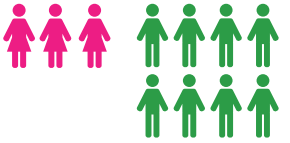
Edad reproductiva



Prepubertad



Postmenopausia



MAYOR RIESGO DE CIERTAS COMORBILIDADES ASÍ COMO EVENTOS CARDIOVASCULARES, INFECCIONES, OSTEOPOROSIS Y NEOPLASIAS

TANTO LAS INFECCIONES COMO LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES SE SITÚAN ENTRE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE ESTOS PACIENTES

ALTA PREVALENCIA EN EL PERIODO REPRODUCTIVO DE LA MUJER



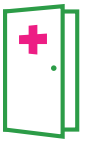
- Alta prevalencia en el periodo reproductivo de la mujer
- Fuerte implicación de factores hormonales femeninos en la patogenia de la enfermedad
- Posible efecto dependiente del cromosoma x



Más de 6 meses de retraso en el diagnóstico



70% pacientes reciben diagnósticos distintos a lupus



Una media de 10 consultas antes del diagnóstico



Hasta 3 especialistas distintos

MÁS DAÑO, PEOR CALIDAD DE VIDA Y PEOR SALUD MENTAL

LA **NEFRITIS LÚPICA** ES UNA DE LAS **COMPLICACIONES** MÁS GRAVES DEL LUPUS CON RIESGO DE PROGRESIÓN A **ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**

Bibliografía

1. Cortés Verdú R, Pego-Reigosa JM, Seoane-Mato D, Morcillo Valle M, Palma Sánchez D, Moreno Martínez MJ, et al; Working Group Proyecto EPISER2016. Prevalence of systemic lupus erythematosus in Spain: higher than previously reported in other countries? Rheumatology (Oxford). 2020 Sep 1;59(9):2556-2562.

2. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis. 2019 Sep;78(9):1151-1159.

3. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, Aringer M, Bajema I, Boletis JN, Cervera R, Doria A, Gordon C, Govoni M, Houssiau F, Jayne D, Kouloumas M, Kuhn A, Larsen JL, Lerstrøm K, Moroni G, Mosca M, Schneider M, Smolen JS, Svenungsson E, Tesar V, Tincani A, Troldborg A, van Vollenhoven R, Wenzel J, Bertsias G, Boumpas DT. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis. 2019 Jun;78(6):736-745.

4. van Vollenhoven RF, Mosca M, Bertsias G, Isenberg D, Kuhn A, Lerstrøm K, et al. Treat-to-target in systemic lupus erythematosus: recommendations from an international task force. Ann Rheum Dis. 2014 Jun;73(6):958-67.

5. van Vollenhoven RF, Bertsias G, Doria A, Isenberg D, Morand E, Petri MA, et al. 2021 DORIS definition of remission in SLE: final recommendations from an international task force. Lupus Sci Med. 2021 Nov;8(1):e000538.

6. Franklyn K, Lau CS, Navarra SV, Louthrenoo W, Lateef A, Hamijoyo L, et al; Asia-Pacific Lupus Collaboration. Definition and initial validation of a Lupus Low Disease Activity State (LLDAS). Ann Rheum Dis. 2016 Sep;75(9):1615-21.

7. Gladman D, Ginzler E, Goldsmith C, Fortin P, Liang M, Urowitz M, et al. The development and initial validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology damage index for systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum. 1996 Mar;39(3):363-9.

8. Urowitz MB, Gladman DD, Ibañez D, Fortin PR, Bae SC, Gordon C, et al. Evolution of disease burden over five years in a multicenter inception systemic lupus erythematosus cohort. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012 Jan;64(1):132-7.

9. Ozbek S, Sert M, Paydas S, Soy M. Delay in the diagnosis of SLE: the importance of arthritis/arthralgia as the initial symptom. Acta Med Okayama. 2003 Aug;57(4):187-90.

10. Kernder A, Richter JG, Fischer-Betz R, Winkler-Rohlfing B, Brinks R, Aringer M, et al. Delayed diagnosis adversely affects outcome in systemic lupus erythematosus: Cross sectional analysis of the LuLa cohort. Lupus. 2021 Mar;30(3):431-438.

11. Kent T, Davidson A, Newman D, Buck G, D'Cruz D. Burden of illness in systemic lupus erythematosus:
results from a UK patient and carer online survey. Lupus. 2017 Sep;26(10):1095-1100.

12. Faurschou M, Dreyer L, Kamper A-L, Starklint H and Jacobsen S. Long-term mortality and renal outcome in a cohort of 100 patients with lupus nephritis. Arthritis Care Res 2010; 62: 873–880.

13. Andreoli L, Bertsias GK, Agmon-Levin N, Brown S, Cervera R, Costedoat-Chalumeau N, et al. EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. Ann Rheum Dis. 2017 Mar;76(3):476-485.

14. Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, Chambers C, Clowse MEB, Lockshin MD, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. Arthritis Rheumatol. 2020 Apr;72(4):529-556.

15. Clark CA, Spitzer KA, Laskin CA. Decrease in pregnancy loss rates in patients with systemic lupus erythematosus over a 40-year period. J Rheumatol. 2005 Sep;32(9):1709-12.

16. Drosos GC, Vedder D, Houben E, Boekel L, Atzeni F, Badreh S, et al. EULAR recommendations for cardiovascular risk management in rheumatic and musculoskeletal diseases, including systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. Ann Rheum Dis. 2022 Jun;81(6):768-779.

17. Furer V, Rondaan C, Heijstek MW, Agmon-Levin N, van Assen S, Bijl M, et al. 2019 update of EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. Ann Rheum Dis. 2020 Jan;79(1):39-52.

18. Monte TCS, Mateo PF, Izquierdo MG, Cervera R, López N, Pallares L, et al. An online survey of the Spanish Lupus Patient Association (FELUPUS): patient perceptions and experiences. Clin Rheumatol. 2023 Jan 11:1–7.



CAPÍTULO 14

Enfermedad Renal Crónica

y su impacto en la mujer



Dra. Patricia De Sequera.
Jefa de Nefrología del Hospital Universitario Infanta Leonor y Presidenta de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N) 2020-2023.

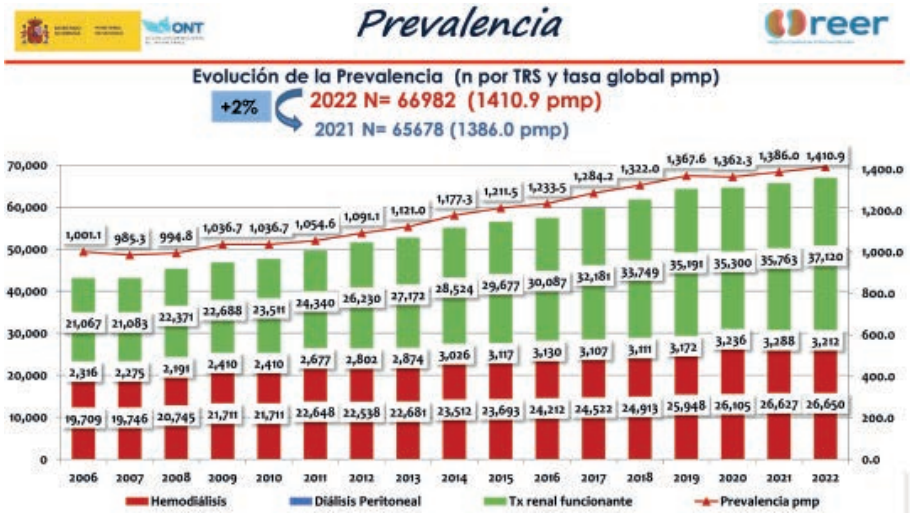
Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) muestra diferencias entre sexos en prevalencia y tasa de progresión, pero también en tratamiento y resultados. En cuanto al transcurso de la enfermedad (diagnóstico, abordaje, tratamiento, etc) también se identifican diferencias, que vienen determinadas bien por causas biológicas, o bien por factores relacionados con atributos socioculturales de la masculinidad y la feminidad que pueden ser modificados para evitar la desigualdad de género en la ERC. Este capítulo pretende hacer una retrospectiva de estas diferencias reconocidas, así como identificar posibles puntos de mejora.

En España, según los estudios epidemiológicos EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España)[1], ENRICA (Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular)[2]. IBERICAN (Identificación de la poBlación Española de RIesgo CArdiovascular y reNal)[3]. La enfermedad renal crónica (ERC) afecta aproximadamente al 10% - 15% de la población adulta. Es comúnmente llamada como la enfermedad "silenciosa", porque a pesar de esta elevada prevalencia (se estima que 1 de cada 7 españoles adultos padecen esta enfermedad) existe un infradiagnóstico, debido a que la ERC no produce síntomas hasta que no está en estadios muy avanzados. La prevalencia en estadios avanzados de la enfermedad, en concreto de las personas que precisan de Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) para seguir viviendo, esto es diálisis o un trasplante, es bien conocida gracias a los registros. Según los datos del Registro Español de Enfermos Renales (REER) de 2021[2], 66.982 (1410.9 pmp) personas se encuentran en TRS, 44,5% en diálisis y 55,4% con un trasplante renal funcionante ***(Figura 1)***. Además, la incidencia de pacientes con necesidad de tratamiento renal no para de crecer, con una incidencia global de 150 pmp (hace 10 años era de 121 pmp). Según los datos del Global Burden of Disease Study (GBD), el estudio epidemiológico observacional más completo en todo el mundo hasta la fecha, en el que se describen las distintas enfermedades graves y por países, analizando tendencias, la ERC fue la 2ª enfermedad que más creció en la década de 2006 a 2016, después del Alhzeimer[5] (***Figura 2***). Si se mantiene el ritmo actual de crecimiento de la ERC, esta enfermedad será la 2ª causa de muerte en 2100, de nuevo detrás del Alzheimer ***(Figura 3)***.

Figura 1

Evolución de la prevalencia por modalidad de tratamiento renal sustitutivo (TRS)

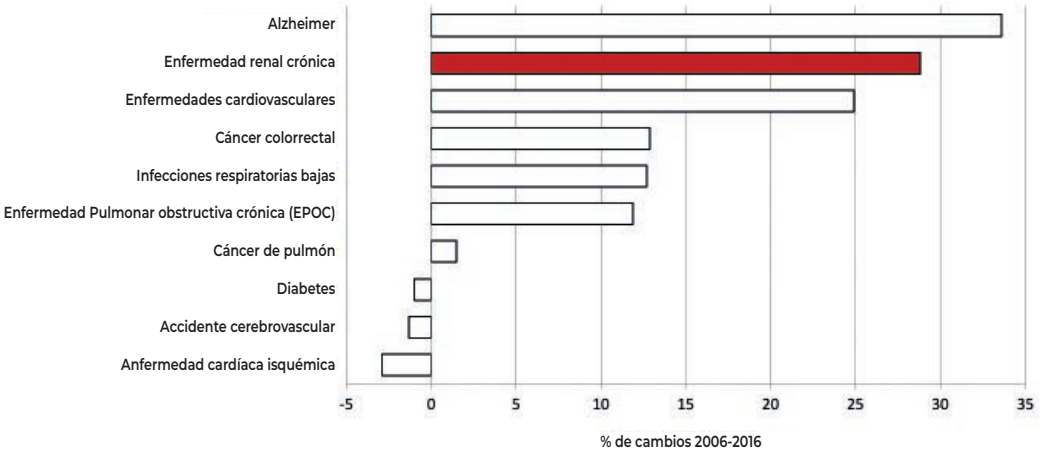


Registro Español de Enfermos Renales (REER) 2021.
Disponible en https://www.senefro.org/contents/webstructure/MEMORIA_REER_2021_PRELIMINAR.pdf

Figura 2

Evolución de la prevalencia de las distintas enfermedades en la década 2006-2016

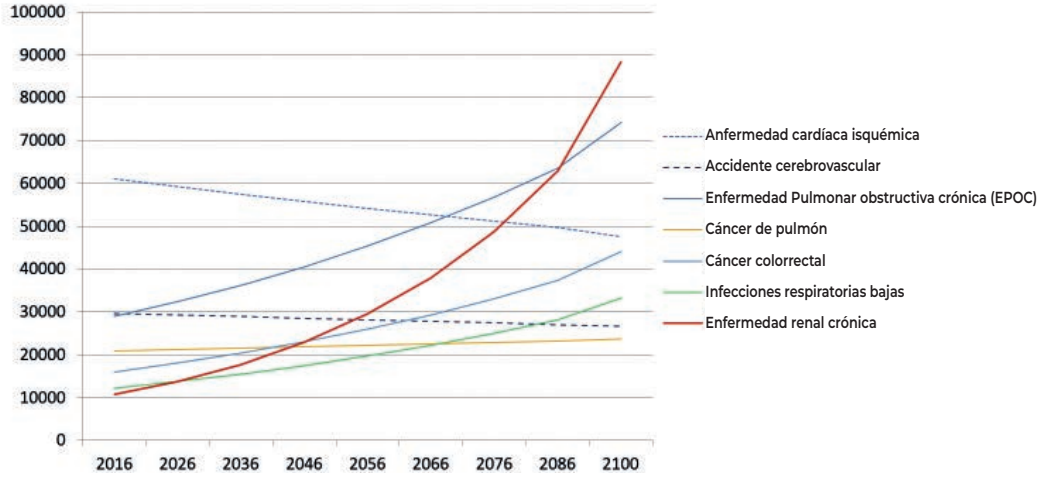
Informe GBD 2016 específico para España



Ortiz A, Sanchez-Niño MD, Crespo-Barrio M, De-Sequera-Ortiz P, Fernández-Giráldez E, García-Maset R, Macía-Heras M, Pérez-Fontán M, Rodríguez-Portillo M, Salgueira-Lazo M, Sánchez-Álvarez E, Santamaría-Olmo R, Simal-Blanco F, Pino-Pino MD. The Spanish Society of Nephrology (SENEFRO) commentary to the Spain GBD 2016 report: Keeping chronic kidney disease out of sight of health authorities will only magnify the problem. Nefrologia (Engl Ed). 2019;39:29-34

Figura 3

Predicción de las causas de muerte en España en 2100 si se mantiene el ritmo actual de crecimiento de las distintas patologías



Ortiz A, Sanchez-Niño MD, Crespo-Barrio M, De-Sequera-Ortiz P, Fernández-Giráldez E, García-Maset R, Macía-Heras M, Pérez-Fontán M, Rodríguez-Portillo M, Salgueira-Lazo M, Sánchez-Álvarez E, Santamaría-Olmo R, Simal-Blanco F, Pino-Pino MD. The Spanish Society of Nephrology (SENEFRO) commentary to the Spain GBD 2016 report: Keeping chronic kidney disease out of sight of health authorities will only magnify the problem. Nefrologia (Engl Ed). 2019;39:29-34

La enfermedad renal crónica (ERC) representa uno de los principales problemas de salud pública debido a su elevada prevalencia, a la gravedad de sus complicaciones y elevada morbimortalidad cardiovascular asociada, y por último al impacto en los sistemas de salud, con elevados costes económicos y también sociales.

Los nefrólogos venimos advirtiendo desde hace años que la ERC es una enfermedad muy grave, que tiene un fuerte impacto en la calidad de vida (CdV) de las personas que lo padecen y sus familiares y, lo que es ya una evidencia clara, es un serio problema de salud pública. Estamos avanzando en la sensibilización y conocimiento de lo que supone esta patología, pero la sociedad aún no es consciente de que estamos ante una epidemia silenciosa, que sigue creciendo poco a poco y a la que debemos poner freno, ya que afecta a más de siete millones de españoles.

A ello hay que sumarle también el incremento de su índice de mortalidad en la última década, que ha sido del 30%. En este sentido, pongo un ejemplo más claro: según el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de los 55,4 millones de muertes que se produjeron en 2019 en el mundo, más de la mitad (el 55%) se deben a 10 patologías, entre las cuales se sitúa por primera vez la enfermedad renal.

Principales causas

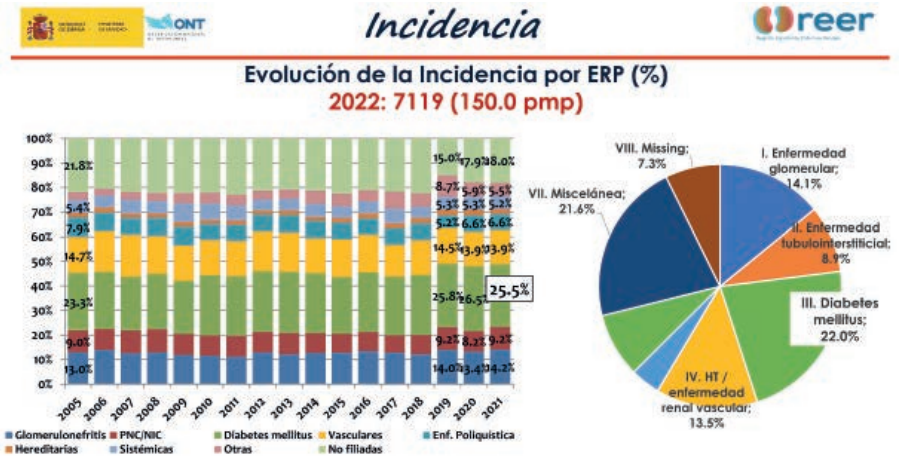
Entre las causas que pueden llevar a la ERC en primer lugar está la diabetes, enfermedad cuya incidencia sigue aumentando, fundamentalmente relacionada con la obesidad. Según los datos del REER, registro al que me he referido previamente y que tambien analiza la causa por la que las personas necesitan diálisis o un trasplante, el 25%, es decir 1 de cada 4, de los pacientes lo necesitaron debido a la diabetes *(Figura 4)*. Otra causa que puede llevar a la ERC es la hipertensión arterial (HTA), que con frecuencia coexiste con otras causas, ya que la HTA es causa y consecuencia de la ERC.

Otras menos frecuentes son la inflamación de estructuras del riñón, como la glomerulonefritis, es decir, la inflamación del lugar donde se filtra la sangre, los glomérulos. También afectan al riñón las enfermedades infecciosas, como la pielonefritis; y las enfermedades hereditarias, entre ellas, la más frecuente es la poliquistosis renal. Así como algunos medicamentos, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y algunos antibióticos.

Desgraciadamente no llegamos al diagnóstico en todos los casos y la 2ª causa de ERC del registro al que me refería anteriormente, el REER, despues de la diabetes es la causa desconocida o no filiada que constituye un 18% *(Figura 4)*. En Europa las cifras todavía son más altas.

Figura 4

Evolución de la incidencia por Enfermedad Renal Primaria (ERP)



Registro Español de Enfermos Renales (REER) 2021.
Disponible en https://www.senefro.org/contents/webstructure/MEMORIA_REER_2021_PRELIMINAR.pdf

Diagnóstico y desarrollo de la patología

La ERC en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (sedimento, imagen, histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m^2 sin otros signos de enfermedad renal[6].

El diagnóstico es sencillo, con una analítica de sangre que incluya la determinación de la creatinina, que nos permite medir el filtrado glomerular (funcionamiento de los riñones), y también la determinación en orina de la albúmina. La albúmina es una proteína que tenemos en la sangre y que cuando los riñones funcionan solo se pierde por la orina en pequeñas cantidades. Si aparece en exceso en la orina, es un marcador precoz de daño renal. Ambas determinaciones nos permiten clasificar el grado de ERC.

La ERC se clasifica en 5 estadios o grados: en el 1 la función renal es normal, pero hay alteraciones en la composición de la orina o estructura del riñón y en el 5 el paciente tiene un filtrado o función renal inferior a 15 ml/min y está a las puertas de la diálisis o el trasplante. En la ***figura 5*** se muestran los estadios en función del FG y albuminuria, y los colores representan el riesgo relativo ajustado para 5 eventos (mortalidad global, mortalidad cardiovascular, fracaso renal tratado con diálisis o trasplante, fracaso renal agudo y progresión a la ERC). El riesgo menor corresponde al color verde, amarillo moderadamente aumentado, naranja riesgo alto y rojo muy alto. Estos últimos son los que tienen mas riesgo de progresar a la ERC avanzada (ERCA).

El cómo se desarrolla la ERC depende de la causa que lo origina, por ej. en la diabetes, que es la causa mas frecuente, lo primero que hacen los riñones es aumentar el filtrado y aparecen proteínas en la orina, que como hemos dicho previamente, no deben atravesar el filtro del riñon, primero la albúmina que se pierde en pequeñas cantidades al principio y después en mayor cantidad. Al final, si no ponemos el tratamiento adecuado la función de los riñones se deteriora de forma progresiva y se produce la ERCA, y el paciente precisara de TRS bien con diálisis o trasplante.

Figura 5

Estadiaje y pronóstico De la ERC por filtrado glomerular y albuminuria

Pronóstico de la ERC según FG y abuminuria: KDIGO 2012				Categórias por albuminuria persistente Descripción e intervalo		
				A1	A2	A3
				Normal o aumento leve	Aumento moderado	Aumento grave
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	> 300 mg/g > 30 mg/mmol
Categorías por FG, descripción y rango (mL/min/ 1,73m^2)	G1	Normal o alto	> 90			
	G2	Levemente disminuido	60-89			
	G3a	Descenso leve-moderado	45-59			
	G3b	Descenso moderado-grave	30-44			
	G4	Descenso grave	15-29			
	G5	Fallo o fracaso renal	< 15			

KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int Suppl 3 2013:1-150.

Complicaciones de la ERC

La complicación más importante de la ERC es que aumenta el riesgo cardiovascular, es decir la probabilidad de tener un infarto cerebral o cardíaco. Porque además de depurar o limpiar la sangre de las sustancias que no necesitamos o que pueden hacernos daño, que es la función mas conocida de los riñones, el riñón tiene otras funciones muy importantes como el mantenimiento del riego y oxigenación de los tejidos.

Tambien se encarga de eliminar la sal y los líquidos por lo que puede aparecer o empeorar la hipertensión arterial y el acúmulo de líquidos que puede producir insuficiencia cardiaca cuando se produce en los pulmones.

En el riñón también se producen algunas sustancias muy importantes como la vitamina D, necesaria para mantener los huesos sanos, entre otras cosas, por lo que los pacientes con ERC tienen los huesos más frágiles lo que les predispone a fractura. Además, el calcio que no se deposita en estos huesos se acumula en los vasos.

Otra sustancia producida en el riñón es la eritropoyetina o coloquialmente conocida como EPO (responsable de la producción de los glóbulos rojos). Por ello, aparece la anemia y esta aumenta a medida que disminuye la función renal, y de manera especial a partir de estadios avanzados de la enfermedad, con una prevalencia del 60% en los pacientes con enfermedad renal crónica en estadios 4-5 no dializados y hasta el 90% de los pacientes en diálisis. Los glóbulos rojos tienen la función de llevar el oxígeno a los tejidos, y por ello la anemia produce muchos e importantes síntomas que afectan de forma importante a la vida de las personas que la sufren. Se sienten cansados, fatigados ante cualquier actividad física, algunos pacientes lo describen como “que les falta la vida”, y en ocasiones va unido a síntomas como falta de concentración, pérdida de memoria y dificultades cognitivas. Todo un golpe a la calidad de vida.

Por último, los riñones también son los encargados de mantener constante la composición de nuestro cuerpo.

Tratamiento de la ERC

Como en toda enfermedad crónica, la base de su prevención es poder detectarla precozmente. Para ello se establecen controles analíticos y clínicos que dan información al respecto. Dado que las causas más frecuentes de ERC las constituyen la diabetes e hipertensión arterial, es en estos pacientes donde hay que establecer el tratamiento y medidas de control para evitar el daño renal y su progresión hacia la cronicidad. En el caso de la diabetes, un adecuado control de las cifras de glucemia y en el caso de la hipertensión arterial, alcanzar los objetivos de reducción de presión arterial establecidos para evitar el daño renal. Una situación importante es la de aquellos pacientes que sufren un daño agudo de la función renal. En estos también se debe establecer un seguimiento y control para evitar que desarrollen una enfermedad renal crónica.

El tratamiento en los estadios iniciales si se diagnostica a tiempo, que es el mejor escenario, dependerá de la causa que lo ha producido. Por ejemplo, ante enfermedades autoinmunes, como puede ser el caso de la nefritis lúpica, damos inmunosupresores, siempre indicamos un buen control de la TA, de la DM, evitar la obesidad y hacer una dieta saludable, y los fármacos como los ISRAA o los nuevos inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa-2 (SGLT2) que han abierto una puerta a la esperanza para muchos pacientes impensable hace poco tiempo. Se están produciendo reducciones muy significativas de enfermedad renal, así como de muerte cardiovascular con estos fármacos.

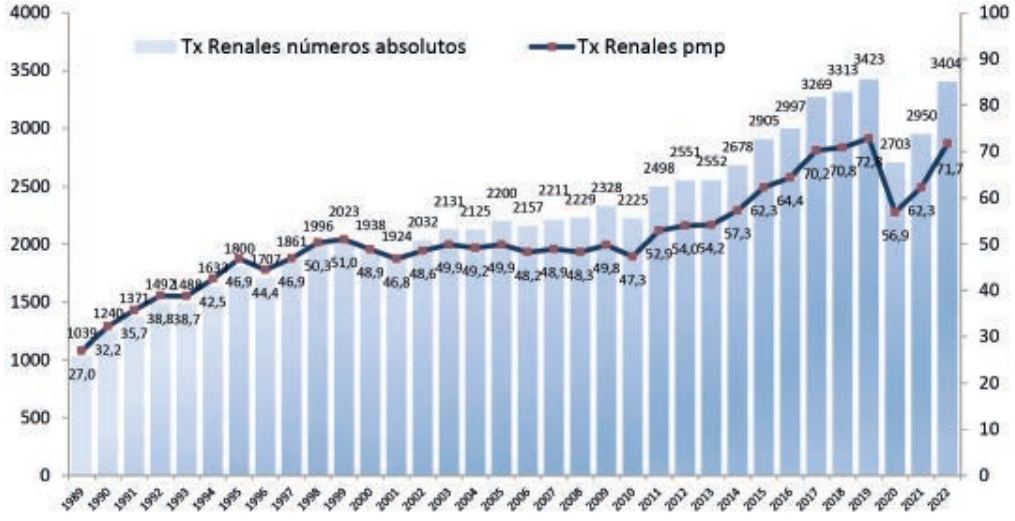
En los estadios finales cuando los riñones no funcionan hay que recurrir a la diálisis o el trasplante. Me gustaría hacer una pequeña referencia a estos tratamientos, ya que comentarémos posteriormente diferencias en relación al género, tanto de la evolución de la enfermedad como del acceso a los tratamientos.

El trasplante renal constituye el mejor tratamiento de la ERCA en cuanto a supervivencia, CdV, complicaciones y relación coste-efectividad frente a la diálisis[7,8], y, en caso de donación en vida, con un bajo índice de complicaciones para el donante. Según los datos del Observatorio Mundial de Donación y Trasplantes[9], en el año 2021 se llevaron a cabo 144.302 transplantes de órganos sólido, de los cuales 95.532 trasplantes renales, 34.694 hígado, 8.409 de corazón, 2.025 de páncreas y 172 de intestino. Un 38% de los trasplantes renales lo fueron procedente de donante vivo.

España es uno de los países líderes en trasplante gracias a un programa de donaciones avanzado y riguroso. En la *figura 6* puede verse la actividad de trasplante en España[10] desde 1989 hasta el 2022.

Figura 6

Actividad de trasplante renal (número absoluto y pmp). España 1989-2022

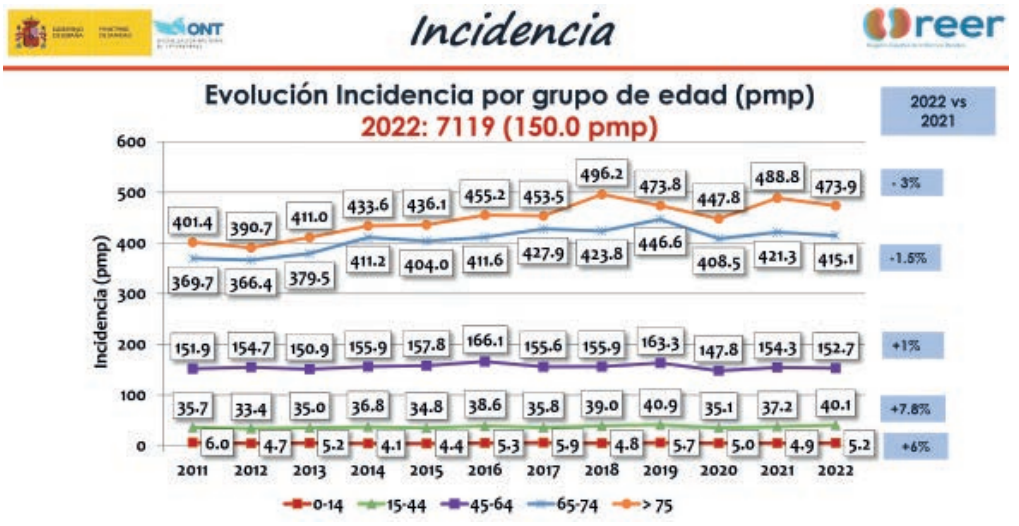


Cita Informe de actividad de donación y trasplante renal en España.
https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/DONACION-Y-TRASPLANTE-RENAL-2022.pdf).

El trasplante renal es sin duda la mejor opción, y el trasplante renal de donante vivo (TRDV) es la opción terapéutica con las mejores expectativas de supervivencia para el injerto y para el paciente con ERCA. Si el trasplante se realiza como 1ª opción y el paciente no tiene que pasar por diálisis es todavía mejor, ya que el tiempo de permanencia en diálisis constituye un factor de mal pronóstico en la supervivencia del injerto y de la persona con enfermedad renal. En España, durante el 2022, solamente el 5,2% de las personas que requerían TRS iniciaron este tratamiento con un trasplante renal *(Figura 7)*. Se trata del trasplante anticipado (en inglés preemptive), y se realiza antes de que la función renal se deteriore hasta el punto de necesitar diálisis. Como ya se ha comentado, la ERC y la diabetes son dos problemas graves de salud que se asocian a una elevada morbilidad y mortalidad, por lo que el trasplante reno-pancreático (riñón y páncreas) es una magnífica alternativa para aquellas personas que padecen estas dos enfermedades y que cumplen una serie de requisitos[11].

Figura 7

Distribución de la incidencia de Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) en 2022 y por grupos de edad



Registro Español de Enfermos Renales (REER) 2021.
Disponible en https://www.senefro.org/contents/webstructure/MEMORIA_REER_2021_PRELIMINAR.pdf

La otra opción por la que pasan la mayoria de los pacientes con ERCA es la diálisis. Es una técnica que utiliza para filtrar la sangre y limpiarla de impurezas una membrana semipermeable. Se distinguen dos tipos de técnica de diálisis: la diálisis peritoneal, que utiliza una membrana natural, el peritoneo (membrana que recubre la cavidad abdominal) y que la realiza el paciente en su domicilio; y la hemodiálisis, en la que una máquina sustituye las funciones principales del riñón: eliminación de sustancias y de líquido, y regulación del equilibrio ácido-base, y el filtro donde se depura la sangre, llamado dializador, es sintético. La hemodiálisis es un tratamiento que en la mayoría de los casos se realiza en el hospital o en un centro sanitario, aunque cada vez son mas los pacientes que realizan esta técnica en el domicilio.

Los pacientes en tratamiento con diálisis precisan también llevar una dieta que será más estricta en el caso de la hemodiálisis que habitualmente se realiza 3 días en semana por lo que todas las toxinas y los líquidos se depuran o lavan cada 48 o 72 horas. La diálisis peritoneal se realiza todos los días.

Aspectos diferenciadores

La ERC muestra diferencias entre sexos en prevalencia y tasa de progresión, pero también en tratamiento y resultados. Las diferencias de género siguen existiendo en todo el mundo en el acceso a la educación, la atención médica y participación en estudios clínicos.

Estas diferencias probablemente reflejan una combinación de factores de riesgo fisiológicos y sociales/estructurales que modulan de forma independiente la enfermedad renal y/o su progresión. La distribución de los factores de riesgo más comunes, como la hipertensión y la obesidad, difiere entre hombres y mujeres y puede afectar el riesgo de enfermedad de manera diferencial. Desigualdades sociales y estructurales relacionadas con el género



permanecen marcados en todo el mundo. Más mujeres viven en la pobreza, reciben menos educación y son más dependientes de otros para la toma de decisiones de atención médica, pero los hombres pueden tener un mayor riesgo de lesiones, exposiciones ocupacionales y menos acceso a la prevención y atención primaria.

El embarazo es un estado único para la mujer, ofreciendo no sólo una oportunidad para el diagnóstico de la enfermedad renal, sino también un estado donde pueden aparecer las enfermedades renales.

Las diferencias en la prevalencia, las tasas de progresión, el tratamiento y los resultados en la enfermedad renal pueden surgir por diferencias biológicas (relacionadas con el sexo y, por tanto, no evitables), pero también por atributos socioculturales de la masculinidad y la feminidad (diferencias de género) según los cuales los hombres y las mujeres pueden ser tratados/as o podrían hacer frente a su enfermedad de una manera diferente. Conocer estos factores resulta de vital importancia en la toma de decisiones para evitar la desigualdad de género.

Algunas condiciones de la autoinmunidad tienen más probabilidades de afectar a las mujeres como lo es el caso del lupus eritematoso sistémico (LES), enfermedad autoinmune caracterizada por una inflamación sistémica que lleva a disfunción de órganos diana, entre ellos el riñón, pudiendo producir ERC. El LES afecta aproximadamente a cinco millones de personas en todo el mundo; es mucho más frecuente en mujeres (proporción 9:1 mujeres a hombres) y las personas de ascendencia no europea. El mayor predominio femenino (hasta 15:1) está en los años reproductivos pico. El LES, entre cuyas complicaciones figura la ERC, se aborda de forma extensa en en el capítulo previo.

Las mujeres tienen diferentes complicaciones en el TRS, y es más probable que sean donantes que receptores de trasplantes renales.

En este apartado del capítulo nos referiremos a estas y otras diferencias de sexo y género relacionadas con la ERC.

Prevalencia de ERC y diagnóstico en función del sexo

Las diferencias entre los sexos son evidentes en la epidemiología de la ERC. La prevalencia de la ERC, especialmente en los primeros estadios, es mayor en las mujeres, mientras que, paradójicamente, más hombres progresan a la ERCA[12]. Los estudios epidemiológicos en España, muestran que la ERC en general es más prevalente en el hombre. En los estudios epidemiológicos españoles ENRICA[13] IBERICAN[14] la ERC fue más frecuente en varones 23,1% vs. 7,3% y 16,1% en hombres y un 12,9% en mujeres.

Esta mayor prevalencia de ERC en el hombre se confirma en estudios internacionales, donde además las mujeres tienen una progresión más lenta a la ERCA[15,16]. No sabemos por qué y cuánto de esto se debe a las diferencias en la identificación de la enfermedad renal, diferencias en el acceso a la atención sanitaria, o a verdaderas diferencias.

En relación al diagnóstico de la ERC, aunque el sexo se incluye como variable en las fórmulas de estimación del filtrado glomerular a partir de la creatinina, todavía a menudo se subestima en las mujeres[17].

En el estadiaje de la ERC también influye la medición de la proteinuria y más concretamente el cociente albúmina/creatinina (ACR) ***(Figura 5)***. Aunque las concentraciones de albúmina en orina no son significativamente diferentes entre los hombres y mujeres, hay diferencias en el cociente debido a que la creatinina en la orina depende de la masa muscular[18], y esta suele ser mayor en los hombres, es por ello que se proponen unos límites de normalidad específicos en función del sexo para ACR, considerándose normal si es inferior a 25 mg/g (2,5 mg/mmol) en hombres y menos de 35 mg/g (3,5 mg/mmol) en mujeres[19].

También se han encontrado diferencias de género en relación a la progresión de la ERC, ya que mientras factores como la presión arterial sistólica y glucosa plasmática elevadas son predictores independientes de una disminución acelerada de la función renal para ambos sexos, esto no ocurre con la albuminuria que fue el predictor independiente más importante para la disminución de la función renal en varones mientras que en mujeres sólo lo fue después del ajuste por edad[20].

Más hombres que mujeres comienzan el TRS no solo debido a una mayor rapidez de progresión de la ERC en los hombres, sino también porque las mujeres mayores son más propensas a elegir tratamiento conservador, es decir, no realizarse diálisis ni trasplante.

Diferencias de género en la causa de la ERC

Desde la infancia se observan diferencias en las causas de ERC y problemas relacionados con las vías urinarias. Los niños tienen una mayor prevalencia de enfermedad renal que las niñas en la primera infancia, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, debido a una mayor prevalencia de trastornos urológicos congénitos en los niños[21]. Las niñas controlan esfínteres antes que los niños, y la prevalencia de enuresis nocturna es mayor y más grave en niños que en niñas[22]. La litiasis renal en la infancia tiene una prevalencia diferente de sexo dependiente de la edad, los niños menores de 10 años tienen cálculos renales con mayor frecuencia, mientras que en la adolescencia los tienen las niñas[23].

Como hemos comentado en la introducción, la diabetes es la principal causa de ERC, y lo es para ambos sexos[24]. En la diabetes tipo 1, las mujeres tienen un menor riesgo de desarrollar enfermedad renal diabética (ERD)[25] aunque esta asociación no parece mantenerse en la diabetes tipo 2[26]. La HTA es un factor de riesgo reconocido para desarrollar ERC tanto en mujeres como en hombres, y el riesgo prácticamente se duplica si tienen diabetes e HTA[26]. Una revisión sistemática y meta-análisis de 2020 que incluye 6 cohortes de estudios y más de 2 millones de personas, encontró que las mujeres con hipertensión tenían un 23% menos riesgo relativo de desarrollar ERC que los hombres con hipertensión[27]. Las razones de esto (biológicas, conductuales, u otros) no se conocen.

Si hay una enfermedad renal que se caracteriza por las diferencias de sexo, estas son las enfermedades glomerulares, causadas por una inflamación del glomérulo, debido habitualmente a un comportamiento defectuoso del sistema inmune. En las glomerulonefritis los efectos del sexo sobre la frecuencia, distribución, y la gravedad son bien reconocidos[28] siendo particularmente marcado en la glomerulonefritis lúpica.

Diferencias en la progresión de la ERC y mortalidad

Existen diferencias específicas en la progresión y mortalidad de la ERC en función del sexo. No obstante, los resultados son contradictorios en función de la fase de la ERC y del TRS que reciba el paciente. Uno de los estudios más importantes que avalan estas diferencias procede del registro nacional de ERC sueco[29] en el que se incluyeron datos de 10 años (2008-2018), de todos los pacientes con ERC estadios 3b-5 atendidos en todas las consultas externas de nefrología del país. El estudio analizó edad, sexo, albuminuria y enfermedad renal primaria asociada con la progresión de la ERC y la tasa de filtrado glomerular. En general, las mujeres tienen un riesgo menor tanto de progresión de la ERC como de mortalidad (todas las causas y cardiovascular) que los hombres. Sin embargo, en el análisis del registro de diálisis y trasplante de Australia y Nueva Zelanda (ANZDATA), que incluía datos de 82.844 pacientes en TRS de los años 1980-2019 en Australia y 1988-2019 en Nueva Zelanda encontró que las mujeres tuvieron mayor mortalidad, aunque el trasplante de riñón redujo estas diferencias[30].



Desarrollo de la patología en momentos clave para la mujer y posibles riesgos asociados. Enfermedad renal en el embarazo

El embarazo es un desafío único y es una importante causa de fracaso renal agudo (FRA) en mujeres en edad fértil. Tanto el FRA como el desarrollo de preeclamsia (PE), una forma de HTA inducida por el embarazo que cursa con proteinuria puede conducir a una ERC. A su vez, las mujeres con ERC en estadios avanzados tienen más riesgo de desarrollar PE, deterioro de función renal y proteinuria[31, 32], y los hijos de estas presentan riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad y muerte, por lo que son considerados embarazos de riesgo.

La PE y los trastornos hipertensivos del embarazo, son una complicación frecuente de la gestación, y aparecen en el 3-10% de todos los embarazos[33]. En estos trastornos, el riñón tiene un papel principal en el desequilibrio de factores proangiogénicos y antiangiogénicos que conduce a la hipertensión, proteinuria y daño endotelial generalizado. A pesar de la disminución de la mortalidad materna desde 2000, probablemente reflejando el enfoque global impulsado por los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los subsiguientes Objetivos de Desarrollo Sostenible, la incidencia de los estados hipertensivos y PE no han mejorado[34]. La incidencia de PE es mayor en países con ingresos medio-bajos (posiblemente reflejando infradiagnóstico de enfermedades predisponentes), y en los extremos de edad reproductiva, primíparas muy jóvenes (más frecuente en países en vías de desarrollo) y añosas (más frecuente en países desarrollados donde la edad materna se ha incrementado mucho).

Los estudios que muestran el riesgo renal o materno-fetal en embarazadas con glomerulopatías en remisión, sobre todo primarias, son pocos y heterogéneos. Actualmente, el embarazo solo se considera factor de riesgo si existe actividad lúpica o hipertensión arterial en el momento de la concepción, no en los lupus quiescentes[35]. Sin embargo, en las vasculitis, aun asintomáticas, presentan más complicaciones materno-fetales y recaídas durante el embarazo, existiendo riesgo de progresión de la ERC.

Los resultados del embarazo en la mujer con trasplante renal son similares a los de las mujeres embarazadas con ERC sin trasplante, y siguen teniendo un alto riesgo de complicaciones obstétricas, particularmente de preeclampsia.

Aunque es infrecuente que una mujer en diálisis se quede embarazada, debido a una disminución de la fertilidad y alteraciones hormonales que se corrigen parcialmente con el trasplante renal, si esto ocurre, existe un mayor riesgo de complicaciones fetales. En estos casos hay que intensificar la diálisis, individualizar el tratamiento y ajustar el tratamiento de la anemia con hierro y eritropoyetina[36].

Mujer, ERC y acceso al tratamiento renal sustitutivo: diálisis y trasplante

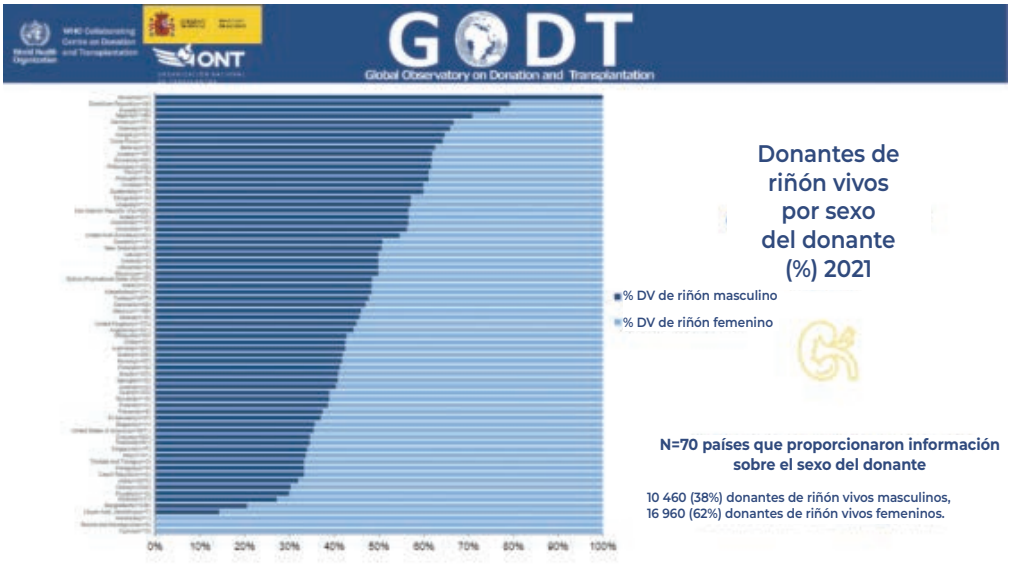
Tratamiento con diálisis

A pesar de que el TRS es un tratamiento de soporte vital, no en todos los países hay acceso a estos tratamientos, dependiendo fundamentalmente de la economía y del sistema de salud de cada país. En el mundo, solo el 50% de las personas que necesitan TRS reciben este tratamiento[37].

En países en vías de desarrollo es todavía inferior, por ejemplo, en gran parte del África subsahariana, menos del 2% reciben TRS. La igualdad de acceso al TRS para mujeres y niñas es especialmente preocupante, por la desventaja debida a la discriminación arraigada en factores socioculturales[38]. Existen algunos datos en relación a la diferencia de acceso al TRS en relación al género[39]. Estudios en África muestran que los hombres[38,40] eran más propensos a recibir TRS que las mujeres. En Japón, la incidencia de pacientes tratados con diálisis en mujeres fue menos de la mitad que en hombres (3.287 en hombres vs. 1.764 mujeres por millón de población tratada), sin dar explicaciones por este hallazgo[41]. Un estudio estadounidense mostró que las mujeres tienen una probabilidad significativamente más alta (RR de 1.70) para el inicio tardío de la diálisis en comparación con los hombres[42].

Figura 8

Porcentaje de hombres y mujeres donantes renales de vivo por países



Global data on donation and transplantation (GODT)[Internet]. [consultado agosto 2023]. Disponible en: https://www.transplant-observatory.org/wp-content/uploads/2023/04/NL_GODT-PRELIMINARY-REPORT-2022.pdf

Trasplante renal

Como he comentado previamente, el trasplante renal representa la mejor forma de TRS en pacientes sin contraindicaciones. Los datos mundiales describen que las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de ser receptores de un trasplante de riñón, ya sea de un donante cadáver o donante vivo[45], y sin embargo son con mayor frecuencia donantes de vivo de riñón[46]. Comentaré primero los datos de otros países y luego me centraré en lo que ocurre en España.

Diferentes países, entre ellos Estados Unidos, Francia, China e India, han confirmado tasas diferentes de trasplante de riñón entre mujeres y hombres *(Figura 8)*, menos probabilidad de que las mujeres estén incluidas en las listas de espera de trasplante renal y mayor tiempo entre el inicio de la diálisis y la inclusión en lista de espera de trasplante[47,48]. Esta desigualdad sexual también existe en la población pediátrica. Una encuesta realizada a personas de 35 países por la Asociación Renal Europea de Nefrología informó que las niñas tenían un menor acceso al trasplante renal que los niños[49].

En España, según el Informe de actividad de donación y trasplante renal en 2022 al que me he referido previamente[10], las mujeres son y han sido siempre donantes de riñón en vida con más frecuencia. En la *figura 9* se muestran el número de donantes vivos por año y sexo desde el 2013 al 2022, como se puede observar en el año 2022 el 63,1% de las donaciones en vivo fueron realizadas por mujeres, y por el contrario como se puede ver en la *figura 10*, solo en el 37,4% de estas donaciones en vivo las receptoras de los riñones fueron mujeres.

La donación de riñón tiene género, aunque no hay evidencia concluyente de cuáles son las razones por las que las mujeres donan más y reciben menos riñones. Entre las posibles explicaciones figuran que hay más hombres en TRS, los discursos ideológicos que consideran los hombres los principales proveedores de recursos materiales de la familia y los factores

socioeconómicos entre otros, a los que me gustaría añadir la mayor generosidad de la mujer y su rol de cuidadora. Porque este rol de cuidadora principal, sin duda también tiene género y recae principalmente sobre mujeres.

Figura 9

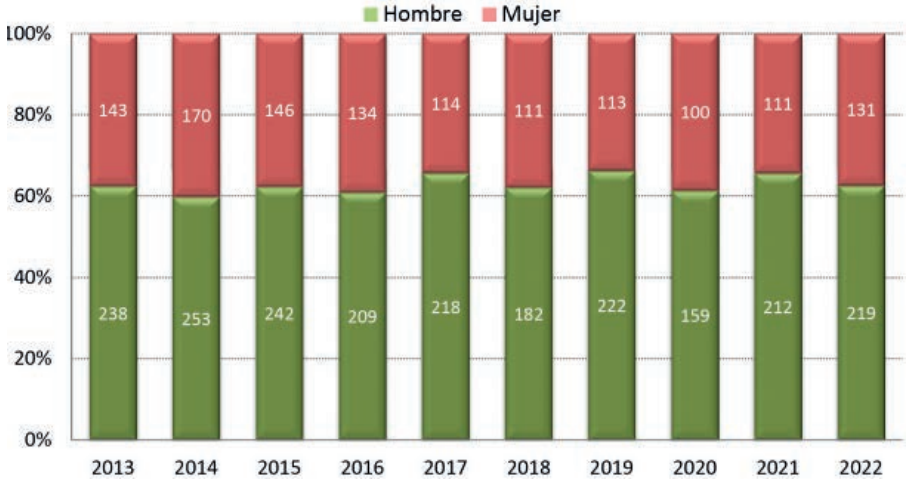
Trasplante renal de donante vivo. Evolución del sexo de los donantes. España 2013-2022



Cita Informe de actividad de donación y trasplante renal en España.
https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/DONACION-Y-TRASPLANTE-RENAL-2022.pdf).

Figura 10

Trasplante renal de donante vivo. Evolución del sexo de los receptores. España 2013-2022



Cita Informe de actividad de donación y trasplante renal en España.
https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/DONACION-Y-TRASPLANTE-RENAL-2022.pdf).

Calidad de vida

La ERC en los estadios avanzados genera una merma importante en la calidad de vida (CdV), especialmente cuando el paciente realiza tratamiento con hemodiálisis en centro. Al igual que en la población general, varios estudios han documentado una peor CdV en las mujeres con ERCA cuando se comparan con los hombres[50,51]. En un estudio realizado en 1.421 pacientes con ERCA (FG < 20/ml/1.73 m^2), se objetivó que las mujeres tenían una peor CdV relacionada con la salud al inicio, y sin embargo, los hombres experimentaban una disminución más rápida en la CdV relacionada con la salud con el tiempo[52].

Se ha descrito que las mujeres en diálisis tienen peores parámetros clínicos como la anemia, la nutrición, y calidad de vida[43]. Las mujeres también tienen más síntomas y de mayor gravedad que los hombres. Esta diferencia de género en la CdV relacionada con la salud se atribuye a las distintas formas en que hombres y mujeres experimentan y reaccionan ante la ERC. La mayor prevalencia de depresión en las mujeres podría explicar parte de estas diferencias[44].

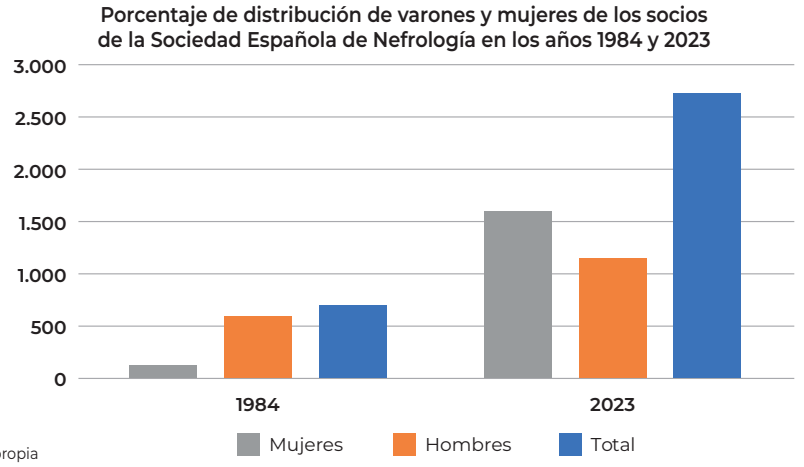
La mujer en la Nefrología

Según datos del Ministerio de Universidades en 2021-2022 el porcentaje de mujeres matriculadas en Ciencias de la Salud en España fue un 71,4%[53]. A pesar de ello, los puestos de responsabilidad en las Universidades españolas son muy inferiores y en el caso concreto de la nefrología, esta predominancia femenina se invierte según se progresa en el escalafón académico, en el caso concreto de la nefrología, solo 1 mujer ha conseguido el grado de catedrática de nefrología.

Desde el punto de vista asistencial, el porcentaje de nefrólogos que trabajan para el Sistema Nacional de Salud en cada Comunidad Autónoma es mayoritariamente femenino. Solo en Asturias el porcentaje de mujeres es inferior al 50% (48,3%), es del 50% en Cantabria y en el resto hay más mujeres nefrólogas que hombres con un rango que varía del 51,6% en Extremadura al 74,4% en Murcia[54]. Sin embargo, los varones siguen superándonos en puestos de gestión. Según datos de la S.E.N. en enero de 2023, solo el 38% de las jefaturas de servicio en los hospitales públicos están ocupadas por mujeres (68 M vs. 112 V).

Nuestra especialidad fue reconocida oficialmente en 1977, y me gustaría comentar algunos datos en relación al género. Los datos más antiguos que disponemos en la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.) son de 1984, momento en que en la S.E.N. contaba con 677 socios, de los

Figura 11

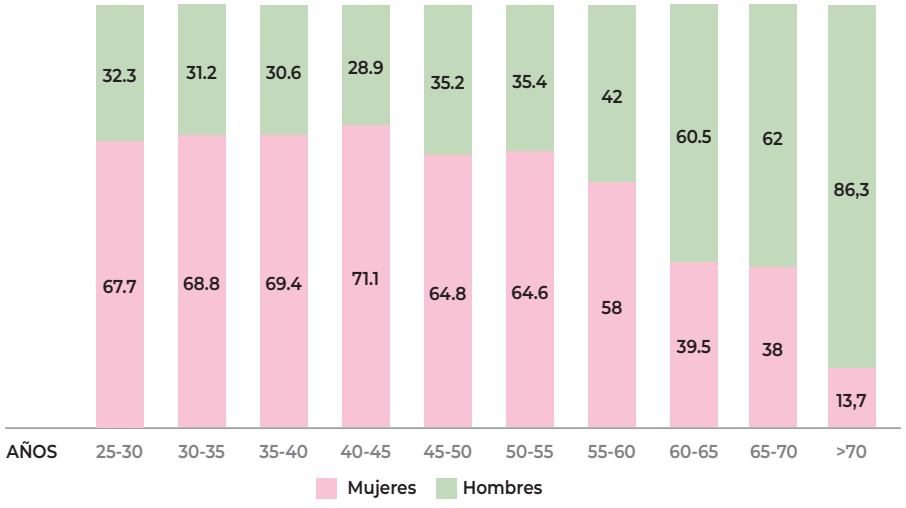


Elaboración propia

Figura 12

Porcentaje de distribución de varones y mujeres de los socios de la Sociedad Española de nefrología en función del grupo de edad

Datos expresados como porcentaje.



M. S. García de Vinuesa, A. García-Prieto, C. Yuste Lozano. Mujeres pioneras en la nefrología española. Nefrología 2023 en prensa.

cuales 586 (86,5%) eran hombres y solo 91 (15,5%) mujeres. En el año 2023 somos 2.749 socios, 1.157 (42%) hombres y 1.592 (58%) mujeres ***(Figura 11)***, hemos pasado de representar el 15,5% al 58%. Sorprendentemente, si analizamos los porcentajes de género según la edad en los socios de la S.E.N., los varones, que ocupan más puestos de mayor responsabilidad en comparación con las mujeres, solo comienzan a ser mayoría a partir de los 60 años (60,5% hombres), en los próximos años veremos si se trata solo de una cuestión de relevo generacional ***(Figura 12)***[55].

En relación a los cargos de responsabilidad en las Sociedades científicas, no fue hasta el 2014 cuando una mujer se convirtió en presidenta de la S.E.N., y yo tengo desde el año 2020 el honor de ser la 2ª y de presidir la primera junta directiva de la S.E.N. que ha conseguido una completa paridad en género. No ha habido ninguna presidenta en la Sociedad Europea de Nefrología, pero afortunadamente ya es electa una mujer y además española, que iniciará su presidencia a partir de 2024.

Conclusiones, puntos de mejora y necesidades para un correcto abordaje de la patología

Me gustaría concluir en primer lugar destacando que la ERC es un problema muy prevalente y grave de salud; por ello, debemos seguir insistiendo en concienciar a las administraciones y autoridades sanitarias, y a la opinión pública en general, de que tenemos que cuidar nuestra salud renal y que es necesario desarrollar estrategias que no sólo sigan mejorando el tratamiento y la asistencia a los pacientes renales, sino que, sobre todo, actúen desde la prevención y el diagnóstico precoz para evitar que la enfermedad crezca en las próximas décadas. Debemos conseguir que cuando se hable de Enfermedad Renal Crónica nos situemos en un escenario similar al de las enfermedades cardiovasculares o el cáncer, por citar dos ejemplos en los que existe una clara concienciación social. En esa línea venimos trabajando y seguiremos haciéndolo desde la S.E.N. Además, las exploraciones que llevan al diagnóstico: creatinina en sangre y albúmina en orina son muy baratas, y un diagnóstico temprano sería muy costo

efectivo, ya que, el TRS de la función renal es uno de los tratamientos más costosos para el sistema sanitario y conlleva una merma importante de la calidad de vida de las personas que padecen ERCA.

Somos líderes mundiales en trasplante de riñón, y estamos orgullosos de ello. Pero el reto pasa por evitar que el paciente llegue a esa situación en la que la ERC impida a los riñones realizar su función. Todo éxito de un trasplante es, en realidad, un fracaso, porque no hemos podido ayudar a ese paciente antes de que su enfermedad se agravase, hasta el punto de que tenga que recibir un riñón de otra persona. Y ahí radica la importancia de la prevención y el diagnóstico precoz, como decía antes. Tras largos años de centrar nuestra atención en el tratamiento de las consecuencias de la Enfermedad Renal Crónica, los nefrólogos hemos trasladado el foco a la prevención y a la Atención Primaria, para poder evitar así que aparezca la enfermedad, o que al menos se detecte lo antes posible para no tener que llegar al trasplante. La detección precoz es muy importante, porque cuanto antes se empiece a tratar un paciente menos problemas tendrá a largo plazo, esto es fundamental.

Entre las causas de enfermedad renal la primera es la Diabetes, enfermedad cuya incidencia sigue aumentando, fundamentalmente relacionada con la obesidad. En este sentido me gustaría destacar las nuevas familias de fármacos antidiabéticos que se están comportando muy bien y han revolucionado el panorama en este sentido, los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa-2 (SGLT2) que han abierto una puerta a la esperanza para muchos pacientes impensable hace poco tiempo, se están produciendo reducciones muy significativas de enfermedad renal, así como de muerte cardiovascular con estos fármacos.

La enfermedad renal crónica (ERC) muestra diferencias entre sexos en prevalencia y tasa de progresión, pero también en tratamiento y resultados.

Algunas de estas diferencias entre hombres y mujeres con ERC pueden tener una base biológica, pero otros, como las diferencias en la elección del tratamiento para la ERC, el cuidado durante la diálisis, el acceso al trasplante y la donación, podrían explicarse por factores socioculturales y deben alertarnos de una desventaja en el cuidado de la mujer con ERC.

Ha sido un placer escribir este capítulo sobre ERC y género. Quiero dar las gracias al Observatorio de Salud, Sanidad y Farmacia por darme esta oportunidad.

Espero que ayude a concienciar a la población general y a los sanitarios en particular sobre diversos aspectos de la salud de la mujer en la atención médica de nefrología y, en última instancia, conducir a la mejora de la atención clínica de las mujeres con ERC.

Enfermedad renal

PREVALENCIA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)



Comúnmente llamada enfermedad "silenciosa", a pesar de su elevada prevalencia (se estima que 1 de cada 7 españoles adultos padecen esta enfermedad) existe un infradiagnóstico, debido a que la ERC no produce síntomas hasta que no está en estadios muy avanzados

La prevalencia de la ERC, especialmente en los primeros estadios, es mayor en las mujeres, mientras que, paradójicamente, más hombres progresan a la Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)

El embarazo es un desafío único y es una importante causa de fracaso renal agudo (FRA) en mujeres en edad fértil. Tanto el FRA como el desarrollo de preeclamsia (PE) puede conducir a una ERC

Mujeres con ERC en estadios avanzados tienen más riesgo de desarrollar preeclamsia, deterioro de función renal y proteinuria y los hijos de estas presentan riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad y muerte. Son considerados embarazos de riesgo



INFORME DE ACTIVIDAD DE DONACIÓN Y TRASPLANTE RENAL EN 2022



En España, 63,1% de las donaciones en vivo fueron realizadas por mujeres

Sólo el 37,4% de estas donaciones en vivo las receptoras fueron mujeres



Se ha descrito que las mujeres en diálisis tienen peores parámetros clínicos como la anemia, la nutrición, y calidad de vida. Las mujeres también tienen más síntomas y de mayor gravedad que los hombres. La mayor prevalencia de depresión en las mujeres podría explicar parte de estas diferencias

Bibliografía

1- Otero A, de FA, Gayoso P, Garcia F: Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the EPIRCE study. Nefrologia 2010, 30(1):78-86.

2- Gorostidi M, Sánchez-Martínez M, Ruilope LM, Graciani A, de la Cruz JJ, Santamaría R, del Pino MD, Guallar-Castillón P, de Álvaro F, Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR. Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. Nefrologia 2018;38:606-615.

3- Llisterri JL, Micó-Pérez RM, Velilla-Zancada S, Rodríguez-Roca GC, Prieto-Díaz MÁ, Martín-Sánchez V, et al. Prevalence of chronic kidney disease and associated factors in the Spanish population attended in primary care: Results of the IBERICAN study. Med Clin (Barc). 2021;156:157–65.

4- Registro Español de Enfermos Renales (REER) 2022. Disponible en https: https://www.senefro.org/contents/webstructure/SEN_2023_REER_V2_1_.pdf

5- Ortiz A, Sanchez-Niño MD, Crespo-Barrio M, De-Sequera-Ortiz P, Fernández-Giráldez E, García-Maset R, Macía-Heras M, Pérez-Fontán M, Rodríguez-Portillo M, Salgueira-Lazo M, Sánchez-Álvarez E, Santamaría-Olmo R, Simal-Blanco F, Pino-Pino MD. The Spanish Society of Nephrology (SENEFRO) commentary to the Spain GBD 2016 report: Keeping chronic kidney disease out of sight of health authorities will only magnify the problem. Nefrologia (Engl Ed). 2019;39:29-34.

6- KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int Suppl 3 2013:1-150.

7- Hart A, Smith JM, Skeans MA, Gustafson SK, Wilk AR, CastroS, et al. OPTN/SRTR 2017 Annual Data Report: Kidney. Am JTransplant. 2019;19 Suppl2:19–23

8- Ibrahim HN, Foley R, Tan L, Rogers T, Bailey RF, Guo H, et al.Long-term consequences of kidney donation. N Engl J Med.2009;360:459–69.

9- Global data on donation and transplantation (GODT)[Internet]. [consultado agosto 2023]. Disponible en: https://www.transplant-observatory.org/wp-content/uploads/2023/04/NL_GODT-PRELIMINARY-REPORT-2022.pdf

10- Informe de actividad de donación y trasplante renal en España. https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/DONACION-Y-TRASPLANTE-RENAL-2022.pdf)

11- Ventura-Aguiar P, Ruiz JC, de Sequera P, Domínguez-Gil Be, en nombre del Grupo Español de Estudio del Trasplante de Páncreas. Trasplante renopancreático, una excelente alternativa terapéutica para el paciente diabético con enfermedad renal crónica avanzada. Nefrología 2023;43: 383-516

12- Neugarten J, Acharya A, Silbiger SR. Effect of gender on the progression of nondiabetic renal disease: a meta-analysis. J Am Soc Nephrol. 2000;11:319-329.

13- Gorostidi M, Sánchez-Martínez M, Ruilope LM, Graciani A, de la Cruz JJ, Santamaría R, del Pino MD, Guallar-Castillón P, de Álvaro F, Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR. Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. Nefrologia 2018;38:606-615.

14- Llisterri JL, Micó-Pérez RM, Velilla-Zancada S, Rodríguez-Roca GC, Prieto-Díaz MÁ, Martín-Sánchez V, et al. Prevalence of chronic kidney disease and associated factors in the Spanish population attended in primary care: Results of the IBERICAN study. Med Clin (Barc). 2021;156:157–65.

15- Iseki K. Gender differences in chronic kidney disease. Kidney Int 2008;74:415-7.

16- Levin A, Djurdjev O, Beaulieu M, et al. Variability and risk factors for kidney disease progression and death following attainment of stage 4 CKD in a referred cohort, Am J Kidney Dis 2008;52:661-71.

17- Wetzels JF, Willems HL, den Heijer M. Age- and gender-specific reference values of estimated glomerular filtration rate in a Caucasian population: results of the Nijmegen Biomedical Study. Kidney Int. 2008;73:657-8.

18- Mattix H, Hsu C, Shaykevich S, Curhan G. Use of the albumin/creatinine ratio to detect microalbuminuria: implications of sex and race. J Am Soc Nephrol. 2002;14:1034-9.

19- Johnson DW, Jones GR, Mathew TH, et al. Chronic kidney disease and measurement of albuminuria or proteinuria: a position statement. Med J Aust. 2012;197:224-5.

20- Halbesma N, Brantsma AH, Bakker SJ, Jansen DF, Stolk RP, De Zeeuw D, De Jong PE, Gansevoort RT; PREVEND study group. Gender differences in predictors of the decline of renal function in the general population. Kidney Int. 2008;74:505-12.

21- Copelovitch L, Warady BA, Furth SL. Insights from the Chronic Kidney Disease in Children (CKiD) study. Clin J Am Soc Nephrol. 2011;6:2047-53.

22- Bauer RM, Huebner W. Gender differences in bladder control: from babies to elderly. World J Urol. 2013;31:1081-5.

23- Schwaderer AL, Raina R, Khare A, Safadi F, Moe SM, Kusumi K. Comparison of risk factors for pediatric kidney stone formation: the effects of sex. Front Pediatr. 2019;7:32.

24- Levin A, Tonelli M, Bonventre J, et al. Global kidney health 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy. Lancet. 2017;390:1888-917.

25- Hovind P, Tarnow L, Rossing P, et al. Predictors for the development of microalbuminuria and macroalbuminuria in patients with type 1 diabetes: inception cohort study. BMJ. 2004;328:1105.

26- US Renal Data System. 2020 USRDS annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. 2020. Accessed August 13, 2023. https://adr.usrds.org/2022

27- Weldegiorgis M, Woodward M. The impact of hypertension on chronic kidney disease and end-stage renal disease is greater in men than women: a systematic review and meta-analysis. BMC Nephrol. 2020;21:506.

28- Beckwith H, Lightstone L, McAdoo S. Sex and Gender in Glomerular Disease. Semin Nephrol. 2022;42:185-196.

29- Swartling O, Rydell H, Stendahl M, Segelmark M, Trolle Lagerros Y, Evans M. CKD Progression and Mortality Among Men and Women: A Nationwide Study in Sweden. Am J Kidney Dis. 2021;78:190-199.

30- De La Mata NL, Rosales B, MacLeod G, Kelly PJ, Masson P, Morton RL, Wyburn K, Webster AC. Sex differences in mortality among binational cohort of people with chronic kidney disease: population based data linkage study. BMJ. 2021;375:e068247.

31-Piccoli GB, Cabiddu G, Attini R, et al. Risk of Adverse Pregnancy Outcomes in Women with CKD. J Am SocNephrol 2015;26:2011-22.

32- Zhang JJ, Ma XX, Hao L, Liu LJ, Lv JC, Zhang H. A systematic review and meta-analysis of outcomes of pregnancy in CKD and CKD outcomes in pregnancy. Clin J Am Soc Nephrol. 2015;10:1964-78.

33- Mol BWJ, Roberts CT, Thangaratinam S, et al. Preeclampsia. Lancet 2016;387:999-1011.

34- Institute for Health Metrics and Evaluation. Maternal health atlas Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2020. https://maternalhealthatlas.org

35- Blom K, Odutayo A, Bramham K, Hladunewich MA. Pregnancy and glomerular disease: a systematic review of the literature with management guidelines. Clin J Am Soc Nephrol. 2017;12:1862-72.

36- Piccoli GB, Fassio F, Attini R, et al. Pregnancy in CKD: whom should we follow and why? Nephrol Dial Transplant 2012;27 (Suppl 3):iii111-8.

37- Liyanage T, Ninomiya T, Jha V, et al. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. Lancet 2015;385:1975-82.

38- Eguavoen ANT, Odiagbe SO, Obetoh GI. The Status of Women, Sex Preference, Decision-Making and Fertility Control in Ekpoma Community of Nigeria. J Soc Sci 2007;15:43-9.

39- García GG, Iyengar A, Kaze F, Kierans C, Padilla-Altamira C, Luyckx VA. Sex and gender differences in chronic kidney disease and access to care around the globe. Semin Nephrol. 2022;42:101-113.

40- Halle MP, Takongue C, Kengne AP, et al. Epidemiological profile of patients with end stage renal disease in a referral hospital in Cameroon. BMC Nephrol 2015;16:59.

41- Ajayi S, Raji Y, Bello T, et al. Unaffordability of renal replacement therapy in Nigeria. Hong Kong Journal of Nephrology 2016;18(Suppl C):15-9.

42- Kausz AT, Obrador GT, Arora P, et al. Late initiation of dialysis among women and ethnic minorities in the United States. J Am Soc Nephrol 2000;11:2351-7.

44- Sehgal AR. Outcomes of renal replacement therapy among blacks and women. Am J Kidney Dis 2000;35(4Supll 1):S148-52.

45- Sehgal AR. Outcomes of renal replacement therapy among blacks and women. Am J Kidney Dis 2000;35(4Supll 1):S148-52.

46- Carrero JJ, Hecking M, Ulasi I, Sola L, Thomas B. Chronic kidney disease, gender, and access to care: a global perspective. Semin Nephrol. 2017;37:296-308.

47- Jindal RM, Ryan JJ, Sajjad I, et al. Kidney transplantation and gender disparity. Am J Nephrol 2005;25(5):474-83.

48- Couchoud C, Bayat S, Villar E, et al. A new approach for measuring gender disparity in access to renal transplantation waiting lists. Transplantation 2012;94:513-9.

49- Liu G, Li X, Liu T, et al. Gender disparity of living donor renal transplantation in East China. Clin Transplant 2013;27:98-103.

50- Hogan J, Couchoud C, Bonthuis M, et al. Gender Disparities in Access to Pediatric Renal Transplantation in Europe: Data from the ESPN/ERA-EDTA Registry.Am J Transplant 2016;16:2097-105.

51- Kefale B, Alebachew M, Tadesse Y, Engidawork E: Quality of life and its predictors among patients with chronic kidney disease: A hospital-based cross sectional study. PLoS One 14: e0212184, 2019

52- Mujais SK, Story K, Brouillette J, Takano T, Soroka S, Franek C,Mendelssohn D, Finkelstein FO: Health-related quality of life in CKD patients: Correlates and evolution over time. Clin J Am Soc Nephrol 4: 1293–1301, 2009.

53- Chesnaye NC, Meuleman Y, de Rooij ENM, Hoogeveen EK, Dekker FW, Evans M, Pagels AA, Caskey FJ, Torino C, Porto G, Szymczak M, Drechsler C, Wanner C, Jager KJ; EQUAL Study Investigators. Health-Related Quality-of-Life Trajectories over Time in Older Men and Women with Advanced Chronic Kidney Disease. Clin J Am Soc Nephrol. 2022;17:205-214.

54- Datos y cifras del sistema universitario español. Ministerio de Universidades. 2022. Disponible en https://www.universidades.gob.es/wp-content/uploads/2022/11/Datos_y_Cifras_2021_22.pdf de Arriba G, Ortiz Arduán A, Rodríguez Pérez JC, Tejedor Jorge A, Santamaría Olmo R, Rodríguez Portillo M. Teaching nephrology as part of a degree in medicine. Nefrologia (Engl Ed). 2021 May-Jun;41(3):284-303. doi: 10.1016/j.nefroe.2021.07.006. Epub 2021 Aug 6. PMID: 36166245.

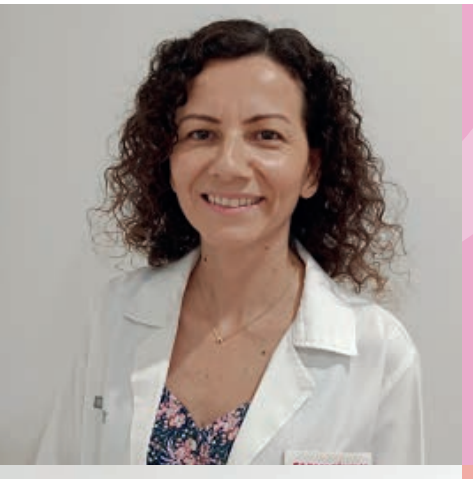
55- García de Vinuesa MS, García-Prieto A, Yuste C. Mujeres pioneras en la nefrología española. Nefrologia. 2023 (in press). https://doi.org/10.1016/j.nefro.2023.04.007

José Luis Poveda. *Director gerente del Hospital Universitario y Politécnico, La Fe de Valencia. Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Farmacia Hospitalaria. Vocal del grupo de utilización de medicamentos incluidos en la estrategia de Terapias Avanzadas del Ministerio de Sanidad. Coordinador del grupo de Enfermedades Raras y Medicamentos Huérfanos de la SEFH. Coordinador del grupo de Terapias Avanzadas de la SEFH.*

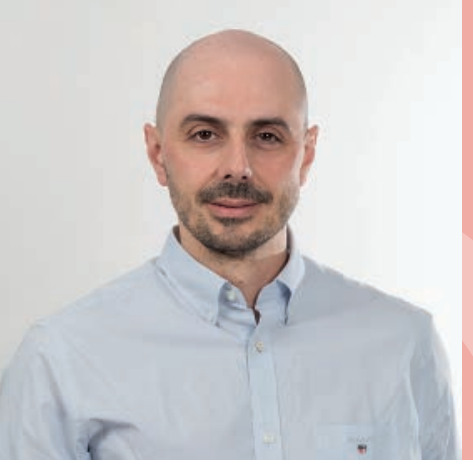


CAPÍTULO 15

Enfermedades raras con perspectiva de género



María Dolores Edo Solsona.
Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario y Politécnico, La Fe (Valencia).



José Manuel Martínez Sesmero
Subdirector Médico Hospital Clínico Lozano Blesa. Profesor Máster Universitario en Gestión y Planificación Sanitaria para Directivos de la Salud. Director de Innovación de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).



Introducción a las Enfermedades Raras

Las enfermedades raras (ER) o poco frecuentes son aquellas que tienen una baja prevalencia en la población. En la Unión Europea (UE) se considera que una enfermedad es rara cuando afecta a menos de 5 personas por cada 10.000. Se trata de enfermedades que ponen en peligro la vida o conllevan una incapacidad crónica, grave y una merma notable de calidad de vida para el paciente. De gran complejidad etiológica, diagnóstica, pronóstica y terapéutica, estas enfermedades requieren de un equipo multidisciplinar para su manejo y seguimiento. Pese a su baja prevalencia, muchas son las personas que conviven con estas enfermedades (más de 300 millones en el mundo, 3 de ellos en España), ya que se estima que existen más de 7.000 ER).

Dos son las dificultades principales a las que se enfrentan todas las personas con ER: el retraso diagnóstico y la falta de tratamientos. Respecto al diagnóstico, las principales causas de esta demora o incluso ausencia de diagnóstico atienden al desconocimiento que rodea estas patologías, la dificultad de acceso a la información necesaria y la localización distante de profesionales o centros especializados. Todo ello provoca una serie de consecuencias que afectan tanto al paciente como a su familia. Una de estas consecuencias es el retraso en el acceso a las intervenciones terapéuticas, lo que conlleva en un 31% de los casos, un agravamiento de la enfermedad. Sin embargo, aún disponiendo de diagnóstico, muchas son las ER que no disponen de tratamiento. Para la totalidad de las 7.000 ER, solo existían a fecha de diciembre de 2022, 277 tratamientos aprobados por la EMA (231 nuevos medicamentos huérfanos (MH) y 46 extensiones de indicación), siendo cerca de la mitad antineoplásicos e inmunomoduladores seguidos de MH para enfermedades metabólicas[1]. Según el Instituto

En la Unión Europea (UE) se considera que una enfermedad es rara cuando afecta a menos de 5 personas por cada 10.000



De seguir con el ritmo actual de investigación y aprobación subsiguiente, se tardarían 10.000 años en conseguir medicamentos fiables para las ER que existen

Nacional de Salud de EE.UU. (NIH), de seguir con el ritmo actual de investigación y aprobación subsiguiente, se tardarían 10.000 años en conseguir medicamentos fiables para las ER que existen. Por lo tanto, el reto más importante que tenemos en relación con los nuevos MH es el de ser capaces de desarrollarlos con rapidez, para facilitar su pronta puesta a disposición de los clínicos y pacientes sin menoscabar la confianza en su seguridad clínica. Tarea complicada dada la elevada incertidumbre existente sobre su efectividad y el elevado coste. La baja prevalencia de las ER dificulta el desarrollo de ensayos clínicos y, frecuentemente conlleva que la evidencia científica disponible para este tipo de medicamentos sea poco robusta. El otro gran problema es su elevadísimo precio que puede dificultar el acceso a los MH por parte de los pacientes, socavar la sostenibilidad financiera del sistema sanitario y crear problemas de equidad respecto a otros pacientes con enfermedades igual de graves.

Por lo tanto, los pacientes con ER son un colectivo muy vulnerable debido a las características intrínsecas de este tipo de enfermedades. La falta de información sobre su patología, el retraso en el diagnóstico, la necesidad de desplazamientos largos para acudir a su hospital de referencia y la dificultad de acceso y complejidad de los tratamientos son aspectos comunes de todos estos pacientes. Además, según FEDER, el 76% de las personas con ER sufren discriminación por el solo hecho de padecer una de ellas y, en el caso de las mujeres, se produce una doble discriminación. Por un lado, la que se deriva de ser paciente y, por otro, la que se asocia al género. Si a esto se le añade la discapacidad, las mujeres con ER constituyen un colectivo de extrema vulnerabilidad[2].

El abordaje de la igualdad de género en relación con las ER ha de afrontarse tanto desde la perspectiva de la persona que padece la enfermedad como desde la de mujer cuidadora. Conocer la situación desde ambas perspectivas permitirá generar conocimiento sobre las necesidades de las mujeres que conviven con una enfermedad minoritaria y promover su empoderamiento y la corresponsabilidad familiar.

La mujer como paciente de enfermedades raras

Como ya se ha mencionado, uno de los primeros problemas con los que se encuentra una persona con una enfermedad poco frecuente es el retraso en el diagnóstico. El proceso de diagnóstico de una ER se caracteriza por un largo periodo de espera entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico definitivo. Durante ese periodo, se produce un impacto emocional en el que es muy habitual que aparezcan sensaciones de incertidumbre, impotencia, angustia y temor, tanto en la persona afectada como en sus familiares. Sentimientos de incertidumbre debidos a la falta de información y conocimiento acerca de este tipo de enfermedades, así como de recursos de apoyo específico. Existe una relación entre esa demora en el diagnóstico y el grado de insatisfacción general con la atención sanitaria, que va desde el grado mayor de satisfacción (72,4%) expresado por las personas que tuvieron un diagnóstico prenatal, hasta el grado menor (37,4%), mostrado por personas con una demora de su diagnóstico igual o superior a los 10 años[3]. En cuanto a las causas de demora en el diagnóstico, la principal (72,8%) es el desconocimiento de la enfermedad. Otras causas son las administrativas (6,8%), evaluación económica en el hospital (3,2%) y, muy residualmente, la evaluación económica en las Comunidades Autónomas (1,9%). El otro 15,3% atribuye el retraso a causas no especificadas[3].

La consecuencia del agravamiento de la enfermedad por la demora en el diagnóstico la sufrieron más las mujeres (67%) que los hombres (33%)

La situación de retraso del diagnóstico tiene graves consecuencias sobre el curso de la propia enfermedad a nivel fisiológico, pero también influye sobre la situación psicológica y emocional del paciente. El 31,3% de las personas que participaron en el estudio ENSERio indicaron que el retraso del diagnóstico produjo un agravamiento de su enfermedad o de sus síntomas, el 29,4% que esta demora supuso no recibir ningún apoyo ni tratamiento, y el 17,9% que este retraso llevó a la aplicación de un tratamiento inadecuado. Por otra parte, el 15,4% de los encuestados expresó que esta demora del diagnóstico produjo la necesidad de una atención psicológica para afrontar las consecuencias emocionales de esta situación[3].

Es importante destacar que toda esta demora en el diagnóstico tiene un importante sesgo de género. En el propio estudio ENSERio, cuando se aplica la variable sexo sobre el retraso en el diagnóstico se aprecian las diferencias. Específicamente la consecuencia del agravamiento de la enfermedad por la demora en el diagnóstico la sufrieron más las mujeres (67%) que los hombres (33%). Es decir, las mujeres vieron agravada su enfermedad en una proporción doble a la de los hombres por esta situación de demora. Además, las personas que necesitaron ayuda psicológica como consecuencia del diagnóstico tardío fueron mujeres en un 70,4% frente a un 29,6% que fueron hombres[3]. Este hecho se constata con los datos del Servicio de Atención Psicológica de FEDER en los que se detalla que en el 2022 el 83% de las beneficiarias de este servicio psicológico fueron mujeres[2]. En este mismo sentido, un informe de Alliance Maladies Rare[4] indicó que las mujeres francesas fueron remitidas al hospital y al especialista más tarde que los hombres tras la aparición de los síntomas, lo que retrasó el diagnóstico. El informe también mostró que, en promedio, el tratamiento de los síntomas comenzó antes de la confirmación del diagnóstico en el caso de los hombres y después de la confirmación en el caso de las mujeres.

Por otra parte, no podemos obviar la perspectiva de la mujer portadora o la mujer afectada que desea ser madre. En este caso es clave que las pacientes dispongan de un asesoramiento genético que las capacite para que puedan tomar las mejores decisiones informadas sobre su salud. El asesoramiento genético desempeña un papel fundamental en el proceso de toma de decisiones y en la comprensión de los riesgos y posibilidades de heredar o transmitir una enfermedad rara.

El asesoramiento genético se puede definir como el proceso por el que se informa a los pacientes o familiares del riesgo de padecer una enfermedad hereditaria, de la posibilidad de trasmitirlo a las siguientes generaciones, de las medidas preventivas o terapéuticas que se pueden realizar y de la posibilidad de realizar un test genético para su detección[5]. Cualquier persona que pueda tener una enfermedad genética, una historia familiar de una enfermedad hereditaria u otros factores de riesgo para una enfermedad de origen genético o un defecto congénito puede beneficiarse de este servicio, dado que está incluido en la planificación familiar por parte de nuestro sistema sanitario[6]. Es esencial garantizar la derivación adecuada y equitativa desde el SNS a todos los pacientes y/o familiares a los que corresponda un asesoramiento genético, pero también regular la acreditación de los profesionales, promover la coordinación de los casos sin diagnóstico y garantizar el acompañamiento necesario a las familias.

Las mujeres con ER que desean ser madres se encuentran en una situación única y compleja, donde deben tomar decisiones que involucran tanto su salud como la de sus futuros hijos. En este contexto, contar con el respaldo de profesionales en genética y psicología puede marcar la diferencia en su proceso de toma de decisiones y en su bienestar emocional. En primer lugar, el asesoramiento genético desempeña un papel fundamental en la planificación

familiar de las mujeres con ER. Estos profesionales están capacitados para evaluar el riesgo de transmisión de la enfermedad a la descendencia y brindar información precisa y actualizada sobre las opciones disponibles. A través de pruebas genéticas y análisis exhaustivos, pueden determinar la probabilidad de que el hijo herede la enfermedad y ofrecer orientación sobre las alternativas reproductivas disponibles, como la fertilización in vitro con diagnóstico genético preimplantacional. Este conocimiento permite a las mujeres tomar decisiones informadas y empoderadas sobre su maternidad, reduciendo la incertidumbre y el estrés asociados. Además, también es imprescindible abordar las preocupaciones y los sentimientos de las mujeres con ER, brindando apoyo emocional y ayudándolas a procesar la información que reciben. El hecho de tener una enfermedad rara puede generar miedos y angustias relacionados con el bienestar del futuro hijo, la capacidad para cuidarlo adecuadamente o las repercusiones que la enfermedad puede tener en la dinámica familiar. Es por lo tanto necesario que estas mujeres sean capaces de enfrentarse a estos temores, proporcionando un espacio seguro para expresar emociones, encontrar apoyo y buscar estrategias de afrontamiento. El apoyo psicológico es esencial para mitigar el impacto emocional que puede surgir en las mujeres con ER que desean ser madres. Estas mujeres a menudo enfrentan desafíos físicos, sociales y emocionales relacionados con su condición médica, y el deseo de ser madres puede intensificar aún más estas preocupaciones. El apoyo psicológico brinda un espacio terapéutico donde pueden explorar y procesar sus emociones, aprender estrategias para manejar el estrés y la ansiedad, y fortalecer su resiliencia emocional[7].

La mujer como cuidadora principal

El impacto de cuidar a alguien con una enfermedad rara puede ser visto en muchas áreas de la vida de un individuo, incluyendo la psicológica, económica, física y logística. La importancia de una buena salud física y mental para el cuidador es vital para garantizar que puedan mantener el papel esencial que brinda a la persona que cuida. Por otro lado, descuidar el cuidado de sí mismo puede tener consecuencias devastadoras para la salud de la persona cuidadora, lo que impacta directamente en la persona a la que cuida.



La reciente Estrategia Europea de Cuidados[8]reconoce que los cuidados informales adolecen de un fuerte sesgo de género. Esto expone a las mujeres a mayores riesgos de sufrir desafíos socioeconómicos y de bienestar y perpetúa los estereotipos de género que normalmente asignan a las mujeres tareas relacionadas con el cuidado. Según la Juggling Care Survey [9]sobre los cuidados para cuidadores de personas con una enfermedad rara, el 30% de los cuidadores dedican más de 6 horas al día a tareas relacionadas con los cuidados. La mayoría de estos cuidadores son mujeres, en su mayoría madres (64%) o esposas (25%) de personas que viven con una enfermedad rara. Según recoge el Proyecto INNOVCare[10] el 64% de las personas que ejercen el rol de cuidadores principales de personas con ER son mujeres.

Dadas las necesidades de cuidados intensivos de las personas con ER, sus cuidadores les dedican mucho tiempo y enfrentan un mayor riesgo de desempleo, vulnerabilidad en el mercado laboral y exclusión social, al tiempo que afectan el bienestar y limitan el tiempo para otras responsabilidades. Además, la atención que brindan a menudo no es remunerada, lo que contribuye a la brecha salarial de género.

Conclusión

Las desigualdades de género se han vuelto cada vez más visibles, informadas y reconocidas en Europa, sobre todo, durante las últimas décadas. Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud, las desigualdades de género junto con los factores socioeconómicos, geográficos y culturales crean barreras estructurales para acceder a la atención sanitaria de calidad. Desde el diagnóstico hasta el acceso al tratamiento o las responsabilidades de atención, las mujeres se enfrentan a varios desafíos que constituyen una amenaza importante, pero subestimada, para su salud y calidad de vida. En el campo de las ER se pueden hacer observaciones similares. En este caso, las desigualdades de género se combinan con la rareza, la complejidad, las características degenerativas y, a menudo, potencialmente mortales, inherentes a la definición de estas condiciones.

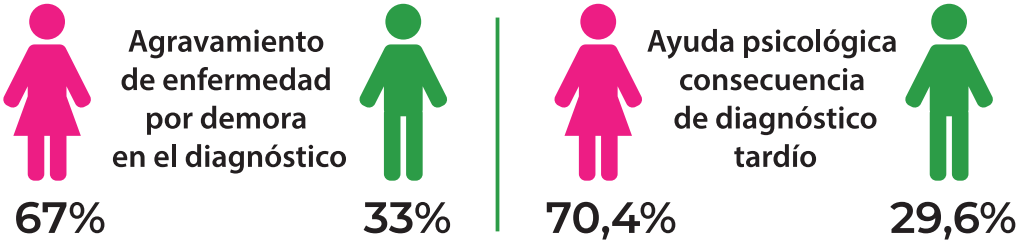
El sesgo de género en la atención de ER comienza temprano. Como se ha recogido en el informe del proyecto “Perspectiva de género y enfermedades Raras” puesto en marcha por FEDER, dentro del complejo y largo proceso para recibir un diagnóstico preciso (la “Odisea del Diagnóstico”), las mujeres tienden a ser diagnosticadas más tarde que los hombres. En este sentido, recientemente EURORDIS ha realizado una encuesta a nivel europeo (aún por publicar) para contribuir a la medición de las discrepancias de género a lo largo del proceso diagnóstico. Esta demora no es baladí, ya que retrasa la adopción del tratamiento y la atención adecuadas conduciendo a una rápida progresión de la enfermedad y afectando gravemente la calidad de vida, el nivel socioeconómico y la salud mental. El acceso al tratamiento también se ve influenciado por factores distintos del género, como la disponibilidad del tratamiento, la organización de la atención o los altos precios y los bajos reembolsos, como se muestra en las encuestas publicadas por EURORDIS en 2017[11] y 2021[12] y por la Organización Nacional de Enfermedades Raras en 2020[13].

Si bien las desigualdades de género pueden medirse e informarse, las razones por las que existe esta brecha de género son más abstractas y abren un espacio a la especulación. El Instituto Europeo para la Igualdad de Género[14] menciona que los hombres tienen más probabilidades de percibir su salud más buena que las mujeres. Una hipótesis es que esta diferencia en la salud auto-informada puede influir en cómo se perciben los síntomas, retrasando como consecuencia el diagnóstico y el tratamiento. Otra hipótesis, fuertemente respaldada por testimonios de mujeres[12], demuestra que es posible que se tome menos en serio a las mujeres cuando consultan al médico y que algunos de sus síntomas se atribuyen, consciente o inconscientemente, a las hormonas o a su propia percepción de la gravedad de la expresión de la enfermedad.

En la UE se han puesto en marcha estrategias para reducir las desigualdades de género, como la Estrategia de Igualdad de Género 2020-2025[15] o la Estrategia de Cuidados. A pesar de esto, las desigualdades de género persisten y deben abordarse más a fondo para promover y garantizar verdaderamente la igualdad entre hombres y mujeres, según el artículo 8 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE)[16]. Además, las desigualdades de género no sólo dan lugar a desequilibrios en el mercado laboral, sino que también representan una grave amenaza para el bienestar y la salud, especialmente para las poblaciones vulnerables, como las personas que viven con una enfermedad rara. Es hora de proponer soluciones para garantizar que los cuidados, las oportunidades y los derechos en el mercado laboral estén disponibles sin discriminación de ningún tipo, incluido el género y la expresión de género. Se necesitan más investigaciones para identificar y abordar las raíces de la discriminación, en la economía y especialmente en la salud. Sólo a través de un enfoque integral, que abarque todos los aspectos de las desigualdades de género, la UE podrá lograr la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres y convertirse en un verdadero líder mundial en igualdad de género.

ENFERMEDADES RARAS

DIAGNÓSTICO: SESGO DE GÉNERO



Las mujeres con ER que desean ser madres se encuentran en una situación única y compleja, donde deben tomar decisiones que involucran tanto su salud como la de sus futuros hijos

Contar con el respaldo de profesionales en genética y psicología puede marcar la diferencia en su proceso de toma de decisiones y en su bienestar emocional



Según la Juggling Care Survey sobre los cuidados para cuidadores de personas con una enfermedad rara, el 30% de los cuidadores dedican más de 6 horas al día a tareas relacionadas con los cuidados

La mayoría de cuidadores son mujeres, son madres (64%) o esposas (25%) de personas que viven con una enfermedad rara

Bibliografía

1. Orphan Medicines Figures 2000-2022. European Medicines Agency. 2022 [citado 30/10/23]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/orphan-medicines-figures-2000-2022_en.pdf

2. Noticia FEDER 13/04/23: "El 70% de las personas con enfermedades raras que requieren apoyo psicológico son mujeres" [citado 30/10/23]. Disponible en:https://www.enfermedades-raras.org/actualidad/noticias/el-70-de-las-personas-con-enfermedades-raras-que-requieren-apoyo-psicologico-son-mujeres

3. Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER). Estudio sobre la situación de Necesidades Sociosanitarias de las Personas con Enfermedades Raras en España. Estudio ENSERio: Datos 2016-2017. DL: M-17132-2018. ISBN: 978-84-09-01971-7.

4. Enquete de l´Alliance de Maladies Rares: "L´errance diagnostic dans lesmaladies rares" 2016 [citado 30/10/23]. Disponible en: https://www.alliance-maladies-rares.org/wp-content/uploads/2020/05/Erradiag-l-errance-diagnostic-dans-les-maladies-rares1.pdf

5. González-Lamuño D, García Fuentes M. Enfermedades de base genética. AnSistSanitNavar. 2008;31(Supl-2):105-126.

6. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222. Sábado 16 septiembre de 2006: 32650-32679.

7. Noticia FEDER 05/07/23: "Asesoramiento genético y acompañamiento psicológico imprescindibles para las mujeres con enfermedades raras que desean ser madres [citado 30/10/23] Disponible en: https://www.enfermedades-raras.org/actualidad/noticias/asesoramiento-genetico-y-acompanamiento-psicologico-imprescindibles-para-las-mujeres-con-enfermedades-raras-que-desean-ser-madres

8. A European Care Strategy for caregivers and care receivers [citado 23/10/23]. Disponible en: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&furtherNews=yes&newsId=10382#navItem-relatedDocuments

9. Juggling care and daily life [citado 23/10/23]. Disponible en:http://download2.eurordis.org.s3.amazonaws.com/rbv/2017_05_09_Social%20survey%20leaflet%20final.pdf

10. INNOVCare Project [citado 23/10/23]. Disponible en:https://innovcare.eu/

11. Access to treatment: unequal care for European rare disease patients [citado 23/10/23]. Disponible en: https://download2.eurordis.org/Access%20to%20treatment/access%20to%20treatment%20EN.pdf

12. Rare disease patients' opinion on the future of rare diseases patients [citado 23/10/23]. Disponible en: https://download2.eurordis.org/rbv/rare2030survey/reports/RARE2030_survey_public_report_en.pdf

13. Barriers to rare disease diagnosis, care and treatment in the US: a 30 yearcomparative analysis [citado 23/10/23]. Disponible en: https://rarediseases.org/wp-content/uploads/2020/11/NRD-2088-Barriers-30-Yr-Survey-Report_FNL-2.pdf

14. Gender Equality Index 2021: Health[citado 23/10/23]. Disponible en: https://eige.europa.eu/publications-resources/toolkits-guides/gender-equality-index-2021-report/men-are-more-likely-perceive-their-health-good

15. Gaslighting in women's health: No, it's not just in your head [citado 23/10/23]. Disponible en: https://www.northwell.edu/katz-institute-for-womens-health/articles/gaslighting-in-womens-health

16. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y la Comité de las regiones [citado 23/10/23]. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0152&from=EN



CAPÍTULO 16

Hemofilia



Dra. Nuria Fernández Mosteirín
Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción

La hemofilia es un trastorno hereditario poco frecuente de la coagulación que resulta en la deficiencia de factor VIII (FVIII) en la hemofilia A, y del factor IX (FIX) en la hemofilia B. Hasta hace pocos años, el patrón de herencia en la hemofilia se ha caracterizado como un patrón recesivo ligado al cromosoma X en el que los varones padecen la enfermedad y las mujeres son meras transmisoras de la enfermedad [1].

La persistente falta de reconocimiento a lo largo de décadas de que las mujeres con genotipo positivo para la hemofilia también pueden presentar niveles de FVIII o FIX descendidos y/o sintomatología hemorrágica, ha llevado a subestimar la prevalencia real de la hemofilia [1, 2]. Esta circunstancia también ha condicionado el retraso diagnóstico y el menor acceso al tratamiento hemostático adecuado, así como un impacto sobre la calidad de vida de estas mujeres [1].

Además, las mujeres y niñas con hemofilia pueden experimentar clínica de sangrado ante retos hemostáticos específicos relacionados con su condición biológica de mujer incluyendo sangrado abundante durante la menstruación, el parto y el posparto [2].

El conocimiento científico sobre mujeres y niñas con hemofilia ha avanzado más lentamente en comparación con la investigación en varones con hemofilia, lo que pone de manifiesto la desigualdad de género tanto en el diagnóstico como en el abordaje clínico y el acceso al tratamiento de la hemofilia. [3] La perspectiva de género resulta esencial para comprender los retos clínicos, diagnósticos y psicosociales que afrontan las personas con hemofilia en España.

El conocimiento científico sobre mujeres y niñas con hemofilia ha avanzado más lentamente en comparación con la investigación en varones con hemofilia [3]

Epidemiología y perspectiva histórica

Aunque la hemofilia es una coagulopatía congénita poco frecuente, se prevé que, con una población mundial de 4 mil millones de hombres y 3,9 mil millones de mujeres, más de un millón de mujeres padezcan hemofilia en todo el mundo. Se calcula que la prevalencia de varones con hemofilia al nacer es de 1 entre 5.000 para la hemofilia A y de 1 entre 30.000 para la hemofilia B [1].

Además, por cada varón con hemofilia, se estima que debería haber aproximadamente 2,7 mujeres en riesgo de heredar la enfermedad y 1,6 mujeres con genotipo positivo. La mitad de las mujeres con genotipo positivo presentan sangrado clínicamente significativo, por lo que por cada hombre debería haber aproximadamente 0,8 mujeres con clínica hemorrágica que precisarían atención sanitaria [1, 4]. Aunque se estima que un tercio de las personas con hemofilia son mujeres, tanto los datos del informe anual de la Federación Mundial de Hemofilia (FMH) de 2023 como los datos procedentes de los diferentes registros de hemofilia, siguen reportando una proporción inferior al 10% [5, 6].

Es complejo determinar la prevalencia exacta debido entre otros a la notificación insuficiente, el infradiagnóstico y a los diagnósticos tardíos o no considerados como relevantes. Además, los distintos registros nacionales pueden tener diferentes criterios de inclusión, lo que afecta al análisis y comparación de datos [5, 7].

Aunque las referencias en la literatura acerca de mujeres afectadas por hemofilia con síntomas de sangrado se remontan a antes de 1.900, la identificación de sus problemas de salud específicos no se hicieron realidad hasta cien años después [7, 8]. Tras décadas de desestimar los síntomas hemorrágicos, el sangrado menstrual abundante se identificaría como el síntoma más frecuente observado en las mujeres portadoras de hemofilia, con importantes consecuencias negativas para la salud [8].

Figura 1 [8]



Entre 1922 y 1924 se estableció de manera definitiva el patrón de herencia ligado al cromosoma X de la hemofilia. En estas primeras décadas del siglo XX, la posible tendencia hemorrágica no se consideró un problema de salud que afectara a las mujeres, sino más bien como un medio para identificar potencialmente a las portadoras con el fin de prevenir los nacimientos de varones con hemofilia. Este objetivo de "identificar a las portadoras" se convirtió en el principal foco de investigación sobre mujeres y hemofilia durante las siguientes décadas. El descubrimiento del FVIII y FIX en la década de 1940 fue crucial para comprender la base molecular de la hemofilia, permitiendo además medir los niveles de estos factores en varones y mujeres [8].

Un nuevo avance en el conocimiento de los niveles plasmáticos de FVIII y FIX tuvo lugar con el descubrimiento de la lionización o inactivación del cromosoma X a comienzos de la década de los 60, que proporcionaba un posible mecanismo genético capaz de explicar el rango de niveles de factores observados en las mujeres. La hipótesis se basaba en que los niveles de FVIII o FIX serían más bajos en aquellas mujeres en las que el cromosoma X sano está predominantemente inactivado o silenciado, y más altos en mujeres en las que el cromosoma X afecto está predominantemente inactivado o silenciado [9].

Estudios posteriores demostraron que la concentración media de factor es menor en mujeres heterocigotas que en mujeres sanas y pusieron de manifiesto que, una proporción significativa de mujeres presentaba niveles de FVIII o FIX anormalmente bajos. Nuevamente este conocimiento fue empleado para la identificación activa de mujeres portadoras de hemofilia, y no para profundizar sobre el impacto directo en su salud [8].

La clonación de los genes del FVIII y FIX en la década de 1980, sentó las bases para la detección de la alteración genética en portadoras respondiendo a la antigua pregunta de cómo identificar con

precisión a estas mujeres, y permitió introducir el diagnóstico prenatal dando lugar a un nuevo enfoque centrado en la mujer. Este enfoque, en el que tanto el nivel de factor como el estudio genético es relevante para la salud y el bienestar de las mujeres y niñas, representaba el comienzo de un cambio de paradigma. Sin embargo, esta década supuso también el capítulo más oscuro en la historia de la hemofilia con el contagio masivo por los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis C (VHC) a través de hemoderivados [8].

Tras este periodo, los años posteriores fueron considerados como "una nueva era dorada", con el acceso a tratamientos más seguros y eficaces que condujeron a mejoras en la esperanza y calidad de vida de las personas con hemofilia. Durante esta época, gran parte de la investigación dirigida a mujeres portadoras de hemofilia se centró en el ámbito de la transmisión genética, principalmente en lo referente al diagnóstico prenatal / interrupción del embarazo y el impacto de la toma de estas difíciles decisiones sobre las mujeres. Es en la década de 1990 cuando se afianza el reconocimiento generalizado de que las mujeres y niñas pueden verse afectadas por la hemofilia y la necesidad de realizar las pruebas diagnósticas oportunas en este grupo de mujeres [8].

Ya en los primeros años de este siglo, un estudio que incluía a más de 250 mujeres portadoras de hemofilia mostró una mayor tendencia al sangrado en portadoras de hemofilia A y B, tanto espontáneo como provocado, no solo en mujeres con niveles diagnósticos de hemofilia leve (FVIII o FIX <40%), sino también con niveles de factor de coagulación levemente descendidos, entre el 40% y el 60%. Estos resultados confirman la necesidad de realizar pruebas diagnósticas, principalmente determinar el nivel de factor deficiente, tanto a portadoras obligadas como potenciales a una edad temprana y antes de cualquier procedimiento quirúrgico o invasivo [10]. En estos años también se prestó especial atención a los síntomas hemorrágicos diferenciales que experimentan las mujeres y niñas, especialmente el sangrado menstrual abundante, así como el asociado al parto y pérdidas fetales [8].

La investigación desarrollada en este periodo constituye la base del primer documento publicado por la FMH sobre portadoras sintomáticas de hemofilia [11]. aunque 50 años antes gran parte de los aspectos mencionados ya habían sido descritos. Las mujeres se identifican a partir de este momento como una población afectada por la hemofilia, no solo como meras transmisoras de la enfermedad [8].





En los años siguientes, después de 2010, se realizaron importantes avances en el conocimiento del perfil hemorrágico de estas mujeres aportando evidencia acerca de la existencia de sangrado articular subclínico, y en algunos casos de hemartros [12], así como del diagnóstico tardío respecto a los varones con hemofilia [8].

Ya en la década actual se observa un consenso creciente en la comunidad científica internacional sobre los problemas de salud que afectan a mujeres y niñas en el ámbito de la hemofilia. En 2021 se publican la nomenclatura definitiva basada en el nivel basal de FVIII/FIX y la historia personal de sangrado[13], y el primer documento de consenso que describe los estándares específicos de atención para mujeres y niñas potencialmente afectadas por la hemofilia [14]. Sin embargo, estas mujeres siguen recibiendo tratamiento insuficiente, teniendo un acceso limitado a atención especializada y son excluidas de la mayoría de los ensayos clínicos [8].

En definitiva, y a pesar de los avances realizados, persiste la evidencia de necesidades no cubiertas y barreras para poder acceder a la atención médica en las mujeres afectadas por la hemofilia [8].

Genética y fisiopatología

El FVIII y FIX están codificados por los genes F8 y F9 que se encuentran en el cromosoma X. La mayoría de los varones con hemofilia son genéticamente XY (heterocigotos para el cromosoma X) y dado que las variantes genéticas causales son deletéreas, desarrollarán la hemofilia [15, 16]. La gravedad de la hemofilia se relaciona con la variante genética presente y se clasifica como grave si el FVIII o FIX es <1%, moderada si se encuentra entre el 1%-5% y leve entre el 5% y el 40% [16].

Por otro lado, la mayoría de las mujeres con genotipo positivo para la hemofilia poseen dos cromosomas X y dos copias de los genes F8 y F9, de los cuales uno estaría afectado por el alelo deletéreo dando lugar a un estado heterocigoto [15]. Una mujer podría tener también ambos cromosomas X afectos, dango lugar a un estado homocigoto con una expresión de niveles de factor similar a sus homólogos varones dependiendo de la variante, y con algunas diferencias en caso de que dos alelos diferentes se hereden de cada progenitor (heterocigoto compuesto) [15, 16]. Sin embargo, existen casos de heterocigosis debido a grandes deleciones o síndrome de Turner (X0), o inactivación completa del cromosoma X, que lleva al silenciamiento del gen normal en los que se produce una expresión de factor similar a los varones con hemofilia [16].

La inactivación del cromosoma X, también llamada lionización, es un proceso en el que se produce la inactivación de uno de los dos cromosomas X en las mujeres. El resultado es un mosaico de células somáticas con una población de células que expresa únicamente genes X maternos y una segunda población que expresa únicamente genes X paternos [15].

Este proceso ocurre en las primeras etapas de la vida, en la etapa embrionaria, y se teoriza que es imparcial y aleatorio. El cromosoma "silenciado" se empaqueta en una estructura inactiva llamada heterocromatina [15, 16]. Si la inactivación del cromosoma X se produce de manera aleatoria, debería presentar una distribución normal [15], que resulta en una proporción 50:50 en mujeres sanas con una desviación extrema hacia el alelo afectado en menos del 2% [15]. Cuando existe una desviación extrema en una proporción 80:20 o superior, puede producirse una reducción significativa de los niveles de FVIII o FIX en mujeres portadoras de hemofilia [16].

El concepto de inactivación ligada al cromosoma X es importante para comprender el fenotipo hemorrágico discrepante en portadoras de hemofilia, especialmente en mujeres heterocigotas [16].

La proporción de inactivación del cromosoma X generalmente se correlaciona con los niveles de factor, sin embargo, no explicaría el incremento del sangrado observado en mujeres con niveles de factor más altos. Por tanto, no parece predecir el sangrado en mujeres con niveles en límite inferior o normales [15, 16].

Diagnóstico, clasificación y manifestaciones clínicas

Diagnóstico y clasificación

Aunque no existen recomendaciones específicas y definitivas acerca del momento ideal para el diagnóstico de una portadora potencial u obligada de hemofilia, la evaluación del nivel basal de factor, además del estudio genético, es fundamental para diagnosticar y prevenir sangrados innecesarios [16]. Por tanto, parece razonable llevar a cabo de manera sistemática el despistaje de los niveles de factor y la evaluación del riesgo hemorrágico mediante escalas validadas no solo antes de la menarquia, sino también previo a la realización de procedimientos quirúrgicos o invasivos y tras la aparición de sintomatología hemorrágica [16, 17]. Este cribado tiene por objeto implementar un seguimiento adecuado según sea necesario en aquellas mujeres y niñas con niveles bajos de factor o sintomatología hemorrágica [17].

Las pruebas diagnósticas de laboratorio deben incluir un ensayo en una etapa y un ensayo cromogénico para la determinación de la actividad funcional del FVIII en mujeres portadoras de hemofilia A y un ensayo en una etapa para la medición de la actividad funcional del FIX en mujeres portadoras de hemofilia B [16, 18]. Dado que el FVIII es un reactante de fase aguda, se debe recomendar la repetición de las pruebas en situación basal estable [16].

La determinación de los niveles de factor puede realizarse al margen de las pruebas genéticas y en las primeras etapas de la infancia para permitir el tratamiento y el manejo de los episodios de sangrado. En aquellos casos con genotipo conocido en homo o hemicigosis, las pruebas hemostáticas deben realizarse al nacer, si es posible mediante una muestra de sangre del cordón umbilical. En el caso de las niñas sin sangrado o con ausencia de niveles de factor descendido, las pruebas genéticas pueden posponerse hasta la edad o la accesibilidad adecuadas [17].

Con respecto a los estudios genéticos, si la mutación causal se encuentra identificada, se recomienda ofrecer asesoramiento genético a todas las mujeres potencialmente afectadas y realizar dichas pruebas cuando sean capaces de comprender sus implicaciones, generalmente en la edad adulta [14]. A las posibles portadoras de hemofilia se les debe ofrecer la posibilidad de realizar pruebas genéticas antes de su primera gestación [16]. Sin embargo, el estudio genético también puede considerarse cuando su resultado sea clínicamente relevante [14].

Se recomienda la realización de un árbol genealógico genético completo, con objeto de identificar a las mujeres portadoras de hemofilia potenciales u obligadas en una familia afectada. Conocer el estado de portadora permite realizar un asesoramiento genético adecuado, plantear las distintas opciones reproductivas y disponer del tiempo necesario para establecer el diagnóstico definitivo y el posible riesgo de hemofilia en la descendencia [16].

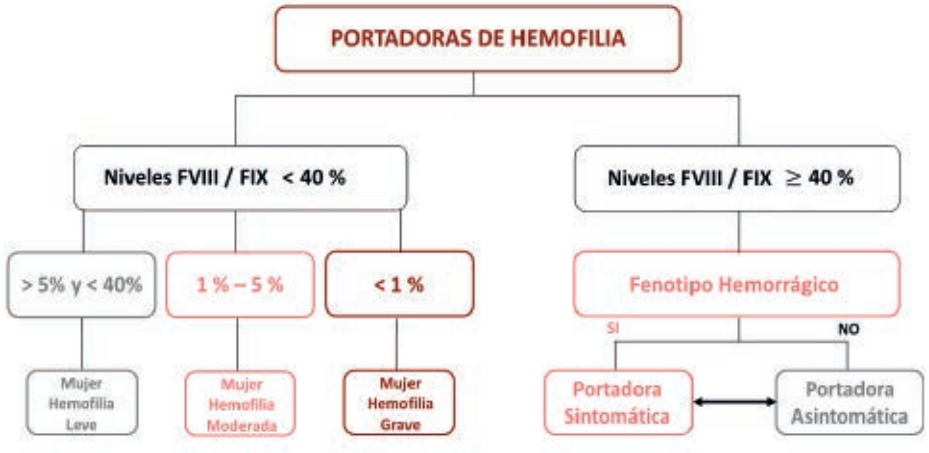
Se recomienda la realización de un árbol genealógico genético completo, con objeto de identificar a las mujeres portadoras de hemofilia potenciales u obligadas en una familia afectada [16]

En 2021, el comité científico de estandarización (SSC) de la sociedad internacional de trombosis y hemostasia (ISTH) propuso un sistema de clasificación más inclusivo para mujeres y niñas con

hemofilia con el objeto de aumentar la concienciación y mejorar el diagnóstico, la atención sanitaria, la educación para la salud y la investigación [13]. La terminología propuesta toma como referencia los antecedentes personales de sangrado, el genotipo positivo y el nivel basal de FVIII o FIX [13]. Esta nueva nomenclatura, que surge con el fin de facilitar la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes fomentando la equidad y mejorando la toma de decisiones compartidas, incluye subtipos clínicamente relevantes que reflejan las diferentes categorías clínicas y biológicas [13, 16].

Acorde a esta nueva clasificación, el diagnóstico de hemofilia en mujeres se define por el mismo nivel basal de FVIII o FIX que en varones: niveles de factor < 1% o UI/dL definen hemofilia grave, niveles de factor de 1 a 5 % o UI/dL definen hemofilia moderada, y niveles de factor > 5 y < 40% o UI/dL definen hemofilia leve. Además, el panel de expertos del SSC de la ISTH reconoció que las mujeres con genotipo positivo pueden presentar sangrado excesivo incluso con niveles de factor dentro de normalidad. Así, se crearon otras dos categorías para mujeres con genotipo positivo y niveles de factor ≥ 40% o UI/dL: las mujeres con sangrado excesivo se denominan portadoras sintomáticas, mientras que las mujeres con ausencia de sangrado se denominan portadoras asintomáticas [1, 13]. Un año después de su publicación se propuso un punto de corte más alto basándose en el umbral diagnóstico de las directrices del Centre for Disease Control (CDC) sobre la hemofilia, empleando un nivel de factor ≥ 50% o UI/dL para el diagnóstico de portadoras sintomáticas, además del genotipo y el fenotipo hemorrágico en mujeres. Un punto de corte de factor de 50% o UI/dL aumenta el acceso al diagnóstico de hemofilia para más mujeres, pero también se solapa con el límite inferior del rango normal del factor y, podría sobrediagnosticar a algunas mujeres que no presentan un alto riesgo de sangrado [16].

Figura 2 [8]



El fenotipo hemorrágico se evalúa principalmente empleando el sistema de puntuación estandarizado ISTH-BAT (Bleeding Assessment Tool). Esta herramienta disponible on line y en formato autoevaluación (ISTH-SELF BAT) evalúa el historial hemorrágico previo englobado en 14 categorías o variables y cada variable puntúa entre 0 y 4 exceptuando el sangrado a nivel de sistema nervioso central que puntúa entre 0, 3 o 4. En base a ello se obtiene una puntuación final. Este sistema de puntuación emplea diferentes puntos de corte para definir la tendencia hemorrágica en niños, varones y mujeres, > 2, > 3 y > 5 respectivamente [13]. En varios estudios de cohortes publicados, se ha observado una débil o ausencia de correlación entre las puntuaciones de ISTH-BAT y los niveles de factor. Aunque estos datos aportan evidencia de que incluso las mujeres portadoras con niveles basales normales de FVIII o FIX pueden

presentar puntuaciones de ISTH-BAT anormales (por lo tanto, mayor tendencia hemorrágica) con una frecuencia superior en comparación con la población general, una proporción significativa presenta poco o ningún sangrado significativo [17].

Entre las posibles explicaciones de estos hallazgos paradójicos se incluye el origen inadecuado de los datos, dado que la mayoría de ellos provienen de estudios retrospectivos y de mujeres controladas en centros de tratamiento de hemofilia, que pueden no ser una muestra representativa de este colectivo de pacientes. Además, las diferencias culturales pueden influir en la medición inadecuada del fenotipo hemorrágico mediante el sistema de puntuación ISTH-BAT; asimismo, puede haber funciones del factor relacionadas con la edad y el género que no son valoradas mediante la medición de la actividad de factor en el ensayo en una sola etapa. Por último, pueden existir modificadores biológicos que influyan sobre el fenotipo hemorrágico no identificados hasta la fecha [19]. Por ello, algunos expertos proponen considerar como portadoras sintomáticas de hemofilia a aquellas mujeres que presenten una puntuación de sangrado anormal: ≥ 6 en mujeres adolescentes o adultas y ≥ 3 en niñas, empleando ISTH BAT o ISTH SELF-BAT [16].

Entre las fortalezas de esta nueva nomenclatura se encuentra la definición de 5 subtipos clínicos que coinciden con categorías clínico-biológicas distinguibles, la incorporación de consultas y comentarios de pacientes, y la concordancia de las categorías respecto a los varones con hemofilia. Las posibles debilidades son la falta de una metodología validada para alcanzar el consenso, el considerable número de subtipos definidos y la incorporación de un parámetro relativamente subjetivo como es el "fenotipo hemorrágico". Este parámetro fue elegido para que las mujeres con niveles de factor > 5 y < 40 % o UI/dL, 1–5 % o UI/dL y <1 % o UI/dL se denominen mujeres/niñas con hemofilia leve, moderada o grave respectivamente, garantizando la administración de un tratamiento hemostático adecuado y un enfoque multidisciplinar en la misma medida que para los varones con hemofilia. Por otro lado, desde un punto de vista psicológico, el concepto "portadora asintomática" podría no reconocer la verdadera carga real de ser una portadora de hemofilia, por lo que debe quedar claro que este término refleja exclusivamente la expresión hemorrágica [16].

Manifestaciones clínicas

En cuanto a las manifestaciones clínicas, el uso del mismo término para varones y mujeres supone un importante avance. Sin embargo, dado que las mujeres experimentan a lo largo de su trayectoria vital la menstruación y el parto, el impacto de la hemofilia pueden ser diferente en ambos, incluso en el contexto de niveles de FVIII o FIX similares [20].

La presentación clínica de las mujeres con genotipo positivo sintomáticas es distinta a la de los varones. Además de que, como ya se ha mencionado, existe una escasa correlación entre los niveles de factor y la clínica hemorrágica, el patrón de sangrado es diferente. Los varones con hemofilia presentan sangrado a nivel muscular, tejidos blandos y articulaciones, así como sangrado excesivo en el contexto de procedimientos invasivos o cirugía. En las mujeres, el sangrado menstrual abundante (SMA) es el síntoma hemorrágico más frecuente, aunque como único síntoma hemorrágico no es específico de las mujeres portadoras de hemofilia, y se recomienda descartar otras coagulopatías cuando se observa una tendencia hemorrágica a pesar de niveles de FVIII o FIX dentro de la normalidad. Otros síntomas hemorrágicos frecuentes clínicamente significativos en mujeres, son la hemorragia posparto, las epistaxis, las equimosis cutáneas, las hemorragias asociadas a procedimientos invasivos y las hemorragias articulares y musculares [1].

Un estudio retrospectivo evaluó un grupo de mujeres con deficiencia leve de FVIII o FIX (niveles entre 5 y 50 % o UI/dL) con varones con hemofilia leve A o B, comparando ambos grupos

según los niveles de factor de coagulación, la edad, los motivos del diagnóstico y el manejo terapéutico. Se observó, tras eliminar los síntomas de sangrado específicos de género, que tanto las mujeres portadoras de hemofilia con niveles plasmáticos de factor dentro de rango de hemofilia leve como los varones con hemofilia leve, presentaban un perfil hemorrágico similar, principalmente sangrado cutáneo-mucoso y hemorragias postraumáticas. Sin embargo, las mujeres portadoras con niveles de factor descendidos presentaban características distintivas, como una edad de diagnóstico más tardía (infraestimación de los antecedentes hemorrágicos personales y familiares por parte de pacientes y médicos, y desconocimiento de la hemofilia como parte del diagnóstico diferencial de la diátesis hemorrágica en mujeres), unos niveles promedio de factor más altos y diferente motivo de diagnóstico siendo el estudio familiar el principal motivo en mujeres, mientras que en varones fue la aparición de complicaciones hemorrágicas, principalmente postraumáticas [21].

El SMA afecta aproximadamente al 40% de las mujeres en edad reproductiva, y se define como una pérdida sanguínea por ciclo menstrual superior a 80 mL, aunque su cuantificación precisa es compleja y poco factible en la práctica clínica diaria. Más recientemente, se ha sugerido una definición más práctica como la presencia de sangrado menstrual excesivo y regular que afecta la calidad de vida de la paciente. Además del impacto sobre la calidad de vida, el SMA se asocia con absentismo laboral y escolar, falta de sueño y depresión. Como ya se ha mencionado, el SMA es el síntoma más frecuente en mujeres con trastornos hemorrágicos hereditarios y se ha descrito en > 60% de las mujeres portadoras de hemofilia [16].



En torno al 50% de las mujeres con trastornos hemorrágicos hereditarios en edad fértil, presentan SMA desde la menarquia. Otras pueden presentar SMA una vez que sus ciclos se vuelven ovulatorios. El patrón de SMA en estas mujeres puede variar en comparación con la población general, pudiendo observarse una mayor duración de la menstruación y mayor frecuencia de sangrados menstruales incontrolables. También pueden experimentar sangrado durante la ovulación, lo que puede dar lugar al desarrollo de quistes ováricos hemorrágicos, así como hemoperitoneo [16].

Es importante disponer de una historia menstrual detallada, lo cual no resulta sencillo en algunas ocasiones dado el estigma en torno a la menstruación sobre todo en algunas culturas en las que las pacientes pueden no comunicar voluntariamente sus síntomas o no

reconocerlos como anormales. Se aconseja registrar mediante herramientas de evaluación de las pérdidas menstruales, como el Pictorial Blood Loss Assessment Chart (PBAC), la duración, intensidad y frecuencia de las mismas [14, 16]. Además, se recomienda descartar causas estructurales (neoplasias, adenomiosis, leiomiosis, pólipos) y no estructurales, como trastornos endometriales, asociadas subyacentes [16].

La presencia de SMA en mujeres y niñas con hemofilia pueden provocar deficiencia de hierro con o sin anemia. La ferropenia es la causa más común de anemia, representando más del 60% de los casos y es particularmente relevante en niñas y mujeres en edad reproductiva, especialmente en aquellas con SMA. Se asocia con una gran variedad de síntomas, como cansancio, disnea, pérdida de concentración, cefalea, síndrome de piernas inquietas y caída del cabello. La ferritina sérica es la prueba más específica y sensible, aunque el valor de corte óptimo es objeto de debate; algunos estudios recientes abogan por un valor de corte de 25 µg/L en mujeres no embarazadas [16].

Otro síntoma hemorrágico clínicamente significativo observado en mujeres portadoras de hemofilia es la hemorragia postparto (HPP) que sigue siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial. En la literatura se ha reportado un mayor riesgo de HPP primaria (primeras 24 horas postparto) y HPP secundaria (HPP que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto) con una prevalencia superior a la población general [17, 22]. El incremento del riesgo se observa tanto en portadoras que no reciben tratamiento profiláctico, lo que sugiere que un mayor número de mujeres serían subsidiarias de recibir tratamiento hemostático periparto, como en mujeres que sí han recibido profilaxis previa, indicando que puede ser necesario aumentar el nivel de factor objetivo y la duración del tratamiento [22]. Sin embargo, por el momento no existen guías de manejo específico periparto en mujeres portadoras de hemofilia, y las recomendaciones actuales se basan en opiniones de expertos [22, 23].

Como ya se ha mencionado previamente, los síntomas de sangrado no gineco-obstétrico relacionados en mujeres con genotipo positivo parecen similares a los que experimentan los varones con hemofilia. Se ha reportado sangrado prolongado en el contexto de traumatismos menores y heridas incisas, así como tras extracciones dentarias y procedimientos quirúrgicos [16, 24].

Así mismo, estudios recientes muestran que estas mujeres experimentan sangrados articulares subclínicos que provocan daño articular estructural similar al de los varones con hemofilia. Se han observado cambios a nivel de tejidos blandos y osteocondrales detectados mediante estudios de resonancia magnética articular, así como una reducción del rango de movimiento a nivel articular (incluso en mujeres con niveles de factor > 40% o UI/dL). Estos datos sugieren que las mujeres con hemofilia presentan sangrado musculoesquelético y secuelas relacionadas, como disminución de la estructura y densidad ósea [16]. Datos publicados recientemente, muestran que el sangrado articular es frecuente en todos los grupos de edad, con una mayor incidencia en mujeres portadoras mayores de 50 años. La edad avanzada y el periodo postmenopáusico pueden contribuir al deterioro de la salud articular y sería equiparable a la pérdida de rango de movimiento asociado a la edad en varones con hemofilia leve o moderada que no reciben tratamiento profiláctico [24].

Impacto sobre la calidad de vida y biopsicosocial

La calidad de vida relacionada con la salud puede definirse como la percepción subjetiva de una persona sobre su bienestar físico, mental y social, influenciada por su entorno cultural y personal, y en relación con sus objetivos, expectativas e inquietudes. Aunque los estudios sobre calidad de vida en salud en mujeres portadoras de hemofilia son escasos, los datos



disponibles muestran que la calidad de vida en estas mujeres presenta puntuaciones inferiores respecto a la población general en dominios físicos, emocionales y sociales cuando se evalúan mediante instrumentos validados como el cuestionario SF-36 o herramientas específicas de evaluación del sangrado como ISTH-BAT. El SMA se identifica de forma consistente como uno de los principales determinantes del deterioro de la calidad de vida, debido a su impacto en la vida diaria, la actividad laboral y las relaciones interpersonales. Problemas psicosociales como ansiedad, depresión, absentismo laboral y escolar y aislamiento social fueron muy frecuentes [25, 26].

La calidad de vida en estas mujeres presenta puntuaciones inferiores respecto a la población general en dominios físicos, emocionales y sociales [25, 26]

Un estudio reciente ha revelado que, en comparación con los varones, las mujeres con hemofilia experimentan mayor ansiedad, depresión y fatiga, así como niveles similares de dolor crónico. Entender que las mujeres con hemofilia reportan resultados similares a los de los hombres, confirma la necesidad de un diagnóstico precoz y un abordaje multidisciplinar a lo largo de su vida. No obstante, son necesarios más investigaciones para comprender mejor si estas mayores tasas de depresión y ansiedad son similares o diferentes a las de las mujeres sin hemofilia [27].

El impacto psicológico se encuentra estrechamente vinculado a la experiencia de invalidación clínica. Los antecedentes familiares de sangrado anormal (especialmente en el contexto menstrual o reproductivo) a menudo se han normalizado dango lugar a que las mujeres creyeran que sus menstruaciones abundantes eran la norma. Esta normalización del sangrado patológico favorece sentimientos de frustración, ansiedad e inseguridad, y la incertidumbre diagnóstica prolongada se asocia además con estrés crónico y mayor prevalencia de síntomas depresivos. Además, el estigma en torno a la menstruación supone una dificultad añadida para que estas mujeres comprendieran sus patrones de sangrado [28].

La experiencia clínica indica que las necesidades de estas mujeres cambian a lo largo de su desarrollo vital. Durante la infancia, no hay mucha conciencia sobre la condición de portadora, mientras que durante la adolescencia muchas de estas niñas aún desconocen que son portadoras de la enfermedad. En esta etapa, suelen recibir poca información sobre su estado clínico o psicosocial y cuentan con pocas estrategias para promover su desarrollo personal o compartir experiencias con otras personas sobre su situación. Además, en adolescentes con SMA las limitaciones en la actividad física y las dificultades para participar en actividades sociales, favorecen el aislamiento afectando negativamente al desarrollo psicosocial. En la edad adulta, los esfuerzos se centran principalmente en proporcionar asesoramiento sobre planificación familiar, y no se suele incidir en el manejo de los síntomas hemorrágicos, exceptuando en situaciones especiales como intervenciones quirúrgicas. En estas mujeres, las ausencias laborales y la necesidad de atención médica frecuente pueden condicionar el desarrollo profesional y la estabilidad económica [25, 29].

El impacto biopsicosocial se intensifica durante las etapas reproductivas. El embarazo, el parto y el puerperio representan periodos de especial vulnerabilidad, no solo por el riesgo hemorrágico, sino también por la carga emocional asociada a la toma de decisiones reproductivas, el miedo a complicaciones y la transmisión genética de la enfermedad. La falta de información adecuada y de apoyo especializado incrementa la percepción de riesgo y el malestar psicológico [29, 30].

En este contexto, los modelos de atención sanitaria centrados en la paciente adquieren especial relevancia. La integración del apoyo psicológico, la educación sanitaria y el acompañamiento social constituye un componente esencial de la atención integral, especialmente en mujeres que han experimentado años de infradiagnóstico o invalidación de sus síntomas [14].

Aspectos diferenciadores de género

La hemofilia en mujeres presenta características diferenciadoras que requieren un abordaje específico desde una perspectiva de género. A diferencia del modelo clásico centrado en varones con hemofilia grave, las mujeres muestran una marcada heterogeneidad fenotípica, con una expresión clínica que, como ya se ha mencionado previamente, no siempre se correlaciona con los niveles plasmáticos de FVIII o FIX [8, 31].

Uno de los principales determinantes biológicos de esta variabilidad como ya se ha comentado previamente, es la inactivación aleatoria del cromosoma X o lionización. Este fenómeno puede dar lugar a una expresión desigual del alelo mutado en los tejidos hematopoyéticos. Sin embargo, este mecanismo no explica por sí solo la complejidad del fenotipo hemorrágico en mujeres con genotipo positivo. Factores hormonales, epigenéticos y ambientales influyen de manera significativa en la presentación clínica y en la evolución del sangrado [15, 16].

La pubertad, el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia constituyen periodos de cambios fisiológicos que pueden modificar la hemostasia y la expresión clínica del sangrado. El SMA, la anemia ferropénica y la HPP son las manifestaciones clínicas hemorrágicas específicas de género más frecuentes, y muestran un impacto directo sobre la calidad de vida en mujeres con genotipo positivo [32].

Desde una perspectiva histórica, en el ámbito de la hemofilia, las posibles desigualdades de género que afectan a las mujeres han condicionado tanto la investigación como la práctica clínica. Entre ellas se incluyen el menor acceso a la atención sanitaria para las mujeres portadoras con y sin síntomas, así como la consiguiente evidencia científica limitada y extrapolada a partir de lo resultados observados en varones. Esto último se debe a que durante décadas las mujeres fueron excluidas de estudios observacionales y ensayos clínicos. La escasez de datos específicos ha contribuido a la persistencia de prácticas diagnósticas y terapéuticas inadecuadas. Otros sesgos de género observados han sido el acceso limitado al asesoramiento genético y los desafíos psicosociales derivados del sentimiento de culpa que experimentan las mujeres portadoras de una alteración genética, en especial en los países en vías de desarrollo [32].

La escasez de datos específicos ha contribuido a la persistencia de prácticas diagnósticas y terapéuticas inadecuadas [32]

Asimismo, los criterios diagnósticos tradicionales basados exclusivamente en niveles de factor han demostrado ser insuficientes en mujeres. Para mejorar el diagnóstico en mujeres y niñas con hemofilia y portadoras, la nueva nomenclatura publicada en 2021 define cinco categorías clínicas según los niveles plasmáticos de FVIII o FIX y el fenotipo hemorrágico. Esta nomenclatura también considera la posibilidad de que durante la vida de las mujeres y las niñas la tendencia al sangrado pueda cambiar [13, 32].

El reconocimiento de estos aspectos diferenciadores implica un cambio de paradigma. La hemofilia en mujeres no debe abordarse como una condición secundaria, sino que es importante reconocerlas como algo más que portadoras. Estas mujeres presentan necesidades específicas que requieren mejores estrategias de diagnóstico y opciones de

tratamiento personalizadas. El objetivo es mejorar la equidad en salud, la igualdad de acceso a la atención sanitaria para mujeres y hombres con hemofilia, y destinar recursos a satisfacer las necesidades específicas de las mujeres lo que en última instancia se traduce en una mejor atención y calidad de vida [32].

La hemofilia en mujeres no debe abordarse como una condición secundaria, sino que es importante reconocerlas como algo más que portadoras [32]

Abordaje clínico y manejo terapéutico en mujeres con hemofilia

El panorama del tratamiento de la hemofilia ha experimentado una notable revolución gracias al desarrollo de innovaciones terapéuticas que han conseguido reducir la carga del tratamiento. A principios de la década de 1990, los avances se centraron en los concentrados recombinantes de FVIII y FIX, terapias sustitutivas que eliminaban el riesgo de transmisión de patógenos; recientemente, estos concentrados han sido modificados para prolongar su vida media. Otro avance significativo es el desarrollo de tratamientos de administración subcutánea, terapias nos sustitutivas que imitan las funciones del FVIII. Además, han surgido nuevos tratamientos subcutáneos, conocidos como agentes rebalanceadores, ya sea en ensayos clínicos o recientemente aprobados, que permiten la generación de trombina y la corrección del fenotipo hemorrágico mediante la regulación negativa de los inhibidores naturales de la coagulación. Finalmente, los éxitos iniciales de la terapia génica representan un hito notable en este campo. Estas nuevas terapias aportan numerosos beneficios, la profilaxis es significativamente más sencilla y se mejora la prevención de hemorragias clínicas y subclínicas, lo que conduce a un mejor manejo general [1, 33].



Las innovaciones terapéuticas y la investigación clínica en hemofilia se han centrado predominantemente en los pacientes varones principalmente con deficiencia grave o moderada, dejando a mujeres y niñas frecuentemente excluidas de la mayoría de ensayos clínicos, y por tanto de estos avances [1, 7].

La falta de participación de las mujeres en los ensayos clínicos no se debe únicamente a la poca frecuencia de deficiencias graves en esta población. A menudo, se debe a decisiones en el diseño de los ensayos que excluyen a estas pacientes, incluso a aquellas con deficiencias

graves o moderadamente graves de factor, así como a la imposibilidad de participar a aquellas con deficiencias menos graves, pero con fenotipo hemorrágico significativo. [33] Además, estos estudios no incluyen criterios de eficacia para el sangrado ginecológico y obstétrico. [1] No obstante, en los escasos casos reportados de mujeres con deficiencia grave de factor que han tenido acceso a estas innovaciones, se ha observado una respuesta positiva como cabía esperar [1, 33].

Recientemente, las directrices de la European Haemophilia Consortium (EHC)/European Association for Haemophilia and Allied Disorders (EAHAD) y de la Medical and Scientific Advisory Council of the National Bleeding Disorders Foundation (MASAC) han establecido marcos integrales para la atención de las mujeres con genotipo positivo [14, 18]. Este último documento proporciona la actualización más completa sobre el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos hemorrágicos hereditarios en mujeres y niñas. A diferencia del modelo tradicional centrado en varones con hemofilia grave, en mujeres resulta imprescindible individualizar el tratamiento en función del patrón de sangrado y no exclusivamente de los niveles plasmáticos de factor [7].

Terapia de reemplazo y tratamientos hemostáticos convencionales

La terapia de reemplazo o sustitutiva con concentrados de FVIII o FIX sigue siendo el pilar del tratamiento en mujeres con hemofilia o con deficiencia significativa de factor que presentan episodios hemorrágicos clínicamente relevantes o que requieren procedimientos invasivos. En mujeres con hemofilia leve o moderada, la indicación suele ser episódica, aunque en determinados casos puede considerarse un tratamiento profiláctico dirigido a situaciones de alto riesgo hemorrágico [34].

Los agentes potenciadores de la coagulación endógena constituye una opción terapéutica eficaz en mujeres con hemofilia A leve o con niveles bajos de FVIII, siempre que se haya documentado previamente una respuesta adecuada. Su utilidad es especialmente relevante en el control de sangrados leves, procedimientos dentales y ginecológicos, así como en el manejo del sangrado menstrual abundante. No obstante, su uso debe individualizarse, teniendo en cuenta las contraindicaciones y el riesgo de taquifilaxia [34, 35].

Los antifibrinolíticos, desempeñan un papel fundamental en el manejo del sangrado mucoso y ginecológico. Son especialmente útiles en el tratamiento de la menorragia, el sangrado oral y nasal, y como coadyuvantes en procedimientos quirúrgicos menores. Su perfil de seguridad favorable permite un uso repetido, lo que resulta particularmente relevante en mujeres con sangrados recurrentes [34, 35].

Abordaje quirúrgico y procedimientos invasivos

Las mujeres con hemofilia presentan un mayor riesgo de sangrado en el contexto de procedimientos quirúrgicos y ginecológicos, incluidos legrados, biopsias endometriales y cirugías obstétricas. La planificación preoperatoria debe realizarse en coordinación con un centro especializado en trastornos hemorrágicos, asegurando niveles hemostáticos adecuados antes, durante y después del procedimiento [34, 36].

En general, según las recomendaciones del FMH se establecen niveles máximos de FVIII de 80-100% o UI/dL inicialmente para cirugía mayor y de 50-80% o UI/dL inicialmente para cirugía menor en pacientes con hemofilia A, y niveles máximos de FIX de 60-80% o UI/dL inicialmente para cirugía mayor y de 50-70% o UI/dL inicialmente para cirugía menor [34] en hemofilia B. El mantenimiento de los niveles máximos de factor, así como la evaluación clínica de la pérdida sanguínea estimada, sirven como objetivos para guiar la terapia intraoperatoria [34, 36].



La evaluación del riesgo hemorrágico debe incluir no solo los niveles de factor, sino también la historia hemorrágica detallada y el uso de herramientas estandarizadas de evaluación del sangrado. Esta aproximación integral permite reducir complicaciones y mejorar los resultados clínicos.

Manejo del sangrado menstrual abundante

Como ya se ha mencionado previamente, el SMA representa uno de los principales motivos de consulta y una causa significativa de deterioro de la calidad de vida en mujeres con hemofilia. Su abordaje debe ser multidisciplinar, integrando estrategias hematológicas y ginecológicas [14, 35].

La identificación precoz y el tratamiento adecuado no solo reducen el impacto físico del sangrado, sino que previenen complicaciones a largo plazo como la anemia ferropénica crónica y el deterioro psicosocial [14].

Las opciones terapéuticas incluyen antifibrinolíticos, tratamiento hormonal combinado o con progestágenos, dispositivos intrauterinos con liberación hormonal y, en casos seleccionados, terapia de reemplazo o agentes potenciadores de la coagulación endógena. La elección del tratamiento debe basarse en la gravedad del sangrado, el deseo reproductivo, la presencia de comorbilidades y las preferencias de la paciente [34].

Los antifibrinolíticos suponen la primera línea de tratamiento, pudiendo combinarse con la administración de agentes potenciadores de la coagulación endógena en mujeres con genotipo positivo para hemofilia A. En caso de sangrado grave o refractario a una primera línea de tratamiento, la administración de concentrados de factor puede ser necesaria. Por otro lado, la indicación de tratamiento quirúrgico se basa en la estabilidad de la paciente, la gravedad del sangrado, la respuesta y las posibles contraindicaciones del tratamiento médico [35].

En mujeres con deseo gestacional los antifibrinolíticos son el tratamiento de elección del SMA, tanto en el control del sangrado agudo como en el tratamiento a largo plazo. En mujeres con genotipo positivo para hemofilia A y respuesta testada previamente, también pueden emplearse agentes potenciadores de la coagulación endógena en monoterapia o en combinación con antifibrinolíticos [35].

En mujeres que no desean concebir, el SMA puede ser controlado con tratamiento hormonal. De entre todas las alternativas disponibles, el dispositivo intrauterino con liberación hormonal es el más eficaz. Otra opción de tratamiento hormonal son los anticonceptivos hormonales combinados. Ante la ausencia de respuesta o mal control, se recomienda la combinación con antifibrinolíticos, aunque son necesarios más estudios que avalen dicha combinación. Es conveniente discutir todas las opciones posibles con las pacientes y familia en el caso de adolescentes, de ahí la importancia de la toma de decisiones compartidas en este contexto [35].

Cuando el tratamiento médico, ya sea hormonal o no hormonal, no logra controlar el SMA, deben considerarse otras alternativas terapéuticas. Estas incluyen opciones quirúrgicas o radiológicas, así como el uso de tratamiento hemostático profiláctico con el objetivo de prevenir el sangrado asociado a ovulación y/o menstruación [35].

Embarazo, parto y puerperio

El embarazo en mujeres con hemofilia o con deficiencia de factor constituye un periodo de especial complejidad clínica. Los niveles de FIX no aumentan significativamente durante el embarazo, y aunque los niveles de FVIII sí lo hacen de manera fisiológica, este incremento es variable y no siempre suficiente para garantizar una hemostasia adecuada, especialmente en el momento del parto y el puerperio [17].

La planificación del embarazo debe iniciarse de forma preconcepcional, con evaluación hematológica, asesoramiento genético y coordinación multidisciplinar entre hematología, obstetricia, anestesiología y neonatología. Previo a la finalización de la gestación, es esencial disponer de un plan individualizado que contemple la vía de finalización de la gestación, el manejo del dolor, así como la profilaxis hemorrágica [17].

Si los niveles de factor de una portadora determinados próximos al fin de la gestación (> 32 semanas de gestación) son <50%, existe un mayor riesgo de sangrado intraparto y posparto. [17] Acorde a los datos de la literatura, la administración de anestesia neuroaxial parece segura cuando los niveles de factor son >50%. [22] Si bien la mayoría de los sangrados en el momento del parto se deben a causas gineco-obstétricas locales, y si bien el riesgo de sangrado en el parto puede controlarse con medidas obstétricas rutinarias para prevenir y tratar la HPP, se recomienda que las mujeres con niveles de factor <50% deben recibir tratamiento con factor de reemplazo en el momento del parto. Se recomienda mantener niveles de factor >50% al menos 3 días tras parto vaginal o 5 días en caso de parto mediante cesárea [34]. Cualquier recomendación sobre la elección del producto, la dosis, la duración del tratamiento o el umbral de tratamiento se basa en estudios observacionales o en la opinión de expertos [17, 34].

Además, el puerperio representa un periodo de alto riesgo hemorrágico que cesa gradualmente a lo largo de aproximadamente 6 semanas. Durante este tiempo, los niveles de factor disminuyen exponencialmente y alcanzan su valor basal aproximadamente 3 semanas después del parto. Se deben evitar los antiinflamatorios no esteroideos, y prevenir el sangrado excesivo. La hemorragia postparto tardía es una complicación reconocida en mujeres con hemofilia y requiere vigilancia estrecha y, en muchos casos, tratamiento hemostático prolongado [17, 34].

Terapias emergentes y nuevas estrategias terapéuticas

En los últimos años, el desarrollo de terapias y de la terapia génica ha transformado el panorama terapéutico de la hemofilia. Sin embargo, la evidencia específica en mujeres sigue siendo limitada, debido a su infrarrepresentación en ensayos clínicos.

Aunque estas terapias ofrecen un potencial significativo para mejorar el control del sangrado y la calidad de vida, los datos de eficacia y seguridad son extrapolados de estudios en varones con hemofilia, por lo que es fundamental generar datos específicos que permitan evaluar su eficacia y seguridad en mujeres, especialmente en contextos como el SMA y el embarazo. También debe considerarse la posibilidad de paso transplacentario de los diferentes agentes hemostático y las modalidades de anticoncepción adecuadas. Además, la fluctuación de los niveles de factores de coagulación durante el embarazo y los efectos de las terapias hormonales plantean complejidades adicionales [1].

La mayoría de las mujeres con hemofilia moderada, y algunas con deficiencias leves, probablemente requerirán tratamientos que normalicen la hemostasia. En este contexto, las nuevas opciones terapéuticas, que incluyen las terapias de reemplazo, de no reemplazo e inhibidores de la coagulación, desempeñan un papel clave y representan enfoques innovadores que parecen prometedores [1, 33].

Una ventaja adicional de estos fármacos es su potencial para aliviar la carga mental y psicológica asociada con la hemofilia y su tratamiento. El concepto de “hemophilia free-mind” ha surgido recientemente considerando los recientes avances en los tratamientos para la hemofilia. Este concepto resume la liberación que experimentan ciertos pacientes gracias a estos nuevos tratamientos. La experiencia preliminar sugiere firmemente que este concepto es igualmente aplicable a las mujeres afectadas por hemofilia [33].

Necesidades no cubiertas en la atención a mujeres con hemofilia

A pesar de los avances recientes, persisten importantes necesidades no cubiertas en la atención a mujeres con hemofilia (Figura 3). Una de las principales es la ausencia de guías clínicas específicas y ampliamente difundidas que aborden de manera integral el diagnóstico y manejo de esta población. Esta visión integral debe reconocer que los niveles de factor por sí solos no predicen adecuadamente el riesgo de sangrado, precisando una evaluación sistemática del fenotipo hemorrágico y los antecedentes familiares [7].

Por otro lado, la valoración del estado articular requiere implementar una monitorización rutinaria de la salud articular a lo largo de la vida, extendiéndose más allá de la edad reproductiva, considerando intervenciones profilácticas para prevenir la artropatía progresiva [7].

Figura 3 [7]



La formación de los profesionales de la salud continúa siendo desigual, especialmente fuera de los centros especializados. La falta de reconocimiento del sangrado patológico femenino contribuye al retraso diagnóstico y a la infrautilización de tratamientos eficaces. En este contexto, la sensibilización de profesionales de atención primaria, ginecología y obstetricia resulta fundamental para identificar precozmente los síntomas de sangrado y evitar la minimización inadecuada de los mismos [7, 14].

Otra necesidad crítica es la investigación clínica inclusiva. La limitada inclusión de mujeres y niñas en ensayos clínicos y estudios observacionales ha generado una base de evidencia incompleta, especialmente en relación con terapias emergentes, incluyendo factores de vida media extendida, terapias sin factores y productos de terapia génica, así como en la profilaxis a largo plazo y manejo durante el embarazo y el puerperio [7].

La sensibilización de profesionales de atención primaria, ginecología y obstetricia resulta fundamental para identificar precozmente los síntomas de sangrado [7, 14]

Asimismo, el apoyo psicosocial sigue siendo insuficiente en muchos entornos. La integración de psicólogos, trabajadores sociales y programas educativos específicos para mujeres es esencial para abordar el impacto emocional y social de la enfermedad [14, 29].

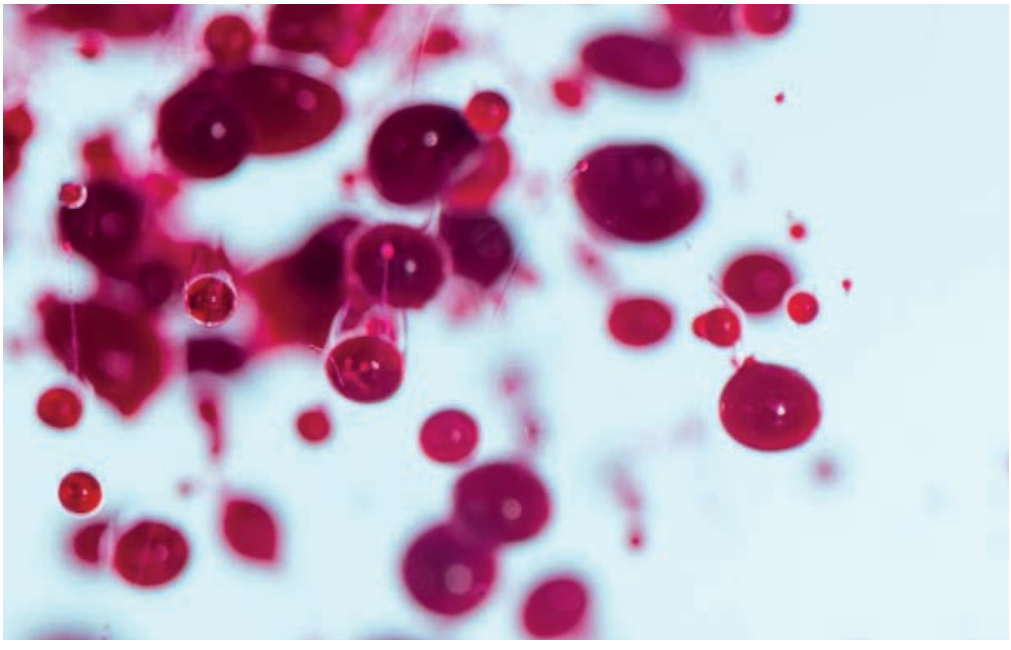
Finalmente, es necesario promover la investigación longitudinal que evalúe resultados en salud específicos para mujeres. Ensayos clínicos diseñados específicamente para evaluar resultados clínicos relacionados con calidad de vida, evaluación de los patrones de sangrado y las respuestas al tratamiento, así como las necesidades específicas a lo largo del ciclo vital femenino. [7]

Conclusiones

La hemofilia en mujeres y niñas ha sido históricamente infradiagnosticada y subestimada, como consecuencia de una visión androcéntrica de la enfermedad y de la normalización del sangrado femenino. La evidencia actual demuestra que las mujeres pueden presentar manifestaciones hemorrágicas clínicamente relevantes, con un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar biopsicosocial.

El reconocimiento de los aspectos diferenciadores de género, la adopción de criterios diagnósticos más sensibles y el desarrollo de estrategias terapéuticas individualizadas son elementos clave para mejorar la atención. Asimismo, el abordaje multidisciplinar, especialmente en contextos reproductivos, y la integración del apoyo psicosocial resultan fundamentales.

Avanzar hacia una atención equitativa y basada en la evidencia requiere un compromiso sostenido con la investigación específica, la formación profesional y el empoderamiento de las mujeres afectadas. Solo mediante este enfoque integral será posible reducir las desigualdades históricas y optimizar los resultados clínicos y de calidad de vida en esta población.



Hemofilia y mujer

Se estima que hasta **1 de cada 3 personas** con hemofilia son **mujeres**, pero <10% aparecen en registros [1, 3].

Por cada hombre con hemofilia, **~ 0,8 mujeres** presentan sangrado clínicamente relevante [1, 4].

Mujeres con un nivel de factor **>40-50%** pueden presentar síntomas hemorrágicos [10].

La hemofilia **se define igual en mujeres** [16].

Leve	Moderada	grave
5–40%	1–5%	<1% de factor



>60% de las portadoras presentan sangrado menstrual abundante **(SMA)** [16].

El riesgo de **hemorragia posparto** es mayor que en la población general, incluso con profilaxis [17, 22].

Los **antifibrinolíticos** y la **terapia hormonal** son el tratamiento de elección en mujeres que desean y no desean concebir respectivamente [34, 35].

Se necesita un abordaje biopsicosocial con **perspectiva de género** que garantice información, apoyo y decisiones compartidas para un **envejecimiento saludable**.

Bibliografía

1. Hermans C, Johnsen JM, Curry N. Women and girls with inherited bleeding disorders: Focus on haemophilia carriers and heavy menstrual bleeding. Haemophilia. 2024; 30(Suppl. 3): 45–51.

2. Zhang W, Li K, Poon MC, Zhang X, Wu J, Zhao X et al. Women and girls with haemophilia: A retrospective cohort study in China. Haemophilia. 2023; 29: 578–590.

3. Krumb E, Lambert C, Van Damme A, Hermans C. Proactive Systematic Hemophilia Carrier Screening: A Step Towards Gender Equity in Hemophilia Care. Blood Adv. 2024; 8(20): 5268-5278.

4. Coffin D, Gouider E, Konkle B, Hermans C, Lambert C, Diop S et al. The World Federation of Hemophilia World Bleeding Disorders Registry: insights from the first 10,000 patients. Res Pract Thromb Haemost. 2023; 7: e102264.

5. Restrepo V, Prozora S, Louizos E, Van Doren LN, Robert D Bona RD. Characterizing an Underdiagnosed Condition: Hemophilia in Females. Blood. 2024; 144 (Suppl 1): 2584–2585.

6. Annual Global Survey 2023. World Federation of Hemophilia. 2023: 14-15.

7. Miesbach W. Advancing care for women and girls with haemophilia: evidence from a comprehensive longitudinal analysis. Res Pract Thromb Haemost. 2025; 9: e103232.

8. Chaigneau M, Bowman M, Wilton P, Card R, Poon MC, Lillicrap D et al. The history of women and hemophilia: a narrative review of evolving beliefs and testing practices. J Thromb Haemost. 2025; 23: 928–936.

9. Lyon MF. Sex chromatin and gene action in the mammalian X chromosome. Am J Hum Genet. 1962; 14: 135–48.

10. Plug I, Mauser-Bunschoten EP, Bröcker-Vriends AH, van Amstel HK, van der Bom JG, van Diemen-Homan JE et al. Bleeding in carriers of hemophilia. Blood. 2006; 108(1): 52-6.

11. Mauser-Bunschoten EP. Symptomatic carriers of hemophilia. World Federation of Hemophilia, 2008; N° 46.

12. Sidonio RF, Mili FD, Li T, Miller CH, Hooper WC, De Baun MR, Soucie M, Hemophilia Treatment Centers Network. Females with FVIII and FIX deficiency have reduced joint range of motion. Am J Hematol. 2014; 89: 831–6.

13. van Galen K, d'Oiron R, James P, Abdul-Kadir R, Kouides PA, Kulkarni R et al. A new hemophilia carrier nomenclature to define hemophilia in women and girls: communication from the SSC of the ISTH. J Thromb Haemost. 2021; 19(8): 1883-1887.

14. van Galen K, Lavin M, Skouw-Rasmussen N, Fischer K, Noone D, Pollard D et al. European Haemophilia Consortium (EHC) and the European Association for Haemophilia and Allied Disorders (EAHAD). European principles of care for women and girls with inherited bleeding disorders. Haemophilia. 2021; 27: 837–47.

15. Hermans C, Johnsen JM, Curry N. Women and girls with inherited bleeding disorders: Focus on haemophilia carriers and heavy menstrual bleeding. Haemophilia. 2024; 30(Suppl. 3): 45–51.

16. Weyand AC, Sidonio RF, Sholzberg M. Health issues in women and girls affected by haemophilia with a focus on nomenclature, heavy menstrual bleeding, and musculoskeletal issues. Haemophilia. 2022; 28(Suppl. 4): 18–25.

17. d'Oiron R, O'Brien S, James AH. Women and girls with haemophilia: Lessons learned. Haemophilia. 2021; 27(Suppl. 3): 75–81.

18. National Bleeding Disorders Foundation. Document 286: diagnosis and management of inherited bleeding disorders in girls and women with personal and family history of bleeding. https://www.bleeding.org/sites/default/files/document/files/MASAC-girls-and-women.pdf; April 2024 [accessed December 27, 2025].

19. Puetz J. Factor activity levels and bleeding scores in hemophilia carriers: apparent paradoxes. J Thromb Haemost. 2025; 23: 1767–1770.

20. Kempton CL, Guasch SA, Buckner TW, Mattis S, Fedewa SA. Differences and similarities in patient-reported outcomes among men and women with haemophilia. 2024; 30(6): 1383-1392.

21. Raso S, Lambert C, Boban A, Napolitano M, Siragusa S, Hermans C. Can we compare haemophilia carriers with clotting factor deficiency to male patients with mild haemophilia? Haemophilia. 2020; 26(1): 117-121.

22. Punt M, Waning ML, Mauser-Bunschoten EP, Kruip MJHA, Eikenboom J, Nieuwenhuizen L et al. Maternal and neonatal bleeding complications in relation to peripartum management in hemophilia carriers: A systematic review. Blood Reviews 2021; 49: 100826.

23. Punt M, van Leusden F, Bloemenkamp K, Coppens M, Driessens M, Heubel-Moenen F et al. Primary postpartum hemorrhage in women with von Willebrand disease and carriers of hemophilia: a retrospective analysis. Res Pract Thromb Haemost. 2024; 8: e102508.

24. Swaminathan N, Currie A, Hu J, Kulkarni R, Pipe S, Kouides P, Sharathkumar A. Characterization of the clinical and laboratory phenotype of hemophilia carriers and trends of utilization of hemostatic therapies: analysis of the American Thrombosis and Hemostasis Network dataset. Res Pract Thromb Haemost. 2025; 9: e102994.

25. Torres Ortuño A. Hemophilia carriers: quality of life and management at different life stages. Blood Coagulation and Fibrinolysis. 2020; 31(Suppl 1): S12–S14.

26. Carneiro-Leão D, Queirós-Pereira R, Teixeira S, Costa L, Mota T, Moreira I et al. ImpaHCta-Haemophilia Carriers Quality of Life Assessment. Haemophilia. 2025; 31(5): 1008-1014.

27. Kempton CL, Guasch SA, Buckner TW, Mattis S, Fedewa SA. Differences and similarities in patient-reported outcomes among men and women with haemophilia. Haemophilia. 2024; 30(6): 1383-1392.

28. Arya S, Wilton P, Page D, Boma-Fischer L, Floros G, Winikoff R et al. "Everything was blood when it comes to me": Understanding the lived experiences of women with inherited bleeding disorders. J Thromb Haemost. 2020; 18: 3211–3221.

29. Chaigneau M, Botros M, Grabell J, Hopman W, James P. Challenges and knowledge gaps facing hemophilia carriers today: Perspectives from patients and health care providers. Res Pract Thromb Haemost. 2022; 6: e12783.

30. Sheridan N, Thompson B, Lichten L, Coleman K, Sidonio R. The emotional experience of mothers of children with haemophilia: maternal guilt, effective coping strategies and resilience within the haemophilia community. Haemophilia. 2023; 29(2): 513-520.

31. Mujeres y niñas con hemofilia. Federación Mundial de Hemofilia (FMH). 2023. https://elearning.wfh.org/es/resource/mujeres-y-ninas-con-hemofilia/ (consultada el 10 de enero de 2026).

32. Gualtierotti R, Garagiola I, Mortarino M, Spena S, Romero-Lux O, Peyvandi F. Gender equity in hemophilia: need for healthcare, familial, and societal advocacy. Frontiers in Medicine. 2024; 10.3389/fmed.2024.1345496.

33. Hermans C, Krumb E, Rotellini D, Pierce G. The under evaluated impacts of the therapeutic revolution of hemophilia on women and girls. J Thromb Haemost. 2024; 22: 915–918.

34. Srivastava A, Santagostino E, Dougall A, Kitchen S, Sutherland M, SW et al. WFH Guidelines for the Management of Hemophilia, 3rd edition. Haemophilia. 2020; (Suppl 6): 1-158.

35. Curry N, Bowles L, Clark TJ, Lowe G, Mainwaring J, Mangles S et al. Gynaecological management of women with inherited bleeding disorders. A UK Haemophilia Centres Doctors' Organisation Guideline. Haemophilia. 2022; 28: 917–937.

36. Lowell AE, Calgi MP, Caruso JJ, Man LM, McNeil JS. Perioperative Management of Hemophilia Patients. Current Anesthesiology Reports. 2024; 14: 354–365. Chaignau



CAPÍTULO 17

Enfermedad Ocular Tiroidea y su impacto en la mujer



Dra. Mónica Marazuela Azpíroz
Jefa del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital de La Princesa, catedrática de la especialidad en la Universidad Autónoma de Madrid. Lidera el Grupo de Investigación en Endocrinología y Nutrición del Instituto de Investigación Sanitaria, IIS-Princesa. Académica de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España.



Dr. Santiago Ortiz Pérez
Especialista en Oftalmología Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Vicedecano de Docencia y Calidad Facultad de Medicina, Universidad de Granada, España.

La enfermedad ocular tiroidea (EOT), también conocida como orbitopatía tiroidea u orbitopatía asociada a la enfermedad de Graves-Basedow, es una patología autoinmune crónica que afecta a los tejidos orbitarios, incluidos los músculos extraoculares, el tejido adiposo y el tejido conectivo. Su aparición se asocia fundamentalmente a la disfunción tiroidea de origen autoinmune, especialmente al hipertiroidismo secundario a la enfermedad de Graves.

Desde el punto de vista clínico, la EOT se caracteriza por un proceso inflamatorio orbitario que puede manifestarse mediante edema y enrojecimiento periocular, dolor ocular espontáneo o inducido por la movilización, retracción palpebral, diplopía, proptosis (exoftalmos) y alteraciones visuales de diversa gravedad. En los casos más avanzados, la afectación puede comprometer de forma irreversible la función visual. Además del impacto funcional, estas manifestaciones producen con frecuencia una desfiguración facial progresiva.

La EOT presenta un curso clínico variable y complejo, caracterizado habitualmente por una fase inflamatoria activa seguida de una fase inactiva o fibrosa. Durante la fase activa predominan los fenómenos inflamatorios y la progresión de los síntomas, mientras que en la fase inactiva pueden persistir secuelas anatómicas y funcionales, incluso tras el control de la inflamación. La evolución no es uniforme y puede diferir de manera significativa entre pacientes, lo que obliga a un seguimiento individualizado y a un abordaje terapéutico adaptado a cada situación clínica.

En España, la EOT constituye la principal causa de exoftalmos unilateral o bilateral en el adulto y representa una complicación relevante del hipertiroidismo autoinmune. Aunque no se trata de una enfermedad rara desde el punto de vista epidemiológico, sí es una patología poco prevalente, con un elevado impacto sanitario, social y económico, especialmente cuando se presenta en formas moderadas o graves.

Desde una perspectiva de género, la EOT muestra un claro predominio en mujeres, fenómeno que se explica por la interacción de factores genéticos, hormonales, inmunológicos y metabólicos. Más allá de la mayor frecuencia, el impacto psicosocial de la enfermedad —especialmente el derivado de las limitaciones funcionales, las repercusiones laborales y el derivado de la desfiguración facial— presenta diferencias relevantes entre mujeres y hombres. En las mujeres, estas consecuencias tienden a amplificarse, lo que subraya la necesidad de incorporar de forma sistemática la perspectiva de género en el análisis y abordaje de la EOT.

EPIDEMIOLOGÍA Y PERFIL DE PACIENTES

Prevalencia e incidencia

La enfermedad ocular tiroidea se presenta en un porcentaje significativo de pacientes con enfermedad de Graves. Diversos estudios coinciden en que entre el 25 % y el 50 % de las personas con enfermedad de Graves desarrollan algún grado de afectación ocular a lo largo de la evolución de su patología tiroidea, aunque la mayoría de los casos corresponden a formas leves.

En España, los datos disponibles indican una incidencia aproximada de 0,747 casos por cada 10.000 personas-año. En un estudio reciente realizado en un hospital de tercer nivel, que incluyó a 156 pacientes con orbitopatía tiroidea, el 82,1 % eran mujeres, con una ratio mujer/hombre de 4,57:1. La edad media de los pacientes fue de 50,7 ± 13,2 años. En este mismo estudio, el 39,7 % presentaba antecedentes familiares de disfunción tiroidea y el 44,9 % eran fumadores en el momento del diagnóstico. En cuanto a la gravedad, el 70,5 % de los casos se clasificaron como enfermedad leve, el 26,3 % como moderada-grave y el 3,2 % como muy grave [1, 2].

Estos datos son coherentes con los observados en otros estudios europeos, que confirman el claro predominio femenino de la enfermedad. La incidencia estimada es de aproximadamente 16 casos por cada 100.000 mujeres frente a 2,9–3 casos por cada 100.000 hombres [1-5]. No obstante, aunque la EOT es menos frecuente en hombres, estos tienden a presentar formas clínicas más graves y con peor pronóstico visual, aspecto que debe tenerse en cuenta en el seguimiento y manejo clínico [3, 4].

La edad de inicio se sitúa con mayor frecuencia entre los 40 y los 65 años, aunque la enfermedad puede manifestarse en cualquier década de la edad adulta. Este rango etario coincide con una etapa vital de plena actividad laboral y social, lo que contribuye a amplificar el impacto funcional, económico y familiar de la enfermedad.

La EOT es una patología poco prevalente, con un elevado impacto sanitario, social y económico.



Perfil clínico más frecuente

En conjunto, el perfil más habitual de paciente con EOT en España corresponde al de una mujer de mediana edad, con antecedentes personales o familiares de enfermedad tiroidea autoinmune, fumadora o exfumadora, que desarrolla síntomas oculares de forma simultánea o poco después del diagnóstico de hipertiroidismo. En un porcentaje menor de casos, la afectación ocular puede preceder al diagnóstico tiroideo o aparecer en pacientes con función tiroidea normal o con hipotiroidismo.

La variabilidad clínica es amplia y no todos los pacientes evolucionan de la misma manera. Mientras que en algunos casos la enfermedad se mantiene estable o presenta una progresión limitada, en otros puede evolucionar hacia formas moderadas o graves con repercusión funcional significativa, desfiguración facial persistente y riesgo de complicaciones visuales.

PRINCIPALES CAUSAS Y FISIOPATOLOGÍA

La enfermedad ocular tiroidea es una patología autoinmune mediada principalmente por anticuerpos dirigidos frente al receptor de la hormona estimulante de la tiroides (TRAb, Thyrotropin Receptor Antibodies). Este receptor no solo se expresa en la glándula tiroides, sino también en los tejidos orbitarios, lo que explica la estrecha relación entre la disfunción tiroidea y la afectación ocular.

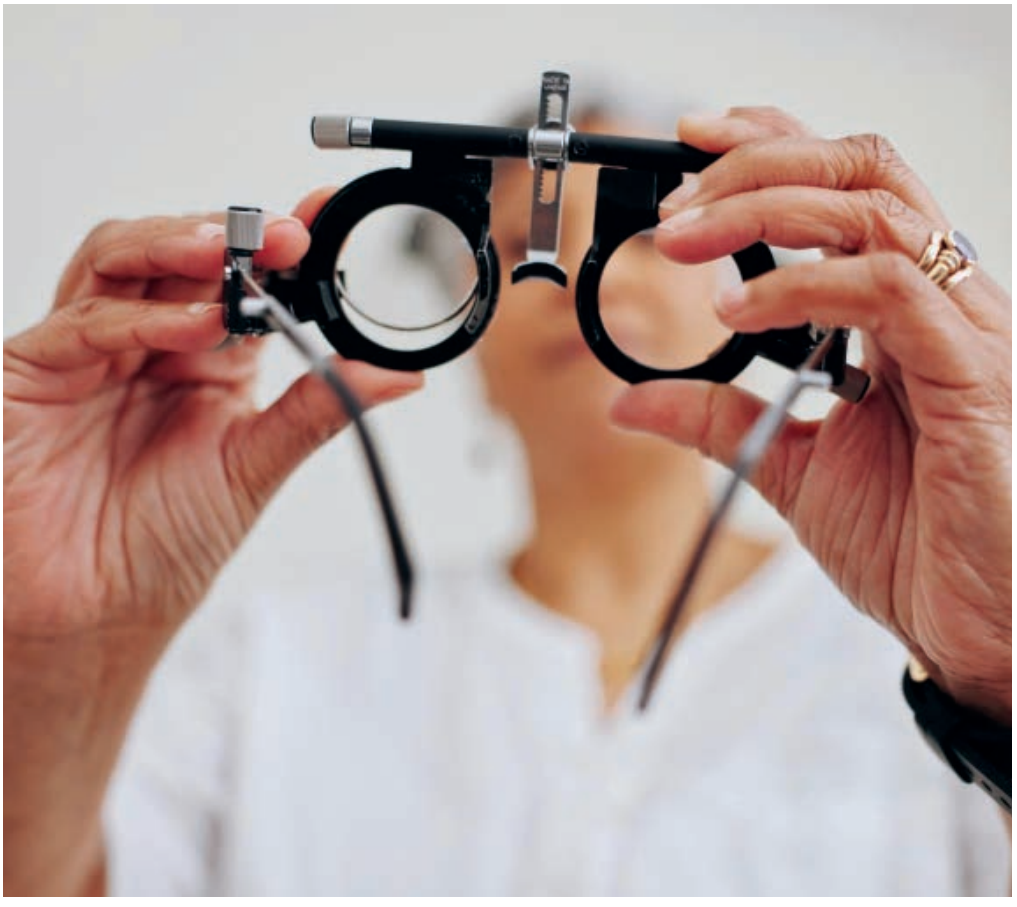
En la fisiopatología de la EOT desempeña un papel central la interacción entre los TRAb y el receptor del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1R, Insulin-like Growth Factor 1 Receptor). Esta interacción activa una cascada de señalización intracelular que conduce a la activación de los fibroblastos orbitarios, la infiltración linfocitaria y la liberación de citocinas proinflamatorias.

Como consecuencia de esta activación inmunitaria, se produce una sobreproducción de glucosaminoglicanos, que favorece la retención de agua y el aumento del volumen de los tejidos orbitarios. Paralelamente, se estimula la diferenciación adipogénica de los fibroblastos y la expansión del tejido graso retrobulbar. Estos procesos explican el edema, el aumento de la presión intraorbitaria y el desplazamiento anterior del globo ocular característicos de la enfermedad.

En fases más avanzadas o tras la resolución parcial de la inflamación, los fenómenos de fibrosis y remodelación tisular adquieren mayor relevancia. Esta fibrosis progresiva es responsable de muchas de las secuelas persistentes de la EOT, como la diplopía crónica, la retracción palpebral y la proptosis residual, que pueden mantenerse incluso cuando la enfermedad se considera inactiva desde el punto de vista inflamatorio.

FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD OCULAR TIROIDEA

En el desarrollo de la enfermedad ocular tiroidea interviene una combinación de factores no modificables y factores modificables (ver tabla 1) que influyen tanto en la aparición como en la evolución y gravedad del cuadro clínico. El conocimiento de estos factores resulta esencial para la identificación precoz de personas en riesgo y para el diseño de estrategias de prevención y manejo integral de la enfermedad.



Factores de riesgo no modificables

Edad

La EOT suele debutar en personas que se encuentran en la edad media de la vida, con mayor frecuencia entre los 40 y los 65 años. Este periodo coincide con una etapa vital caracterizada por una elevada actividad laboral y una importante carga de responsabilidades familiares y sociales. En consecuencia, la aparición de la enfermedad en este contexto tiene un impacto significativo no solo sobre la salud individual, sino también sobre el entorno familiar y la productividad laboral [3].

Diversos estudios han mostrado que la probabilidad de desarrollar enfermedad ocular tiroidea aumenta progresivamente con la edad, estimándose un incremento del riesgo de aproximadamente un 17 % por cada década de vida [4]. Este aumento puede estar relacionado con cambios inmunológicos asociados al envejecimiento, así como con una mayor duración de la exposición a factores ambientales y metabólicos implicados en la patogénesis de la enfermedad.

Sexo femenino

El sexo femenino constituye uno de los principales factores de riesgo no modificables de la EOT. La enfermedad es hasta cinco veces más frecuente en mujeres que en hombres, especialmente en mujeres jóvenes y de mediana edad [1]. A pesar de esta mayor prevalencia en mujeres, los hombres suelen presentar formas clínicas más graves y con peor pronóstico visual, lo que sugiere diferencias en los mecanismos patogénicos y en la respuesta tisular entre ambos sexos [4]. Estas diferencias obligan a considerar el sexo no solo como un factor de riesgo, sino también como un elemento modulador de la expresión clínica y la evolución de la enfermedad.

La EOT es hasta cinco veces más frecuente en mujeres que en hombres y suele aparecer en plena edad laboral, lo que amplifica su impacto personal, familiar y económico.

Predisposición genética y autoinmunidad

La predisposición genética desempeña un papel relevante en el desarrollo de la EOT. Las enfermedades autoinmunes se asocian con la enfermedad ocular tiroidea en un porcentaje muy elevado de pacientes, lo que confirma la estrecha relación entre la EOT y las alteraciones inmunológicas sistémicas. En algunos estudios, hasta el 98 % de los pacientes con EOT presentan antecedentes personales o familiares de enfermedad autoinmune, especialmente tiroidea.

Se ha descrito la asociación de determinados polimorfismos genéticos con un mayor riesgo de desarrollar enfermedad tiroidea autoinmune y EOT. En particular, el polimorfismo C52→A52 del receptor de la hormona estimulante de la tiroides (TSHR, Thyroid Stimulating Hormone Receptor) se ha relacionado con una mayor susceptibilidad a la enfermedad tiroidea autoinmune en mujeres (6). Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de una base genética que interactúa con factores hormonales y ambientales para favorecer la aparición de la EOT.

La historia familiar de tiroidopatías autoinmunes también constituye un factor de riesgo relevante. En el estudio de Fernández et al., el 39,7 % de los pacientes con EOT presentaban antecedentes familiares de enfermedad tiroidea, lo que sugiere una predisposición familiar que ha sido confirmada en otros estudios epidemiológicos [1].

Tabla 1 - Factores de riesgo de la enfermedad ocular tiroidea: clasificación según modificabilidad e implicación clínica

Tipo de factor	Factor	Impacto clínico	Implicación práctica
No modificable	Sexo femenino	Mayor prevalencia	Seguimiento estrecho en mujeres con Graves
No modificable	Edad (40–65 años)	Mayor riesgo de desarrollo	Vigilancia en edad laboral activa
No modificable	Predisposición genética	Mayor susceptibilidad autoinmune	Historia familiar relevante
Modificable	Tabaquismo	↑ riesgo y gravedad	Prioridad en cesación tabáquica
Modificable	Hipertiroidismo no controlado	Mayor actividad inflamatoria	Control precoz función tiroidea
Modificable	Tratamiento con yodo radiactivo	Posible exacerbación	Profilaxis en pacientes seleccionados
Modificable	Niveles elevados de TSAb	Correlación con actividad	Monitorización durante fase activa

Fuente: Elaboración propia a partir de Bartalena et al., 2020 [7]; Bartalena et al., 2021 [52]; Burch et al., 2022 [9]; Zloto et al., 2021 [12].

Factores de riesgo modificables

Tabaquismo

El tabaco es el factor de riesgo modificable más claramente asociado al desarrollo y la progresión de la enfermedad ocular tiroidea. Las personas fumadoras con enfermedad de Graves presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar afectación ocular, así como una mayor probabilidad de formas clínicas más graves y una peor respuesta a los tratamientos disponibles [7].

En pacientes fumadores, la respuesta terapéutica suele ser más lenta y menos eficaz, y se ha descrito un mayor riesgo de aparición o empeoramiento de la EOT tras el tratamiento con yodo radiactivo. Por el contrario, el abandono del hábito tabáquico se asocia con una reducción del riesgo de progresión y de complicaciones como el exoftalmos o la diplopía, lo que sugiere que el consumo activo de tabaco tiene un impacto clínico más relevante que la exposición acumulada a lo largo de la vida.

Aunque los mecanismos implicados no se conocen por completo, se han propuesto procesos como la hipoxia tisular, el aumento de citocinas proinflamatorias y la estimulación de la adipogénesis orbital [7]. No obstante, pese a su relevancia, el tabaquismo no debe plantearse como la única ni la principal solución desde el punto de vista de las políticas sanitarias, ya que el abordaje de la EOT requiere estrategias más amplias basadas en la detección precoz, el acceso a tratamientos adecuados y un enfoque multidisciplinar.

Estado tiroideo

La enfermedad de Graves es otro factor de riesgo modificable estrechamente vinculado ala EOT. Entre el 85 % y el 90 % de los pacientes con enfermedad ocular tiroidea presentan hipertiroidismo secundario a la enfermedad de Graves, mientras que un porcentaje reducido son eutiroideos o hipotiroideos [8].

Aunque la mayoría de los casos se asocian a hipertiroidismo, la EOT también puede observarse en pacientes con función tiroidea normal o con hipotiroidismo, lo que subraya la complejidad de la relación entre la función tiroidea y la afectación ocular [9].

Niveles elevados de TSAb

Los niveles elevados de anticuerpos estimulantes del receptor de la tirotropina (TSAb, Thyroid Stimulating Antibodies) se consideran un biomarcador específico de la enfermedad ocular tiroidea, ya que en los pacientes afectados sus concentraciones suelen ser significativamente superiores a las de individuos sin la enfermedad y se correlacionan con la actividad y la gravedad del cuadro clínico. Aunque su presencia refleja una base autoinmune subyacente, los niveles de TSAb no son estáticos y pueden modificarse a lo largo del tiempo. Su concentración puede disminuir con el control adecuado de la enfermedad tiroidea, la reducción de la actividad inflamatoria y la instauración de tratamientos inmunomoduladores. Por ello, además de su valor como marcador de actividad y pronóstico, los TSAb constituyen un factor modificable cuya monitorización permite evaluar la respuesta terapéutica y ajustar el manejo clínico, especialmente durante la fase activa de la enfermedad.

Tratamiento con yodo radioactivo

El tratamiento con yodo radiactivo también se ha asociado a un mayor riesgo de aparición o progresión de la EOT, especialmente en pacientes con factores de riesgo concomitantes, como el tabaquismo. Este fenómeno podría deberse a la liberación de antígenos tiroideos y a la exacerbación de la respuesta autoinmune tras el tratamiento [8].

DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

El diagnóstico de la enfermedad ocular tiroidea se basa en la integración de criterios clínicos, analíticos y de imagen. Su correcta identificación requiere evaluar de manera diferenciada tanto la gravedad de la enfermedad —clasificada como leve, moderada-grave o amenazante para la visión— como su grado de actividad, que puede ser activo o inactivo/crónico. Esta distinción resulta fundamental para orientar el manejo terapéutico y establecer el seguimiento adecuado de cada paciente.

La evaluación inicial debe incluir una revisión detallada de la historia clínica, con especial atención a los antecedentes personales y familiares de enfermedad tiroidea autoinmune, al estado tiroideo actual, al hábito tabáquico y a la cronología de los síntomas oculares.

Diagnóstico clínico

Síntomas

Los síntomas de la EOT son variables y pueden presentarse de forma aislada o combinada. Entre los más frecuentes se encuentran el dolor ocular, que aparece en aproximadamente el 42 % de los pacientes; la diplopía, presente en alrededor del 51 %; y la proptosis o exoftalmos, observada en cerca del 60 % de los casos. La queratoconjuntivitis seca es también un síntoma común, con una prevalencia estimada del 65 % [11].

A estos síntomas físicos se añade un impacto significativo sobre la calidad de vida. Las molestias oculares persistentes, las alteraciones visuales y los cambios en la apariencia facial pueden generar ansiedad, depresión, aislamiento social y una percepción negativa de la propia imagen corporal, incluso en fases iniciales de la enfermedad.

Signos clínicos

Entre los signos clínicos más característicos destaca la retracción palpebral, que expone una mayor superficie ocular y constituye uno de los hallazgos más visibles de la enfermedad. A ello se suman la proptosis y el estrabismo, que se manifiesta como una desalineación de los globos oculares y contribuye de forma relevante a la diplopía [11].

El examen oftalmológico debe incluir la evaluación de la función del nervio óptico, la agudeza visual corregida, la visión cromática, la presencia de defecto pupilar aferente relativo y el campo visual. La visión cromática puede evaluarse mediante la prueba de Hardy–Rand–Rittler, que permite detectar alteraciones sutiles del nervio óptico.

La valoración de la motilidad ocular y la evaluación ortóptica son esenciales para identificar y cuantificar el estrabismo. La exoftalmometría de Hertel se utiliza habitualmente para medir la proptosis en pacientes no intervenidos quirúrgicamente, mientras que la exoftalmometría de Naugle se reserva para aquellos que han sido sometidos a cirugía de descompresión orbitaria.

La exploración palpebral incluye la medición de la distancia del margen palpebral al reflejo corneal (MRD1 y MRD2), así como la valoración del edema y la retracción palpebral. La lámpara de hendidura permite examinar los segmentos anterior y posterior del ojo y medir la presión intraocular tanto en posición primaria como en supraversión.

El diagnóstico precoz y la derivación a unidades especializadas de Endocrinología y Oftalmología son esenciales para prevenir complicaciones oculares irreversibles.

Diversos estudios han demostrado que los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con EOT son significativamente superiores a los de la población general.

Este aspecto resulta especialmente relevante en mujeres, en quienes determinadas características clínicas pueden condicionar una evolución más rápida de la enfermedad.

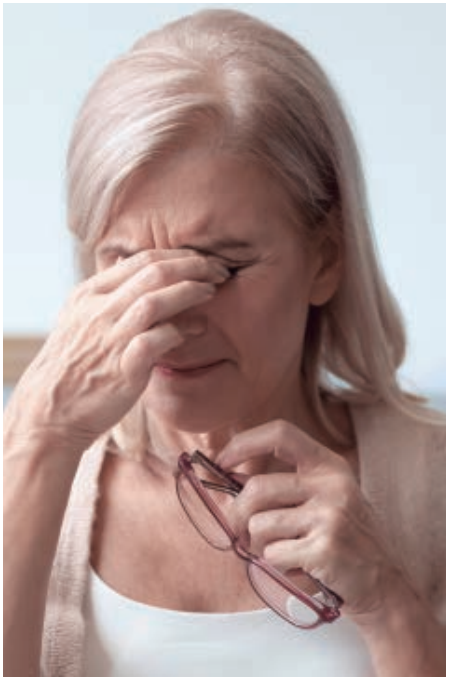
Evaluación complementaria

Las pruebas de imagen desempeñan un papel clave en el diagnóstico de la EOT. La ecografía orbitaria, la tomografía computarizada y la resonancia magnética permiten visualizar el engrosamiento de los músculos extraoculares, el edema y el aumento del tejido graso retrobulbar, así como descartar otras causas de proptosis.

La evaluación analítica incluye la medición de la función tiroidea mediante la determinación de la hormona estimulante de la tiroides (TSH), la tiroxina libre (T4 libre) y la triyodotironina libre (T3 libre). Asimismo, se recomienda la determinación de anticuerpos específicos, como la inmunoglobulina estimulante de la tiroides (TSI, Thyroid Stimulating Immunoglobulin) y los anticuerpos estimulantes del receptor de la TSH (TSAb). Los niveles de TSI se correlacionan con la actividad inflamatoria y pueden utilizarse como marcador pronóstico de la enfermedad [10].

Escalas clínicas de actividad y gravedad

Para evaluar la actividad de la EOT se emplea la puntuación de actividad clínica (CAS, Clinical Activity Score), un sistema validado recomendado por el Grupo Europeo de Orbitopatía de Graves (EUGOGO). La escala CAS se basa en la presencia de siete signos inflamatorios: dolor espontáneo retroocular, dolor a la mirada superior, enrojecimiento conjuntival, enrojecimiento palpebral, quemosis, inflamación de la carúncula e inflamación palpebral.

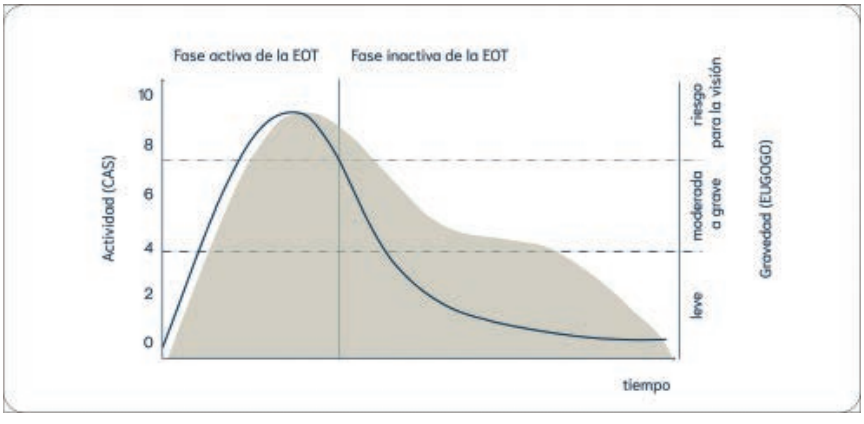


Cada signo presente suma un punto. Una puntuación CAS inferior a 3 sugiere enfermedad inactiva o crónica, mientras que una puntuación igual o superior a 3 indica enfermedad activa. En evaluaciones de seguimiento puede emplearse una versión ampliada de 10 puntos, que incorpora el deterioro de la agudeza visual, el empeoramiento de la diplopía y el aumento de la proptosis. En este caso, puntuaciones iguales o superiores a 4 son indicativas de actividad clínica significativa [12].

Evolución de la enfermedad

La evolución de la EOT se caracteriza por dos fases principales: la fase activa inflamatoria y la fase inactiva (ver figura 1). La fase activa suele durar entre 6 y 24 meses y se caracteriza por la progresión de los síntomas y una mayor respuesta a los tratamientos inmunomoduladores. Durante esta fase se produce inflamación del tejido muscular y adiposo orbitario, con expansión tisular mediada por la activación de la vía IGF-1R/TSHR.

Figura 1. Evolución temporal de la enfermedad ocular tiroidea (Curva de Rundle).



Curso bifásico caracterizado por una fase activa inflamatoria con incremento progresivo de la actividad clínica, seguida de una fase inactiva con descenso gradual y persistencia de secuelas estructurales.

Fuente: Elaboración propia a partir de Bartalena et al., 2021 [52].

En la fase inactiva, la inflamación disminuye y se estabiliza, pero pueden persistir secuelas funcionales y estructurales, como diplopía crónica, retracción palpebral y proptosis residual. Aunque la actividad inflamatoria se atenúa, los procesos de remodelación tisular pueden continuar, contribuyendo a la persistencia de la desfiguración facial y al deterioro de la calidad de vida [13].

IMPACTO BIOPSICOSOCIAL

La enfermedad ocular tiroidea tiene un impacto significativo y sostenido en la calidad de vida de las personas afectadas, incluso en sus formas leves, y tanto durante la fase activa como en la fase inactiva de la enfermedad. Este impacto se manifiesta en los ámbitos físico, emocional, social y laboral, y varía en función del grado de gravedad y de la evolución clínica.

Impacto en la calidad de vida y la salud mental

En las formas leves de la EOT, la repercusión sobre la vida diaria puede ser limitada y no justificar tratamientos inmunosupresores ni intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, incluso en estos casos, los síntomas oculares persistentes, como la sequedad ocular, la fotofobia o la retracción palpebral, pueden generar molestias continuas y afectar al bienestar del paciente [14].

A medida que la enfermedad progresa hacia formas moderadas o graves, el impacto sobre la calidad de vida se vuelve más evidente. Durante la fase activa, el dolor ocular, las alteraciones visuales —especialmente la diplopía— y los cambios estructurales orbitofaciales son los principales factores que deterioran el funcionamiento diario. En este estadio, aproximadamente el 36,4 % de los pacientes presentan problemas de salud mental, como ansiedad y/o depresión. En la fase inactiva, aunque la inflamación se haya estabilizado, las secuelas funcionales y la desfiguración facial persistente continúan afectando al bienestar emocional. Se ha descrito que hasta el 45 % de los pacientes en fase inactiva pueden presentar síntomas de ansiedad o depresión, lo que pone de manifiesto que el impacto psicológico de la EOT no se limita al periodo inflamatorio activo.

Los signos visibles de la enfermedad generan con frecuencia malestar en las interacciones sociales. Muchas personas afectadas se ven obligadas a explicar reiteradamente su situación clínica o a adoptar estrategias de evitación, como el uso constante de gafas de sol, para reducir las miradas o preguntas incómodas. En algunos casos, el entorno familiar tiende a minimizar la gravedad del problema, lo que genera una discrepancia entre la percepción del paciente y la de sus allegados, aumentando la sensación de incomprensión.

El miedo y la angustia son sentimientos frecuentes en los pacientes con EOT, especialmente en las fases iniciales y durante el periodo activo de la enfermedad. Estos estados emocionales pueden evolucionar hacia cuadros de ansiedad crónica o depresión, con un impacto negativo adicional sobre la adherencia al tratamiento y la percepción global de la enfermedad [15].

Diversos estudios han demostrado que los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con EOT son significativamente superiores a los de la población general [16]. En este contexto, resulta especialmente relevante que cerca del 75 % de los pacientes refieren síntomas que afectan a su salud mental, mientras que menos del 40 % los comunica de forma explícita a su médico (15). Además, las personas con EOT presentan un riesgo significativamente mayor de muerte por suicidio en comparación con individuos de la misma edad y sexo sin la enfermedad, lo que subraya la gravedad del impacto psicológico asociado a esta patología [17].

Impacto funcional y laboral

Las limitaciones visuales y físicas derivadas de la EOT interfieren de forma directa con las actividades cotidianas y la capacidad laboral. La diplopía y el dolor orbitario son los síntomas que generan un mayor deterioro funcional, afectando a tareas como la lectura, el uso de dispositivos electrónicos, la conducción y otras actividades que requieren una visión binocular adecuada. Estas limitaciones reducen la autonomía personal y pueden obligar a modificar o abandonar determinadas actividades profesionales [18].



La desfiguración facial asociada a la proptosis, la retracción palpebral y la asimetría ocular contribuye adicionalmente al aislamiento social y a la pérdida de confianza en uno mismo. En el ámbito laboral, estas alteraciones pueden generar dificultades en la interacción con compañeros y clientes, así como una mayor percepción de estigmatización.

La EOT se asocia también a importantes barreras administrativas y burocráticas. En muchos sistemas sanitarios, la enfermedad no cuenta con un reconocimiento específico en los informes médicos utilizados para tramitar bajas laborales, lo que obliga a los profesionales a recurrir a diagnósticos indirectos o concurrentes, como la diplopía, la exoftalmia o los trastornos del estado de ánimo, para justificar la incapacidad temporal. En algunos casos, los pacientes se ven obligados a aportar informes médicos privados para obtener adaptaciones en su puesto de trabajo.

Esta situación resulta especialmente compleja para las personas trabajadoras autónomas, que afrontan mayores dificultades para garantizar la continuidad de sus ingresos durante los periodos de enfermedad. La inseguridad económica derivada de estas circunstancias contribuye de forma directa al aumento de la ansiedad y al estrés asociados a la EOT [15].

Costes sanitarios y sociales

Tanto a nivel nacional como internacional, revisiones recientes destacan la escasez de evidencia económica. Aunque algunos estudios observacionales y datos administrativos aportan información parcial sobre el uso de recursos sanitarios, sigue siendo necesario disponer de más estudios que permitan comprender mejor su impacto y orientar estrategias de manejo más eficientes.

En España, se estima que aproximadamente 250 pacientes con EOT requieren descompresión orbitaria cada año, con un coste total anual que oscila entre 609.025 € y 1.941.995 €, sin incluir posibles procedimientos quirúrgicos adicionales [19].

En cuanto a los costes indirectos, un estudio realizado en Alemania señala que el mayor impacto económico de la EOT proviene de la pérdida de productividad, que representa entre el 90% y el 95% del coste total de la enfermedad [30]. Este peso de los costes indirectos se refleja también en las dificultades laborales asociadas a la enfermedad. Por ejemplo, un estudio realizado en Dinamarca ha mostrado que los pacientes con EOT presentan un riesgo hasta siete veces mayor de baja médica de larga duración tras el diagnóstico. Este riesgo se mantiene durante los años posteriores y se asocia a mayores dificultades para la reincorporación laboral y a una mayor tasa de desempleo [20].

ASPECTOS DIFERENCIADORES DE GÉNERO

La enfermedad ocular tiroidea presenta diferencias relevantes en su prevalencia, manifestación clínica, impacto psicosocial y evolución según el sexo. Estas diferencias no solo tienen implicaciones biológicas, sino también sociales y organizativas, y deben ser consideradas de forma explícita en el abordaje integral de la enfermedad.



La EOT es cinco veces más prevalente en mujeres que en hombres. Sin embargo, los hombres tienden a presentar formas clínicas más graves, con mayor riesgo de compromiso visual y peor respuesta terapéutica. Un estudio que analizó las diferencias clínicas, terapéuticas y pronósticas entre ambos sexos observó que, de 132 pacientes diagnosticados durante el periodo de estudio, 94 eran mujeres y 38 hombres. La enfermedad activa fue más frecuente en mujeres, mientras que los hombres presentaron con mayor frecuencia formas más severas [21].

La EOT es cinco veces más prevalente en mujeres que en hombres.

En este mismo estudio se constató que la puntuación de calidad de vida relacionada con la apariencia fue significativamente peor en mujeres que en hombres. Este hallazgo pone de manifiesto el impacto diferencial de la desfiguración facial en función del género y la necesidad de tenerlo en cuenta a la hora de establecer estrategias terapéuticas y de apoyo psicológico [21]. Asimismo, se ha observado que el tiempo transcurrido desde el inicio de la EOT hasta la aparición de la fase activa es más corto en mujeres que en hombres. Este hecho sugiere que las mujeres podrían beneficiarse de un seguimiento más estrecho durante los primeros años de la enfermedad, mientras que en los hombres sería necesario mantener una vigilancia



prolongada, dado el mayor riesgo de evolución hacia formas graves en etapas más tardías. No obstante, se requieren más estudios específicos para confirmar estas diferencias temporales en la activación de la enfermedad [21].

FACTORES DE GÉNERO EN LA ENFERMEDAD OCULAR TIROIDEA

Mayor susceptibilidad autoinmune femenina

La mayor prevalencia de la EOT en mujeres se enmarca en el contexto general de las enfermedades autoinmunes, que afectan con mayor frecuencia al sexo femenino. Estudios epidemiológicos y metaanálisis han demostrado que, aunque los varones pueden desarrollar formas más graves, la prevalencia global de la EOT es significativamente mayor en mujeres [22, 23].

Esta mayor incidencia se explica, en parte, por mecanismos biológicos bien establecidos. El cromosoma X alberga numerosos genes implicados en la regulación del sistema inmunitario, como TLR7, FOXP3 y CD40L. El escape de la inactivación del cromosoma X puede dar lugar a una mayor expresión de estos genes en mujeres, lo que favorece una activación inmunitaria más intensa y una mayor susceptibilidad a la pérdida de tolerancia inmunológica [24, 25].

Influencia de las hormonas sexuales en la regulación inmunitaria

Las hormonas sexuales femeninas, en particular los estrógenos, desempeñan un papel clave en la modulación de la respuesta inmunitaria. El 17β-estradiol influye en la activación y diferenciación de linfocitos B y T, en la producción de autoanticuerpos y en la expresión de citocinas proinflamatorias, mecanismos todos ellos implicados en la fisiopatología de la EOT.
Las revisiones recientes sobre los mecanismos subyacentes a las diferencias de sexo en la autoinmunidad indican que los estrógenos pueden potenciar las respuestas humorales y favorecer fenotipos inmunitarios Th2 y Th17, al tiempo que modulan negativamente determinados mecanismos de tolerancia inmunológica. Aunque los estudios específicos centrados exclusivamente en la EOT son limitados, estos mecanismos están ampliamente aceptados en la autoinmunidad tiroidea y proporcionan una base biológica sólida para explicar la mayor susceptibilidad femenina [24, 26, 27].

Factores psicosociales: desfiguración facial y estigmatización

La EOT es una enfermedad altamente visible, y los cambios en la apariencia facial constituyen un aspecto relevante para las personas afectadas. La proptosis, la retracción palpebral y la asimetría ocular alteran de forma significativa la expresión facial y pueden dar lugar a una desfiguración facial que afecta a la autoestima, las relaciones sociales y la percepción de la propia identidad.

Los estudios que evalúan la calidad de vida mediante herramientas específicas, como el cuestionario GO-QOL (Graves' Ophthalmopathy Quality of Life questionnaire), muestran que las mujeres presentan puntuaciones significativamente más bajas en el dominio relacionado con la apariencia. Este dato sugiere una mayor percepción de estigmatización y un mayor impacto emocional asociado a los cambios físicos de la enfermedad en el sexo femenino [12].

Diversos trabajos han documentado que la alteración de la imagen corporal en la EOT se asocia a ansiedad, depresión, aislamiento social y disminución de la autoestima. Estos efectos tienden a ser más intensos y persistentes en mujeres, incluso en fases inactivas de la enfermedad o tras la finalización del tratamiento, lo que refuerza la necesidad de un acompañamiento psicológico específico desde una perspectiva de género [28, 29].



Rol de cuidados y carga funcional

La EOT se asocia a una disminución significativa de la capacidad laboral y funcional, con un aumento de las bajas médicas, la discapacidad y la reducción de la productividad, especialmente en pacientes con diplopía o enfermedad moderada-grave [30, 31]. Este impacto adquiere una dimensión particular en mujeres, quienes, además de la carga laboral, con mayor frecuencia asumen también roles de cuidadoras principales en el entorno familiar.

Datos de organismos internacionales como la OCDE y Eurostat muestran que, aunque se han producido avances en la distribución de roles en las últimas décadas, las mujeres continúan dedicando más tiempo que los hombres al trabajo no remunerado, que incluye el cuidado de hijos, personas mayores y tareas domésticas [32, 33]. En este contexto, muchas mujeres con EOT deben compatibilizar responsabilidades familiares y laborales durante el curso de la enfermedad, lo que incrementa la carga física y emocional asociada a la enfermedad.

La literatura reciente reconoce que estos factores sociales y de género influyen de manera significativa en la calidad de vida, la adherencia terapéutica y la percepción global de la enfermedad. Por ello, deben ser considerados de forma explícita en un abordaje integral centrado en la paciente, que tenga en cuenta no solo los aspectos clínicos, sino también las circunstancias sociales y familiares [34].

RAZONES METABÓLICAS DEL PREDOMINIO FEMENINO EN LA ENFERMEDAD OCULAR TIROIDEA

Además de los factores hormonales e inmunológicos, existen mecanismos metabólicos que contribuyen de forma relevante a que la enfermedad ocular tiroidea sea significativamente más frecuente en mujeres que en hombres [7, 12, 22]. Estos mecanismos actúan de manera integrada y ayudan a explicar tanto la mayor prevalencia como determinadas diferencias en la expresión clínica de la enfermedad [1, 2].

Los estrógenos, además de modular la respuesta inmunitaria, ejercen un efecto directo sobre el metabolismo del tejido adiposo orbitario [24–27]. En las mujeres, los fibroblastos orbitarios presentan una mayor capacidad de diferenciación adipogénica en respuesta a estímulos autoinmunes, lo que favorece la expansión del volumen graso retrobulbar [7, 10, 30]. Este fenómeno contribuye al desarrollo de proptosis y edema orbitario, signos característicos de la EOT [5, 8].

Esta mayor propensión a la adipogénesis orbital resulta especialmente relevante en etapas de cambios hormonales, como la premenopausia, el embarazo, el posparto y la menopausia [3, 12]. Durante estos periodos, la regulación metabólica del tejido adiposo es más inestable, lo que puede aumentar la vulnerabilidad a la activación o exacerbación de la enfermedad ocular tiroidea [7, 23].

Por otro lado, las mujeres presentan con mayor frecuencia un patrón metabólico caracterizado por resistencia transitoria a la insulina en situaciones de estrés tiroideo o inflamatorio [7, 24]. Esta resistencia potencia la activación del eje del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1/IGF-1R), un componente central en la fisiopatología de la EOT [7–9]. La mayor sensibilidad tisular al IGF-1, promovida tanto por los estrógenos como por la regulación del receptor en el tejido orbitario, incrementa la respuesta inflamatoria y la producción de glucosaminoglicanos, favoreciendo el edema y la remodelación tisular de la órbita [8-10].

Estos mecanismos ayudan a explicar por qué las mujeres pueden presentar síntomas funcionales más precoces y una expresión clínica más llamativa incluso cuando los niveles de hormonas tiroideas se encuentran relativamente controlados [12, 14, 16]. La aparición temprana de signos como la proptosis, la retracción palpebral y la diplopía tiene un impacto directo sobre la calidad de vida y la percepción de la enfermedad [14, 28, 29].

Además, existen factores metabólicos relacionados con la composición corporal que pueden modular el riesgo de EOT [25, 26, 30]. El tejido adiposo subcutáneo, más abundante en mujeres, expresa niveles más elevados de aromatasa y de citocinas proinflamatorias, lo que amplifica la respuesta autoinmune sistémica [24–26]. Este tejido adiposo puede actuar como un reservorio inflamatorio que contribuye a la persistencia de la actividad de la enfermedad [7, 30].

Las fluctuaciones metabólicas asociadas al ciclo menstrual, la gestación o la menopausia alteran la homeostasis tiroidea y generan periodos de mayor vulnerabilidad para la activación autoinmune [3, 24–27]. En conjunto, estos factores metabólicos, hormonales e inmunitarios convergen para incrementar el riesgo de desarrollar enfermedad ocular tiroidea en mujeres y para condicionar una expresión clínica frecuentemente más sintomática desde fases iniciales [7, 12, 34].

En conjunto, estos factores metabólicos, hormonales e inmunitarios convergen para incrementar el riesgo de desarrollar enfermedad ocular tiroidea en mujeres y para condicionar una expresión clínica frecuentemente más sintomática desde fases iniciales [7, 12, 31-34].

TRATAMIENTOS DISPONIBLES Y ABORDAJE CLÍNICO

Las referencias clave para el manejo clínico de la EOT son las recomendaciones de grandes asociaciones internacionales, como la Asociación Americana de la Tiroides (ATA), la Asociación Europea de la Tiroides (ETA) y el Grupo Europeo de Orbitopatía de Graves (EUGOGO). La declaración de consenso de la ATA/ETA es la guía para el tratamiento de la EOT actualizada más recientemente [36, 37]. En España se siguen las recomendaciones EUGOGO para el manejo de la EOT. En la actualidad no existen guías nacionales específicas para el diagnóstico y el tratamiento de EOT. Además, en España, no existen tratamientos comercializados dirigidos a la causa subyacente de la enfermedad. El tratamiento farmacológico de la EOT se ha centrado tradicionalmente en aliviar los síntomas inflamatorios, mientras que la cirugía y la radioterapia se han utilizado para evitar los cambios tisulares, con resultados variables [38].



En la EOT activa, ante la ausencia de fármacos comercializados específicamente indicados para la EOT, se recurre al uso de medicamentos fuera de indicación, los cuales ofrecen únicamente alivio sintomático y pueden asociarse a efectos secundarios significativos [39, 37].

En la EOT inactiva, se recurre a cirugías invasivas, con capacidad limitada para restaurar la función ocular y asociadas a múltiples complicaciones. Los pacientes deben esperar largos periodos con síntomas, puesto que las cirugías solo se realizan cuando la enfermedad ha permanecido estable durante al menos seis meses [36, 40, 41, 42, 43, 44].

Las limitaciones del manejo de la enfermedad ponen de manifiesto la necesidad de terapias que modifiquen la enfermedad y no solo controlen los síntomas [45]. Los avances en el conocimiento fisiopatológico de la EOT han impulsado el desarrollo de terapias con mecanismos de acción innovadores, lo que supone un cambio de paradigma hacia tratamientos modificadores de la enfermedad con un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes [38, 45].

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

La complejidad clínica y evolutiva de la enfermedad ocular tiroidea hace imprescindible un abordaje multidisciplinar coordinado que integre de forma efectiva a las distintas especialidades implicadas en su manejo. Entre ellas destacan Endocrinología, Oftalmología, Atención Primaria, Psicología, Radiología, Farmacia Hospitalaria y Enfermería, cada una con un papel específico a lo largo del proceso asistencial.

A pesar de los avances registrados en los últimos años, los datos del estudio PREGO III indican que, aunque el tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico hasta la derivación a un especialista se ha reducido, persisten retrasos relevantes en la atención de los pacientes con enfermedad activa [46]. En muchos casos, los pacientes son inicialmente atendidos por

médicos generales u oftalmólogos y endocrinólogos sin experiencia específica en EOT, que instauran tratamientos locales o corticosteroides orales y retrasan la derivación a unidades especializadas hasta una media de un año.

Durante este periodo, los pacientes pueden experimentar un empeoramiento progresivo de los síntomas, frustración ante la falta de respuesta terapéutica y, en algunos casos, abandono del seguimiento médico. La evidencia disponible muestra que los resultados clínicos son significativamente mejores cuando los pacientes son atendidos desde fases tempranas por equipos con experiencia específica en EOT [18].

La implantación de redes de atención multidisciplinares, la mejora de los circuitos de derivación y el refuerzo de la colaboración entre Atención Primaria y los servicios especializados constituyen elementos clave para optimizar el manejo de la enfermedad. Asimismo, la educación de los profesionales sanitarios y de los propios pacientes con enfermedad de Graves resulta esencial para facilitar la detección precoz de los síntomas oculares.

LIMITACIONES Y CONSECUENCIAS EN LA CALIDAD DE VIDA

Falta de unidades multidisciplinares específicas

Uno de los principales problemas en el abordaje de la EOT es la escasez de unidades multidisciplinares específicas en muchos centros hospitalarios.

La ausencia de unidades de referencia dificulta el abordaje integral del paciente y contribuye a la heterogeneidad en la atención entre comunidades autónomas. Esta variabilidad se traduce en desigualdades en el acceso al diagnóstico precoz, a los tratamientos más adecuados y a la cirugía rehabilitadora cuando es necesaria [15, 47].

Retrasos diagnósticos y en la derivación

El retraso en el diagnóstico de la EOT sigue siendo un problema frecuente. Muchos pacientes recorren distintos servicios sanitarios durante meses o incluso años antes de recibir un diagnóstico adecuado, a pesar de presentar síntomas oculares característicos. La falta de reconocimiento temprano de los factores de riesgo y la ausencia de protocolos homogéneos contribuyen a este retraso.

El diagnóstico precoz resulta especialmente relevante durante la fase activa inflamatoria de la enfermedad, periodo que se considera una ventana de oportunidad terapéutica, conocida como la curva de Rundle, que suele oscilar entre los seis meses y los dos años. Durante este intervalo, el tejido orbitario presenta mayor plasticidad y capacidad de respuesta al tratamiento. Si no se instaura un manejo adecuado en este periodo, la enfermedad progresa hacia una fase fibrosa con secuelas en gran medida irreversibles [14].

Entre las complicaciones más graves asociadas a un control insuficiente durante la fase activa destaca la neuropatía óptica distiroidea, que puede provocar un daño permanente del nervio óptico y una pérdida definitiva de la agudeza visual, con un impacto devastador sobre la autonomía y la calidad de vida del paciente.

Acceso desigual a terapias inmunomoduladoras y biológicas

La disponibilidad limitada de tratamientos dirigidos específicamente a la EOT en España restringe las opciones terapéuticas no invasivas con efecto clínico consistente. En la práctica clínica habitual, esta situación obliga a recurrir con frecuencia al uso de fármacos fuera de indicación (off-label) para mitigar los síntomas de la enfermedad.



Muchos pacientes no reciben la atención psicológica necesaria durante las distintas fases de la enfermedad.

Si bien este enfoque puede proporcionar un alivio parcial, presenta importantes limitaciones. Al no tratarse de terapias dirigidas, estos tratamientos no actúan sobre la etiopatogenia de la EOT ni sobre los mecanismos de remodelación tisular subyacentes, limitándose a un control sintomático. Además, su uso puede asociarse a efectos adversos relevantes que comprometen la seguridad y la calidad de vida de los pacientes, sin garantizar una resolución sostenida del cuadro clínico [15].

Cobertura desigual en tratamientos reconstructivos con impacto funcional y de desfiguración facial

En el abordaje de la enfermedad ocular tiroidea, las alternativas terapéuticas disponibles en fases inactivas se limitan fundamentalmente a procedimientos de cirugía rehabilitadora. Estas intervenciones no se realizan de forma aislada, sino que requieren un abordaje escalonado y secuencial, dado que los resultados anatómicos y funcionales de cada fase condicionan de manera directa la viabilidad y el éxito de la siguiente.

De forma general, el proceso quirúrgico suele iniciarse con la descompresión orbitaria, seguida de la cirugía del estrabismo y, finalmente, de la corrección de la retracción palpebral. Este abordaje progresivo es necesario para minimizar complicaciones y optimizar los resultados funcionales y estéticos, pero implica largos periodos de espera y recuperación para el paciente. La magnitud de esta necesidad quirúrgica queda reflejada en la evidencia científica disponible. Algunos estudios han mostrado que aproximadamente el 38 % de los pacientes seguidos durante un periodo de tres años presentan una progresión de la enfermedad que requiere algún tipo de intervención quirúrgica mayor para mitigar las secuelas funcionales y la desfiguración facial asociada [48, 49].

No obstante, el acceso a estas intervenciones no es homogéneo en el Sistema Nacional de Salud. Existen diferencias relevantes entre comunidades autónomas en cuanto a tiempos de espera, disponibilidad de equipos especializados y cobertura de determinados procedimientos, lo que genera inequidades en el tratamiento y en los resultados obtenidos.

Escasa atención psicológica incorporada al seguimiento clínico

El acceso a servicios de Salud Mental en el contexto de la enfermedad ocular tiroidea es limitado y se caracteriza por procesos de derivación restrictivos y barreras de accesibilidad que dificultan el acompañamiento psicológico de las personas afectadas. Esta situación resulta especialmente preocupante si se tiene en cuenta la elevada prevalencia de ansiedad, depresión y aislamiento social asociada a la EOT.

Aunque la evidencia respalda el uso de cuestionarios específicos de calidad de vida como herramientas de cribado para identificar de forma precoz el impacto emocional de la enfermedad, su implementación en la práctica clínica habitual sigue siendo insuficiente. En

consecuencia, muchos pacientes no reciben la atención psicológica necesaria durante las distintas fases de la enfermedad [15].

Las consecuencias funcionales, emocionales y de desfiguración facial persisten incluso en fases inactivas, afectando de manera significativa la vida laboral, social y personal. Dado que la EOT es más frecuente en mujeres, son ellas quienes sufren en mayor medida el impacto psicológico derivado de los cambios en su apariencia. Estos cambios no son únicamente un problema funcional, sino que generan situaciones de estrés, pérdida de autoestima, aislamiento social y dificultades laborales, agravadas en muchos casos por trastornos del sueño y fatiga crónica [50].

El impacto de la proptosis, la diplopía y las alteraciones en la apariencia facial trasciende lo clínico para convertirse en un problema psicosocial que debe abordarse de forma integral. Muchas mujeres con EOT refieren no reconocerse frente al espejo y experimentar una ruptura con su identidad corporal, lo que favorece la aparición de ansiedad y depresión, especialmente en un contexto social que sigue ejerciendo una presión significativa sobre la imagen femenina [12].

PROPUESTAS Y NECESIDADES PARA UN ABORDAJE INTEGRAL

Unidades de referencia multidisciplinares EOT (Endocrinología–Oftalmología–Psicología)

En la actualidad, en España hay escasos equipos multidisciplinares consolidados y un reducido número de circuitos de derivación estandarizados para atender la EOT. La atención continúa fragmentada entre Endocrinología, Oftalmología y Atención Primaria, y la derivación a Psicología es todavía limitada. Pero el manejo de la EOT requiere la implantación de unidades de referencia multidisciplinares que integren de forma coordinada las especialidades mencionadas [15].

Es importante destacar que no hay tratamientos con indicación específica para la EOT. Esta situación obliga al sistema a recurrir a fármacos en uso fuera de indicación (off-label), limitándose con frecuencia a un control sintomático que no actúa sobre los mecanismos biológicos subyacentes de la enfermedad [15]. Esta limitación terapéutica se ve agravada por la fragmentación asistencial y por la ausencia de circuitos homogéneos, lo que impide una atención cohesionada entre niveles asistenciales y repercute en la experiencia del paciente.

Además, esta desarticulación no solo afecta al control clínico, sino también al impacto psicosocial y emocional de la enfermedad, dada la alta carga en salud mental asociada a la desfiguración facial y a las limitaciones funcionales. Por ello, la integración de Psicología en el circuito asistencial debe ser un componente estructural y no excepcional [15].

Finalmente, la eficiencia de estas unidades debería sustentarse en la figura de la gestora de casos, indispensable para articular el recorrido del paciente y garantizar continuidad asistencial, evitando itinerarios erráticos y retrasos evitables en el acceso a los recursos sanitarios y sociales [15].

Campañas de sensibilización sobre tabaquismo y salud tiroidea, con enfoque de género

Entre los factores de riesgo modificables de la EOT se encuentra el tabaco. Según un estudio español, la EOT de moderada a grave es más frecuente entre fumadores que entre no fumadores (32,9% frente a 20,9%). Se sabe que el tabaquismo puede aumentar el riesgo de desarrollar EOT hasta 7,7 veces, aunque en la población analizada en dicho estudio la asociación entre tabaquismo y gravedad no fue estadísticamente significativa, posiblemente por el tamaño muestral [41].



El impacto de la proptosis, la diplopía y las alteraciones en la apariencia facial, trasciende lo clínico para convertirse en un problema psicosocial.

Dicho esto, aunque el tabaco es un factor relevante, conviene presentarlo de forma equilibrada para que no se perciba como la única palanca de acción a nivel de políticas sanitarias. Las campañas deberían enmarcarse en un enfoque más amplio que incluya salud tiroidea, detección precoz de síntomas oculares, acceso temprano a especialistas y seguimiento coordinado [15].

Dado el incremento del tabaquismo en población femenina, es importante plantear programas de prevención del hábito tabáquico dirigidos a mujeres jóvenes. En paralelo, en estas campañas debe reforzarse la importancia del cuidado de la salud tiroidea, las revisiones periódicas y la consulta ante cualquier cambio clínico relevante [51].

Formación en Endocrinología y Atención Primaria para detección precoz y derivación rápida

Para avanzar hacia un diagnóstico temprano de la EOT es necesario reforzar la formación de los profesionales que atienden por primera vez a estos pacientes, especialmente en Atención Primaria y Endocrinología. La formación debe centrarse en la identificación de signos y síntomas iniciales y en la diferenciación frente a otras patologías con clínica ocular similar, con el objetivo de acortar el tiempo hasta la derivación a unidades con experiencia [15].
Entre las dificultades descritas se encuentran la ausencia de protocolos comunes estandarizados, la falta de herramientas diagnósticas homogéneas y una coordinación limitada entre especialidades. A esto se suma que con frecuencia no existe un único referente clínico a lo largo del proceso, y el paciente va transitando entre distintos profesionales sin un circuito claro [52].

Protocolos de tratamiento homogéneos en el SNS, siguiendo guías EUGOGO y ETA/ATA

Las directrices de la ATA y la ETA (consenso 2022) constituyen un marco de referencia vigente para optimizar el diagnóstico, los flujos de derivación y las estrategias de intervención en la EOT, situando el tratamiento individualizado como eje de los protocolos asistenciales [9].



Sin embargo, ante la inexistencia de protocolos homogéneos dentro del Sistema Nacional de Salud, es necesario avanzar hacia pautas comunes que aseguren un diagnóstico precoz, un manejo clínico fluido y la participación coordinada de las distintas especialidades implicadas, tal y como promueven las sociedades europeas y americanas [7, 9]. Estas pautas deben apoyarse en un enfoque de medicina de precisión, ajustando la estrategia terapéutica a la fase evolutiva de la enfermedad, al estado general de la persona afectada y a la disponibilidad de terapias innovadoras [18].

Apoyo psicosocial y grupos de pacientes, especialmente dirigidos a mujeres jóvenes

En este apartado es importante destacar que muchas personas no reciben información suficiente en el momento del diagnóstico tiroideo sobre el riesgo de desarrollar EOT.

El apoyo familiar es relevante, pero a menudo insuficiente. Por ello, las asociaciones y grupos de pacientes pueden ser un recurso clave para compartir experiencias, reducir el aislamiento, mejorar el afrontamiento y ofrecer información útil sobre la enfermedad y su evolución [18].

Dado que la EOT afecta predominantemente a mujeres y que la desfiguración facial tiene un impacto psicosocial especialmente intenso en ellas, resulta pertinente impulsar espacios de apoyo con perspectiva de género, especialmente para mujeres jóvenes en etapas de alta exposición social y laboral. Este acompañamiento puede contribuir a reducir ansiedad, miedo e incertidumbre, y favorecer una mejor adherencia y participación informada en las decisiones clínicas [12, 15].

Investigación con perspectiva de género sobre respuesta terapéutica y calidad de vida

Al ser más prevalente en mujeres, los ensayos clínicos y la investigación en EOT deberían incorporar de forma explícita la perspectiva de género, incluyendo a mujeres en proporción adecuada y analizando diferencias potenciales en respuesta terapéutica, evolución clínica y calidad de vida [18].

Cada vez se conoce mejor la patogénesis de la EOT y los mecanismos subyacentes —como la sobreexpresión del IGF-1R— presentes tanto en fase activa como en fase inactiva, lo que constituye una base sólida para impulsar investigación traslacional y desarrollo de terapias dirigidas. Este avance debe integrarse con análisis centrados en la experiencia y necesidades específicas de las mujeres, que soportan una mayor carga clínica y psicosocial [18].

Políticas laborales y sociales para facilitar la conciliación durante el tratamiento y la rehabilitación

El retraso diagnóstico, la falta de tratamientos estandarizados y el impacto en la calidad de vida interfieren de forma directa en la vida laboral de las personas con EOT. A ello se suma que la EOT no siempre figura de manera directa en los informes médicos utilizados para tramitar bajas laborales, lo que retrasa procedimientos y obliga a apoyarse en síntomas codificables o diagnósticos concurrentes [15].

Durante el tratamiento y la rehabilitación, los pacientes necesitan periodos de recuperación con protección real frente a la pérdida de empleo y con opciones de adaptación laboral cuando sea necesario. Este punto debe abordarse con políticas que reconozcan la carga funcional y emocional de la EOT. Además, al tratarse de una enfermedad más frecuente en mujeres y en edades laboralmente activas, estas medidas deberían contemplar la conciliación y el reparto real de responsabilidades de cuidado, señalando que, aunque hay avances, sigue recayendo con mayor frecuencia en las mujeres [15, 32, 33].

Inclusión de fármacos específicamente aprobados para el tratamiento de la EOT

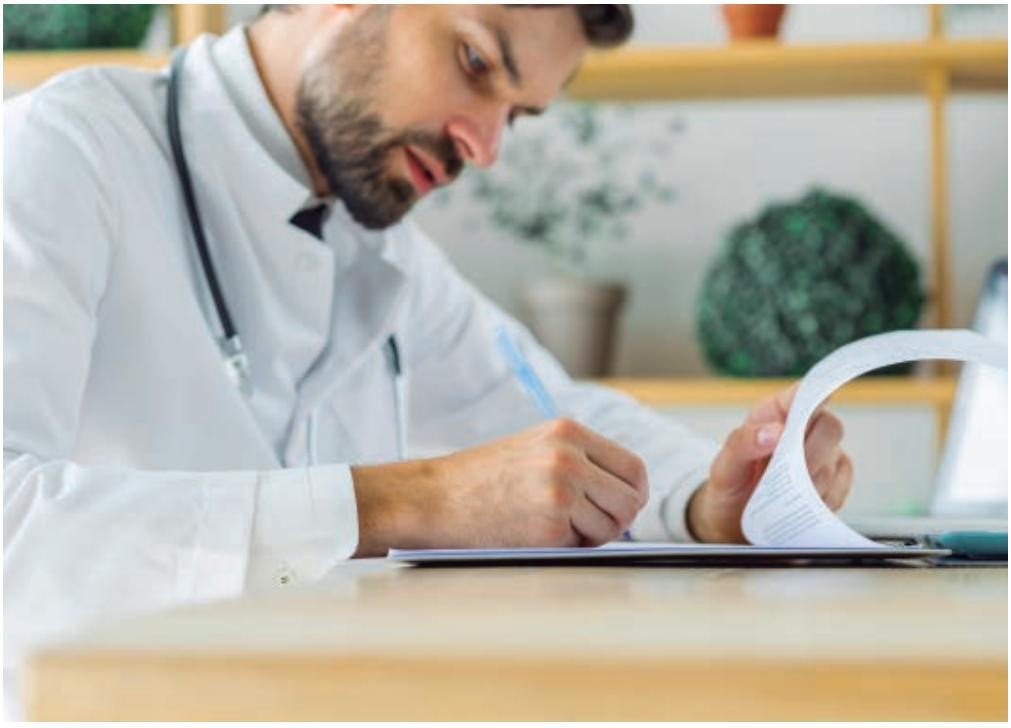
El aumento de la investigación científica y traslacional sobre la EOT ha permitido el desarrollo de terapias dirigidas, lo que supone una oportunidad para mejorar resultados y reducir la dependencia de procedimientos quirúrgicos invasivos. La disponibilidad e inclusión de fármacos con indicación específica para EOT es una necesidad prioritaria para actuar sobre mecanismos de remodelación tisular y no únicamente sobre la inflamación [18].

Los ensayos clínicos deben reflejar la realidad de las consultas, incluyendo adecuadamente a mujeres y analizando posibles diferencias de respuesta. En paralelo, es relevante considerar que muchos ensayos excluyen a pacientes previamente intervenidos quirúrgicamente, por lo que resulta importante favorecer la evaluación en unidades especializadas y valorar la inclusión en ensayos antes de pasar a alternativas más invasivas, cuando el perfil clínico lo permita [18].

CONCLUSIONES, PUNTOS DE MEJORA Y NECESIDADES

La enfermedad ocular tiroidea es una patología autoinmune crónica y potencialmente discapacitante, con un claro impacto de género. Las mujeres presentan una mayor prevalencia y una carga psicosocial más intensa, derivada en gran medida de las limitaciones funcionales y las repercusiones laborales asociadas a la enfermedad.

Es necesario avanzar hacia pautas comunes que aseguren un diagnóstico precoz, un manejo clínico fluido y la participación coordinada de las distintas especialidades implicadas.





La EOT suele debutar en edades de plena actividad laboral y social, lo que amplifica su impacto económico y familiar. La dificultad para obtener bajas laborales, la falta de reconocimiento administrativo de la enfermedad y la carga adicional de responsabilidades de cuidado contribuyen a aumentar el estrés, la ansiedad y el desánimo en las personas afectadas.

El abordaje de la EOT debe ser necesariamente multidisciplinar, biopsicosocial y centrado en la persona. Es prioritario reforzar la educación de los pacientes con enfermedad de Graves sobre el riesgo de afectación ocular, garantizar una derivación temprana a unidades especializadas y ofrecer información clara y realista sobre las opciones terapéuticas y la evolución de la enfermedad.

El abordaje de la EOT debe ser necesariamente multidisciplinar, biopsicosocial y centrado en la persona.

Asimismo, resulta imprescindible avanzar hacia una mayor equidad en el acceso a tratamientos médicos y quirúrgicos, así como incorporar de forma sistemática la atención psicológica al seguimiento clínico. La investigación con perspectiva de género y el desarrollo de terapias dirigidas que actúen sobre los mecanismos de remodelación tisular representan una oportunidad clave para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de las personas con EOT.

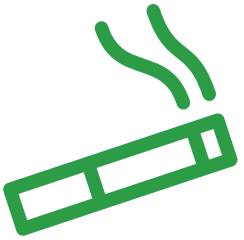
En definitiva, la incorporación de una perspectiva integral y de género en la planificación sanitaria permitirá reducir desigualdades, optimizar recursos y ofrecer una atención más eficaz y humana a las personas afectadas por la enfermedad ocular tiroidea.

Enfermedad Ocular Tiroidea y su impacto en la mujer

Es hasta 5 veces más frecuente en mujeres que en hombres (16 vs 3 casos por 100.000 habitantes)

Más del **80 % son mujeres,** con una edad media cercana a los **50 años**. (Etapa de plena actividad laboral y carga familiar).





El tabaquismo - en aumento en mujeres jóvenes - **puede multiplicar** hasta por **7,7 el riesgo** de desarrollar EOT.

El **retraso diagnóstico aumenta el riesgo de una mayor actividad y/o severidad**, incrementa la probabilidad de secuelas fibróticas y reduce la ventana de oportunidad terapéutica.





Diversos estudios han demostrado que **los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con EOT son significativamente superiores** a los de la población general.

El impacto de la **proptosis**, la **diplopía** y las **alteraciones en la apariencia facial**, trasciende lo clínico para convertirse en un **problema psicosocial**.



Bibliografía

1. Fernández AFdC, Tocino HS, Galindo-Ferreiro A. Características demográficas y clínicas de pacientes con orbitopatía tiroidea en un hospital de tercer nivel a lo largo de 5 años. Arch Soc Esp Oftalmol. 2024. doi:10.1016/j.oftal.2024.10.006.

2. Schuh A, Ayvaz G, Baldeschi L, Baretić M, Bechtold D, Boschi A, et al. Presentation of Graves' orbitopathy within European Group On Graves' Orbitopathy (EUGOGO) centres from 2012 to 2019 (PREGO III). Br J Ophthalmol. 2024;108(2):294–300. doi:10.1136/bjo-2022-322442. PMID:36627174; PMCID:PMC10850632.

3. Aninye IO, Digre K, Hartnett ME, Baldonado K, Shriver EM, Periman LM, et al. The roles of sex and gender in women's eye health disparities in the UniEOT States. Biol Sex Differ. 2021;12(1):57. doi:10.1186/s13293-021-00401-3.

4. Bartley GB. The epidemiologic characteristics and clinical course of ophthalmopathy associated with autoimmune thyroid disease in Olmsted County, Minnesota. Trans Am Ophthalmol Soc. 1994; 92: 477-588. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7886878.

5. Vilar-González S, Lamas-Oliveira C, Fagúndez-Vargas MA, Núñez-Quintanilla AT, Pérez-Rozos A, Merayo-Lloves J, et al. Orbitopatía tiroidea: una visión global con atención especial al papel de la radioterapia. Endocrinol Nutr. 2015;62(4):188–199. doi:10.1016/j.endonu.2014.12.004.

6. Cuddihy RM, Dutton CM, Bahn RS. A polymorphism in the extracellular domain of the thyrotropin receptor is highly associated with autoimmune thyroid disease in females. Thyroid. 1995 Apr;5(2):89-95.

7. Bartalena L, Baldeschi L, Boboridis K, Eckstein A, Kendall-Taylor P, Marcocci C, et al. Epidemiology, natural history, risk factors, and prevention of Graves' orbitopathy. Front Endocrinol (Lausanne). 2020 Nov 30;11:615993. doi: 10.3389/fendo.2020.615993.

8. Bartalena L, Pinchera A, Marcocci C. Management of Graves' ophthalmopathy: reality and perspectives. Endocr Rev. 2000;21(2):168-199. doi:10.1210/edrv.21.2.0393.

9. Burch HB, Perros P, Bednarczuk T, Cooper DS, Dolman PJ, Leung AM, et al. Management of thyroid eye disease: a consensus statement by the American Thyroid Association and the European Thyroid Association. Thyroid. 2022;32(12):1439-70. doi:10.1089/thy.2022.0251.

10. Weiler D. L. (2017). Thyroid eye disease: a review. Clinical & experimental optometry, 100(1), 20–25. https://doi.org/10.1111/cxo.12472

11. Ismailova DS, Fedorov AA, Grusha YO. Ocular surface changes in thyroid eye disease. Orbit. 2013;32(2):87-90. doi:10.3109/01676830.2013.764440.

12. Zloto O, Sagiv O, Priel A, Cukierman-Yaffe T, Tirosh A, Agmon-Levin N, et al. Gender differences in clinical presentation and prognosis of thyroid eye disease. Eur J Ophthalmol. 2021;31(5):2717-2723. doi:10.1177/1120672120964112.

13. Perros P, Dayan CM, Dickinson AJ, Ezra D, Estcourt S, Foley P, et al. Management of patients with Graves' orbitopathy: initial assessment, management outside specialised centres and referral pathways. Clin Med (Lond). 2015;15(2):173–178. doi:10.7861/clinmedicine.15-2-173.

14. Wang Y, Sharma A, Padnick-Silver L, Francis-Sedlak M, Holt RJ, Foley C, et al. Physician-perceived impact of thyroid eye disease on patient quality of life in the United States. Ophthalmol Ther. 2021;10(1):75–87. doi:10.1007/s40123-020-00318-x.

15. Información interna de Amgen Iberia procedente del Informe sobre necesidades no cubiertas del proyecto SROI-TED 2025.

16. Chen XR, Padnick-Silver L, Stuertz N, Busa E, Perros P, Ponto KA. Quality of life in patients with chronic thyroid eye disease in the United States. Ophthalmol Ther. 2021;10(4):975–987. doi:10.1007/s40123-021-00385-8.

17. Ferlov-Schwensen C, Brix TH, Hegedus L. Death by suicide in Graves' disease and Graves' orbitopathy: a nationwide Danish register study. Thyroid. 2017;27(12):1475–1480. doi:10.1089/thy.2017.0365.

18. Salvi M, Uddin J, Kahaly G, Abeillon J, Balducci Gazzotti E, Pérez López M, Ponto K, Strianese D. Thyroid Eye Disease: Where Are We Now and Where Are We Going? Roundtable. Amgen.

19. Ministerio de Sanidad, Consejo Interterritorial. Criterios homologados y revisados, acordados por el Consejo Interterritorial, que deben cumplir los CSUR para ser designados como de referencia del Sistema Nacional de Salud: 8R1. Descompresión orbitaria en oftalmopatía tiroidea. 2024 [citado octubre de 2024].

20. Nexo MA, Watt T, Pedersen J, Bonnema SJ, Hegedüs L, Rasmussen AK, et al. Increased risk of long-term sickness absence, lower rate of return to work, and higher risk of unemployment and disability pensioning for thyroid patients: a Danish register-based cohort study. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(9):3184-3192.

21. Zloto O, Sagiv O, Priel A, Cukierman-Yaffe T, Tirosh A, Agmon-Levin N, et al. Gender differences in clinical presentation and prognosis of thyroid eye disease. Eur J Ophthalmol. 2021;31(5):2717-2723.

22. Perros P, Hegedüs L, Bartalena L, Marcocci C, Kahaly GJ, Baldeschi L, et al. Prevalence and severity of ocular involvement in Graves' disease. Eur J Endocrinol. 2017;176(5):607-613.

23. American Academy of Ophthalmology. Gender and age influence thyroid eye disease prevalence. San Francisco: AAO; 2018 [citado 18 dic 2025].

24. Klein SL, Flanagan KL. Mechanisms underlying sex differences in autoimmunity. J Clin Invest. 2024;134(18):e180076. doi: 10.1172/JCI180076.

25. Angum F, Khan T, Kaler J, Siddiqui L, Zabuli A. The prevalence of autoimmune disorders in women: a narrative review. Cureus. 2018;10(5):e2594. doi: 10.7759/cureus.2594.

26. Mauvais-Jarvis F, Merad M, Sprent J. Sex and gender influence on immunity and autoimmunity. Front Immunol.2023;14:1142723. doi: 10.3389/fimmu.2023.

27. Singh RP, Klein SL. Sex hormones and immune regulation. Curr Opin Immunol. 2025;92:102521. doi: 10.1016/j.coi.2024.102521.

28. Terwee CB, Gerding MN, Dekker FW, Prummel MF, Wiersinga WM. Test-retest reliability of the GO-QOL: a disease-specific quality of life questionnaire for patients with Graves' ophthalmopathy. Br J Ophthalmol. 1999;83(1):17-23. doi: 10.1136/bjo.83.1.17.

29. Estcourt S, Al-Diri B, Quinn S, Taylor PN, Dayan CM, Lane C. Determinants of appearance-related quality of life in thyroid eye disease. Eur Thyroid J. 2025;14(1):e240292. doi: 10.1530/ETJ-24-0292.

30. Ponto KA, Pitz S, Pfeiffer N, Hommel G, Weber MM, Kahaly GJ. Public health relevance of Graves' orbitopathy. J Clin Endocrinol Metab. 2013;98(1):145-152. doi: 10.1210/jc.2012-3119.

31. Vissenberg R, van der Meer S, Fliers E, Bisschop PH, Dekker FW. Impact of thyroid diseases on working life: a systematic review. Eur Thyroid J. 2020;9(3):123-133. doi: 10.1159/000505193.

32. OECD. Gender gaps in paid and unpaid work persist. Paris: OECD Publishing; 2024. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/gender-gaps-in-paid-and-unpaid-work-persist_25a6c5dc-en/full-report.html

33. Eurostat. How do women and men use their time - statistics. Luxembourg: Eurostat; 2022. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/How_do_women_and_men_use_their_time_-_statistics

34. Taylor PN, Estcourt S, Al-Diri B, Quinn S, Dayan CM, Lane C. The burden of illness in thyroid eye disease: a comprehensive review of clinical and patient-reported outcomes. Front Ophthalmol. 2025;5:1565762. doi: 10.3389/fopht.2025.1565762.

35. Garrity JA, Fatourechi V, Bergstralh EJ, Bartley GB, Beatty CW, DeSanto LW, et al. Results of transantral orbital decompression in 428 patients with severe Graves' ophthalmopathy. Am J Ophthalmol. 1993;116(5):533-47.

36. Burch HB, et al. A 2022 Update on the Management of Thyroid Eye Disease: Consensus Statement of the American Thyroid Association and the European Thyroid Association. Thyroid. 2022.
37. Bartalena L, et al. The 2021 European Group on Graves' Orbitopathy (EUGOGO) Clinical Practice Guidelines. Eur J Endocrinol. 2021.

38. Ugradar S, et al. Emerging therapies and evolving paradigms in thyroid eye disease. Eye. 2025.

39. Douglas RS, et al. Management of thyroid eye disease: A clinical review. N Engl J Med. 2011.

40. Araya J, Sabharwal S, Briceño CA. Combined orbital decompression and strabismus surgery in thyroid eye disease. Int Ophthalmol Clin. 2023.

41. Rootman DB, et al. Postoperative changes after orbital decompression for thyroid orbitopathy. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2017.

42. Taylor PN, et al. Surgical timing and outcomes in thyroid eye disease. Clin Endocrinol. 2023.

43. Leong SC, et al. Timing of rehabilitative surgery in inactive thyroid eye disease. Clin Otolaryngol. 2009.

44. Laezza MP, et al. Complications and outcomes of orbital surgery in thyroid eye disease. J Craniofac Surg. 2022.

45. Ciarmatori A, et al. Disease-modifying therapies in thyroid eye disease: unmet needs and future directions. Front Endocrinol. 2025.

46. Schuh A, et al. Presentation of Graves' orbitopathy within European Group on Graves' Orbitopathy (EUGOGO) centres from 2012 to 2019 (PREGO III). Br J Ophthalmol. 2024;108:294-300.

47. European Commission. Community register of orphan medicinal products [Base de datos]. Bruselas: European Commission; [citado 15 oct 2025]. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/reg_od_act.htm?sort=a.

48. (ahora 48) Araya JP, Savy J, Sanguinetti P, Marpegán SM, Valenzuela S, Rojas S, et al. Orbital decompression for thyroid eye disease: Clinical outcomes and complications. J Fr Ophtalmol. 2023;46(5):489-496.

49. (ahora 49)Bernardini FP, Skippen B, Seiff SR, Gausas RE, de Conciliis C, Devoto MH. Preperiosteal Midface Lift for Upper and Lower Eyelid Reconstruction. Aesthetic Surg J. 2018;38(8):811-822.

50. (ahora 50) Delfino LC, Zunino A, Sapia V, Croome M, Ilera V, Gauna AT. Related quality of life questionnaire specific to dysthyroid ophthalmopathy evaluated in a population of patients with Graves' disease. Arch Endocrinol Metab. 2017;61(4):374-381. doi: 10.1590/2359-3997000000252.

51. (ahora 51)Fernández-Fernández de Castro A, Sánchez-Tocino H, Galindo-Ferreiro A. Demographic and clinical characteristics of patients with thyroid orbitopathy in a tertiary hospital over 5 years. Arch Soc Esp Oftalmol (Engl Ed). 2024. doi: 10.1016/j.oftale.2025.01.006.

52. (ahora 52) Bartalena L, Kahaly GJ, Baldeschi L, Dayan CM, Eckstein A, Marcocci C, et al. The 2021 European Group on Graves' orbitopathy (EUGOGO) clinical practice guidelines for the medical management of Graves' orbitopathy. Eur J Endocrinol. 2021;185(4):G43-G67.



CAPÍTULO 18

Mujer y osteoporosis



Dra. Cristina Carbonell Abella
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vía Roma, Barcelona. Profesora asociada en el Departamento de Medicina de la Universidad de Barcelona.



Dra. Carmen Gómez Vaquero
Reumatóloga del Hospital Universitari de Bellvitge (L'Hospitalet, Barcelona) e investigadora principal del estudio OsteoSER.

Introducción a la patología

La osteoporosis es una enfermedad esquelética sistémica caracterizada por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, que conlleva un aumento del riesgo de fracturas. Aunque el diagnóstico de la enfermedad se realiza mediante la cuantificación de la densidad mineral ósea (DMO), la importancia clínica de la osteoporosis radica en las fracturas.

La osteoporosis es asintomática hasta que se produce una fractura. Por este motivo, es importante realizar una prevención primaria adecuada (diagnosticar a los pacientes con osteoporosis y alto riesgo de fractura y tratarlos antes de que se produzca la fractura). Sin embargo, la osteoporosis está ampliamente infradiagnosticada e infratratada.

Las diferencias de género en cuanto a la prevalencia, el diagnóstico, el tratamiento y las consecuencias de la osteoporosis son significativas. Factores biológicos, como la menopausia y la pérdida acelerada de masa ósea en la mujer, se combinan con factores socioculturales que afectan a la percepción del riesgo, el acceso al diagnóstico precoz y la adherencia al tratamiento. Este capítulo ofrece una mirada retrospectiva sobre estas desigualdades, identificando los principales puntos críticos y proponiendo posibles soluciones para lograr un enfoque más equitativo en la atención de esta patología.

Datos de prevalencia por sexo y perfil del paciente

- Prevalencia estimada en España según datos de sociedades científicas.

Densidad mineral ósea en población española

Desde que nacemos, los huesos de los hombres suelen ser algo más densos que los de las mujeres [1]. Esa diferencia se hace más evidente en la juventud, cuando alcanzamos el punto máximo de masa ósea, es decir, el momento en que los huesos son más fuertes.

Con los años, todos perdemos densidad ósea, pero en las mujeres este descenso se acelera después de la menopausia [2,3].

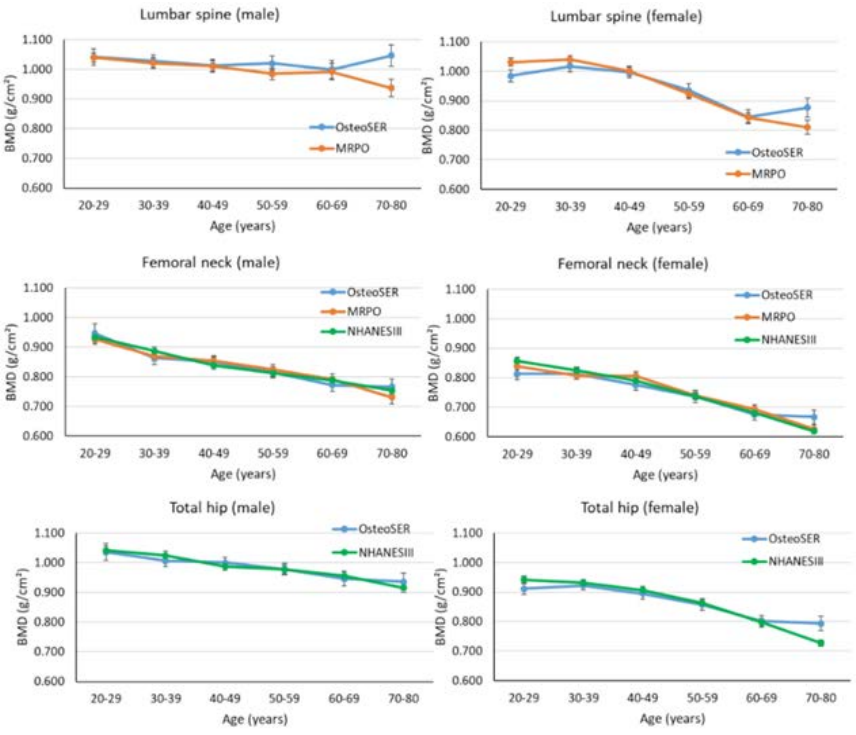
En España, dos grandes estudios han ayudado a entender cómo evoluciona la densidad de los huesos a lo largo de la vida: **el GTO y el OsteoSER.**

- El primero, realizado entre 1989 y 1991 por el Grupo de Trabajo en Osteoporosis (GTO), analizó a más de 2.400 personas de entre 20 y 79 años procedentes de 14 hospitales. Se seleccionó a personas sanas, sin factores de riesgo ni tratamientos que pudieran alterar la densidad de los huesos [2].

- Más de treinta años después, el estudio OsteoSER (2022–2023) actualizó esa información con una muestra de más de 1.500 personas de entre 20 y 80 años de 12 municipios españoles. En esta ocasión, se midió la densidad ósea con un equipo móvil que se desplazó a cada zona, lo que permitió obtener una imagen más representativa de la población. Solo se excluyeron las personas con dificultades graves de movilidad [3].

A pesar de la distancia en el tiempo, los resultados de ambos estudios coinciden casi por completo: los patrones de densidad ósea en hombres y mujeres españoles apenas han cambiado. Esto refuerza la idea de que las diferencias entre ambos sexos —y la pérdida más acusada de hueso en las mujeres tras la menopausia— son constantes y bien establecidas.

Figura 1



Las mujeres tienen menor densidad mineral ósea que los hombres y la diferencia es más acusada tras la menopausia

Prevalencia de osteoporosis en la población española

Según los resultados del GTO, alrededor del 15 % de la población adulta tenía osteoporosis, con una clara diferencia entre sexos: casi una de cada cuatro mujeres (23,8 %) frente a uno de cada veinte hombres (5,4 %). Además, más de la mitad de la población (en torno al 54 %) presentaba osteopenia, una situación intermedia en la que los huesos ya han perdido densidad, pero aún no se considera osteoporosis [2].

Tres décadas más tarde, el OsteoSER mostró cifras similares: la osteoporosis afectaba al 10,7 % de la población, con un 18,6 % en mujeres y solo un 2,6 % en hombres, mientras que la osteopenia se mantenía prácticamente igual (56,2 % en mujeres y 52,4 % en varones) [3].

La osteoporosis afecta al 10,7 % de la población, con un 18,6 % en mujeres y solo un 2,6 % en hombres.

El nuevo estudio también incorporó una categoría adicional —personas con una masa ósea "inferior a la esperada para su edad"— que representó un 1,2 % de los hombres y un 5,4 % de las mujeres. En conjunto, estos resultados indican que la frecuencia de la osteoporosis y la osteopenia en España apenas ha cambiado en los últimos 30 años. Si aplicamos los porcentajes

de OsteoSER a los datos poblacionales del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023), se estima que unos 226.000 hombres y casi 1,9 millones de mujeres españolas tienen osteoporosis.

Entre las mujeres de 65 años o más, que son el grupo con mayor riesgo de fractura, una de cada cuatro (24,9 %) padece esta enfermedad, lo que equivale a aproximadamente 1,3 millones de mujeres.

- Diferencias de género en la pérdida ósea

Las hormonas sexuales, especialmente los estrógenos, juegan un papel clave en la salud de nuestros huesos. Tanto hombres como mujeres las necesitan para mantener el equilibrio entre la formación y la pérdida ósea, aunque su influencia es más marcada en las mujeres, y los efectos de su disminución se hacen notar a edades más tempranas, coincidiendo con la menopausia [11,12].

Cuando los niveles de estrógenos bajan, el hueso se descompone más rápido de lo que se forma, lo que acelera la pérdida de densidad mineral ósea (DMO) y aumenta el riesgo de fracturas.

Las mujeres comienzan a perder hueso antes y de forma más rápida, sobre todo tras la menopausia.

Un estudio que siguió a 769 hombres y mujeres mayores de 60 años durante dos años y medio mostró claramente esta tendencia: cada año, los hombres perdían un 0,82 % de DMO en el cuello del fémur, mientras que las mujeres perdían un 0,96 %, una diferencia pequeña pero estadísticamente significativa [13].

Además, el período de pérdida más acelerada se observó antes en las mujeres (entre los 65 y 69 años) que en los hombres (entre los 74 y 79 años).

También se vio que perder peso se asociaba con una mayor pérdida de hueso en ambos sexos, y que el tabaquismo empeoraba el problema, especialmente en los hombres.

Estos resultados coinciden con los hallazgos del Estudio Framingham, realizado en más de 800 personas mayores con una edad media de 74 años. Allí se midió la DMO en distintas partes del cuerpo (cadera, columna lumbar y antebrazo) durante un seguimiento de cuatro años.

El estudio reveló que los hombres perdían entre 0,2 % y 3,6 % de masa ósea, mientras que las mujeres perdían entre 3,4 % y 4,8 % en ese mismo periodo [14].

De nuevo, la pérdida de peso apareció como un factor de riesgo importante en ambos sexos, y los hombres fumadores mostraron una pérdida significativamente mayor de masa ósea en la cadera que las mujeres.

En conjunto, estos estudios demuestran que, aunque la osteoporosis afecta a ambos géneros, las mujeres comienzan a perder hueso antes y de forma más rápida, sobre todo tras la menopausia. En los hombres, el proceso ocurre más tarde, pero puede agravarse por factores como el tabaco o la pérdida de peso, que aceleran el deterioro óseo con la edad.

Incidencia de fracturas en la población española

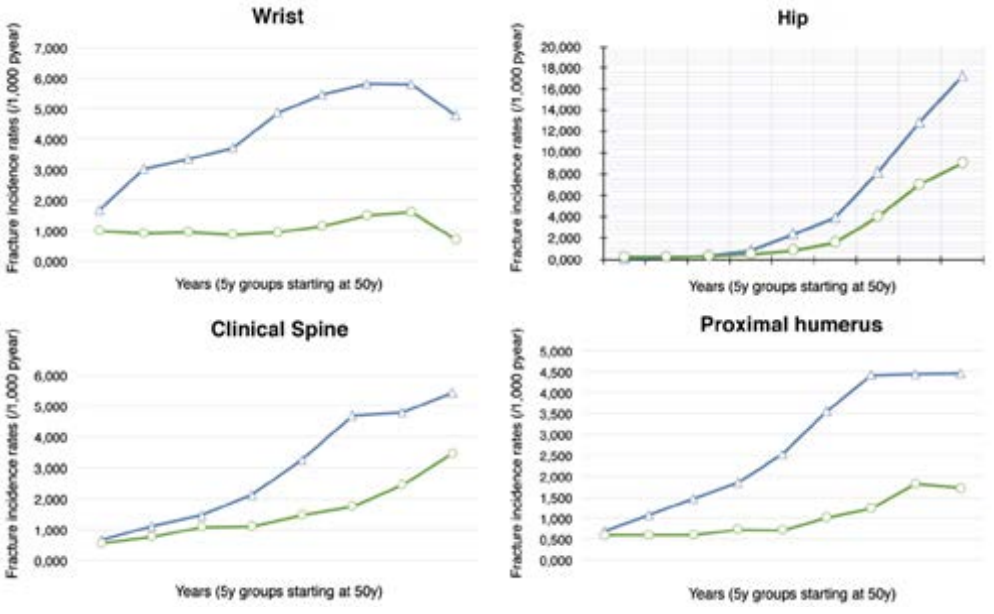
Las fracturas por fragilidad —aquellas que ocurren tras caídas leves o incluso sin una causa aparente— son una de las consecuencias más graves de la osteoporosis. En España, al igual que en la mayoría de países, las mujeres sufren fracturas con mucha más frecuencia que los hombres.

El estudio SIDIAP, basado en registros de atención primaria de Cataluña, analizó las llamadas fracturas mayores osteoporóticas (cadera, vértebra clínica, muñeca y húmero) en personas de 50 años o más. Los resultados mostraron una incidencia global de 10,9 fracturas por cada 1.000 personas al año, aunque el riesgo fue más del doble en mujeres (15,2 por 1.000) que en hombres (5,8 por 1.000), lo que supone una proporción de 2,6 a 1. [4]

Las fracturas por fragilidad son una de las consecuencias más graves de la osteoporosis.

Esta diferencia se mantiene a todas las edades y se acentúa con el envejecimiento. En los mayores de 85 años, la frecuencia de fracturas mayores osteoporóticas se dispara: 35,8 por cada 1.000 mujeres al año, frente a 17,7 por cada 1.000 hombres. Dicho de otro modo, a edades avanzadas, las mujeres tienen el doble de probabilidad de sufrir una fractura que los hombres (Figura 2).

Figura 2



Fractura de cadera: la más grave y costosa

Entre todas las fracturas relacionadas con la osteoporosis, la fractura de cadera es la que tiene mayor impacto en la salud y en la economía sanitaria. No solo provoca una pérdida importante de movilidad y autonomía, sino que también se asocia con una alta mortalidad en los meses posteriores, por lo que sigue siendo el principal objetivo de las estrategias de prevención [5].

Entre 1997 y 2010, la frecuencia de fracturas de cadera en España fue de entre 7 y 9 casos por cada 1.000 mujeres al año, frente a casi 3 por cada 1.000 hombres, lo que supone una proporción de tres

mujeres por cada hombre afectado. Además, se observan diferencias geográficas: en las comunidades del mediterráneo, la incidencia es aproximadamente el doble que en las regiones atlánticas [5].

Aunque, al ajustar los datos por edad, parece que la incidencia ha descendido ligeramente en las últimas décadas, el número total de fracturas sigue aumentando. Esto se debe al envejecimiento de la población, ya que cada vez hay más personas en los grupos de edad de mayor riesgo.

Las variaciones regionales podrían explicarse por factores climáticos, genéticos y también por diferencias históricas o de estilo de vida [6].

Fracturas vertebrales: frecuentes pero muchas veces invisibles

Las fracturas vertebrales (en la columna) son menos habituales que las de cadera, pero también muestran una clara diferencia entre hombres y mujeres.

En un estudio realizado en Asturias, durante seis años de seguimiento, se registraron 1,25 fracturas por cada 1.000 hombres al año, y el doble en mujeres.[7].

Sufrir una fractura vertebral aumenta de forma considerable el riesgo de tener otras: quintuplica la probabilidad de volver a fracturarse una vértebra o la cadera, y duplica el riesgo general de fracturas [7].

Además, muchas de estas fracturas pasan desapercibidas. En el estudio FRAVO, realizado en la Comunidad Valenciana, se observó que una de cada cinco mujeres posmenopáusicas (21,4 %) tenía fracturas vertebrales visibles en radiografías, aunque muchas no sabían que las habían sufrido, porque no habían causado síntomas evidentes [8].

Fractura de muñeca: la primera señal de alerta

La fractura del antebrazo distal (conocida popularmente como fractura de muñeca) suele ser la primera manifestación de fragilidad ósea en las mujeres. Su frecuencia aumenta a partir de los 50 años y alcanza su pico entre los 70 y 75 años, apareciendo una década antes que las fracturas de cadera. A partir de los 80 años, su incidencia tiende a estabilizarse. Según el estudio SIDIAP, se producen 3,9 fracturas de muñeca por cada 1.000 mujeres al año, frente a 1 por cada 1.000 hombres [5].

Fractura de húmero: la menos frecuente, pero también ligada a la edad

La fractura del húmero proximal (la parte superior del brazo, cerca del hombro) es la menos común entre las grandes fracturas osteoporóticas. En el estudio SIDIAP, su incidencia fue de 2,2 casos por cada 1.000 mujeres y 0,8 por cada 1.000 hombres al año, y su frecuencia aumenta de manera progresiva con la edad [5].

¿Quiénes son los más afectados?

El perfil típico del paciente con osteoporosis o fracturas por fragilidad en España es el de una mujer posmenopáusica, generalmente mayor de 65 años, con uno o varios factores de riesgo adicionales, como:

- Antecedentes familiares de fractura u osteoporosis.
- Estilo de vida sedentario, tabaquismo o consumo excesivo de alcohol.
- Enfermedades crónicas (como artritis reumatoide o diabetes).
- Tratamientos prolongados con corticoides.

Reconocer estos factores y promover hábitos saludables —una alimentación rica en calcio y vitamina D, actividad física regular y prevención de caídas— es esencial para reducir el impacto de la osteoporosis y sus consecuencias.

Principales factores de riesgo de osteoporosis y fracturas por fragilidad [9]

La osteoporosis y las fracturas por fragilidad no aparecen de un día para otro. Son el resultado de una combinación de factores biológicos, genéticos y de estilo de vida que, con el tiempo, hacen que los huesos se vuelvan más débiles y se rompan con mayor facilidad. A continuación se resumen los más importantes:

1. Edad avanzada

A medida que envejecemos, los huesos pierden densidad y su estructura interna se debilita. Por eso, el riesgo de fractura aumenta de forma notable con los años.Se calcula que tres de cada cuatro fracturas relacionadas con la osteoporosis ocurren en personas mayores de 65 años.

2. Ser mujer

Las mujeres tienen más riesgo que los hombres, sobre todo después de la menopausia.
La caída de los niveles de estrógenos acelera la pérdida de masa ósea, de modo que una de cada tres mujeres mayores de 50 años sufrirá alguna fractura por fragilidad a lo largo de su vida (frente a uno de cada cinco hombres) [9].

3. Haber tenido una fractura previa

Quien ha tenido una fractura osteoporótica —por ejemplo, en muñeca, cadera o vértebra— tiene casi el doble de riesgo de volver a fracturarse, independientemente de la densidad de sus huesos. [10] El riesgo es especialmente alto en los dos primeros años tras la primera fractura, lo que convierte este periodo en una ventana clave para la prevención.

4. Antecedentes familiares

Tener padres que sufrieron una fractura de cadera aumenta el riesgo personal, incluso si la densidad ósea es normal. Existe un componente genético que puede llegar a duplicar la probabilidad de sufrir una fractura.

5. Cambios hormonales

La falta de estrógenos en mujeres tras la menopausia o la disminución de testosterona en hombres favorecen la pérdida acelerada de hueso. Estas hormonas actúan como “guardianes” del equilibrio entre la formación y destrucción del hueso. Cuando faltan, se pierde más hueso del que se regenera. En los hombres, el hipogonadismo (baja producción de testosterona) es una causa frecuente de osteoporosis secundaria.



6. Baja densidad mineral ósea (DMO)

Una DMO baja es uno de los factores de riesgo más importantes. Por cada disminución de una desviación estándar respecto al valor medio de un adulto joven, el riesgo de fractura prácticamente se duplica.

7. Bajo peso corporal

Las personas con un índice de masa corporal (IMC) menor de 20 kg/m² tienen menos masa ósea de reserva y, por tanto, huesos más frágiles.

Tabla 1

Factores de riesgo no modificables	Factores de riesgo modificables
Edad avanzada	Consumo de tabaco
Sexo femenino	Consumo excesivo de alcohol
Fractura previa por fragilidad	Bajo índice de masa corporal (IMC<20kg/m²)
Antecedente familiar de osteoporosis o fractura de cadera	Déficit nutricional (calcio, vitamina D, proteínas)
Raza (mayor riesgo en caucásicos y asiáticos)	Sedentarismo o inmovilidad
Menopausia precoz e hipogonadismo	Fármacos: glucocorticoides, inhibidores de la aromatasa, antiepilépticos, antiandrógenos
Genética (polimorfismos asociados a baja DMO)	Enfermedades crónicas (artritis reumatoide, EPOC, VIH,endocrinopatias, hepatopatías, insuficiencia renal crónica...)
	Deficiente exposición solar (déficit de vitamina D)
	Baja densidad mineral ósea (DMO) basal
	Historia de caídas

8. Caídas previas

Las personas que han sufrido dos o más caídas en un año tienen un riesgo mucho mayor de fracturarse. A menudo, las fracturas por fragilidad se deben no solo a huesos débiles, sino también a problemas de equilibrio o fuerza muscular.

9. Tabaco y alcohol

El tabaco y el consumo excesivo de alcohol dificultan la formación del hueso y aumentan el riesgo de caídas. Ambos hábitos son causas reconocidas de pérdida ósea acelerada.

10. Déficit nutricional

Una dieta pobre en calcio, vitamina D y proteínas o la presencia de enfermedades que



impiden absorber bien los nutrientes (como la celiaquía o algunas enfermedades intestinales) contribuyen al desarrollo de osteoporosis.

11. Falta de actividad física

El sedentarismo no solo hace que los huesos pierdan fuerza, sino que también reduce la masa y potencia muscular, aumentando la probabilidad de caídas.
El movimiento —caminar, subir escaleras o hacer ejercicios con peso— es uno de los mejores aliados para mantener los huesos activos y fuertes.

12. Enfermedades y tratamientos

Algunas enfermedades y medicamentos pueden dañar los huesos o interferir en su renovación natural. Entre ellos destacan:

- Artritis reumatoide y otras enfermedades inflamatorias.
- Trastornos hormonales como hipertiroidismo o hipogonadismo.
- Insuficiencia renal o hepática crónica.
- Mieloma múltiple y otras enfermedades hematológicas.
- Tratamientos prolongados con corticoides, inhibidores de la aromatasa, antiandrógenos, antiepilépticos, antirretrovirales o litio.

En resumen, la osteoporosis suele aparecer por una combinación de factores inevitables (edad, genética, menopausia) y otros modificables (alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol).
Actuar sobre estos últimos es clave para prevenir fracturas y conservar la salud ósea a largo plazo.

Diagnóstico y desarrollo de la patología

Cómo se diagnostica: la densitometría ósea (DXA)

La principal herramienta para detectar la osteoporosis y evaluar el riesgo de fractura es la densitometría ósea, conocida como DXA (por sus siglas en inglés: *Dual-energy X-ray Absorptiometry*).

Esta prueba es rápida, indolora y segura, y permite medir con precisión la densidad mineral ósea (DMO), es decir, la cantidad de materia ósea que hay en un área determinada del esqueleto.

La DMO se expresa en gramos por centímetro cuadrado (g/cm^2) y ofrece una idea bastante fiable de la resistencia del hueso: cuanto menor es la densidad, mayor es el riesgo de fractura. De hecho, se calcula que la DMO explica aproximadamente dos tercios de la fortaleza ósea total, aunque otros factores (como la calidad del hueso o la microestructura interna) también influyen.

Cómo se interpretan los resultados: T-score y Z-score

El resultado de una densitometría se compara con valores de referencia y se expresa mediante dos indicadores:

- T-score: muestra cuánto difiere la densidad ósea de una persona respecto a la de un adulto joven sano de su mismo sexo.
- Z-score: compara la densidad ósea con la media de personas de la misma edad y sexo.

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera que una persona tiene osteoporosis cuando su T-score es igual o inferior a -2,5 en cualquiera de las zonas medidas (columna lumbar, cuello del fémur o fémur total).

Estos resultados no solo sirven para diagnosticar la enfermedad, sino también para predecir el riesgo de fractura y para valorar la evolución del tratamiento a lo largo del tiempo.

Otras técnicas y medidas complementarias

Aunque la DXA es la técnica de referencia, existen otras herramientas que aportan información adicional:

- La tomografía computarizada cuantitativa puede ofrecer una imagen tridimensional más detallada del hueso, pero su uso es limitado en la práctica habitual por su mayor coste y exposición a radiación.
- La ultrasonografía ósea (por ejemplo, en el talón) mide propiedades distintas a la densidad, como la elasticidad o rigidez del hueso. Aunque no sustituye a la DXA, puede orientar sobre el riesgo de fractura.

Además, en los últimos años se ha incorporado un nuevo parámetro: el Trabecular Bone Score (TBS).

El TBS se obtiene a partir de la misma imagen de la densitometría y ofrece información sobre la calidad del hueso, es decir, sobre la estructura interna o "microarquitectura" del tejido óseo. Un TBS bajo indica una mayor fragilidad, incluso si la densidad medida parece normal.

¿Por qué es importante medir la densidad ósea?

Conocer la DMO permite:

- Detectar precozmente la osteoporosis o la osteopenia (una etapa intermedia de pérdida ósea).
- Estimar el riesgo de fractura en cada paciente.
- Evaluar la eficacia del tratamiento y la evolución del hueso con el tiempo.

En resumen, la densitometría ósea DXA es hoy en día la herramienta fundamental para diagnosticar y controlar la osteoporosis. Junto con el TBS y la valoración de otros factores de riesgo, permite una evaluación integral del estado del hueso y ayuda a prevenir fracturas antes de que ocurran.

- Limitaciones en el acceso y seguimiento.

La densitometría ósea (DXA) es la prueba de referencia para detectar la pérdida de masa ósea y prevenir fracturas, pero no es necesario realizarla a toda la población.

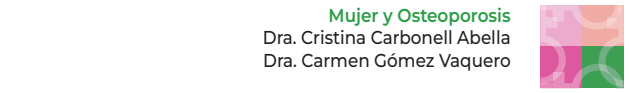
Las guías médicas recomiendan hacerla de forma rutinaria en mujeres a partir de los 65 años y en hombres a partir de los 70. En personas más jóvenes, solo está indicada si existen factores de riesgo (como antecedentes familiares, fracturas previas o enfermedades que afecten al hueso) o si el paciente toma medicamentos que pueden reducir la densidad ósea.

Sin embargo, en la práctica real, existen importantes limitaciones para acceder a esta prueba y en algunos territorios.

Desigualdad territorial en el acceso a equipos de DXA

El Sistema Nacional de Salud debería contar con suficientes densitómetros para atender la demanda, pero su distribución es desigual.

Según un estudio nacional de referencia, todavía citado como el más completo, en el momento de su publicación había ocho provincias —todas pertenecientes a Castilla y León y Castilla-La Mancha— que no disponían de ningún equipo, ni público ni privado [15].

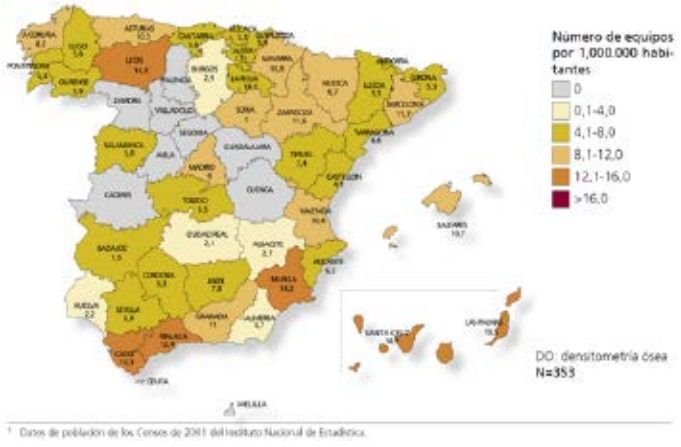


En la Figura 3 se muestra la variación provincial en el número de densitómetros por millón de habitantes. Aunque la situación ha mejorado en los últimos años, persisten diferencias entre comunidades autónomas.

Restricciones en Atención Primaria

Otra barrera importante es que no todos los médicos de Atención Primaria pueden solicitar una densitometría directamente.

Figura 3



El estudio ABOPAP2000 [16] reveló que solo el 26 % de los médicos en España tenía autorización para pedirla, a pesar de que la mitad disponía de un densitómetro cerca.

El acceso varía notablemente según la comunidad autónoma:

- En Cataluña, el 75 % de los médicos podían solicitarla directamente.
- En Madrid, Valencia y el País Vasco, ese porcentaje bajaba al 30 %.
- En la mayoría de las demás regiones, el acceso era prácticamente nulo.

Esta falta de uniformidad provoca inequidades claras entre territorios, con pacientes que pueden ser diagnosticados o seguidos más fácilmente que otros según su lugar de residencia (Figura 4).

Sobrecarga asistencial y variabilidad en la práctica clínica

Incluso cuando el acceso técnico existe, muchos médicos de Atención Primaria no solicitan la densitometría, a veces por falta de tiempo, exceso de carga asistencial o desconocimiento de las guías actualizadas.

En otros casos ocurre lo contrario: se pide la prueba en pacientes sin factores de riesgo reales, lo que también supone un uso ineficiente de los recursos.

Según un estudio de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC), el 76 % de las mujeres posmenopáusicas presentaba factores de riesgo suficientes para justificar la prueba, pero solo el 32 % había sido diagnosticada mediante densitometría [17].

Las diferencias regionales también son notables:

- Murcia fue la comunidad con mayor uso (71 %).
- En Navarra, País Vasco, Asturias y Cataluña, la cifra rondaba el 40-49 %.
- En Valencia, Galicia y Madrid, entre el 31-39 %.
- En el resto del país, los porcentajes fueron todavía más bajos.

Llama la atención que hasta un 59 % de las mujeres sin factores de riesgo también fueron sometidas a la prueba, lo que refleja una infrautilización en quienes más la necesitan y un uso excesivo en quienes no la requieren.

Otro estudio [18] encontró que solo una de cada tres personas a las que se les solicitó una densitometría tenía realmente un riesgo elevado de fractura.

Figura 4



Falta de consenso entre guías clínicas

La variabilidad entre guías médicas también contribuye a la confusión. Un estudio multicéntrico nacional comparó tres guías ampliamente usadas (AETM, OMS y CIGCO) y encontró que la proporción de pacientes con indicación de DXA oscilaba entre el 36 % y el 77 %, según la guía aplicada.

La concordancia entre ellas fue inferior al 37 %, lo que evidencia una falta de homogeneidad en la práctica clínica [19].

Menor acceso en hombres: un problema invisibilizado

Aunque la osteoporosis se asocia tradicionalmente con mujeres, los hombres representan entre el 20 y el 25 % de las fracturas por fragilidad, y su mortalidad tras una fractura suele ser mayor. Aun así, la densitometría ósea sigue infrautilizada en la población masculina, debido a una menor percepción del riesgo tanto por parte de los pacientes como de los profesionales [20].

En resumen, el acceso a la densitometría ósea en España sigue presentando importantes desigualdades territoriales, administrativas y de género. A pesar de ser una herramienta clave para la prevención de fracturas, su uso está lejos de ser óptimo, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento de miles de personas, especialmente mujeres mayores y hombres con riesgo elevado.



El acceso a la densitometría ósea en España sigue presentando importantes desigualdades territoriales, administrativas y de género.

- Fracturas por fragilidad como primera manifestación.

La osteoporosis es una enfermedad silenciosa. No produce dolor ni otros síntomas hasta que aparece su primera gran señal de alerta: una fractura por fragilidad.

Este tipo de fractura se produce tras un golpe mínimo o una caída leve, en situaciones en las que un hueso sano no se rompería.

El problema es que, para muchas personas —sobre todo mujeres y hombres de edad avanzada—, esa fractura es el primer indicio de que sufren osteoporosis.

Cuando esto ocurre, significa que el sistema sanitario no ha logrado detectar la enfermedad a tiempo, antes de que el hueso se rompa.

Y lo más preocupante es que una fractura lleva a otra: haber tenido una fractura por fragilidad aumenta de forma notable el riesgo de sufrir nuevas fracturas en los años siguientes, especialmente en la cadera o la columna vertebral.

Haber tenido una fractura por fragilidad aumenta de forma notable el riesgo de sufrir nuevas fracturas en los años siguientes

Un estudio retrospectivo realizado en más de 40.000 personas mayores de 70 años, atendidas en 30 centros de salud de 14 comunidades autónomas españolas, reveló que la prevalencia global de fracturas por fragilidad era del 17,7 %.

La diferencia entre hombres y mujeres fue clara:

- 24,1 % de las mujeres había sufrido al menos una fractura, frente a
- 8,0 % de los hombres [21].

Entre quienes ya habían sufrido una fractura (665 personas), se observó otro dato llamativo: solo el 43 % de los hombres tenía un diagnóstico previo de osteoporosis, y apenas el 38 % había recibido o estaba recibiendo tratamiento.

En cambio, entre las mujeres, las cifras eran algo mejores: 70 % diagnosticadas y 65 % tratadas [21].

- Seguimiento clínico y herramientas de evaluación del riesgo (FRAX).

La DMO es el principal indicador para estimar el riesgo de fractura, pero no explica todo el riesgo: hay personas con una DMO normal que también pueden fracturarse. Por eso, combinar la DMO con otros factores clínicos mejora la capacidad de predicción sin perder precisión [22].

Con este objetivo se desarrolló FRAX, una herramienta en línea que calcula el riesgo de sufrir una fractura importante o una fractura de cadera en los próximos 10 años [23]. El cálculo tiene en cuenta la edad, el sexo, el peso y la altura, así como distintos factores de riesgo: fracturas previas,

antecedentes familiares de fractura de cadera, tabaquismo, consumo de alcohol, uso prolongado de corticoides, artritis reumatoide y enfermedades o tratamientos que afecten al hueso.

Aunque FRAX forma parte de las guías internacionales y de la definición operativa de osteoporosis [24], en España su versión nacional tiende a infraestimar el riesgo de fractura mayor, por lo que su uso generalizado sigue siendo limitado [25–27]. No obstante, los cálculos para fractura de cadera sí se consideran fiables.

Los resultados también reflejan las diferencias entre hombres y mujeres: en el estudio EPISER, el 58 % de las mujeres mayores de 65 años presentaban un riesgo de fractura de cadera igual o superior al 3 %, frente a solo el 8 % de los hombres [28].

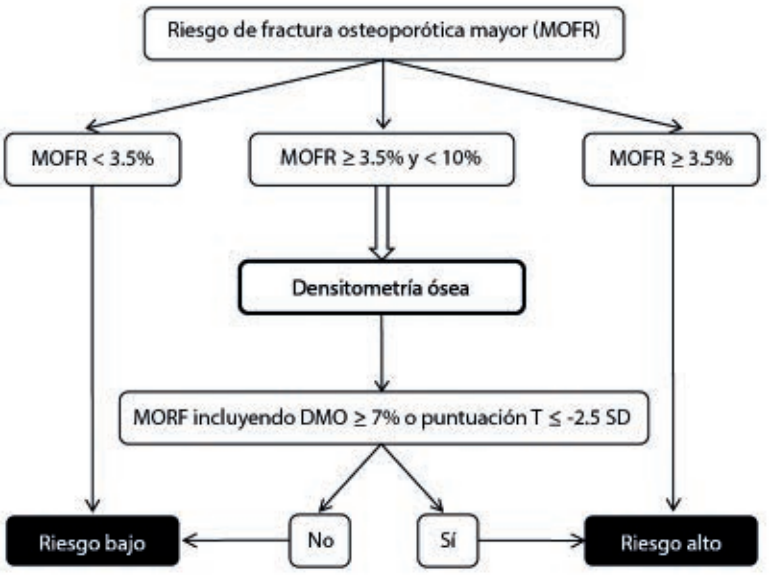
En España, los estudios FRIDEX y FROCAT propusieron umbrales de riesgo específicos:

- Bajo riesgo: ≤ 5 %
- Intermedio: entre 5–7,5 %
- Alto riesgo: ≥ 7,5 % [30,31]

A pesar de las recomendaciones, la mitad de los médicos no utilizan ninguna herramienta de valoración del riesgo en la práctica diaria [29]

Aplicar estos criterios permite optimizar el uso de la densitometría ósea, enfocándola en quienes más la necesitan. Un estudio reciente propone incluso un algoritmo basado en FRAX para ayudar a decidir cuándo realizar una DXA y cuándo iniciar tratamiento en mujeres posmenopáusicas españolas [32].

Figura 5





Datos de impacto clínico y sanitario

- Coste económico de las fracturas.

Las fracturas por fragilidad no solo suponen un importante problema de salud, sino también una gran carga económica y social.

En España, solo en 2017 se registraron unas 330.000 fracturas por fragilidad, con un coste estimado de 4.200 millones de euros para el sistema sanitario. Esta cifra incluye hospitalizaciones, tratamientos, rehabilitación y atención en residencias o centros de cuidados prolongados [33].

Ese mismo año se perdieron más de 355.000 días laborables por esta causa, [34] y la carga en salud se tradujo en 118.825 años de vida ajustados por calidad (QALY), un indicador que mide el impacto sobre la calidad y la duración de la vida [35].

En un estudio español realizado en personas mayores de 65 años con fractura de cadera, el coste medio directo durante el primer año fue de 9.690 € en mujeres y 9.019 € en hombres, incluyendo hospitalización, rehabilitación, ayudas técnicas y cuidados en el hogar [36].

Pero más allá del gasto sanitario, las fracturas osteoporóticas tienen un alto coste humano. En un análisis europeo, las fracturas por fragilidad causaron en 2017 la pérdida de más de un millón de QALYs, dos tercios de ellos en mujeres [37].

En hombres, el impacto relativo fue incluso mayor: aunque sufren menos fracturas, tienen más complicaciones y una recuperación funcional más limitada, lo que reduce considerablemente su calidad de vida.

Las fracturas de cadera fueron las que generaron más años de vida perdidos o vividos con discapacidad (DALYs). En mujeres, predominan los años vividos con limitaciones; en hombres, los años perdidos por mayor mortalidad post-fractura.

En España, donde la familia suele asumir buena parte del cuidado tras una fractura, este problema afecta también a los cuidadores y al entorno social, con repercusiones emocionales, laborales y económicas de largo alcance [37].

- Morbilidad y mortalidad asociadas.

Las fracturas por fragilidad no solo provocan dolor y pérdida de movilidad: también pueden tener consecuencias graves para la salud y la supervivencia, especialmente en las personas mayores.

En el caso de la fractura de cadera o vertebral, la mortalidad hospitalaria es más del doble en los hombres que en las mujeres: 10 % frente a 4,7 %, y al cabo de un año, el riesgo de fallecimiento alcanza el 35–37 % en varones y el 28 % en mujeres [14].

Además, tras una fractura, los hombres también presentan mayor riesgo de sufrir nuevas fracturas: su probabilidad se multiplica por 3,4, mientras que en las mujeres lo hace por 1,9 [38].

Un amplio estudio realizado en más de 115.000 personas mayores de 65 años en Ontario (Canadá) confirmó esta diferencia de género.

Durante el primer año tras una fractura, fallecieron el 14,4 % de las mujeres con fractura frente al 5,3 % sin fractura. En los hombres, las cifras fueron aún más elevadas: 20,3 % frente a 6,8 %,

lo que supone un exceso de mortalidad atribuible a la fractura de 9,1 puntos porcentuales en mujeres y 13,5 en hombres [39].

En términos relativos, el riesgo de morir en el primer año fue 2,5 veces mayor en mujeres y más de 3 veces mayor en hombres respecto a quienes no habían sufrido fracturas.

Esta diferencia se mantiene con el paso del tiempo: tres años después, la mortalidad atribuible a la fractura alcanzaba el 28,4 % en mujeres y el 18,5 % en hombres.

Entre todas las fracturas, la de cadera sigue siendo la más grave: a los tres años, había fallecido el 39 % de las mujeres y el 52,9 % de los hombres que la habían sufrido. En el resto de fracturas, la mortalidad fue del 24,6 % en mujeres y del 35 % en hombres.

La diferencia entre sexos fue especialmente evidente en el grupo de edad de 66 a 85 años, cuando la capacidad de recuperación comienza a reducirse notablemente [39].

En resumen, los datos muestran que, aunque las mujeres sufren más fracturas, los hombres tienen un peor pronóstico, con mayor mortalidad y más riesgo de fracturas repetidas. Estas cifras subrayan la importancia de la detección precoz, la rehabilitación temprana y el seguimiento médico en ambos sexos, pero con especial atención en los varones mayores.

- Comparativa entre hombres y mujeres. La osteoporosis del varón.

Aunque las mujeres sufren más fracturas, los hombres tienen un peor pronóstico, con mayor mortalidad y más riesgo de fracturas repetidas.

La osteoporosis en hombres ha sido históricamente infravalorada y poco diagnosticada, a pesar de que también presentan un riesgo significativo de fracturas en la vejez [40].

El estudio MrOS, con más de 5.900 hombres mayores de 65 años, demostró que la densidad mineral ósea (DMO) predice fracturas en varones con una precisión similar —o incluso mayor— que en mujeres. Por cada pérdida de una desviación estándar en el cuello femoral, el riesgo de fractura de cadera se triplica. Además, la pérdida ósea continúa con la edad, desmintiendo la idea de que se estabiliza en el varón.





El riesgo aumenta con factores como fracturas previas, caídas frecuentes, debilidad muscular, bajo peso, déficit hormonal o de vitamina D, y el uso de ciertos fármacos y enfermedades crónicas. Estos hallazgos señalan la necesidad de adaptar herramientas como FRAX al perfil masculino [40].

A todo ello se suma una barrera cultural: muchos hombres perciben la osteoporosis como una "enfermedad de mujeres", lo que reduce la búsqueda de diagnóstico y la adherencia al tratamiento. Esta percepción contribuye a su infradetección y menor priorización clínica [41].

Aspectos diferenciadores de género

La osteoporosis afecta mucho más a las mujeres que a los hombres: se estima que es cuatro veces más frecuente, especialmente después de la menopausia, cuando los cambios hormonales aceleran la pérdida de masa ósea [42].

Durante años se la ha considerado una "enfermedad de mujeres mayores", una etiqueta que, lejos de ayudar, ha contribuido a que se banalice el problema o se retrasen los diagnósticos.Muchas mujeres consultan por síntomas como dolor de espalda o pérdida de estatura, signos tempranos de fragilidad ósea que a menudo se atribuyen al envejecimiento normal o a otras dolencias.

Esta falta de conciencia —tanto en la población como, en ocasiones, en los propios profesionales sanitarios— hace que la osteoporosis pase desapercibida hasta que se produce una fractura.
A esto se suman sesgos de género en la atención médica: los síntomas referidos por mujeres, especialmente los relacionados con dolor o cansancio, tienden a considerarse menos urgentes o de origen emocional, lo que puede reducir la probabilidad de que se les realicen pruebas diagnósticas como la densitometría ósea (DXA), la herramienta fundamental para detectar la enfermedad antes de una fractura.En los últimos años, la creación de Unidades de Coordinación de Fracturas ha demostrado ser una estrategia eficaz para identificar a pacientes con alto riesgo y prevenir nuevas fracturas [43].

Sin embargo, su implantación sigue siendo desigual en el territorio español, lo que limita su impacto en la detección y el seguimiento precoz de la osteoporosis, especialmente en las mujeres.

Desarrollo de la patología en momentos clave para la mujer

- Efectos del embarazo y la lactancia sobre la salud ósea materna.

El embarazo y la lactancia son etapas en las que el cuerpo de la mujer experimenta una gran demanda de calcio y energía para asegurar el correcto desarrollo del bebé. Durante este tiempo, el organismo materno se adapta aumentando el recambio óseo —es decir, el proceso natural de renovación del hueso— y movilizando calcio desde el esqueleto hacia el feto y, después, hacia la leche materna.

Como resultado, puede producirse una pérdida temporal de densidad mineral ósea (DMO), especialmente en los huesos con mayor proporción de tejido trabecular (más poroso). En mujeres sanas, esta pérdida —que puede alcanzar entre un 5 % y un 7 % durante lactancias prolongadas— es transitoria y reversible, recuperándose de forma natural en los 6 a 12 meses posteriores al destete. No se asocia a un mayor riesgo de osteoporosis ni fracturas en el futuro [44].

El cuerpo compensa estas demandas mediante varios mecanismos fisiológicos:

- Aumento de la absorción intestinal de calcio, sobre todo en el segundo y tercer trimestre del embarazo, gracias a un incremento de las hormonas.

- Aceleración del recambio óseo, más marcada durante la lactancia debido al descenso de estrógenos tras el parto.

Las recomendaciones actuales indican que las mujeres embarazadas o lactantes no necesitan más calcio que las no gestantes:

- 1.300 mg diarios para adolescentes (14–18 años).
- 1.000 mg diarios para adultas (>19 años).

Estas cifras, establecidas por el Institute of Medicine y avaladas por el consenso internacional, son suficientes siempre que la dieta sea equilibrada. Tomar suplementos por encima de estas cantidades no evita la pérdida ósea fisiológica, salvo en casos de ingesta deficiente [45].

De forma excepcional, algunas mujeres pueden desarrollar osteoporosis transitoria del embarazo o la lactancia, una condición poco frecuente caracterizada por fracturas vertebrales espontáneas o tras pequeños traumatismos, que provocan dolor intenso. [46].
Los factores de riesgo incluyen antecedentes familiares de osteoporosis, bajo peso corporal, déficit de vitamina D y el uso de glucocorticoides. Es importante prestar atención al dolor de espalda en gestantes o lactantes, ya que este cuadro suele pasar desapercibido o confundirse con molestias musculares propias del posparto.

En general, los estudios coinciden en que ni el embarazo ni la lactancia aumentan el riesgo de osteoporosis o fracturas a largo plazo, siempre que la mujer mantenga una nutrición adecuada y un buen aporte de calcio y vitamina D. Estos cambios en la masa ósea forman parte de un proceso fisiológico y reversible, diseñado para proteger tanto al bebé como a la madre.

- Menopausia.

La menopausia es uno de los principales factores de riesgo de pérdida acelerada de masa ósea en las mujeres. Se estima que, a lo largo de la vida, pueden llegar a perder hasta un 50 % del hueso trabecular (el más interno y poroso) y un 30 % del hueso cortical (la parte más densa y externa). Aproximadamente la mitad de esa pérdida ocurre durante los primeros 10 años después de la menopausia. [47,48] Los estrógenos desempeñan un papel clave en el mantenimiento del equilibrio del hueso. Estas hormonas regulan la actividad de las células que forman y destruyen tejido óseo. Cuando los niveles de estrógenos caen bruscamente en la menopausia, este equilibrio se rompe:

- Disminuye la actividad de los osteoblastos y osteocitos, responsables de construir hueso nuevo.
- Aumenta la actividad de los osteoclastos, las células que lo reabsorben.

El resultado es una pérdida neta de masa ósea y un mayor riesgo de desarrollar osteoporosis y fracturas.

- Envejecimiento y pérdida de masa ósea.

La pérdida de masa ósea con la edad es un proceso natural, pero complejo, en el que intervienen múltiples factores tanto externos como internos.

Entre los factores externos destacan la falta de actividad física, una alimentación deficiente en calcio, proteínas o vitamina D, y el consumo de tabaco o alcohol, que aceleran el deterioro del hueso y reducen su capacidad de regeneración.



La etapa de la menopausia es cuando más se diagnostica la osteoporosis y cuando se recomienda prestar especial atención a la prevención. Los expertos consideran que la transición menopáusica constituye una "ventana de oportunidad" para intervenir a tiempo, ayudando a preservar la densidad ósea y evitar un daño irreversible en la estructura del hueso que puede manifestarse años después.

A nivel interno, el envejecimiento provoca una disminución en el número y la función de las células que forman hueso (osteoblastos y osteocitos), junto con un aumento del estrés oxidativo y de la muerte celular natural (apoptosis). Estos cambios debilitan progresivamente la estructura ósea y contribuyen al desarrollo de la llamada osteoporosis senil.

En las mujeres mayores, este problema suele pasar desapercibido, ya que la fragilidad ósea se confunde con los efectos normales del envejecimiento o con otras enfermedades propias de esta etapa. La falta de conciencia y el retraso en el diagnóstico dificultan el tratamiento precoz, a pesar de que la osteoporosis es una causa importante de pérdida de autonomía y calidad de vida en la vejez.

Afectación de la calidad de vida de la paciente con osteoporosis

La osteoporosis y las fracturas por fragilidad tienen un impacto profundo en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), un concepto que incluye el bienestar físico, psicológico, social y funcional.

Diversos estudios han demostrado que las personas con osteoporosis —y especialmente aquellas que han sufrido una fractura— presentan una peor calidad de vida en comparación con la población general [49–53]. Incluso sin fracturas, algunas pacientes experimentan ansiedad, miedo a caerse o pérdida de confianza en su cuerpo, lo que también afecta su bienestar emocional.

Para evaluar esta calidad de vida se utilizan cuestionarios validados, tanto genéricos (como el Short Form-36 o el EQ-5D) como específicos para la osteoporosis, entre los que destacan el Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis (QUALEFFO-41) y el Cuestionario ECOS-16.

El QUALEFFO-41, ampliamente utilizado en estudios europeos, ha demostrado una buena capacidad para detectar los cambios físicos y de dolor asociados a las fracturas vertebrales. [54] Su uso sistemático permite valorar el impacto de la enfermedad de manera global y seguir la evolución del paciente en el tiempo.

Las fracturas vertebrales son especialmente limitantes: pueden causar dolor persistente, pérdida de estatura y curvatura de la espalda (cifosis), reduciendo la movilidad y la independencia.

Un estudio realizado en Valencia con 804 mujeres posmenopáusicas mostró que aquellas con fracturas vertebrales obtenían puntuaciones significativamente más bajas en los componentes físicos del cuestionario SF-12, mientras que las mujeres con osteoporosis sin fractura no presentaban un deterioro relevante [56]. La fractura vertebral fue el factor más asociado a la pérdida de capacidad funcional física [55,56].

Las fracturas de cadera tienen un impacto aún mayor. Con frecuencia provocan pérdida de independencia, necesidad de institucionalización y un aumento del riesgo de mortalidad en el primer año tras la lesión. Muchos pacientes no recuperan completamente su movilidad, lo que se traduce en una discapacidad persistente y en cambios drásticos en su estilo de vida.

En conjunto, las fracturas de cadera y vértebras generan las mayores reducciones en la capacidad física y funcional, y sus efectos pueden mantenerse incluso más de dos años después del evento [57].

La repercusión sobre la vida diaria es notable. Los pacientes pueden ver limitadas tanto las actividades básicas (como vestirse, bañarse o caminar) como las actividades instrumentales (hacer la compra, cocinar o usar el transporte público).

El dolor crónico y la pérdida de movilidad crean un círculo vicioso de inactividad, debilidad muscular y desánimo emocional, que aumenta la dependencia de otras personas.

Una fractura de cadera puede suponer la pérdida definitiva de la capacidad de caminar sin ayuda, mientras que las fracturas vertebrales dificultan tareas cotidianas como sentarse, levantarse o cargar objetos.



Esta pérdida de autonomía no solo afecta al paciente, sino que también genera una carga emocional y física para los cuidadores, frecuentemente familiares cercanos, que deben asumir parte del cuidado diario.

Impacto psicológico de la osteoporosis en las pacientes: ansiedad y depresión

La osteoporosis no solo afecta a los huesos. Aunque suele asociarse con fracturas, dolor y pérdida de autonomía, también tiene un profundo impacto en la esfera emocional y social de quienes la padecen. Diversos estudios muestran que esta enfermedad, especialmente en mujeres posmenopáusicas, se relaciona con una mayor prevalencia de ansiedad y depresión, tanto por los cambios físicos como por las limitaciones que impone [58,59]. El riesgo aumenta cuando aparecen fracturas, ya que estas agravan la pérdida de movilidad y la dependencia.

Ansiedad: el miedo al futuro y a las caídas

El miedo a caer o fracturarse es uno de los sentimientos más comunes en las pacientes con osteoporosis. Esta ansiedad se asocia con la pérdida de independencia, baja autoestima y



sensación de fragilidad, lo que a su vez genera un círculo vicioso: el miedo lleva a moverse menos, la falta de movimiento debilita los músculos, y la debilidad aumenta el riesgo de caídas [60].

En algunos casos, este temor puede llegar a ser incapacitante, limitando la vida social y provocando aislamiento y angustia emocional, incluso en mujeres que nunca han sufrido una fractura.

La osteoporosis no solo afecta a los huesos. Aunque suele asociarse con fracturas, dolor y pérdida de autonomía, también tiene un profundo impacto en la esfera emocional y social de quienes la padecen.

Depresión: un problema frecuente y con implicaciones clínicas

Las mujeres con osteoporosis presentan con frecuencia síntomas depresivos, incluso cuando no hay fracturas. Según datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES, EE. UU., 2005–2020), un 31,9 % de las pacientes con osteoporosis mostraban síntomas de depresión y un 10 % cumplían criterios de depresión probable. Ajustando por edad y otros factores, las mujeres con osteoporosis tenían entre un 75 % y un 90 % más riesgo de depresión que las mujeres sin la enfermedad [61].

Resultados similares se observaron en un estudio iraní con 500 mujeres posmenopáusicas, donde el 86,9 % de las pacientes con osteoporosis sufrían algún grado de depresión, frente al 15 % en el grupo control ($p < 0,05$) [62].

Esta relación es bidireccional: el dolor crónico, la deformidad corporal (como la cifosis) o las limitaciones físicas pueden generar estrés, aislamiento y baja autoestima. A su vez, la depresión y la ansiedad pueden aumentar el riesgo de fractura, al alterar el metabolismo óseo o por el uso de ciertos medicamentos (como antidepresivos o ansiolíticos) y por la reducción de la actividad física.

Un metaanálisis de Wu y cols. (2018) confirmó que la depresión incrementa el riesgo de fractura en un 26 % (HR = 1,26; IC 95 %: 1,10–1,43; $p < 0,001$), y que la ansiedad severa se asocia con una menor densidad ósea y mayor fragilidad [63].

Por todo ello, la osteoporosis debe abordarse no solo como un problema óseo, sino como una condición integral, que requiere un enfoque multidisciplinar y con perspectiva de género, centrado también en el bienestar emocional y psicológico de las pacientes.

Consecuencias sociales y emocionales

Las repercusiones de la osteoporosis van más allá del plano físico. El aislamiento social es frecuente, especialmente en mujeres mayores, y puede empeorar la depresión y acelerar el deterioro cognitivo.

El dolor, la limitación funcional y los cambios corporales —como la pérdida de estatura o la curvatura de la espalda— afectan a la autoestima y la imagen personal, generando sentimientos de vergüenza, inutilidad o pérdida de identidad [64].

Muchas mujeres dejan de realizar actividades que antes disfrutaban, reducen su vida social y experimentan fatiga, insomnio y bajo estado de ánimo, incluso sin haber sufrido fracturas. Todo ello contribuye a una disminución global de la satisfacción con la vida y subraya la necesidad de un enfoque integral que cuide tanto la salud física como la emocional.

El doble rol de las mujeres: cuidadoras y enfermas a la vez

La perspectiva de género es clave para entender el verdadero impacto de la osteoporosis y las fracturas por fragilidad en las mujeres.

A lo largo del tiempo, las mujeres han asumido tradicionalmente el rol de cuidadoras dentro del hogar: se ocupan de los hijos, de los padres mayores y, con frecuencia, de otros familiares que necesitan apoyo. Este papel, profundamente arraigado en lo cultural y social, las sitúa en una posición de mayor vulnerabilidad cuando son ellas mismas quienes enferman [65,66].

Cuando una mujer que ha sido el pilar de cuidado familiar sufre una fractura o desarrolla una osteoporosis avanzada, la dinámica del hogar cambia drásticamente. Además del dolor físico y las limitaciones funcionales, muchas mujeres experimentan culpa, frustración o tristeza por no poder cumplir con su rol habitual.

Esa sensación de "dejar de ser útiles" o de "ser una carga" puede agravar el malestar emocional y psicológico, generando una doble carga: la de la enfermedad y la de las expectativas sociales. A esto se suma que muchas mujeres anteponen el cuidado de los demás al suyo propio, lo que puede retrasar el diagnóstico o el tratamiento.

Factores como la falta de tiempo, las dificultades para delegar tareas de cuidado, o las limitaciones económicas hacen que el acceso a revisiones médicas, fisioterapia o tratamientos farmacológicos sea más difícil.

Esta situación es especialmente preocupante en mujeres con menos recursos o en entornos vulnerables, donde las desigualdades de género se cruzan con las socioeconómicas, aumentando el riesgo de que la osteoporosis no sea diagnosticada ni tratada a tiempo. Comprender la enfermedad desde esta mirada permite no solo mejorar la atención médica, sino también promover políticas y estrategias de apoyo social que reconozcan el papel de las mujeres cuidadoras y las protejan cuando ellas mismas necesitan cuidados.

Esta situación es especialmente preocupante en mujeres con menos recursos o en entornos vulnerables, donde las desigualdades de género se cruzan con las socioeconómicas, aumentando el riesgo de que la osteoporosis no sea diagnosticada ni tratada a tiempo.

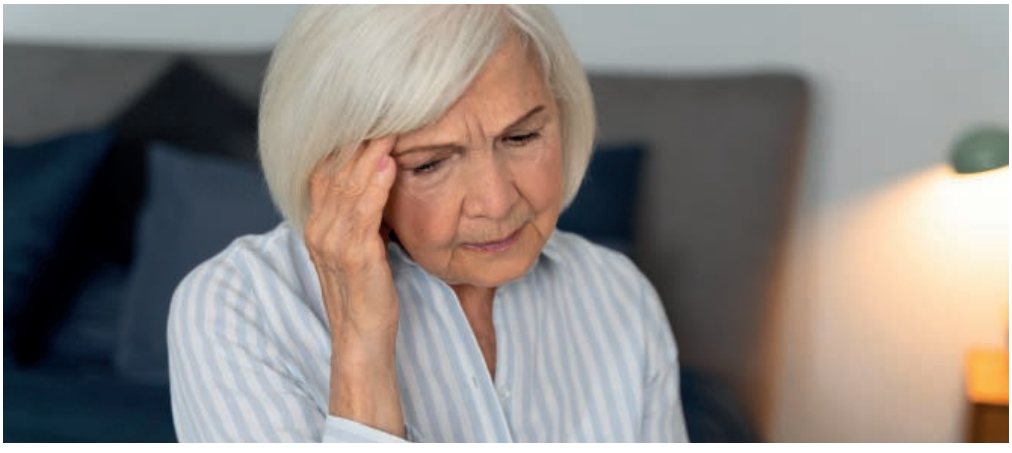




Tabla 1: Impacto de las fracturas por fragilidad en las mujeres*

Dimensión	Consecuencias específicas en mujeres.
Físico	Mayor riesgo de fracturas vertebrales y de cadera en la postmenopausia. Dolor crónico, deformidades (cifosis), pérdida de estatura. Mayor susceptibilidad a sarcopenia.
Psicológico	Alta prevalencia de ansiedad y depresión. Miedo a caerse y pérdida de confianza. Alteración de la imagen corporal y autoestima. Sentimientos de culpa por no poder cumplir rol de cuidadora.
Calidad de Vida	Reducción significativa de la CVRS. Limitación en AVDB y AVDI, impactando la autonomía y la independencia. Impacto en la participación social y ocio.
Socioeconómico	Pérdida de productividad (aunque muchas mujeres no están activas laboralmente de manera formal). Aumento de gastos sanitarios directos e indirectos. Carga económica para la familia si requiere cuidador.
Acceso a Servicios	Retraso en el diagnóstico debido a sesgos de género y atribución de síntomas al envejecimiento. Menor prioridad en la búsqueda de atención propia debido al rol de cuidadora. Barreras para el acceso y adherencia al tratamiento.

*En hombres, prácticamente no hay datos porque están infrarrepresentados en los estudios existentes.

Conclusiones, puntos de mejora y necesidades para un correcto abordaje de la patología

Incorporación de técnicas de diagnóstico temprano

La osteoporosis es una enfermedad silenciosa, que a menudo no da síntomas hasta que aparece la primera fractura. Por eso, la detección precoz es fundamental para evitar complicaciones graves y reducir el impacto físico, social y económico que suponen las fracturas por fragilidad.

El cribado sistemático en Atención Primaria permite identificar a las personas con mayor riesgo antes de que ocurra una fractura. Se recomienda evaluar de forma periódica a mujeres desde la menopausia y a hombres a partir de los 50 años, revisando factores como antecedentes de fracturas, caídas recientes, enfermedades crónicas (como artritis reumatoide, diabetes tipo 1 o enfermedad renal), y el uso prolongado de fármacos que debilitan el hueso (como corticoides o antiepilépticos).

Una herramienta clave en este proceso es el FRAX, que estima el riesgo de fractura a 10 años combinando edad, sexo, peso, antecedentes y comorbilidades. En España, su uso sin necesidad de densitometría (DMO) permite identificar a quienes presentan riesgo alto o intermedio, orientando la necesidad de estudios adicionales. Cuando se dispone de DMO y del índice TBS (Trabecular Bone Score), la precisión del FRAX mejora notablemente.

Las guías internacionales recomiendan realizar una densitometría ósea a todas las mujeres a partir de los 65 años y a los hombres desde los 70, incluso sin otros factores de riesgo. Si se confirma osteoporosis o un riesgo elevado, debe iniciarse tratamiento preventivo para reducir la probabilidad de fracturas.

En personas más jóvenes con enfermedades crónicas o tratamientos que afectan al hueso, el seguimiento debe ser más estrecho, ya que el FRAX puede infraestimar el riesgo. En estos casos, las guías clínicas específicas orientan la necesidad de realizar una densitometría precoz.

Promover el cribado temprano y estructurado —integrando alertas automáticas en las historias clínicas y facilitando el acceso a la densitometría— permitiría detectar antes los casos de riesgo y prevenir miles de fracturas cada año.

En definitiva, la detección precoz mediante el uso combinado de FRAX, DMO y criterios clínicos constituye una estrategia costo-efectiva y esencial para reducir la incidencia de fracturas y mejorar la calidad de vida de la población.

La detección precoz mediante el uso combinado de FRAX, DMO y criterios clínicos constituye una estrategia costo-efectiva y esencial para reducir la incidencia de fracturas y mejorar la calidad de vida de la población.

Necesidad de identificar los síntomas de alerta

Campañas educativas sobre el riesgo de fractura

La fractura por fragilidad, muchas veces consecuencia de una osteoporosis no diagnosticada, es una de las principales causas de pérdida de autonomía en las personas mayores. Sin embargo, la mayoría podrían prevenirse si se identificaran antes los factores de riesgo y se iniciara un tratamiento adecuado.

La densitometría ósea (DXA) sigue infrautilizada, tanto en mujeres como —aún más— en hombres. Por ello, son fundamentales las campañas educativas dirigidas a la población y a los profesionales sanitarios, que refuercen el mensaje de que una fractura tras una caída leve no es "normal" ni un simple signo de envejecimiento, sino una señal de alerta que debe investigarse.

Iniciativas como #206razones,[67] impulsada por SEIOMM, FHOEMO y AECOSAR, han comenzado a cambiar esta percepción, destacando que la mayoría de las fracturas osteoporóticas son prevenibles con un diagnóstico precoz. A través de mensajes visuales, vídeos y redes sociales, estas campañas fomentan la consulta médica temprana y la prevención en mujeres y hombres mayores de 50 años.

Además, la educación sanitaria debe ir acompañada de formación específica para profesionales, con herramientas prácticas como protocolos de derivación, recordatorios electrónicos y guías visuales adaptadas a la atención primaria. Promover el uso adecuado y equitativo de la DXA mejorará la detección precoz, optimizará los recursos sanitarios y reforzará la prevención primaria de fracturas.

Promoción de la salud ósea desde etapas tempranas

La salud ósea se construye desde la infancia. El pico de masa ósea, que se alcanza entre los 20 y 30 años, es un factor determinante del riesgo de fracturas en la edad adulta. [68] Por eso, la prevención debe empezar pronto, fomentando una alimentación rica en calcio y vitamina D, y la actividad física regular, que mejora la densidad y la estructura del hueso [69].



Durante el embarazo y la lactancia, el metabolismo óseo se adapta para cubrir las demandas del bebé. Aunque la densidad ósea suele recuperarse tras el destete, pueden aparecer casos aislados de osteoporosis del embarazo o fracturas posparto, especialmente en mujeres con bajo peso o déficit nutricional [70].

La menopausia representa otro momento crítico: en los primeros 5 a 7 años tras el cese menstrual, una mujer puede perder hasta el 20 % de su masa ósea. [71] Por ello, la perimenopausia es una etapa clave para detectar factores de riesgo y promover medidas preventivas como ejercicio, dieta adecuada y suplementación si es necesario.

Los hombres, aunque no experimentan una transición hormonal brusca, también sufren pérdida progresiva de masa ósea con la edad. El estudio MrOS demostró que los varones con niveles bajos de estradiol y vitamina D tienen un riesgo más alto de fractura, independientemente de su densidad ósea [72]. Aun así, siguen siendo un grupo infradiagnosticado y poco incluido en las estrategias de prevención.

Por ello, se necesitan programas de promoción de la salud ósea a lo largo de todo el ciclo vital, con perspectiva de género. Comenzar en la infancia, reforzar en la adolescencia y mantener en la edad adulta son claves para reducir la incidencia futura de osteoporosis y fracturas.

Se necesitan programas de promoción de la salud ósea a lo largo de todo el ciclo vital, con perspectiva de género

Formación profesional y sesgos de género

Los sesgos de género en el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis se originan en gran parte durante la formación médica. En muchas facultades, la enfermedad se presenta casi exclusivamente como un problema femenino, vinculado a la menopausia o a la geriatría, dejando en segundo plano su impacto en los hombres.

Los sesgos de género en el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis se originan en gran parte durante la formación médica.

Es esencial incorporar una perspectiva de género en la enseñanza y actualización profesional. Esto implica visibilizar la osteoporosis masculina, enseñar el uso de herramientas diagnósticas neutras (como el FRAX adaptado a cada país) y promover una evaluación clínica libre de estereotipos.

Actualizar los programas docentes garantizará que los futuros médicos comprendan la osteoporosis como un problema de salud que afecta a ambos sexos, con manifestaciones diferentes pero consecuencias igualmente graves si no se diagnostica y trata a tiempo.

El objetivo no es aplicar criterios distintos por sexo, sino evitar desigualdades en la atención sanitaria y asegurar que cada paciente —hombre o mujer— reciba una valoración y tratamiento adecuados.

Establecer medidas que ayuden a la paciente con osteoporosis a mejorar su calidad de vida

Fomento del ejercicio físico adaptado y prevención de caídas

El ejercicio físico regular es una de las herramientas más eficaces y accesibles para mantener la salud ósea, conservar la masa muscular y reducir el riesgo de caídas y fracturas, aunque la evidencia científica aún varía en algunos aspectos.

El ejercicio físico regular es una de las herramientas más eficaces y accesibles para mantener la salud ósea, conservar la masa muscular y reducir el riesgo de caídas y fracturas

Diversos estudios han demostrado que los programas de actividad física adaptada ayudan a preservar la densidad mineral ósea (DMO) en mujeres posmenopáusicas [73]. La combinación de ejercicios de resistencia y aeróbicos es la modalidad más efectiva, según una revisión con más de 3.300 mujeres de 49 ensayos clínicos [74]. En mujeres premenopáusicas, el ejercicio regular también mejora de forma sostenida la masa ósea [75], y aunque la investigación en hombres es más limitada, los resultados apuntan a beneficios similares [76].

Las caídas son la principal causa de lesiones en adultos mayores: cerca de un tercio de las personas mayores de 65 años sufre al menos una al año. Las mujeres tienden a caerse más, pero los hombres tienen mayor riesgo de mortalidad asociada. Los programas de ejercicio más eficaces combinan entrenamiento de equilibrio, fuerza y funcionalidad, reduciendo las caídas hasta en un 29 %. [77] El Tai Chi también puede ser útil, aunque la evidencia es variable. En cambio,

Los programas de ejercicio más eficaces combinan entrenamiento de equilibrio, fuerza y funcionalidad, reduciendo las caídas hasta en un 29 %

caminar o hacer solo ejercicios de resistencia no han mostrado impacto claro en la prevención.

Un metaanálisis con más de 41.000 adultos mayores confirmó que el ejercicio regular reduce significativamente las caídas lesivas y que los programas multifactoriales (que combinan ejercicio, revisión visual y adaptación del entorno) logran aún mejores resultados, en ambos sexos. [78] Sin embargo, las percepciones difieren: las mujeres suelen ser más receptivas a las estrategias preventivas, mientras que los hombres tienden a subestimar el riesgo o no reportar caídas. [79] Promover una cultura del autocuidado y la prevención en ambos géneros es, por tanto, esencial.

Acceso equitativo a tratamientos, suplementos y rehabilitación

El abordaje terapéutico de la osteoporosis incluye múltiples estrategias desde la suplementación con calcio y vitamina D, hasta el tratamiento farmacológico específico con antirresortivos y osteoformadores y la rehabilitación funcional tras una fractura. Sin embargo, el acceso a estos recursos no es uniforme, y las desigualdades de género, edad, clase social y lugar de residencia pueden condicionar su disponibilidad, indicación y continuidad.

La osteoporosis engloba un espectro amplio de pacientes, desde aquellos con riesgo moderado hasta quienes presentan un riesgo muy alto de fractura. En estos últimos, la evidencia señala que el tiempo de exposición a la enfermedad es prolongado y conlleva un elevado impacto clínico y social. En consecuencia, resulta prioritario un manejo diferenciado e intensivo, donde la terapia secuencial —iniciar con osteoformadores y continuar con antirresortivos— ha mostrado ser una estrategia eficaz para optimizar la ganancia ósea inicial y mantener la protección a largo plazo.



Diversos estudios han mostrado que los hombres mayores con fractura osteoporótica tienen muchas menos probabilidades de recibir tratamiento farmacológico antirresortivo tras el episodio, a pesar de tener un riesgo de mortalidad posterior más elevado que las mujeres.

En un análisis reciente, solo el 38 % de los varones recibieron alguna medicación antiosteoporótica en los 12 meses posteriores a una fractura de cadera, frente al 57 % de las mujeres, a pesar de no existir diferencias significativas en criterios clínicos o gravedad del episodio [80].

Estas diferencias no pueden explicarse únicamente por la epidemiología de la enfermedad, y apuntan a una infravaloración del riesgo osteoporótico en varones, tanto por parte de los profesionales sanitarios como del propio sistema de atención [81].

Estas desigualdades también afectan al acceso a la rehabilitación post-fractura, crucial para recuperar la movilidad y prevenir nuevas caídas. Los varones mayores suelen participar menos por barreras culturales, escasa información o falta de apoyo familiar. [82] Lo mismo ocurre con la suplementación con calcio y vitamina D, donde las mujeres muestran mayor adherencia que los hombres [83].

Para garantizar una atención equitativa, se necesita incorporar la perspectiva de género en guías clínicas y protocolos, formar a los profesionales en osteoporosis masculina y diseñar programas de rehabilitación adaptados a las necesidades individuales. Solo así se logrará una atención realmente inclusiva y efectiva.

Apoyo psicosocial y acompañamiento tras la fractura

Una fractura osteoporótica puede transformar por completo la vida de una persona mayor. Durante la recuperación, muchas pacientes requieren ayuda continua para tareas básicas, lo que genera dependencia temporal o permanente. La fractura de cadera es especialmente crítica, y el apoyo psicosocial juega un papel decisivo en la recuperación.

En la mayoría de los casos, el cuidador principal suele ser una mujer, con frecuencia la hija del paciente. Un estudio realizado en el sur de España con 172 cuidadores de personas con fractura de cadera mostró que casi la mitad presentaban una alta sobrecarga emocional ya

durante la hospitalización, y que un 26 % seguía afectada un año después [84]. Las tareas de movilización, higiene o traslado del paciente fueron las más difíciles, especialmente cuando el cuidador era joven o debía compaginar este rol con trabajo o cuidado de hijos.

El bienestar emocional del cuidador influye directamente en la recuperación funcional del paciente: cuando el cuidador sufre estrés o agotamiento, la rehabilitación se complica. Por ello, es fundamental incluir a los cuidadores en los planes terapéuticos, ofreciendo formación práctica antes del alta, mejor coordinación con los equipos médicos y acceso a ayudas técnicas o económicas.

El acompañamiento post-fractura debe entenderse como parte integral del tratamiento. Incluir apoyo emocional, formación y recursos no solo mejora la calidad de vida del paciente y del cuidador, sino que también reduce complicaciones y favorece una recuperación más rápida y segura.

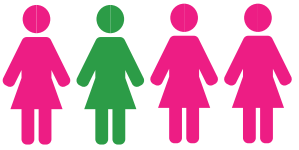


Mujer y Osteoporosis



No da síntomas hasta que ocurre una fractura. La prevención y detección precoz son esenciales para evitar complicaciones.

Afecta casi 4 veces más a las mujeres que a los hombres, especialmente tras la menopausia. En España, 1 de cada 4 mujeres mayores de 65 años la padece.



Las fracturas por fragilidad — de cadera, vértebra o muñeca— son la primera señal de alerta. Una fractura duplica el riesgo de sufrir otra.

El acceso a la densitometría (DXA) varía según la región y el género. Solo un tercio de las mujeres y aún menos de los hombres con riesgo elevado de fractura han sido diagnosticados.





Ansiedad, miedo a caerse y depresión son frecuentes, especialmente tras una fractura. La enfermedad afecta la autoestima y la calidad de vida.

Muchas mujeres priorizan cuidar a otros sobre su propia salud, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento.







La salud ósea se construye desde la infancia. Alimentación rica en calcio y vitamina D, ejercicio y exposición solar son claves.

Incorporar la perspectiva de género en la atención médica, promover el uso del FRAX y garantizar acceso equitativo al diagnóstico y tratamiento mejoran la salud ósea y reducen fracturas.



Aunque las mujeres sufren más fracturas, los hombres tienen un peor pronóstico, con mayor mortalidad y más riesgo de fracturas repetidas.



Bibliografía

1. Rupich RC, Specker BL, Lieuw-A-Fa M, Ho M. Gender and race differences in bone mass during infancy. Calcif Tissue Int. 1996;58:395-7.

2. Diaz Curiel M, Carrasco de la Peña JL, Honorato Perez J, Perez Cano R, Rapado A, Ruiz Martinez I. Study of bone mineral density in lumbar spine and femoral neck in a Spanish population. Osteoporos Int. 1997:59-64.

3. Gómez-Vaquero C, Domínguez-Álvaro M, Seoane-Mato D, Bernal PP, Castañeda S, Kanterewicz Binstock E, et al. An update in bone mineral density status in Spain: the OsteoSER study. Arch Osteoporos. 2025;20:37.

4. Pagès-Castellà A, Carbonell-Abella C, Avilés FF, Alzamora M, Baena-Díez JM, Laguna DM, et al. Burden of osteoporotic fractures in primary health care in Catalonia (Spain): a population-based study. BMC Musculoskelet Disord. 2012;13:79.

5. Azagra R, López-Expósito F, Martin-Sánchez JC, Aguyé-Batista A, Gabriel-Escoda P, Zwart M, et al. Incidence of hip fracture in Spain (1997–2010). Med Clin (Barc). 2015;145:465-70.

6. Mazzucchelli R, Pérez Fernández E, Crespí Villarías N, Tejedor Alonso MÁ, Sáez López P, García-Vadillo A. East-west gradient in hip fracture incidence in Spain: how much can we explain by following the pattern of risk factors? Arch Osteoporos. 2019;14:115.

7. Naves Díaz M, Díaz López JB, Gómez Alonso C, Altadill Arregui A, Rodríguez Rebollar A, Cannata Andía JB. Estudio de incidencia de fracturas osteoporóticas en una cohorte de mayores de 50 años tras seis años de seguimiento. Med Clin (Barc). 2000;115:650-3.

8. Sanfélix-Genovés J, Reig-Molla B, Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Graells-Ferrer M, Vega-Martínez M. The population-based prevalence of osteoporotic vertebral fracture and densitometric osteoporosis in postmenopausal women over 50 in Valencia (FRAVO). Bone. 2010;47:610-6.

9. Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY; Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis (ESCEO) and the Committees of Scientific Advisors and National Societies of the International Osteoporosis Foundation (IOF). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporos Int. 2019;30(1):3-44.

10. Kanis JA, Johansson H, McCloskey EV, et al. Previous fracture and subsequent fracture risk: a meta-analysis to update FRAX. Osteoporos Int. 2023;34(12):2027-45.

11. Gennari L, Khosla S, Bilezikian JP. Estrogen and fracture risk in men. J Bone Miner Res. 2008;23(10):1548-51.

12. Center JR, Nguyen TV, Sambrook PN, Eisman JA. Hormonal and biochemical parameters in the determination of osteoporosis in elderly men. J Clin Endocrinol Metab. 1999;84(10):3626-35.

13. Jones G, Nguyen T, Sambrook P, Kelly PJ, Eisman JA. Progressive loss of bone in the femoral neck in elderly people: longitudinal findings from the Dubbo osteoporosis epidemiology study. BMJ. 1994;309(6956):691-5.

14. Hannan MT, Felson DT, Dawson-Hughes B, Tucker KL, Cupples LA, Wilson PW, et al.. Risk factors for longitudinal bone loss in elderly men and women: the Framingham Osteoporosis Study. J Bone Miner Res. 2000;15(4):710-20.

15. Espallargues M, Estrada MD, Parada I, García M, Rovira A. Cribado de la osteoporosis mediante densitometría por ultrasonidos frente a técnicas ionizantes por rayos X. Evaluación de la utilidad clínica y situación de uso en España. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica, Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 2004.

16. Aragonès Forès R, Orozco López P; Grupo de Osteoporosis de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Abordaje de la osteoporosis en la atención primaria en España (estudio ABOPAP-2000). Aten Primaria. 2002;30:350-6.

17. Fuentes M, Ferrer J, Grifols M, Badia X, Guilera M en representación del Grupo OPTIMA mujer. Manejo diagnóstico de las pacientes con osteoporosis atendidas en consultas de Atención Primaria en España. SEMERGEN. 2007;33:45-9.

18. Naranjo A, Rosas J, Ojeda S, Salas E; CANAL group. Management of osteoporosis in primary care before and after the result of densitometry: treatments in real practice versus the recommended by guidelines. CANAL study. Reumatol Clin. 2013;9:269-73.

19. Roig Vilaseca D, Valero C; Grupo de Estudio de Criterios de Derivacion a Densitometria. Proporción de individuos con criterios de indicación de densitometría ósea y frecuencia de los factores de riesgo de baja masa ósea en consultas de atención primaria. Aten Primaria. 2006;38:435-42.

20. Muñoz-Torres M, Varsavsky M, Avilés Pérez MD. Osteoporosis. Definición. Epidemiología. Rev Osteoporos Metab Miner. 2010;2 (Supl 3):S5–S7.

21. Martínez-Laguna D, Carbonell C, Bastida JC, González M, Micó-Pérez RM, Vargas F, Balcells-Oliver M, Canals L; PREFRAOS Group. Prevalence and treatment of fragility fractures in Spanish primary care: PREFRAOS study. Arch Osteoporos. 2022;17:93.

22. Kanis JA, Oden A, Johnell O, Johansson H, De Laet C, Brown J, et al. The use of clinical risk factors enhances the performance of BMD in the prediction of hip and osteoporotic fractures in men and women. Osteoporosis Int. 2007;18:1033-46.

23. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, McCloskey E. FRAX and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. Osteoporosis Int. 2008;19:385-97.

24. Siris ES, Adler R, Bilezikian J, Bolognese M, Dawson-Hughes B, Favus MJ, et al. The clinical diagnosis of osteoporosis: a position statement from the National Bone Health Alliance Working Group. Osteoporos Int. 2014;25:1439-43.

25. Azagra R, Roca G, Encabo G, Aguye A, Zwart M, Guell S, et al. FRAX(R) tool, the WHO algorithm to predict osteoporotic fractures: the first analysis of its discriminative and predictive ability in the Spanish FRIDEX cohort. BMC Musculoskelet Disord. 2012;13:204.

26. Gonzalez-Macias J, Marin F, Vila J, Diez-Perez A. Probability of fractures predicted by FRAX(R) and observed incidence in the Spanish ECOSAP Study cohort. Bone. 2012;50:373-7.

27. Tebe Cordomi C, Del Rio LM, Di Gregorio S, Casas L, Estrada MD, Kotzeva A, et al. Validation of the FRAX predictive model for major osteoporotic fracture in a historical cohort of Spanish women. J Clin Densitom. 2013;16:231-7.

28. Gómez-Vaquero C, Fábregas-Canales D, Seoane-Mato D, Sánchez-Piedra C, Díaz-González F, Bustabad-Reyes S; en nombre del Grupo de Trabajo del Proyecto EPISER2016; Grupo de Trabajo del Proyecto EPISER2016. Fracture risk assessment in the general population in Spain by FRAX® algorithm. EPISER2016 study. Med Clin (Barc). 2020;154:163-70.

29. Carbonell Abella C, Abizanda González M, Pérez Hernández M, Roset Gamisans M, Nogués Solán X. Percepción de los médicos de Atención Primaria en el manejo clínico de la osteoporosis. Influencia de los planes de salud. SEMERGEN. 2009;35:122-30.

30. Azagra R, Roca G, Martín-Sánchez JC, Casado E, Encabo G, Zwart M, Aguyé A, Díez-Pérez A; en representación del grupo de investigación GROIMAP. Umbrales de FRAX(®) para identificar personas con alto o bajo riesgo de fractura osteoporótica en población femenina española [FRAX® thresholds to identify people with high or low risk of osteoporotic fracture in Spanish female population]. Med Clin (Barc). 2015;144:1-8.

31. Azagra R, Zwart M, Aguyé A, Martín-Sánchez JC, Casado E, Díaz-Herrera MA, Moriña D, Cooper C, Díez-Pérez A, Dennison EM; GROIMAP and FROCAT Study Group. Fracture experience among participants from the FROCAT study: what thresholding is appropriate using the FRAX tool? Maturitas. 2016;83:65-71.

32. Gómez-Vaquero C, Mora M, González-Giménez X, Marco-Pascual C, Medina P, Bianchi MM, et al. Improving fracture risk classification in Spain: a 10-year evaluation of a modified FRAX-based algorithm. Reumatol Clin 2025;in press.

33. International Osteoporosis Foundation. Huesos rotos, vidas rotas: guía para afrontar la crisis de fracturas por fragilidad en España [Internet]. Disponible en: http://share.iofbonehealth.org/EU-6-Material/Reports/IOF%20Report_SPAIN_DIGITAL_SP.pdf

34. Datos de archivo. 2018. Fragility Fractures in Europe. Burden, management and opportunities: EU6 Summary Final Report 2018-06-26.

35. Datos de archivo. 2018. Fragility Fractures in Spain, management and opportunities: EU6 Summary Final Report 2018-06-26.

36. Caeiro JR, Bartra A, Mesa-Ramos M, Etxebarría Í, Montejo J, Carpintero P, Sorio F, Gatell S, Farré A, Canals L; PROA investigators. Burden of First Osteoporotic Hip Fracture in Spain: A Prospective, 12-Month, Observational Study. Calcif Tissue Int. 2017;100:29-39.

37. Borgström F, Karlsson L, Ortsäter G, Norton N, Halbout P, Cooper C, Lorentzon M, McCloskey EV, Harvey NC, Javaid MK, Kanis JA; International Osteoporosis Foundation. Fragility fractures in Europe: burden, management and opportunities. Arch Osteoporos. 2020;15:59.

38. Bliuc D, Nguyen ND, Milch VE, Nguyen TV, Eisman JA, Center JR. Mortality risk associated with low-trauma osteoporotic fracture and subsequent fracture in men and women. JAMA. 2009;301:513-21.

39. Brown JP, Adachi JD, Papaioannou A, et al. Mortality in older adults following a fragility fracture: real-world retrospective matched-cohort study in Ontario. BMC Musculoskelet Disord. 2021;22:1051.

40. Cawthon PM, Orwoll ES, Ensrud KE, Cauley JA, Kritchevsky SB, Cummings SR. Osteoporosis in men: findings from the Osteoporotic Fractures in Men Study (MrOS). Ther Adv Musculoskelet Dis. 2016;8:15-27.

41. Brod M, Alon L, Rousculp M, et al. Qualitative research in patients with osteoporosis: the patient experience of disease and treatment. Int J Orthop Trauma Nurs. 2019;32:25-31.

42. Gupta PD, Sood PP. Osteoporosis:a gender based analysis. Journal of Cell and Tisssue Research 2022; 1:7183-7186.

43. Kanis JA, et al. Efficacy of a Fracture Liaison Service model in secondary fracture prevention: a meta-analysis. Osteoporos Int. 2022;33(2):481-492.

44. Gak N, Abbara A, Dhillo WS, Keen R, Comninos AN. Current and future perspectives on pregnancy and lactation-associated osteoporosis. Front Endocrinol (Lausanne). 2024; 15:1494965.

45. Institute of Medicine (US) Committee to Review Dietary Reference Intakes for Vitamin D and Calcium, Ross AC, Taylor CL, Yaktine AL, Del Valle HB, eds. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.

46. Hardcastle SA. "Pregnancy and Lactation Associated Osteoporosis". Calcif Tissue Int. 2022;110(5):531-45.

47. de Villiers TJ. Bone health and menopause: Osteoporosis prevention and treatment. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2024;38(1):101782.

48. Karlamangla AS, Burnett-Bowie SM, Crandall CJ. Bone Health During the Menopause Transition and Beyond. Obstet Gynecol Clin North Am. 2018;45(4):695-708.
49. Singh N, Kumar D, Yadav G, et al. Comparison of Quality of Life and Bone Mass Density among Postmenopausal Women: A Cross-sectional Study. J Midlife Health. 2020;11(4):224-230.

50. Stanghelle B, Bentzen H, Giangregorio L, Pripp AH, Bergland A. Associations between health-related quality of life, physical function and pain in older women with osteoporosis and vertebral fracture. BMC Geriatr. 2019;19(1):298.

51. Etxebarria Í, Caeiro JR, Olmo Montes FJ, Moro-Álvarez MJ, Peris P, Pareja T et al. Impacto de las fracturas por fragilidad en mujeres españolas con osteoporosis posmenopáusica. Rev Osteoporos Metab Miner 2023 ; 15(4): 135-143. .

52. Gold T, Williams SA, Weiss RJ, et al. Impact of fractures on quality of life in patients with osteoporosis: a US cross-sectional survey. J Drug Assess. 2019;8(1):175-183.

53. Lips P, van Schoor NM. Quality of life in patients with osteoporosis. Osteoporos Int. 2005;16(5):447-455.

54. Lips P, Cooper C, Agnusdei D, et al. Quality of life in patients with vertebral fractures: validation of the Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis (QUALEFFO). Working Party for Quality of Life of the European Foundation for Osteoporosis. Osteoporos Int. 1999;10(2):150-160.

55. Jung HJ, Park YS, Seo HY, et al. Quality of Life in Patients with Osteoporotic Vertebral Compression Fractures. J Bone Metab. 2017;24(3):187-196.

56. Sanfélix-Genovés J, Hurtado I, Sanfélix-Gimeno G, Reig-Molla B, Peiró S. Impact of osteoporosis and vertebral fractures on quality-of-life. a population-based study in Valencia, Spain (The FRAVO Study). Health Qual Life Outcomes. 2011;9:20.

57. Hallberg I, Rosenqvist AM, Kartous L, Löfman O, Wahlström O, Toss G. Health-related quality of life after osteoporotic fractures. Osteoporos Int. 2004;15(10):834-841.

58. Ng JS, Chin KY. Potential mechanisms linking psychological stress to bone health. Int J Med Sci. 2021;18(3):604-614.

59. Kelly RR, McDonald LT, Jensen NR, Sidles SJ, LaRue AC. Impacts of Psychological Stress on Osteoporosis: Clinical Implications and Treatment Interactions. Front Psychiatry. 2019; 10:200.

60. Guillemin F, Martinez L, Calvert M, Cooper C, Ganiats T, Gitlin M, et al. Fear of falling, fracture history, and comorbidities are associated with health-related quality of life among European and US women with osteoporosis in a large international study. Osteoporos Int. 2013;24(12):3001-3010.

61. Chen K, Wang T, Tong X, Song Y, Hong J, Sun Y, et al. Osteoporosis is associated with depression among older adults: a nationwide population-based study in the USA from 2005 to 2020. Public Health. 2024; 226:27-31.

62. Kashfi SS, Abdollahi G, Hassanzadeh J, Mokarami H, Khani Jeihooni A. The relationship between osteoporosis and depression. Sci Rep. 2022;12(1):11177.

63. Wu Q, Liu B, Tonmoy S. Depression and risk of fracture and bone loss: an updated meta-analysis of prospective studies. Osteoporos Int. 2018;29(6):1303-1312.

64. Bahouq H, Soulaymani A. Depression, Quality of Life, and Self-Esteem of Moroccan Postmenopausal Women with Osteoporosis before the Occurrence of Fractures. J Menopausal Med. 2020;26(2):121-129. doi:10.6118/jmm.19008

65. Sullivan AB, Miller D. Who is Taking Care of the Caregiver? J Patient Exp. 2015;2(1):7-12.

66. Zubick P, Dahlke S. Family/caregiver influence on osteoporosis management for older people: an integrative review. Osteoporos Int. 2024;35(7):1153-1163. doi:10.1007/s00198-024-07081

67. https://206razones.com/

68. Weaver CM, Gordon CM, Janz KF, Kalkwarf HJ, Lappe JM, Lewis R, et al. The National Osteoporosis Foundation's position statement on peak bone mass development and lifestyle factors: a systematic review and implementation recommendations. Osteoporos Int. 2016;27:1281-1386.

69. Vicente-Rodríguez G. How does exercise affect bone development during growth? Sports Med. 2006;36:561-9.

70. Kovacs CS. Maternal Mineral and Bone Metabolism During Pregnancy, Lactation, and Post-Weaning Recovery. Physiol Rev. 2016;96:449-547.

71. Raisz LG. Pathogenesis of osteoporosis: concepts, conflicts, and prospects. J Clin Invest. 2005 Dec;115:3318-25.

72. Mellström D, Vandenput L, Mallmin H, Holmberg AH, Lorentzon M, Odén A, et al. Older men with low serum estradiol and high serum SHBG have an increased risk of fractures. J Bone Miner Res. 2008;23:1552-60.

73. Zhao R, Zhao M, Xu Z. The effects of differing resistance training modes on the preservation of bone mineral density in postmenopausal women: a meta-analysis. Osteoporos Int. 2015;26:1605-18.

74. Xiaoya L, Junpeng Z, Li X, Haoyang Z, Xueying F, Yu W. Effect of different types of exercise on bone mineral density in postmenopausal women: a systematic review and network meta-analysis. Sci Rep. 2025;15:11740.

75. Martyn-St James M, Carroll S. Meta-analysis of walking for preservation of bone mineral density in postmenopausal women. Bone. 2008;43:521-31.

76. Lu X, Wei J, Liu Y, Lu Y. Effects of exercise on bone mineral density in middle-aged and older men: A comprehensive meta-analysis. Arch Osteoporos. 2023;18:108.

77. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2019;1:CD012424.

78. Tricco AC, Thomas SM, Veroniki AA, Hamid JS, Cogo E, Strifler L, et al. Comparisons of Interventions for Preventing Falls in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2017;318:1687-99.

79. Sandlund M, Skelton DA, Pohl P, Ahlgren C, Melander-Wikman A, Lundin-Olsson L. Gender perspectives on views and preferences of older people on exercise to prevent falls: a systematic mixed studies review. BMC Geriatr. 2017;17:58.

80. Kirk JM, Rathbun AM, Gruber-Baldini AL, Hochberg MC, Magaziner J, Shardell MD, et al. Sex differences and predictors of anti-osteoporosis medication use in the 12 months after hip fracture surgery in adults 65 or older. Osteoporos Int. 2024;35:1943-50.

81. Onizuka N, Onizuka T. Disparities in Osteoporosis Prevention and Care: Understanding Gender, Racial, and Ethnic Dynamics. Curr Rev Musculoskelet Med. 2024;17:365-72.

82. Ramachandran S, Williams SA, Weiss RJ, Wang Y, Zhang Y, Nsiah I, et al. Gender Disparities in Osteoporosis Screening and Management Among Older Adults. Adv Ther. 2021;38:3872-87.

83. Ali A, Huszti E, Noordin S, Ali U, Sale JEM. Examining treatment targets and equity in bone-active medication use within secondary fracture prevention: a systematic review and meta-analysis. Osteoporos Int. 2024;35:1497-1511.

84. Ariza-Vega P, Ortiz-Piña M, Kristensen MT, Castellote-Caballero Y, Jiménez-Moleón JJ. High perceived caregiver burden for relatives of patients following hip fracture surgery. Disabil Rehabil. 2019;41:311-8.



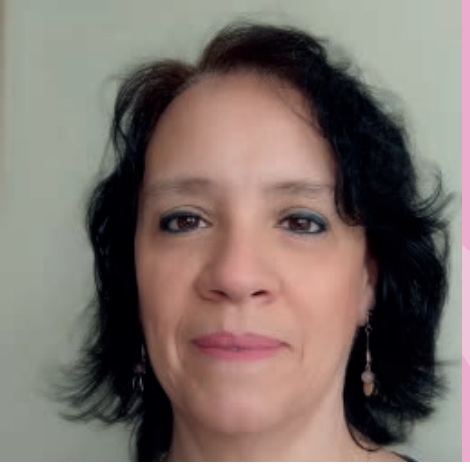
Dra. Marina Llobet.
Dietista-nutricionista experta en obesidad infantil, alimentación saludable y diabetes del Servicio de Endocrinología del Hospital Sant Joan de Déu. Miembro del Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes de la Sociedad Española de Diabetes.

CAPÍTULO 19

Diabetes y mujer



Dra. María Molina Vega.
Departamento de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga.



Dra. María José Picón César.
Especialista en Endocrinología y Nutrición, en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga y Vicepresidenta de la Sociedad Española de Diabetes.

Dra. Marina Llobet
Dra. María Molina
Dra. María José Picón César

Visión general sobre la diabetes

Concepto y clasificación

La diabetes es una enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de niveles elevados de glucosa en la sangre causados por la incapacidad del cuerpo para producir suficiente hormona insulina o bien para utilizarla eficazmente. La insulina es una hormona esencial producida en el páncreas (células beta), que permite que la glucosa de la sangre ingrese a las células del cuerpo donde se convierte en energía o se almacena. La falta de insulina, o la incapacidad de las células para responder a ella, conduce a niveles elevados de glucosa en sangre (hiperglucemia), que es el indicador clínico de la diabetes [1].

Podemos clasificar la diabetes en 4 grupos principales [2]:

- Diabetes tipo 1 (DM1): se debe a la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas, que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina. La destrucción progresiva de células beta se produce en tres estadios:
  - Estadio 1 (Activación): Se detecta la presencia de un anticuerpo contra las células beta. Esta fase es asintomática y caracterizada por niveles normales de glucosa.
  - Estadio 2 (Progresión): Se detectan la presencia de dos o más anticuerpos contra las células beta. En esta fase los niveles de glucosa están ligeramente elevados (Disglucemia).
  - Estadio 3 (Manifestación sintomática): caracterizada por una deficiencia significativa de insulina y niveles de glucosa altos (hiperglucemia).

Esto quiere decir que la diabetes tipo 1 (DM1) se inicia antes de tener los primeros síntomas.

- Diabetes tipo 2 (DM2): se debe a una pérdida progresiva, no autoinmune, de la adecuada secreción de insulina de células beta del páncreas, con frecuencia en el contexto de la resistencia a la insulina y el sobrepeso. En un contexto de resistencia a la insulina, el páncreas aumenta la secreción de esta para vencer dicha resistencia. Ese sobreesfuerzo mantenido del páncreas lleva, con el tiempo, al déficit de secreción de insulina.
- Tipos específicos de diabetes debido a otras causas: incluye diabetes monogénicas (MODY), enfermedades del páncreas exocrino (fibrosis quística, pancreatitis), en relación con fármacos (corticoides, inmunoterapia para el cáncer...).
- Diabetes gestacional (DMG): es la diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo, que no era claramente una diabetes manifiesta antes del mismo.

Epidemiología

La diabetes tipo 2 supone el 90-95% de los casos de diabetes, mientras que la diabetes tipo 1 supone el 5-10%, siendo el resto mucho menos frecuentes [3]. Se estima que en 2021 había, a nivel mundial, 529 millones de personas con diabetes (tipo 1 y tipo 2) en todo el mundo, con una prevalencia global del 6,1%. Se calcula que, para 2050, la prevalencia de diabetes se incremente en un 59,7%, hasta afectar al 9,8% de la población mundial [3]. En España, el estudio Di@betes [4] reveló que el 30% de la población española tiene alguna alteración glucémica, siendo la prevalencia de diabetes del 13,8% y, lo más importante, en un 6% la enfermedad no estaba diagnosticada. La prevalencia es mayor en los hombres (6,5%) que en las mujeres (5,8%) y aumenta con la edad (desde <1% en menores de 20 años, hasta >20% en el rango de edad de 65 a 95 años) [3]. Pese a que la prevalencia global de diabetes es mayor en los hombres, a partir de los 60 años se ha descrito una mayor prevalencia de DM2 no diagnosticada y mayor prevalencia de DM2 total a partir de los 70 años en las mujeres [5]. En relación con la DM1, no presenta una mayor prevalencia femenina, al contrario que otras enfermedades autoinmunes.

Pese a que la prevalencia global de diabetes es mayor en los hombres, a partir de los 60 años se ha descrito una mayor prevalencia de DM2 no diagnosticada y mayor prevalencia de DM2 total a partir de los 70 años en las mujeres

De hecho, se ha descrito una ratio hombre/mujer de 1.8, aunque parece que la predominancia es masculina en las poblaciones con alta prevalencia y femenina en las poblaciones con baja prevalencia [6].

En cuanto a la DMG, la prevalencia es muy variable en los distintos estudios y países, y según el método diagnóstico utilizado, oscilando desde el 1% a >30% [7]

Clínica y factores de riesgo

Clínica

La hiperglucemia leve-moderada o de corta duración, puede no producir ningún síntoma. De hecho, tal y como se ha indicado anteriormente, casi la mitad de las personas con diabetes en España desconoce que la tiene [4]. Esto ocurre, sobre todo, en los casos de diabetes tipo 2, en los que la hiperglucemia suele instaurarse de forma progresiva, mientras que en la diabetes tipo 1 el grado de hiperglucemia al diagnóstico suele ser mayor y se instaura en un menor período de tiempo.

Los síntomas de hiperglucemia grave incluyen [8] la tríada clásica o denominada clínica cardinal de diabetes: poliuria (aumento de la cantidad y frecuencia en la orina), polidipsia (sensación de sed intensa y necesidad de beber mucho líquido) y pérdida de peso (pese a tener mucho apetito). En estos casos, la persona puede tener síntomas de deshidratación (tensión baja, sequedad de piel y mucosas o taquicardia). A medida que aumenta la glucosa en sangre del paciente, pueden desarrollarse síntomas neurológicos, incluyendo letargo, déficits neurológicos focales o alteración del estado mental, incluso pudiendo progresar a un estado comatoso, generalmente en relación con una cetoacidosis diabética.

Factores de riesgo

Dado que se trata de distintas enfermedades, con distinta fisiopatología, englobadas dentro del mismo nombre, los factores de riesgo para su desarrollo también difieren.

- DM1: se trata de una enfermedad autoinmune, en la que los factores de riesgo genéticos son necesarios, pero no suficientes. Es una enfermedad poligénica influenciada por factores ambientales (como infecciones víricas, el momento de introducción de los alimentos en la alimentación complementaria o eventos ocurridos durante el embarazo, como infecciones). Se caracteriza por la presencia de anticuerpos contra el páncreas (antiGAD65, anti-insulina, anti tirosín fosfatasa -IA2 e IA2B- y anti ZnT8) [9].
- DM2: los factores de riesgo para el desarrollo de DM2 incluyen [10]: mayor edad, ascendencia no caucásica, antecedentes familiares de DM2, factores genéticos, presencia de síndrome metabólico, sobrepeso u obesidad (índice de masa corporal –(IMC) de ≥25 kg por m^2), obesidad abdominal (independientemente del IMC), síndrome de ovario poliquístico (SOP), antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, factores dietéticos poco saludables (consumo regular de bebidas azucaradas y carnes rojas, y bajo consumo de cereales integrales y otros alimentos ricos en fibra), tabaquismo, estilo de vida sedentario, antecedentes de DMG o parto de recién nacidos >4 kg de peso, algunos medicamentos, sueño escaso o excesivo y trabajar en turnos rotativos, factores psicosociales y económicos. Aunque el ambiente hormonal presente en las mujeres premenopáusicas supone

una ventaja biológica, a la hora de presentar menor riesgo cardiometabólico y de DM2, con la menopausia además de cambios hormonales, se producen cambios en la distribución de la grasa que hacen que el riesgo cardiometabólico aumente [5]. Además, conforme se desarrolla prediabetes y DM2, la ventaja biológica de las mujeres, incluso premenopáusicas, desaparece, equiparándose al riesgo cardiometabólico de los hombres [5]. Por otro lado, algunos estudios han mostrado que, antes del desarrollo de la DM2, las mujeres tienen mayor exposición a los factores de riesgo metabólicos mayores, como los cambios en el IMC, la presión arterial, la glucosa basal y los lípidos, en parte debido a factores reproductivos [5].

En cuanto a los factores psicosociales y económicos, los estudios afirman que las mujeres parecen más sensibles a los predictores socio-ambientales y al contexto, para el desarrollo futuro del riesgo de diabetes [11]. El bajo nivel educativo, el empleo y el nivel de ingresos contribuyen de forma muy importante al desarrollo de estilos de vida poco saludables relacionados con un mayor riesgo de obesidad y DM2, especialmente en mujeres. Además, las mujeres parecen ser más vulnerables a los efectos adversos del impacto cardiometabólico del estrés psicosocial, el estrés laboral y los trastornos del sueño [11].

- DMG: Los factores de riesgo más reconocidos para la diabetes gestacional son [7]: edad > 35 años, sobrepeso u obesidad, ganancia excesiva de peso durante el embarazo, depósito de grasa abdominal, historia familiar de diabetes (primer grado), presencia de DMG en embarazos previos, hijo con macrosomía (peso del recién nacido ≥4500 gr) en gestaciones previas, polihidramnios, historia de abortos de repetición, malformaciones fetales, muerte fetal o neonatal, SOP, hipertensión gestacional o preeclampsia, tabaquismo, sedentarismo, alimentación poco saludable, factores psicosociales. Existen algunas etnias con alta prevalencia de DMG, por ejemplo, en personas procedentes de la India, Pakistán o Bangladesh, Arabia Saudí o Emiratos Árabes, entre otros, o en población de origen latinoamericano.

  La DMG supone el mayor factor de riesgo independiente para la DM2 en mujeres. Las mujeres que presentan DMG tienen un riesgo relativo de DM2 de 8.3, frente a aquellas que no han tenido DMG, incrementándose el riesgo un 12% por cada año que pasa tras el embarazo y un 18% por cada punto que se incrementa el IMC [5].

Diagnóstico

Los criterios de diagnóstico de la diabetes son [2]:

- Glucemia en ayunas ≥126 mg/dl (tras ayuno de al menos 8 horas)
- Glucemia 2 horas tras sobrecarga oral de glucosa (SOG) de 75 gr ≥200 mg/dl
- Hemoglobina glicosilada (medida indirecta de la glucemia media) ≥6.5%
- Glucemia al azar ≥200 mg/dl junto con síntomas clásicos de hiperglucemia.

En una etapa previa, se puede definir la prediabetes como:

- Glucemia en ayunas 100 - 125 mg/dl
- Glucemia 2 tras sobrecarga oral de glucosa (SOG) de 75 gr ≥140-199 mg/dl
- Hemoglobina glicosilada ≥5.7-6.4%

En ausencia de hiperglucemia inequívoca, se requieren 2 test alterados en la misma o distinta muestra.



En la mayoría de los casos, el diagnóstico de la diabetes tipo 1 es clínico por la presencia de los síntomas clásicos (descritos anteriormente), lo que permite iniciar el tratamiento con insulina de manera urgente. Hay que destacar que una proporción muy importante de los casos, el debut de la diabetes se presenta en forma de cetoacidosis diabética (presencia de cuerpos cetónicos o "cetonas" en la sangre), que es una complicación muy grave e incluso mortal.

Existe la posibilidad de hacer estudios genéticos o detección de anticuerpos a los familiares (hijos, hermanos, primos, etc.) de la persona con diabetes tipo 1. Si se detecta la presencia de anticuerpos en algún familiar, es posible establecer un plan de seguimiento y educación para iniciar la insulinización lo más precoz posible y evitar la temida cetoacidosis diabética.

Está descrito que el 44% las personas que tienen dos o más anticuerpos contra las células productoras de insulina desarrollan diabetes a los 4 años [28].

En relación con la diabetes gestacional, existen 2 métodos diagnósticos, que se realizan de forma universal en las gestantes en semana 24-28 de embarazo (y durante el primer trimestre en aquellas con factores de riesgo). La elección del uso de uno u otro depende de la recomendación de la sociedad científica de cada país o la decisión de cada centro sanitario. Los métodos se describen en la Tabla 1 [12].

Tabla 1

Métodos diagnósticos de la DMG

Método en 1 paso	Método en 2 pasos
-SOG con 75 gr	-1º test de cribado (sin ayunas): SOG 50 gr (O'Sullivan)
-Tras 8 horas de ayuno	-Si test O'Sullivan ≥140 mg/dlàtest diagnóstico
-Medida de glucosa basal, 1 h y 2 h tras la sobrecarga	-2º test diagnóstico: SOG 100 gr (tras ayuno)
-Positiva si 1 o más valores alterados:	-Positiva si 2 o más valores alterados:
• Basal ≥92 mg/dl	• Basal ≥105 mg/dl // ≥95 mg/dl
• 1 h tras SOG ≥180 mg/dl	• 1 h tras SOG ≥190 mg/dl // ≥180 mg/d
• 2 h tras SOG ≥153 mg/dl	• 2 h tras SOG ≥165 mg/dl // ≥155 mg/dl
	• 3 h tras SOG ≥145 mg/dl // ≥140 mg/dl
	(según NDDG o Carpenter&Coustan)

Tratamiento

El objetivo del tratamiento de la diabetes es conseguir unos niveles de glucemia lo más parecidos posible a los de una persona sin diabetes. Sin embargo, el objetivo de control debe ser individualizado y tiene que ver con la edad y situación clínica del paciente. Para la mayoría de los adultos, excepto en mujeres embarazadas, el objetivo de HbA1c es <7% (equivale a una glucemia media de 154 mg/dl) sin presencia de hipoglucemia (glucemia <70 mg/dl) significativa [10]. Este objetivo será menos estricto en pacientes en los que los riesgos del tratamiento superen a los beneficios (efectos adversos), con mayor duración de la enfermedad, menor esperanza de vida, presencia de comorbilidades importantes, complicaciones vasculares establecidas y, también, teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes y los recursos disponibles, y puede ser más estricto en el caso contrario [13]. También el embarazo supone un periodo en los que los objetivos de control son más estrictos. Respecto a la glucosa capilar, los objetivos de control durante el embarazo serían: ≤95 mg/dl en ayunas, ≤140 mg/dl 1 h tras la comida y ≤120 mg/dl 2 h tras la comida [12]. En cuanto a la HbA1c, como norma general se considera una HbA1c como mínimo <6,5% como apta para buscar embarazo [14].

En la actualidad tenemos diferentes tecnologías disponibles para medir los niveles de glucosa en sangre: 1) La glucemia capilar que precisa de la obtención de una pequeña gota de sangre y se aplica sobre una tira reactiva que nos informará del valor de glucosa en sangre en ese momento concreto, hasta la fecha suelen ser los sistemas con mayor exactitud. 2) Los sistemas de monitorización continua de la glucosa, que miden la glucosa en el líquido intersticial que nos permiten ver la evolución de la glucosa a lo largo del tiempo. En función del fabricante existen diferencias para interpretar los resultados y en ocasiones se recomienda realizar una glucemia capilar antes de tomar decisiones como el ajuste de la insulina [29]. Cada tecnología tiene sus ventajas e inconvenientes, siendo imprescindible la individualización del tratamiento para conseguir los mejores resultados [29]. La Asociación Americana de Diabetes en las guías de práctica clínica de 2023 recomienda que todas las personas que usen un sistema de monitorización continua tengan a su disposición un medidor de glucosa capilar [29].

El primer paso, y esencial, del tratamiento de la diabetes, es una educación terapéutica adecuada enfocada a adquirir los conocimientos necesarios sobre la enfermedad y las destrezas suficientes para el autocontrol de la glucemia, la realización de una alimentación y actividad física adecuada y el manejo de las hipoglucemias. Los fármacos disponibles para la diabetes hoy en día en España, y sus características principales, se muestran en la Tabla 2 [16,17].

La DM1, desde el inicio debe ser tratada con insulina. Dentro de las insulinas tenemos análogos de acción prolongada (insulina lenta) que tienen un efecto de 24 horas o más y se administran 1 vez al día, y los análogos de acción rápida (insulina rápida), que tienen un efecto de 3-5 horas (con un pico de acción a las 1-2 horas) y se administran antes de cada comida. A este tipo de terapia se le denomina bolo-basal. La insulina se administra por vía subcutánea mediante plumas precargadas o un sistema de infusión subcutánea continua (bombas de insulina). Además, cada vez están más en uso los sistemas de asa cerrada, en los que el sistema de infusión de insulina está conectado con el monitor continuo de glucosa, de manera que el sistema se autorregula, mediante algoritmos complejos, permitiendo tener los niveles de glucemia en rango durante más tiempo, menor riesgo de hipoglucemias y menor carga mental para las personas con diabetes [16].

La DM2, inicialmente, puede ser tratada con antidiabéticos orales o tratamientos subcutáneos no insulínicos. Sin embargo, en muchos casos, al cabo del tiempo requieren tratamiento insulínico, llegando a veces a terapia bolo-basal. Generalmente la metformina suele ser el antidiabético oral de elección en un primer paso. Las nuevas guías clínicas cada vez más recomiendan, como segundo paso, el uso de fármacos que han demostrado beneficios a nivel de enfermedad cardiovascular y renal, como los análogos del GLP-1 e inhibidores de SGLT-2, frente a otros fármacos que, aunque de menor coste, no han mostrado dichos beneficios y favorecen el aumento de peso y las hipoglucemias [16]. En un estudio se ha demostrado que la prescripción de estos fármacos cardioprotectores es menor en las mujeres con DM2 que en los hombres [18], probablemente por la percepción de los profesionales de un menor riesgo cardiovascular en el sexo femenino. Sin embargo, se ha demostrado que el beneficio es más pronunciado en las mujeres que en los hombres, especialmente con los análogos del GLP-1 [11].

En cuanto a la DMG, la mayor parte de mujeres consiguen alcanzar los objetivos de control sólo con cambios en la alimentación y actividad física, aunque aproximadamente un 30% requieren tratamiento farmacológico. En España, el tratamiento de elección de primera línea es la insulina, aunque cada vez más se utiliza la metformina durante el embarazo y, para algunas sociedades científicas, es el tratamiento de elección de primera línea [19].

Tabla 2

Fármacos para el tratamiento de la diabetes.

GLP-1: péptido similar al glucagón 1 (hormona producida en el intestino delgado que potencia la secreción de insulina, inhibe la de glucagón, ralentiza el vaciado gástrico y aumenta la saciedad); DPP-4: dipeptidil-peptidasa 4 (enzima encargada de degradar el GLP-1); SLGT-1: contransportador sodio-glucosa tipo 2 (transportador renal que se encarga de reabsorber glucosa, intercambiándola por sodio)

Fármaco	Mecanismo de acción	Ventajas	Inconvenientes
Metformina ORAL	Aumenta la sensibilidad a la insulina y reduce la producción hepática de glucosa	Coste bajo Potente Efecto neutro/beneficioso peso No hipoglucemia Beneficio potencial a nivel de enfermedad cardiovascular (ECV)	Efectos adversos gastrointestinales frecuentes
Sulfonilureas/Glinidas ORAL	Aumentan la secreción de insulina	Coste bajo Potente	Aumento peso Hipoglucemia No beneficio ECV
Inhibidores DPP-4 (-gliptina) ORAL	Inhiben la degradación del GLP-1	Efecto neutro peso No hipoglucemia	Potencia limitada Coste elevado Neutro a nivel ECV
Pioglitazona ORAL	Aumentan la sensibilidad a la insulina	Coste bajo Potente Potencial beneficio ECV	Aumento peso Aumento riesgo de insuficiencia cardíaca
Inhibidores de SGLT-2 (-gliflozina) ORAL	Aumentan la eliminación de glucosa por la orina	Potente Efecto beneficioso sobre el peso No hipoglucemia Reducción ECV Reducción insuficiencia cardíaca Reducción progresión enfermedad renal	Coste elevado Infecciones genitourinarias frecuentes
Análogos del GLP-1 (-glutide) SUBCUTÁNEO Y ORAL	Activan el receptor de GLP-1, aumentan la secreción de insulina	Potente Efecto muy beneficioso sobre el peso Reducción ECV Reducción progresión enfermedad renal	Coste elevado (financiación limitada por el sistema) Efectos adversos gastrointestinales frecuentes
Insulina SUBCUTÁNEO	Análogos de la insulina endógena, con similar acción	El tratamiento más potente Coste variable	Alto riesgo de hipoglucemias Aumento de peso Neutro a nivel ECV

Complicaciones crónicas de la diabetes

La hiperglucemia crónica favorece el daño vascular, lo cual resulta en el desarrollo de complicaciones micro y macrovasculares de la diabetes.

Complicaciones microvasculares

- Retinopatía diabética: La retinopatía afecta aproximadamente a un tercio de los adultos con diabetes y representa la principal causa de ceguera en estos individuos [20]. La retinopatía diabética no presenta diferencias notables entre sexos.

- Enfermedad renal diabética: ocurre en el 20-40% de las personas con diabetes. Se estima que, a nivel mundial, el 80% de los casos de enfermedad renal terminal se debe a la diabetes y a la hipertensión arterial [20]. Mientras que los hombres presentan una progresión más rápida de la nefropatía y, con más frecuencia, requieren diálisis, las mujeres con diabetes que están en diálisis tienen una mayor mortalidad que los hombres [11].

- Neuropatía diabética: es una de las complicaciones crónicas más frecuentes e incapacitantes de la diabetes y se caracteriza por un amplio espectro de alteraciones funcionales y estructurales de los nervios periféricos. Las mujeres muestran un mayor riesgo de desarrollar síntomas dolorosos, parestesias y pérdida de sensibilidad en los pies [11].

Complicaciones macrovasculares

- *Enfermedad arterial periférica:* está presente aproximadamente en el 29% de los pacientes con diabetes. El pie diabético es la principal causa de amputación no traumática, siendo ésta más frecuente en los varones [11].

- *Enfermedad cardiovascular (ECV):* es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad entre las personas con diabetes. Aunque el riesgo absoluto de mortalidad por ECV es mayor en hombres con DM2, el riesgo relativo es significativamente mayor en mujeres con DM2, especialmente en aquellas más jóvenes (35-59 años) [5]. Además, se ha comprobado que tanto la prescripción como la adherencia a los tratamientos para el control del resto de factores de riesgo cardiovascular (dislipemia, hipertensión) es menor en las mujeres [5]. Por otro lado, las mujeres con DM2 presentaron un mayor riesgo relativo de insuficiencia cardiaca y de hospitalización que los hombres [5].

  En cuanto a la ECV en las mujeres con DM2, es importante remarcar el papel de la DMG. El riesgo de DM2 en aquellas mujeres con antecedentes personales de DMG es alrededor de 10 veces mayor en que las mujeres que no desarrollaron DMG durante el embarazo [21]. Por otro lado, en un gran metaanálisis publicado en 2022 [22], de 15 estudios, que incluyó 513.324 mujeres con DMG y más de 8 millones de mujeres sin DMG, se observó que las mujeres con DMG presentaban un 72% más de riesgo de desarrollar ECV y un 40% más de riesgo de enfermedad cerebrovascular, sobre todo en aquellas que desarrollaron DM2, pero también estaba incrementado en aquellas que no la desarrollaron. Pese a todo esto, no hay ningún protocolo establecido de seguimiento ni prevención de ECV a largo plazo en esta población.

Diabetes a lo largo de la vida de la mujer

La diabetes puede estar presente en todas las etapas de la vida de una mujer, y estas etapas y sus principales características tanto por cambios en el organismo como en los roles de las personas cuidadoras o las propias personas con diabetes, pueden requerir diferentes atenciones o momentos “sensibles” al género.



En este apartado hemos dividido la vida natural de la mujer en fases: la infancia, adolescencia, juventud y edad adulta, la menopausia y edad avanzada, para agrupar situaciones y propuestas de mejora para la atención de las mujeres con diabetes y sus cuidadoras.

Lactancia y debut de diabetes en el recién nacido/ bebé

Según experiencias de mujeres lactantes con bebés diagnosticados con diabetes, es frecuente el abandono prematuro de la lactancia materna debido a la mayor dificultad que puede presentar el control metabólico de los bebés, la necesidad de un mayor seguimiento clínico, objetivos glucémicos personalizados, mayores conocimientos y asesoramiento para las personas cuidadoras.

Las mujeres lactantes de bebés diagnosticados de diabetes expresan recibir mensajes negativos sobre la lactancia materna y el control metabólico en diabetes. A menudo sienten que se transmite una culpa o responsabilidad por la gran dificultad en el manejo de bebés con diabetes debido a la lactancia materna, cuando en realidad no existen estudios de causalidad de alimentación con lactancia materna y peores resultados metabólicos en diabetes.

En la literatura actual no se recogen las tasas de abandono de la lactancia materna prematuramente en los primeros días, semanas o meses del inicio de la enfermedad (habitualmente llamado debut diabético) para poder evidenciar y resolver esa falta de adaptación terapéutica a la realidad de la lactancia, así como tampoco existe evidencia de los efectos de la lactancia materna sobre los indicadores de resultados del control de la diabetes.

Sería necesario por tanto contar con equipos especializados en diabetes que también estuvieran actualizados en lactancia materna, protocolos de visitas y atención específicos para esa franja de edad (suele ser una atención más intensiva), dispositivos actualizados para una administración ajustada de las dosis de insulina requeridas por los bebés y las pequeñas aportaciones de hidratos de carbono de las tomas de leche materna o adaptada, dispositivos de asa cerrada seguros y eficaces para menores de 5 años, grupos (de territorios diversos) de apoyo entre mujeres lactantes de bebés con diabetes debido a la baja incidencia y el poco tiempo de lactancia en el que está un bebé con diabetes.

El abordaje, la educación y, en definitiva, la atención del equipo clínico especializado, debe tener en cuenta preservar y garantizar que cuando un bebé lactante tiene diabetes tipo1, la lactancia materna se puede mantener de una manera eficaz y agradable para la familia, y sobre todo para la madre lactante y el bebé

Una vez transcurrida la etapa de lactancia, sea leche adaptada o materna, los niños pequeños se inician en la alimentación convencional.

Para una familia con un bebé con diabetes que inicia la alimentación complementaria supone un reto mantener el control metabólico dentro de los objetivos y una buena calidad de vida ya que durante un tiempo el bebé cambia las cantidades de comida que ingiere, y por tanto de hidratos de carbono y se vuelve más imprevisible ya que experimenta con los alimentos y a menudo rechaza alguna textura o alimento.

Las niñas presentan menor puntuación de calidad de vida que los niños con diabetes

La infancia y adolescencia de la mujer con diabetes tipo 1

Durante la etapa escolar y la adolescencia se han encontrado diferencias significativas en diferentes aspectos de la diabetes, desde el diagnóstico, en que las niñas presentan una mayor HbA1c al diagnóstico, mayor prevalencia de cetoacidosis, estancias más prolongadas de hospitalización, o un periodo de remisión o luna de miel más breve en niñas que en niños, especialmente antes de los diez años de edad.

Este aspecto debería ser estudiado para identificar si puede deberse a múltiples factores socioculturales de acudir más tardíamente a consulta por parte de mujeres, o no identificar síntomas de manera tan precoz.

Durante el tratamiento las niñas presentan mayores tasas de sobrepeso y obesidad cuando tienen diabetes que los niños, y el riesgo de hipoglucemia grave es mayor en niños.

Así mismo, se encontraron diferencias en parámetros de calidad de vida medidos mediante cuestionarios de calidad de vida validados para diabetes, las niñas presentan menor puntuación de calidad de vida que los niños con diabetes. [22]

La mujer como principal cuidadora durante la infancia y adolescencia de un hijo con diabetes tipo 1

En esta etapa de la vida, así como hasta que los niños y niñas sean autónomos, existen otras diferencias de género, pero en este caso no en la persona con la enfermedad, sino en sus cuidadores. En esta etapa de la infancia, antes de la pubertad y la menarquia, las diferencias en la salud derivadas de la diabetes impactan sobre el rol y la figura de la persona cuidadora.

Actualmente, todavía ese rol recae más en las mujeres, tanto en las funciones ejecutivas, los cuidados directos como en la carga mental.

Hoy en día es frecuente que el permiso para el cuidado de un menor lo solicite la mujer, lo que perpetúa el rol de cuidadora en detrimento de su carrera profesional, independencia económica y su salud en general. Sería interesante estudiar la posibilidad de otorgar un permiso por igual, entre ambos progenitores, en las primeras semanas desde el inicio de la diabetes para promover que los cuidados a corto y largo plazo sean lo más igualitarios posible. Existe ya este tipo de modelo en el permiso para nacimientos y adopciones que ha sido modificado para facilitar y promover el apego y los cuidados igualitarios entre hombres y mujeres.

Además, debido a la gran cantidad de decisiones que se toman al día para mantener un control metabólico aceptable o dentro de objetivo, la diabetes es una de las patologías, por no decir la patología, que más carga mental supone para las personas que tienen diabetes y sus cuidadores. Debido a esa carga mental que supone la diabetes y el rol predominantemente cuidador de las mujeres hoy en día, encontramos peores resultados en calidad de sueño y calidad de vida entre madres que entre padres. Y es que, en esta etapa, desde los equipos sanitarios se debe poner especial interés en la comunicación hacia ambas personas progenitoras o cuidadoras, que ambas personas reciban la educación terapéutica para la diabetes, trabajar y procurar que ambos progenitores puedan acudir a las visitas en el centro de salud, facilitar la monitorización del control metabólico por parte de más de un cuidador. Además, se deberá tener en cuenta



Además de la diferencia de género en el rol de cuidadores, en esta etapa se empieza a diferenciar el comportamiento entre género hacia los cuidados, el aprendizaje, la responsabilidad y la culpa

facilitar y promover el reparto de cargas entre las personas cuidadoras independientemente del género con estrategias como por ejemplo que haya dos cuentas de correo electrónico para las notificaciones de salud (informes, nota de citas, acceso a programas o plataformas necesarias para el manejo de la diabetes...). Así como ofrecer alternativas terapéuticas que favorezcan disminuir la carga de trabajo en las cuidadoras y ayude a mejorar la calidad del sueño y en definitiva la salud mental y calidad de vida de las cuidadoras.

Además de la diferencia de género en el rol de cuidadores, en esta etapa se empieza a diferenciar el comportamiento entre género hacia los cuidados, el aprendizaje, la responsabilidad y la culpa.

La culpa es uno de los elementos característicos que recae mayoritariamente sobre el género femenino, y es en la infancia cuando se forja esa emoción y esa gestión de las exigencias, expectativas y capacidades. A menudo, las mujeres, de diferentes edades, tienen controles metabólicos fluctuantes y se describe en la literatura mayor tendencia a ocultar dichos resultados, o posibles causas de la dificultad en el control metabólico, debido a ese sentimiento arraigado de culpa.

Por tanto, desde la infancia, debemos tener en cuenta que la diabetes es una patología exigente con la persona que la padece, y que las niñas y las mujeres se van a ver doblemente presionadas por la carga de trabajo de la diabetes y la carga de la culpa que a menudo les ofrece las etapas de mayor dificultad en el control, propias de la pubertad, fases hormonales, fases de la vida social...

Adolescencia, juventud, edad adulta

En esta etapa, es mayoritaria la diabetes tipo 1, aunque empieza a aparecer la diabetes tipo 2.

En la etapa de adolescencia y, probablemente la juventud, siguen manteniéndose las desigualdades entre los roles de cuidadores según género, las mujeres siguen en esta etapa de la vida teniendo un papel activo en los cuidados y en la carga mental que supone la supervisión del manejo de la diabetes, la gestión de las situaciones de riesgo propias de esta etapa que además tienen un impacto negativo sobre el manejo de la diabetes y la transferencia de conocimientos sobre la diabetes a su hijo o hija.

En la adolescencia existe un riesgo añadido de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria, que en el caso de la diabetes se agrava por diferentes factores:

- Existe mayor IMC en chicas adolescentes con diabetes que en chicos adolescentes con diabetes
- Existe una relación directa entre hiperglucemias mantenidas y pérdida de peso, que resulta un riesgo añadido
- El control de la alimentación, necesario para mejores resultados metabólicos, es un factor de riesgo

En la adolescencia hay una marcada diferencia según género porque si bien los cambios hormonales y cambios en los estados de ánimo o emocionales suponen un reto añadido al control de la diabetes

Además, en la adolescencia hay una marcada diferencia según género porque si bien los cambios hormonales y cambios en los estados de ánimo o emocionales suponen un reto añadido al control de la diabetes, la menarquia y la menstruación supone un punto extra de dificultad en el manejo de la diabetes.

Durante las diferentes fases de la menstruación la sensibilidad a la insulina oscila, así como la apetencia por algunos alimentos, el nivel de actividad física, etc. Temas que condicionan la toma de decisiones y los resultados en el control metabólico.

Algunos estudios demuestran que el patrón glucémico más común en el ciclo menstrual que se observa es un incremento de la glucosa en sangre durante la fase lútea. Esta variación de la glucemia entre ciclos es debido a la variación hormonal (descenso de los estrógenos y aumento de la progesterona) y su efecto insulinorresistente, así como cambios en el patrón del sueño, apetencia o ingesta de algunos alimentos.

En cuanto a lo que reportan las pacientes de mayor tendencia o percepción de hipoglucemias en el primer o primeros días de sangrado, no existe evidencia científica sobre este hecho. Es probable que el aumento de hipoglucemias se deba a un aumento de la insulina administrada en los días previos para tratar las hiperglucemias propias de a fase lútea que al experimentar un cambio hormonal se traduzca en mayor sensibilidad a la insulina con dosis aumentadas dando como resultado mayor riesgo de hipoglucemia.

Es importante destacar que los estudios sobre ciclo menstrual y diabetes tienen un valor limitado actualmente debido a que hay pocos estudios realizados y los que revisamos en la literatura están realizados con un número limitado de casos o pacientes.

El uso de sistemas de infusión continua de insulina, especialmente de asa cerrada permite una corrección de las hiperglucemias de la fase lútea sin necesidad de aumentar la insulina basal habitual. Sería necesario incorporar en las aplicaciones o programas de monitorización de glucosa los sistemas de calendario menstrual para facilitar la adaptación al tratamiento. Así como tener en cuenta las fases del ciclo menstrual en los futuros algoritmos de asa cerrada. [6]

Edad Adulta

En la edad adulta el patrón diferencial en la puntuación de calidad de vida en las mujeres se mantiene. Se ha relacionado la diferencia de género en calidad de vida asociando una mayor variabilidad glucémica en mujeres que en hombres y directamente relacionado a una menor puntuación en la calidad de vida.

Los peores resultados metabólicos en mujeres tienen un impacto sobre la salud mental de éstas, ya que también se describe un mayor riesgo de trastornos de ansiedad y depresión derivados de una dificultad añadida por conseguir los objetivos marcados para la diabetes. [23]

Además, en esta etapa, las mujeres con diabetes se ven sometidas a un estrés añadido si deciden planificar un embarazo. Ya que, como se ha detallado anteriormente, están sujetas a



mayor variabilidad glucémica, además siendo variable a lo largo del ciclo menstrual, en una etapa, la de planificación del embarazo en que los objetivos metabólicos son todavía más exigentes.

El control de la diabetes en la planificación del embarazo y durante la gestación tanto de diabetes tipo 1 como tipo 2, es especialmente importante, ya que la salud fetal y de la mujer depende de seguir un control metabólico estricto para minimizar posibles complicaciones del feto.

En recientes estudios y revisiones se describen las múltiples complicaciones de no seguir un control óptimo de la diabetes, durante el embarazo. [24]

Actualmente están indicados planes de seguimiento y educativos para mujeres que planean un embarazo teniendo diabetes previamente, como para las mujeres con diabetes que ya son gestantes.

Es necesario disponer de equipos clínicos multidisciplinares: médicos especialistas en endocrinología, enfermeras educadoras, dietistas y psicólogos especializados en diabetes para poder ofrecer una asistencia y soporte integral a la mujer gestante o con deseo gestacional.

La etapa de la lactancia también se complica con diabetes dado que las mujeres con diabetes tratadas con insulina presentan mayor riesgo de hipoglucemia que mujeres que no tienen diabetes. [25]

Como conclusión, durante todo el período comprendido entre la planificación del embarazo hasta el final de la lactancia, la mujer debe estar asistida por un equipo clínico especializado en diabetes y en maternidad para así minimizar tanto las complicaciones del feto y el futuro bebé, como de la mujer y preservar una calidad de vida y salud mental similar a las mujeres sin diabetes.

Menopausia y edad más avanzada

Así como durante el ciclo menstrual existe variabilidad glucémica en función de la fase, alternando fases de mayor insulinorresistencia con fases de mayor tendencia a hipoglucemia.

Cuando el ciclo menstrual se vuelve cada vez menos constante y acaba por desaparecer, la mujer debe readaptar su tratamiento para la nueva situación, ya que los ciclos irán cambiando igual que lo hará su sensibilidad a la insulina o las necesidades de insulina.

Cuando los ciclos menstruales desaparecen, con la menopausia, las necesidades de insulina tienden a disminuir y a estabilizarse a lo largo de las semanas, desapareciendo la alternancia marcada entre períodos de mayor y menos necesidad de insulina.

Tanto la relación del ciclo menstrual como de la menopausia con la diabetes y la influencia en complicaciones crónicas, requieren de estudios rigurosos para determinar acciones y protocolos específicos para este grupo de población. [26]

Se ha relacionado la diferencia de género en calidad de vida asociando una mayor variabilidad glucémica en mujeres que en hombres y directamente relacionado a una menor puntuación en la calidad de vida

Además de los efectos de la menopausia sobre el control de la diabetes, la diabetes afecta también a la función ovárica de múltiples maneras. Puede influir en un avance de la menopausia mediante un mayor riesgo mayor riesgo de destrucción autoinmune del tejido ovárico. Por otro lado, el control metabólico subóptimo en mujeres con DM1 y DM2 induce cambios adversos a nivel endotelial, resultando en enfermedad vascular subclínica y manifiesta. Estos cambios aumentan el riesgo de complicaciones microvasculares y enfermedad cardiovascular, lo que favorece a su vez el envejecimiento ovárico prematuro.

Las mujeres postmenopáusicas con DM1 o DM2 tienen 2-3 veces más mortalidad cardiovascular y por todas las causas que las mujeres postmenopáusicas sin diabetes. El riesgo cardiovascular asociado a la diabetes podría ser mayor en mujeres que en hombres. Algunos metaanálisis han mostrado que las mujeres con diabetes tienen 40-58% más de riesgo de enfermedad coronaria que los hombres con diabetes.

Por ello es de vital importancia programas de control metabólico e intervención sobre factores de riesgo cardiovascular en las mujeres con diabetes en esta etapa de la vida. [27]

Recomendaciones

1- Creación de un programa de screening para la diabetes tipo 1 para un diagnóstico precoz y reducir el riesgo de cetoacidosis.

2- Establecimiento de políticas de educación en salud que ayuden a la prevención de la diabetes tipo 2 a través de la promoción de hábitos de vida saludable.

3- Formación sobre lactancia en los equipos de diabetes.

4- Sistemas de comunicación y acceso a información clínica, notificaciones, monitorización por parte de varias personas cuidadoras, para fomentar la igualdad entre las cargas de personas cuidadoras.

5- Atención especial a las mujeres con DM1 en edad pediátrica. Sensibilización sobre síntomas de debut diabético en niñas, en las que se ha demostrado peor control metabólico, mayor prevalencia de cetoacidosis y peor calidad de vida.

6- Protocolos y atención de la mujer en edad fértil pre-gestación, durante la gestación y hasta la finalización de la lactancia.

7- Incentivar que la industria tecnológica de la diabetes incluya sistemas de ayuda o registro del ciclo menstrual para la adaptación del tratamiento en las diferentes fases del ciclo menstrual.

8- Diseñar un protocolo de seguimiento y control a largo plazo de las mujeres que han presentado diabetes gestacional y que se ha demostrado que presentan un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular a largo plazo.

9- Concienciar a los profesionales sobre el abordaje del riesgo cardiovascular en las mujeres, para equiparar la prescripción tanto de fármacos antidiabéticos con efectos cardioprotectores como de fármacos para el control de los factores de riesgo cardiovascular (dislipemia, hipertensión) entre hombres y mujeres.

10- Mejora de la atención específica a la salud mental en los pacientes con diabetes, especialmente en las mujeres que presentan peor calidad de vida y mayor prevalencia de depresión y ansiedad.

11- Estudio, diseño y fabricación de dispositivos adaptados a dosis más bajas que 0,5 unidades de insulina.

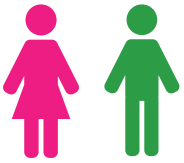
12- Aprobación y cobertura de dispositivos de asa cerrada para menores de 5 años.

Diabetes y mujer

INCIDENCIA DIABETES TIPO 1

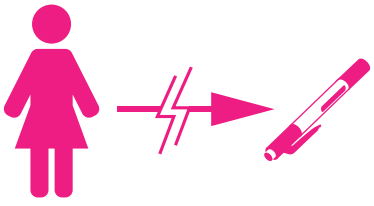
Estudios realizados en Suecia - Tasa de incidencia anual

8,9/100.000



16,4/100.000

Prevalencia generalmente más alta en hombres



Las mujeres con diabetes tipo 1 pueden mostrar una mayor sensibilidad a la insulina en comparación con los hombres. Esto puede tener implicaciones en el tratamiento con insulina y en situaciones de emergencia de hipoglucemia

Los cambios hormonales que ocurren durante el ciclo ovulatorio/menstrual y en la menopausia pueden afectar la acción de la insulina en las mujeres con diabetes tipo 1

INFANCIA

Fase más igualitaria excepto por las cuidadoras

ADOLESCENCIA MENSTRUACIÓN

Riesgo de trastorno de conducta alimentaria

EDAD FÉRTIL O JUVENTUD EDAD ADULTA

Menstruación

Planificación del embarazo

Embarazo - post parto - lactancia - rol de cuidadora

Menopausia (diabetes tipo 1 y 2)

EDAD AVANZADA

Rol de cuidadora para los demás abandonando los cuidados propios (DIABETES TIPO 1 Y 2)

El tema de las cuidadoras es transversal, pero en el caso de las adultas y edad avanzada que además son cuidadoras, empeoran sus resultados en salud debido a la menor atención sobre el autocuidado

Adherencia al tratamiento

Algunos estudios sugieren que las mujeres con diabetes pueden tener una mayor tendencia a ocultar la falta de adherencia al tratamiento con insulina, lo que puede llevar a sentimientos de culpa y autoacusación

Esto puede deberse a la preocupación por el aumento de peso asociado con la hiperglucemia en la diabetes



Bibliografía

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th edn. Brussels: International Diabetes Federation, 2021.

2. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, Collins BS, Hilliard ME, Isaacs D, Johnson EL, Kahan S, Khunti K, Leon J, Lyons SK, Perry ML, Prahalad P, Pratley RE, Seley JJ, Stanton RC, Gabbay RA, on behalf of the American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2023. Diabetes Care. 2023 Jan 1;46(Suppl 1):S19-S40. doi: 10.2337/dc23-S002.

3. GBD 2021 Diabetes Collaborators. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2023 Jul 15;402(10397):203-234. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01301-6.

4. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, Casamitjana R, Castaño L, Castell C, Catalá M, Delgado E, Franch J, Gaztambide S, Girbés J, Gomis R, Gutiérrez G, López-Alba A, Martínez-Larrad MT, Menéndez E, Mora-Peces I, Ortega E, Pascual-Manich G, Rojo-Martínez G, Serrano-Rios M, Valdés S, Vázquez JA, Vendrell J. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. Diabetologia. 2012 Jan;55(1):88-93. doi: 10.1007/s00125-011-2336-9.

5. Kautzky-Willer A, Leutner M, Harreiter J. Sex differences in type 2 diabetes. Diabetologia. 2023 Jun;66(6):986-1002. doi: 10.1007/s00125-023-05891-x.

6. Tatti P, Pavandeep S. Gender Difference in Type 1 Diabetes: An Underevaluated Dimension of the Disease. Diabetology. 2022; 3(2):364-368. https://doi.org/10.3390/diabetology3020027

7. McIntyre HD, Catalano P, Zhang C, Desoye G, Mathiesen ER, Damm P. Gestational diabetes mellitus. Nat Rev Dis Primers. 2019 Jul 11;5(1):47. doi: 10.1038/s41572-019-0098-8.

8. Mouri MI, Badireddy M. Hyperglycemia. [Updated 2023 Apr 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430900/

9. Katsarou A, Gudbjörnsdottir S, Rawshani A, Dabelea D, Bonifacio E, Anderson BJ, Jacobsen LM, Schatz DA, Lernmark Å. Type 1 diabetes mellitus. Nat Rev Dis Primers. 2017 Mar 30;3:17016. doi: 10.1038/nrdp.2017.16.

10. DeFronzo RA, Ferrannini E, Groop L, Henry RR, Herman WH, Holst JJ, Hu FB, Kahn CR, Raz I, Shulman GI, Simonson DC, Testa MA, Weiss R. Type 2 diabetes mellitus. Nat Rev Dis Primers. 2015 Jul 23;1:15019. doi: 10.1038/nrdp.2015.19.

11. Ciarambino T, Crispino P, Leto G, Mastrolorenzo E, Para O, Giordano M. Influence of Gender in Diabetes Mellitus and Its Complication. Int J Mol Sci. 2022 Aug 9;23(16):8850. doi: 10.3390/ijms23168850.

12. Moon JH, Jang HC. Gestational Diabetes Mellitus: Diagnostic Approaches and Maternal-Offspring Complications. Diabetes Metab J. 2022 Jan;46(1):3-14. doi: 10.4093/dmj.2021.0335.

13. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, Collins BS, Hilliard ME, Isaacs D, Johnson EL, Kahan S, Khunti K, Leon J, Lyons SK, Perry ML, Prahalad P, Pratley RE, Seley JJ, Stanton RC, Gabbay RA, on behalf of the American Diabetes Association. 6. Glycemic Targets: Standards of Care in Diabetes-2023. Diabetes Care. 2023 Jan 1;46(Suppl 1):S97-S110. doi: 10.2337/dc23-S006.

14. Healy AM. Diabetes in Pregnancy: Preconception to Postpartum. Prim Care. 2022 Jun;49(2):287-300. doi: 10.1016/j.pop.2021.11.009.

15. Bellido V, Aguilera E, Cardona-Hernandez R, Diaz-Soto G, González Pérez de Villar N, Picón-César MJ, Ampudia-Blasco FJ. Expert Recommendations for Using Time-in-Range and Other Continuous Glucose Monitoring Metrics to Achieve Patient-Centered Glycemic Control in People With Diabetes. J Diabetes Sci Technol. 2022 Apr 26:19322968221088601. doi: 10.1177/19322968221088601

16. Chaudhury A, Duvoor C, Reddy Dendi VS, Kraleti S, Chada A, Ravilla R, Marco A, Shekhawat NS, Montales MT, Kuriakose K, Sasapu A, Beebe A, Patil N, Musham CK, Lohani GP, Mirza W. Clinical Review of Antidiabetic Drugs: Implications for Type 2 Diabetes Mellitus Management. Front Endocrinol (Lausanne). 2017 Jan 24;8:6. doi: 10.3389/fendo.2017.00006.

17. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, Collins BS, Hilliard ME, Isaacs D, Johnson EL, Kahan S, Khunti K, Leon J, Lyons SK, Perry ML, Prahalad P, Pratley RE, Seley JJ, Stanton RC, Gabbay RA, on behalf of the American Diabetes Association. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes-2023. Diabetes Care. 2023 Jan 1;46(Suppl 1):S140-S157. doi: 10.2337/dc23-S009.

18. Funck KL, Bjerg L, Isaksen AA, Sandbæk A, Grove EL. Gender disparities in time-to-initiation of cardioprotective glucose-lowering drugs in patients with type 2 diabetes and cardiovascular disease: a Danish nationwide cohort study. Cardiovasc Diabetol. 2022 Dec 10;21(1):279. doi: 10.1186/s12933-022-01713-3.

19. Zera CA, Seely EW. Controversies in Gestational Diabetes. touchREV Endocrinol. 2021 Nov;17(2):102-107. doi: 10.17925/EE.2021.17.2

20. Harding JL, Pavkov ME, Magliano DJ, Shaw JE, Gregg EW. Global trends in diabetes complications: a review of current evidence. Diabetologia. 2019 Jan;62(1):3-16. doi: 10.1007/s00125-018-4711-2.

21. Vounzoulaki E, Khunti K, Abner SC, Tan BK, Davies MJ, Gillies CL. Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2020 May 13;369:m1361. doi: 10.1136/bmj.m1361

22. de Vries SAG, Verheugt CL, Mul D, Nieuwdorp M, Sas TCJ. Do sex differences in paediatric type 1 diabetes care exist? A systematic review. Diabetologia. 2023 Apr;66(4):618-630. doi: 10.1007/s00125-022-05866-4.

23. Castellano-Guerrero AM, Guerrero R, Ruiz-Aranda D, Perea S, Pumar A, Relimpio F, Mangas MA, Losada F, Martínez-Brocca MA. Gender differences in quality of life in adults with long-standing type 1 diabetes mellitus. Diabetol Metab Syndr. 2020 Jul 17;12:64. doi: 10.1186/s13098-020-00571-x.

24. Malaza, Nompumelelo et al. "A Systematic Review to Compare Adverse Pregnancy Outcomes in Women with Pregestational Diabetes and Gestational Diabetes." International journal of environmental research and public health vol. 19,17 10846. 31 Aug. 2022, doi:10.3390/ijerph191710846

25. Ringholm L, Stougaard EB, Nørgaard SK, Damm P, Mathiesen ER. Diabetes Management During Breastfeeding in Women with Type 1 Diabetes. Curr Diab Rep. 2020;20(8):34. Published 2020 Jun 19. doi:10.1007/s11892-020-01315-x

26. Melmer A, Zürrer I, Kopp F, Pfeifer M, Kamml E, Götz G, Hofer S, Schütz-Fuhrmann I, Hungele A, Holl RW. Differences in insulin dosing in women with type 1 diabetes before and after the menopause. Swiss Med Wkly. 2021 Sep 30;151:w30025. doi: 10.4414/smw.2021.w30025.

27. Lambrinoudaki I, Paschou SA, Armeni E, Goulis DG. The interplay between diabetes mellitus and menopause: clinical implications. Nat Rev Endocrinol. 2022 Oct;18(10):608-622. doi: 10.1038/s41574-022-00708-0.

28. Ziegler AG, Rewers M, Simell O, Simell T, Lempainen J, Steck A, Winkler C, Ilonen J, Veijola R, Knip M, Bonifacio E, Eisenbarth GS. Seroconversion to multiple islet autoantibodies and risk of progression to diabetes in children. JAMA. 2013 Jun 19;309(23):2473-9. doi: 10.1001/jama.2013.6285. PMID: 23780460; PMCID: PMC4878912.

29. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al., American Diabetes Association. 7. Diabetes technology: Standards of Care in Diabetes—2023. Diabetes Care 2023;46(Suppl. 1): S111–S127

Dra. Clotilde Vázquez Martínez
Departamento de Endocrinología y Nutrición Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz y Hospital Universitario Infanta Elena. Overweight and Obesity Institute FJD.

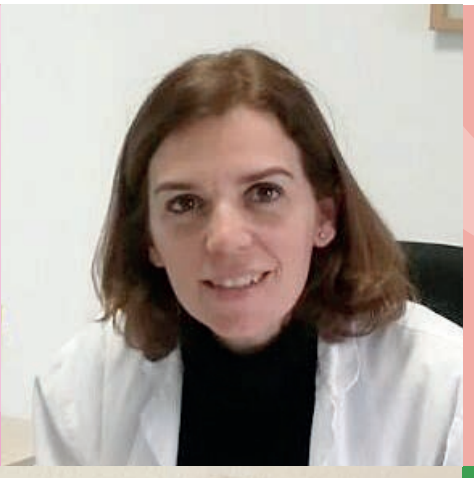


Dra. Clotilde Fernández Vázquez
Departamento de Endocrinología y Nutrición Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz y Hospital Universitario Infanta Elena.
Overweight and Obesity Institute FJD.



CAPÍTULO 20

Mujer y obesidad



Dra. Teresa Montoya Álvarez
Departamento de Endocrinología y Nutrición Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz y Hospital Universitario Infanta Elena.
Overweight and Obesity Institute FJD.



Dra. Bogdana Luca
Departamento de Endocrinología y Nutrición Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz y Hospital Universitario Infanta Elena.
Overweight and Obesity Institute FJD.



La obesidad se define hoy como una enfermedad crónica, sistémica y heterogénea. Es debida a una acumulación excesiva y anómala de grasa corporal, cuyas repercusiones negativas afectan tanto a la salud física como a la funcionalidad general del organismo.

La prevalencia global de la obesidad sigue aumentando de manera alarmante y constituye una amenaza para la salud pública y los sistemas sanitarios. Esta realidad es particularmente preocupante en las mujeres, quienes presentan las tasas más altas.

La patogénesis de la obesidad es mucho más compleja que un simple desequilibrio entre la ingesta y el gasto de energía; En el caso de la mujer, existen causas y rasgos diferenciales que todavía hoy no han sido suficientemente abordadas y que conllevan consecuencias de distinta índole. En este capítulo hemos querido profundizar en estos aspectos, respondiendo a preguntas relevantes cuya respuesta puede ayudar a la comprensión de la expresión clínica y de los mecanismos específicos subyacentes en la mujer a lo largo de su vida.

Prevalencia de la obesidad en la mujer

El reciente informe de la Federación Mundial de la Obesidad afirma que, a nivel global, la obesidad es claramente más prevalente en mujeres (Fig. 1). En concreto, tiene que ver con la obesidad severa, donde el número de mujeres triplica al de hombres. Lamentablemente, el mayor incremento de obesidad en mujeres se está dando en países de economías emergentes, con claras desigualdades y coexiste con una marcada malnutrición[1].

Figura 1



En lo que concierne a España, el estudio de la Fundación Gaspar Casal[2] muestra que la obesidad es más prevalente en hombres. Sin embargo, el sobrepeso ha crecido mucho más en mujeres que en hombres entre los años 2011 y 2019.

Conviene recordar que los datos epidemiológicos y de prevalencia se basan en el índice de masa corporal IMC. Este índice es una relación entre el peso y la altura que no fue ideado inicialmente para evaluar la obesidad, sino como una medida estadística para examinar las características físicas poblacionales. Fue en la primera mitad del siglo XX cuando empezó a utilizarse y a reconocerse internacionalmente y a falta de otros recursos, como herramienta para el diagnóstico de la obesidad y sus grados (Fig. 2). Sin embargo, debemos tener muy presente que el IMC no es superponible a la adiposidad. Si atendemos a la adiposidad, que es lo que realmente caracteriza la obesidad, tenemos que analizar los compartimentos corporales mediante técnicas avanzadas o usar fórmulas que, de una manera indirecta, nos hablen de la masa grasa, como puede ser el perímetro de la cintura o el Índice CUN-BAE. Si únicamente usamos el IMC podemos infraestimar la prevalencia de obesidad en la mujer, ya que tiene una menor masa muscular, especialmente en la menopausia[3].

Figura 2



Discriminación y estigmatización en la mujer

El estigma del peso a nivel social es un problema acuciante, que afecta a gran parte de la población que padece la enfermedad. Un interesante estudio mostró que profesionales sanitarios y estudiantes de medicina tienen prejuicios respecto a las personas con obesidad y las asocian a dejadez, falta de voluntad o disciplina, mala higiene y/o pereza, lo cual puede influir muy negativamente a la hora de realizar un correcto diagnóstico y pautar un tratamiento adecuado[4]. Las pacientes nos confirman en consulta que, muy habitualmente los profesionales sanitarios anteponen la obesidad a cualquier otro problema de salud y la proponen como causa única de muchos de los síntomas, lo que conlleva a una falta de estudio en profundidad. Está ya denominada "grasafobia" de los profesionales, es menor entre las mujeres y los profesionales sanitarios cuando ellos mismos padecen obesidad y/o diabetes[5]. Aun no existiendo estudios comparativos por género, dado que el número de mujeres que consultan por obesidad es mucho mayor que el de hombres, se puede afirmar que el problema del trato incorrecto, la insuficiencia de atención e incluso en ocasiones la humillación, la sufren numéricamente más las mujeres.



¿Existen causas diferenciales de la obesidad en la mujer?

Es un dato objetivo que la mujer tiene un mayor porcentaje de grasa corporal en comparación con el hombre, siendo este depósito mayoritariamente de localización subcutánea hasta el momento de la menopausia. Numerosas investigaciones básicas han demostrado que la propensión a la acumulación de grasa y su distribución se relaciona con las hormonas sexuales[6,7].

Los estrógenos protegen a la mujer de la ganancia de grasa en distintas situaciones y por distintos mecanismos que incluyen el control apetito-saciedad y el aumento del gasto energético. Juegan un papel preventivo favoreciendo la hiperplasia del tejido adiposo subcutáneo gluteofemoral, frente a la hipertrofia de tejido visceral que conduce a fibrosis, hipoxia tisular e inflamación. Además, contribuyen al "apardamiento" del tejido adiposo, que es más sano y activo metabólicamente y con mucho mayor contenido mitocondrial. Todo este conjunto de beneficios se pierde en el cese de producción hormonal por el ovario, ya sea en la menopausia fisiológica, quirúrgica o secundaria a tratamientos. Por ello, muchas mujeres experimentan con perplejidad, especialmente en menopausias bruscas, el "cambio" corporal y la facilidad para ganar peso, fundamentalmente a nivel abdominal, junto a signos clínicos como hipercolesterolemia e hipertensión que son fruto del aumento de la grasa visceral.

El embarazo es también una potencial causa diferencial de ganar grasa. Durante el segundo y tercer trimestre del embarazo se da un aumento del apetito mediado, entre otros factores, por el incremento en la progesterona. Con respecto a la retención ponderal posparto afecta mayormente a las mujeres con obesidad pregestacional, y se incrementa de forma más acusada cuanto mayor es el IMC previo a la primera gestación[8]. Si bien, en mujeres delgadas, la ganancia ponderal excesiva durante la gestación también es un factor que puede favorecer la retención ponderal postparto[9].



Por otra parte, existen otras patologías hormonales en la mujer no relacionadas directamente con las hormonas sexuales que también predisponen a la Obesidad, como el hipotiroidismo y el síndrome del ovario poliquístico (SOP). Aunque el hipotiroidismo no es una enfermedad exclusiva de las mujeres, lo cierto es que la padecen 10 veces más que los hombres. Las hormonas tiroideas interfieren en el gasto calórico y, cuando hay hipotiroidismo disminuye el metabolismo basal y el gasto energético[10].

Con respecto al SOP es un síndrome frecuente que afecta hasta 10% de las mujeres, aunque dependiendo del área geográfica puede ser mayor[11]. Una de las claves de este síndrome es la resistencia a la hormona insulina. La insulina es la responsable del transporte de la glucosa al interior de los tejidos; en el músculo e hígado la glucosa se acumula en forma de glucógeno. Por otro lado, mediante la insulina se almacenan las grasas circulantes procedentes de la alimentación dentro del adipocito, en forma de triglicéridos. Es decir, es una hormona que «ahorra» energía favoreciendo el almacenamiento. Cuando existe resistencia a la insulina, ésta no puede llevar a cabo sus funciones, y el organismo intenta contrarrestarlo incrementando la producción pancreática de insulina, instaurándose un círculo vicioso: a mayor resistencia a la Insulina, mayor obesidad y a mayor obesidad mayor resistencia a la Insulina[12].

Diagnóstico de la enfermedad Aspectos diferenciales

En el diagnóstico de obesidad debemos realizar inicialmente un diagnóstico de situación: que incluya: composición corporal, depósitos grasos (porcentajes y localización) y estatus muscular. Esto debe complementarse de un análisis pormenorizado de factores etiológicos de inicio y mantenedores o subyacentes de la enfermedad, así como factores condicionantes para el tratamiento (ambientales y sociales). Por último, se debe hacer un despistaje de las comorbilidades o enfermedades que se asocian a la obesidad clásicas y no tan clásicas. Además, es mandatorio determinar su severidad. Se pueden destacar: hipertensión arterial, diabetes mellitus o disglucosis, dislipidemia, aterosclerosis, apnea-hipopnea del sueño, esteatosis hepática, colelitiasis, enfermedad por reflujo gastroesofágico, enfermedad renal, patología osteoarticular y depresión o psicopatología. Por último, no podemos olvidar analizar la calidad de vida y la funcionalidad y riesgos vitales[13].

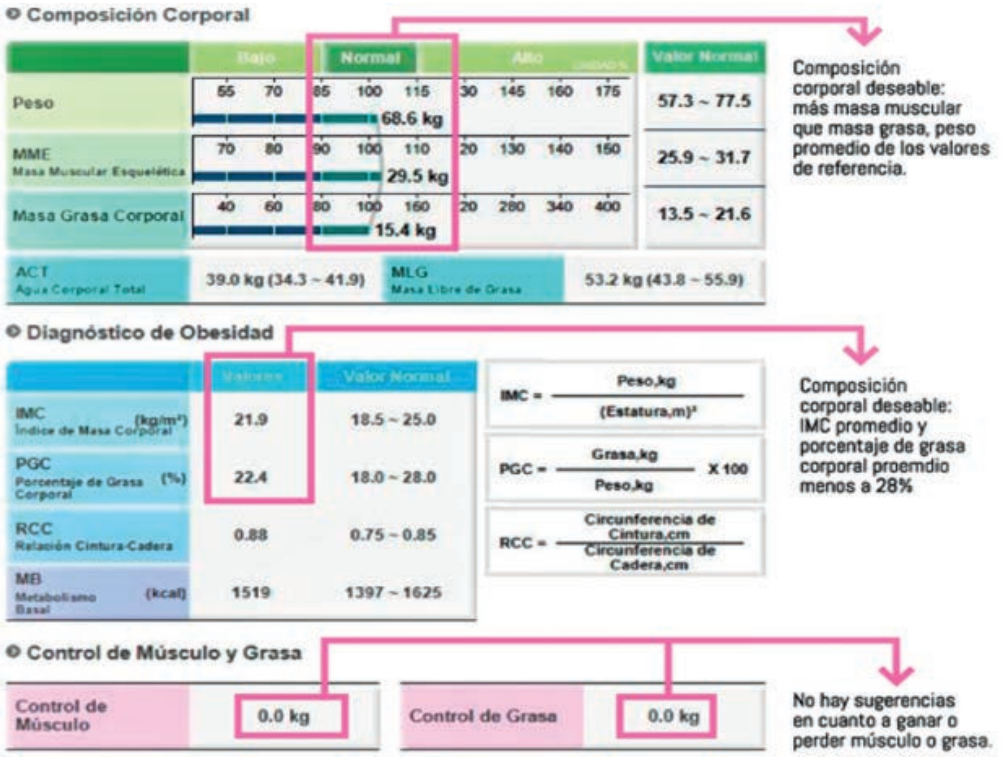
La antropometría (Fig. 2) es el método más utilizado para el estudio de la composición corporal (peso, talla, pliegues cutáneos, diámetros, etc..), ya que utiliza técnicas sencillas, no invasivas e instrumentos asequibles. Sin embargo, la clasificación antropométrica de la obesidad únicamente mediante IMC no valora los depósitos grasos ni su localización. Podemos encontrar mujeres que tengan un IMC normal o con leve sobrepeso entre 23-28, pero que, al analizar compartimentos mediante bioimpedancia, se demuestre un elevado porcentaje graso acompañado de una falta de músculo (sarcopenia), que justificaría que el peso total en kilos no sea alto. Además, la valoración de los compartimentos corporales nos permite identificar mujeres de alto riesgo cardiovascular cuando el depósito graso visceral está elevado, como ocurre con frecuencia en la menopausia. El resto de la exploración física nos puede hacer sospechar la coexistencia de patología tiroidea, la presencia de hirsutismo/ hipertricosis o acantosis nigricans[14] (resistencia a la insulina-SOP).

Técnicas de análisis de compartimentos corporales

Para el análisis de los depósitos grasos (porcentajes y localización), las técnicas más utilizadas son la bioimpedancia eléctrica y la absorciometría dual de energía. También podríamos usar la resonancia magnética, la tomografía computarizada o la ecografía. Cada técnica tiene sus ventajas y limitaciones[15].

La bioimpedancia eléctrica (BIA) es un método no invasivo para estimar la composición corporal, incluyendo la masa muscular. Se basa en medir la resistencia eléctrica (impedancia) que ofrecen los tejidos corporales al paso de una corriente eléctrica de baja intensidad. Dado que los músculos contienen agua y electrolitos, conducen la electricidad mejor que la grasa o los huesos. Aunque no debe considerarse como un método definitivo, tiene grandes ventajas, como un coste muy moderado, facilidad en el transporte, sencillez en su manejo y baja variabilidad interobservador (Fig. 3). Se puede complementar con técnicas más avanzadas como la resonancia magnética o la absorciometría de rayos X de doble energía (DXA), aunque estas herramientas están disponibles en un número limitado de centros en España. Se ha establecido la obesidad en la mujer cuando el porcentaje de masa grasa supera el 24% del peso corporal y en el hombre cuando el porcentaje de grasa supera el 28%[16].

Figura 3



Si queremos abordar el diagnóstico de la obesidad en la mujer a lo largo de su vida, exige el uso de estas técnicas, para conocer los compartimentos corporales. Debido al cese de los estrógenos en la menopausia (y no a la edad), se observa un aumento del apetito y de la ingesta, una disminución de la tasa metabólica basal, así como una reducción de la actividad física y de la masa muscular. Los cambios en la composición corporal en la menopausia están ampliamente demostrados en estudios epidemiológicos[17,18] y, aunque no revelan cambios cuantitativos moderados o graves en el peso total, si son muy relevantes los cambios con



relación a la composición corporal. La masa grasa (MG) total aumenta, y se produce un cambio en su distribución, incrementando de forma significativa el depósito graso central (GV). Además, ocurre una importante disminución de la masa muscular (MM). El estudio SWAN revela que, unos dos años antes del cese de las menstruaciones, ya empieza a duplicarse o cuadruplicarse el aumento de MG y la disminución de MM en las mujeres de razas caucásica y negra[19]. Esto supone un aumento del 3,6% en la MG y una pérdida del 1,9% de la MM en un periodo de 3,5 años. El aumento de MG se hace principalmente a expensas de la grasa visceral, que pasa de representar un 5-8% de la MG total en la premenopausia a un 15-20% en posmenopausia[20]. La expansión de la MG visceral en este periodo es hasta dos veces mayor que de la MG total, lo que asocia graves riesgos metabólicos.

El gasto energético basal o tasa metabólica basal (TMB) de una persona se puede obtener mediante fórmulas predictivas; sin embargo, la mayoría de estas no tienen en cuenta la composición corporal. Una técnica complementaria para el análisis de la TMB con mayor precisión que la BIA, es la calorimetría indirecta (CI). Sabemos que el gasto energético total (GET) representa el total de energía que consume una persona y se constituye por el sumatorio de: TMB + termogénesis inducida por la alimentación + gasto energético generado por la actividad física realizada. De las tres variables mencionadas, la TMB es la más representativa, pues supone un 50-75% del GET. La calorimetría indirecta mide, en función del intercambio de gases (O^2 inspirado y CO_2 producido), la producción de energía en kcal, que corresponde con el gasto energético basal, así como la utilización de sustratos energéticos. Estos resultados se obtienen mediante la medición de la respiración en un calorímetro de circuito cerrado. El resultado obtenido del cociente respiratorio informa sobre la eficiencia energética mitocondrial por medio del O^2 expirado, lo que indica el porcentaje de energía utilizado de las reservas de grasa corporal, es decir, la oxidación lipídica. Por el contrario, mediante la medición del CO_2 espirado se obtiene información sobre el metabolismo energético y la fracción de glucosa disponible como sustrato energético. Los resultados de la calorimetría permiten ajustar y personalizar la pauta alimentaria con respecto a la proporción de macronutrientes, en función de la oxidación lipídica y la glucosa disponible[21]. En el caso de que la oxidación lipídica sea eficiente o alta, se recomienda una pauta nutricional elevada en carbohidratos y adecuada en grasa. Por el contrario, con una oxidación lipídica deficiente se debe recomendar una alimentación baja en carbohidratos, elevada en proteína y, en algunos casos incluir una pauta de actividad física intensa y/o el uso de fármacos que favorezcan la oxidación grasa. Se ha demostrado que, en las mujeres durante la menopausia presentan una oxidación lipídica baja junto con un gasto metabólico basal disminuido.

Otra técnica emergente que nos permite conocer los compartimentos grasos es la ecografía. No existen todavía paramentos estandarizados, pero es una técnica económica y sencilla que permite analizar el tejido adiposo superficial, el tejido adiposo profundo y la grasa preperitoneal. Se debe utilizar siempre el mismo punto de medición, a 10 mm del apéndice xifoides, para analizar las variaciones interindividuales.

Análisis de causas subyacentes y perpetuadoras

La investigación de los factores etiológicos individuales es clave para realizar un diagnóstico de precisión. Estudios realizados por diversos autores, así como por nuestro equipo, han demostrado que también hay diferencias en este sentido entre hombres y mujeres[7].

Se deben explorar todos los factores implicados en la obesidad: antecedentes familiares de obesidad, historia ponderal, estilo de vida, historia ginecológica, fármacos obesogénicos, factores hormonales, cantidad y calidad del sueño, comportamiento alimentario (apetito y saciedad), esfera emocional y psicosocial y hábito intestinal (microbiota) (Fig. 4).

Figura 4



Contamos con numerosos test validados para la autoevaluación de los distintos factores subyacentes (Tabla 1-2). Para el registro del ejercicio físico se debe analizar el tipo de ejercicio: aeróbico o de fuerza, la duración y la intensidad. En la práctica clínica se puede usar, entre otros, el test de RAPA (Rapid Assessment of Physical Activity). Para la esfera emocional se pueden usar el cuestionario EDI (inventario de trastornos de la conducta alimentaria), que valora trastornos de la conducta alimentaria, y el Cuestionario Goldberg, que analiza ansiedad y síntomas depresivos entre otros. Es importante analizar la calidad de vida; para ello, podemos usar el cuestionario IWQoL-Lite (Impact of Weight on Quality of Life-Lite), que evalúa la función física, la autoestima, la vida sexual, la percepción en público y la percepción en el trabajo.

Tabla 1

Cuestionario	Propósito
Cuestionario de hábitos alimentarios	Evaluar patrones de alimentación (picoteo, restricción, etc.)
Score de adherencia a la dieta mediterránea	Medir el grado de cumplimiento de los principios de la dieta mediterránea
Cuestionario de actividad física (RAPA)	Evaluar el nivel de actividad física y cambios de hábitos
Cuestionario de valoración de ansiedad (EDI modificado)	Identificar niveles de ansiedad
Cuestionario de valoración de depresión (Goldberg reducido con 4 subescalas)	Valorar la presencia de síntomas depresivos
Cuestionario de Calidad de Vida en Obesidad (IWQOL-Lite)	Medir el impacto de la obesidad en la calidad de vida

Tabla 2

Datos clínicos en la evaluación de la paciente con Obesidad	
Factores desencadenantes	Abandono tabaco, Menopausia, Gestaciones, Enfermedades, Cirugías
Historia familiar	Número de familiares primer grado de obesidad
Historia ponderal	Edad de comienzo, cambios de peso (causas y magnitud de los mismos)
Historia alimentaria	Patrón de ingesta, Apetito-Saciedad, Compulsividad, dietas realizadas
Actividad física	Grado y tipo, cambios de hábitos, capacidad física
Historia psicosocial	Entorno personal, actividad profesional, ritmo sueño-vigilia
Imagen corporal	Autovaloración, grado de aceptación
Medicación - Hábitos tóxicos	Psicofármacos, Insulina, Corticoides

Entre las causas subyacentes de las mujeres, tiene un gran peso la esfera emocional y hormonal. Por el contrario, en el varón, el abandono de la actividad y el cese del tabaco suelen ser claros desencadenantes



Para análisis de hábitos nutricionales (calorías y nutrientes) podemos usar diferentes pruebas o escalas, como: el registro dietético de 24 o 72 horas, el análisis de frecuencia de consumo o el Test de adherencia a la dieta mediterránea, entre otros. Existen numerosas aplicaciones que nos permiten al introducir nuestra dieta diaria conocer el porcentaje de hidratos de carbono, grasas, proteínas y fibra que consumimos a diario.

Todos estos datos, adecuadamente registrados, ponderados y evaluados permitirán una "fotografía" completa de los factores ambientales y de estilo de vida que opera en cada mujer con obesidad. Son clave para lograr un diagnóstico integral y proponer un tratamiento personalizado.

Los análisis preliminares de nuestro grupo nos han permitido demostrar (ratificando otros estudios) que, entre las causas subyacentes de las mujeres, tiene un gran peso la esfera emocional y hormonal. Por el contrario, en el varón, el abandono de la actividad y el cese del tabaco suelen ser claros desencadenantes.

Existen consecuencias/comorbilidades de la obesidad diferenciales

Numerosos estudios demuestran que hombres y mujeres no desarrollan las mismas enfermedades secundarias a la obesidad, ni en términos de gravedad ni de prevalencia. La obesidad central en hombres se asocia de manera significativa a resultados cardiometabólicos adversos, mientras que, en las mujeres, los perfiles de riesgo están principalmente modulados por factores hormonales y los cambios relacionados con la transición menopáusica.

Enfermedad metabólica y cardiovascular: aunque la cardiopatía isquémica es más prevalente en hombres, es la principal causa de muerte en mujeres especialmente durante la menopausia[22]. Por cada dos años en los que una mujer padece obesidad, el riesgo de diabetes tipo 2 incrementa un 14%, y su incidencia es mayor en la menopausia. En cuanto a la dislipemia, su prevalencia aumenta con mayores valores de IMC en las mujeres[23].

Patología pulmonar: aunque el síndrome de apnea obstructiva del sueño afecta más a los varones, cabe destacar que las mujeres presentan síntomas más atípicos, insomnio, síntomas del síndrome de piernas inquietas, depresión y pesadillas, mientras que los ronquidos y pausas de apnea son menos frecuentes. Esto suele retrasar el diagnóstico[24]. Solo en mujeres, el asma no alérgica se correlaciona con IMC aumentado[25].

Patología obstétrica y ginecológica: la mujer con obesidad, especialmente con depósito central, presenta más irregularidades menstruales, anovulación, hiperandrogenismo y SOP. El riesgo de infertilidad es tres veces mayor en mujeres con obesidad[26] (tanto de forma natural como por reproducción asistida). Además, asocia más complicaciones materno-fetales, como abortos, malformaciones o muerte fetal, hipertensión, preeclampsia, diabetes gestacional, partos inducidos, cesáreas, dificultades anestésicas, hemorragia, tromboembolia, lesiones durante el parto y dificultades para la lactancia[27].

Cáncer: la obesidad es la 2ª causa prevenible de cáncer, después del tabaco. Pero las mujeres lo padecen en mayor medida, hasta un 55% de cánceres en la mujer están relacionados con el sobrepeso, frente a un 24% los hombres[7]. Las mujeres con obesidad en comparación con las mujeres sin obesidad tienen más riesgo de padecer cáncer endometrial, cervical, de mama y ovario. La obesidad incrementa un 30-50% el riesgo de cáncer de mama durante la posmenopausia. Asimismo, se sabe que la obesidad central aumenta el riesgo de cáncer vesícula, vías biliares y de colon en mujeres[27].

Otras comorbilidades importantes diferenciadoras

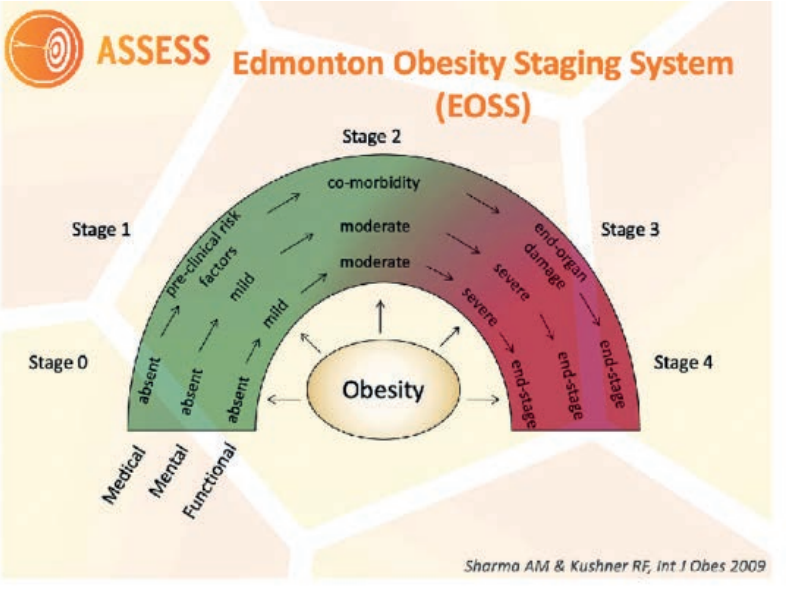
Es importante destacar algunas comorbilidades no clásicas que se dan con mayor prevalencia en la mujer con obesidad, en comparación con el hombre con obesidad, y que en ocasiones no se dan el valor que en sí mismas tienen. Está descrita que la asociación entre obesidad y artrosis es mucho mayor en mujeres que en los hombres[7]. También la sarcopenia, definida como la pérdida progresiva y generalizada de masa y función muscular, tiene una prevalencia mayor en las mujeres, debido a la inflamación crónica de bajo grado, resistencia a la insulina. Esta condición se agrava por la pérdida de masa muscular que ocurre durante la menopausia[3].

La depresión es una comorbilidad que se da con mucha prevalencia en mujeres, pero no rara e infrecuente en hombres[7]. Por ello es tan importante explorar la esfera emocional de las pacientes en consulta. La evaluación se debe realizar con el máximo respeto, podemos ayudarnos de test validados o derivaciones al equipo de psicología si fuera preciso.

Por último, la litiasis biliar es 2-3 veces más prevalente en mujeres, sobre todo en edad reproductiva[27].

Respecto al análisis de la gravedad de la obesidad en la mujer, podemos usar diversas estrategias. Recomendamos el Sistema Edmonton Obesity Staging System (EOSS), que nos permite clasificar la obesidad no solo por el IMC, sino también por sus complicaciones físicas, psicológicas y funcionales[28]. Este sistema evalúa el impacto clínico de la obesidad, asignando etapas (de 0 a 4) según la gravedad de las complicaciones asociadas. (Fig. 5) Algunos autores sugieren que las mujeres con obesidad tienden a ser clasificadas en grados más altos del EOSS en comparación con los hombres, especialmente debido a complicaciones psicológicas y limitaciones funcionales, Sin embargo, los hombres tienden a tener más complicaciones metabólicas graves[29]. Se ha demostrado que el uso de Edmonton es especialmente importante en mujeres pues esta escala tiene un valor predictivo de mortalidad en mujeres que en hombres[29b].

Figura 5



Obesidad, emociones y estrés

Hoy en día ha sido muy popularizado el término "hambre emocional", pero cabe preguntarse: ¿qué significa realmente?, ¿existe una verdadera relación entre la ingesta y la gestión emocional? Cuando comemos compulsivamente, ¿nos estamos "comiendo" lo que sentimos?

Muchas personas con sobrepeso y/u obesidad experimentan una compleja relación con la comida. Es muy frecuente escuchar comentarios como "doctora, si yo ya no es por adelgazar, es que quiero dejar de ser gorda mental". Y ¿qué quiere decir exactamente esto de ser gorda mental? Por un lado, fisiológicamente conocemos la influencia de la alimentación en la regulación de la producción de serotonina y noradrenalina por parte del cerebro y, por lo tanto, el papel ansiolítico natural que ejerce sobre nuestro organismo. En especial, la ingesta de carbohidratos simples produce en el cerebro un efecto "calmante", como consecuencia de la activación del circuito de recompensa. Así, la comida puede convertirse en una fuente de satisfacción no sólo física sino también emocional.

La psicología nos habla de cómo algunas carencias emocionales pueden ser satisfechas a través de la comida. Cuando somos bebés, la relación con nuestra figura de apego principal (fundamentalmente nuestra madre durante los primeros años de vida) se regula a través de la alimentación: mamá me quiere = mamá me da de comer. Por lo tanto, estamos preparados para relacionar la ingesta como fuente de amor incondicional. Anna Freud acuñó el término de "amor estomacal" para describir la temprana vinculación afectiva del niño a los padres que lo alimentan y por ende la temprana relación entre alimento y emoción[30].

Eric Berne, psiquiatra estadounidense creador de la teoría del Análisis Transaccional, nos habló de las necesidades más básicas y fundamentales del ser humano como "hambres psicológicas", entre las que destaca el "hambre de reconocimiento". Esto quiere decir que, a nivel psicológico profundo, necesitamos sentirnos reconocidos y validados por nuestra figura de apego principal, como forma de incorporar su amor y poder desarrollar una autoestima sana. Cuando la mamá está alimentando a su bebé no sólo le está dando cariño, sino que, además, está mandándole el siguiente mensaje: "te veo, reconozco tu necesidad y es importante para mí". A nivel evolutivo este mecanismo tiene mucho sentido, puesto que no podríamos sobrevivir si no fuese gracias a los cuidados que nuestra madre nos proporciona y que, en última instancia, en los primeros meses de vida se concentran en la alimentación. Además, la ingesta está muy relacionada con la cercanía física (amamantar, dar el biberón...) y el contacto piel con piel, por lo que es lógico que nuestro cerebro establezca esta relación tan clara entre amor y alimentación. Bien, pero ¿qué ocurre cuando ya no dependemos de nuestra figura de apego para alimentarnos? Entonces, pueden producirse varias situaciones: es posible que hayamos integrado una relación saludable con la comida, en la que identifiquemos bien nuestra necesidad física de comer y seamos capaces de satisfacerla con una cantidad de comida que se corresponda con dicha necesidad (nos sentimos saciados); o puede que, por distintos motivos, incorporemos una relación con la comida en la cual el hambre aparezca de forma repentina y mucho antes de una verdadera necesidad física y, además (y esto es muy característico) no seamos capaces de postergar esta necesidad.

Ya sea como fuente de satisfacción, reconocimiento o amor, o como herramienta canalizadora de emociones como la rabia, en muchas ocasiones la alimentación cumple un papel mucho más complejo que el nutritivo

Podemos inferir, por tanto, que cuando comemos desde esa necesidad emocional estamos buscando cubrir una necesidad de reconocimiento o de afecto. Sin embargo, en vez de ver satisfecha esta necesidad, nos encontramos con que después de comer nos sentimos mucho peor que antes. La comida se convierte en un "placer culpable" que, lejos de hacernos sentir merecedores de amor, refuerza una imagen negativa de nosotros mismos.

Asimismo, existe otro mecanismo psicológico muy relacionado con la alimentación, en especial aquella dominada por un componente ansioso o emocional, que es el mecanismo de defensa denominado por la Gestalt como "retroflexión". Muchas veces utilizamos la comida como instrumento a través del cual canalizamos ciertas emociones. Una de las emociones más difíciles de gestionar, particularmente en las mujeres, es la rabia. La rabia es una de las emociones básicas del ser humano cuya manifestación sana, por desgracia, no tenemos aceptada ni integrada en nuestra sociedad. Por ello, nuestra psique encuentra mecanismos para la expresión y la canalización de esta emoción que no impliquen su expresión externa y uno de ellos es la retroflexión. Según la psicología Gestalt[31], el sujeto que retroflecta "se hace a sí mismo lo que le gustaría hacer a otros". Cuando no sabemos cómo gestionar la rabia, inconscientemente, la dirigimos hacia nosotros mismos infringiéndonos un daño. Esto es muy claro cuando comemos compulsivamente, cuando lo hacemos a pesar de estar saciados o cuando consumimos productos que sabemos que pueden sentarnos mal o que no nos conviene. Es una manera de hacernos un daño "relativo" y metabolizar así una emoción que no sabemos cómo digerir.

Por tanto, ya sea como fuente de satisfacción, reconocimiento o amor, o como herramienta canalizadora de emociones como la rabia, en muchas ocasiones la alimentación cumple un papel mucho más complejo que el nutritivo. Por ello, es crucial abordar este componente emocional de la ingesta en casos de sobrepeso u obesidad o en personas que deseen mejorar su relación con la comida.

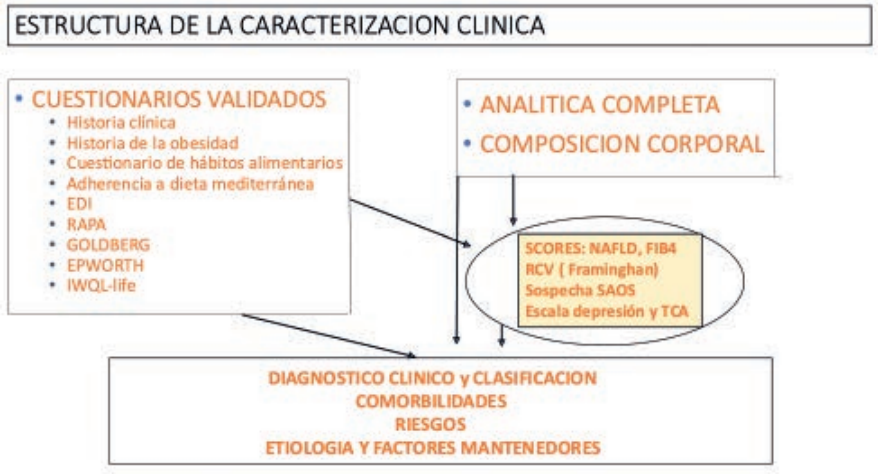
Aportaciones de la medicina de precisión en el diagnóstico y tratamiento de la obesidad

La obesidad es una enfermedad compleja, heterogénea, diferente en el hombre y la mujer. Por lo que cualquier aproximación para "precisar" y personalizar el tratamiento mejorará los resultados.

Estamos ya en la era de la medicina de precisión, pero por desgracia en cuestión de Obesidad la situación es todavía muy incipiente. Sin embargo, podemos afirmar que una aproximación médica de precisión en obesidad debería incluir:

1- **Un buen diagnóstico fenotípico personalizado.** Más allá de la clasificación basada en IMC, es evidente que identificará fenotipos de obesidad y podrá reflejar variaciones en cuanto a gravedad, pronóstico y en el futuro, será clave para desarrollar estrategias terapeúticas diferenciadas. La clasificación de EOSS, ampliamente aceptada en obesidad mórbida para priorizar la intervención quirúrgica, es también muy útil para diferenciar pronóstico clínico. Hace décadas se habló de obesidad central (visceral) y periférica, y posteriormente apareció la clasificación basada en la salud metabólica, estableciéndose cuatro grupos: personas con obesidad metabólicamente sanas, personas con obesidad metabólicamente enfermas, normopeso metabólicamente enfermos y obesidad sarcopénica. Estos grupos están caracterizados por diferentes biomarcadores y en muchos casos, genes y polimorfismos asociados[32]. En nuestra experiencia, la recopilación de multitud de datos biográficos de la obesidad, historia clínica, cuestionarios validados, etc. (Fig. 6), nos proporciona la posibilidad de un diagnóstico de mucha más precisión, más aún si se realizan exploraciones complementarias como nutrigenética o calorimetría.

Figura 6



2- Una aproximación a la genética y las ómicas. La medicina de precisión toma en consideración también genómica, metabolómica y microbiómica, hasta donde nos permiten los conocimientos actuales, con la finalidad de precisar el tratamiento y la predicción individual de riesgos[33,34]. La influencia de los factores genéticos es indudable. Más allá de las raras obesidades monogénicas que resultan de la mutación de un gen o forman parte de síndromes, la contribución aditiva o potenciadora de determinados polimorfismos contribuyen positiva o negativamente en la regulación del apetito y la saciedad, la termogénesis, la sensibilidad a la leptina, las preferencias de nutrientes, etc. Sin embargo, la genética no puede explicar por sí sola la explosión numérica de la obesidad en el mundo. La epigenética demuestra la influencia de las exposiciones ambientales diferenciales incluso cuando se comparte una misma dotación genética. Los estudios epigenómicos a gran escala han mostrado la asociación entre IMC y metilación en algunos genes, lo que serviría como biomarcadores y predictores.

Tener en cuenta la información genética y epigenética de cada individuo aumenta la precisión del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Muchos de los estudios de intervención basados en nutrientes y/o compuestos bioactivos han demostrado su capacidad de modificar marcadores epigenéticos o la expresión génica de determinados genes desfavorables. Asimismo, la microbiómica ha aportado numerosos datos que, en el futuro, se incorporarán de forma sistemática al diagnóstico y al tratamiento personalizado[35].

3-Un tratamiento individualizado basado en lo anterior y en la futura farmacogenómica. La farmacogenómica es una rama bastante desarrollada. En obesidad, sin embargo, no existe todavía un gran abanico de fármacos terapéuticos disponibles, pero la oferta está en aumento. Cómo demuestra el estudio del grupo de Acosta[36], si mejora el diagnóstico etiopatogénico aumenta la posibilidad de personalizar el tratamiento farmacológico

Este conjunto de conocimientos supondrá un cambio significativo hacia una mayor personalización y precisión en el tratamiento de la obesidad.

Plan integral de tratamiento



Plan nutricional

El plan nutricional debe ser ligeramente hipocalórico, con un adecuado reparto de macronutrientes, sostenible a largo plazo y diseñado para contemplar las comorbilidades presentes. Las calorías diarias recomendadas para el control del sobrepeso y la obesidad deben ser inferiores al gasto energético total (GET) y/o a la ingesta calórica habitual previa, asegurando que nunca estén por debajo del gasto energético en reposo (GER). Se sugiere una restricción de 500 a 1.000 kcal/día para lograr una pérdida de peso gradual de entre 0,5 y 1,0 kg por semana[37].Aunque una restricción calórica severa puede producir resultados iniciales más rápidos, debe manejarse con precaución para evitar desnutrición, efectos adversos y asegurar la sostenibilidad del plan a largo plazo.

El patrón alimentario más recomendado es la dieta mediterránea, que se asocia con un alto grado de adherencia. Este plan se basa en el consumo aproximado de: dos raciones de verduras al día, tres raciones de frutas al día, tres raciones de lácteos al día, cereales integrales como prioridad, tres raciones de legumbres a la semana, consumo moderado de pescado y muy bajo consumo de carne roja. Además, se recomienda evitar el consumo de cereales refinados, productos procesados, refrescos y zumos. Este patrón alimentario está asociado con un riesgo significativamente menor enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2, hipertensión arterial y dislipemia[38]. Asimismo, ha demostrado protección frente a enfermedades degenerativas como el párkinson, la demencia y el alzhéimer y reducción de la mortalidad por todas las causas[39].

La distribución de los macronutrientes recomendada por la FESNAD-SEEDO[37] (Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética- Sociedad Española Para el Estudio de la Obesidad) es la siguiente: hidratos de carbono entre 45-55%, proteínas entre 15-25%, grasas entre 25-35% (ácidos grasos saturados < 7%, ácidos grasos monoinsaturados entre 15-20%, ácidos graso-poliinsaturados < 7% y ácidos grasos trans < 2%). La cantidad de fibra aconsejada es 20-40 g/día. Algunas personas restringen totalmente los hidratos de carbono, pero debemos conocer que la cantidad mínima recomendada de HC es de 130 g/día y >50% deber ser complejos. Respecto a las proteínas, aunque la proporción de proteínas no influye en la reducción de peso, pero se recomienda un aporte superior a 1,05 g/kg/día para mantener masa magra[40].

Actualmente, es fácil encontrar dietas en redes sociales o mediante otras vías, lo que facilita caer en la trampa de las dietas milagro que prometen pérdidas importantes de peso en poco tiempo. Un plan nutricional adecuado debe estar centrado en la pérdida de grasa, no en la pérdida de peso. Cuando perdemos peso se produce una pérdida de grasa, músculo y agua; sin embargo, el porcentaje de pérdida de cada uno de estos componentes varía según el tipo de dieta o plan que se siga. En este sentido, las dietas cetogénicas y algunas pautas de ayuno intermitente han demostrado provocar una mayor pérdida de agua y músculo, especialmente si no se combinan con ejercicio físico adecuado[41]. Los planes dietéticos deben acompañarse de ejercicio físico, ya que, si realizamos un balance energético negativo sin cuidar nuestra masa muscular, vamos a favorecer la sarcopenia y la reducción del gasto metabólico, lo que con seguridad se transformará en una recuperación ponderal, superando el peso inicial, tras suspender la dieta. En la pérdida de peso es importante el seguimiento con BIA para valorar los compartimentos corporales y confirmar que la pérdida de peso corresponde con pérdida de masa grasa.

Plan de actividad física

Teniendo en cuenta la composición corporal de la mujer y los cambios a lo largo de su vida podemos afirmar que el ejercicio físico en la mujer tiene un papel clave. Además, es conocido que el ejercicio físico aporta numerosos beneficios, más allá de la pérdida de peso, como: la prevención de enfermedades cardiovasculares y trastornos neurodegenerativos, la reducción de la sarcopenia y osteopenia, así como la disminución del estrés o la ansiedad.



El plan debe ser individualizado y adaptado considerando aspectos como la situación física basal, las motivaciones personales, la situación individual y la disponibilidad del tiempo[42]. La estrategia siempre deberá ser progresiva para prevenir lesiones y aumentar la tolerancia de forma gradual.

Podemos distinguir tres modalidades principales:

Ejercicio físico aeróbico: actividades como correr, montar en bicicleta, nadar, o jugar al tenis. Este tipo de ejercicio favorece la lipólisis y pérdida directa de grasa. Aporta beneficios cardiovasculares.

Entrenamiento de fuerza: incluye ejercicios con peso corporal o con cargas, como sentadillas, flexiones, trabajo con mancuernas y gomas. Este tipo de entrenamiento aumenta la masa muscular lo que se traduce en incremento del metabolismo basal, favoreciendo de manera indirecta la pérdida de grasa. Además, se asocia a la prevención de osteoporosis y sarcopenia, condiciones frecuentes en la menopausia. Actualmente hay mucha evidencia acumulada sobre el beneficio de este tipo de actividad progresiva para mejorar la perdida de grasa y evitar la recuperación del peso perdido.

Ejercicios de flexibilidad: son esenciales para prevenir lesiones y mantener la amplitud de las articulaciones.

Tratamiento farmacológico

Los tratamientos farmacológicos para la obesidad han evolucionado significativamente, con los análogos de péptidos gastro intestinales como líderes en eficacia y seguridad

Para que un fármaco sea considerado efectivo en el tratamiento de la obesidad, debe demostrar una reducción de peso del 5% en los primeros 3 meses, superar este porcentaje al cabo de un año y ser efectivo en al menos el 35% de los pacientes tratados, según los criterios de la FDA. Este tratamiento siempre debe combinarse con cambios en el estilo de vida, como dieta y ejercicio.

La mayoría de los fármacos actúan sobre el sistema nervioso central regulando el apetito. Este proceso involucra hormonas anorexígenas, como el GLP-1, producidas en el tracto digestivo, que inhiben el apetito al actuar en el núcleo arcuato del hipotálamo. Sin embargo, la pérdida de peso reduce estas hormonas, lo que explica la recuperación de peso en algunos casos tras una dieta. Destacan las neuronas proopiomelanocortina (POMC), que emiten señales anorexígenas cuando son estimuladas. Los análogos de los péptidos gastrointestinales, GLP-

1 y GIP de momento han tomado la delantera debido a su alta eficacia y perfil de seguridad cardiovascular. Estos medicamentos no solo reducen el apetito y aumentan la saciedad, sino que también mejoran el control de la glucosa, reducen la resistencia a la insulina y ofrecen beneficios cardiovasculares, antiinflamatorios y neuroprotectores. Los estudios clínicos han demostrado una pérdida de peso del 6% al 15%, con Lira y Semaglutida respectivamente y de un 20-25% con Tirzepatida[43,44]. En cuanto a las diferencias de género, con otros tratamientos y con los cambios de estilo de vida los hombres tienden a perder peso más rápidamente, pero sin embargo varios de los estudios con análogos muestran mejores resultados en mujeres, lo que representaría una novedad importante y una ventaja de género hasta ahora desconocida[45].

Los fármacos disponibles en España son:

Liraglutida 3mg: un AGLP1 de administración diaria por vía subcutánea. Es eficaz en pacientes con enfermedades cardiovasculares o diabetes, aunque su uso puede generar náuseas y vómitos, con tasas de abandono del 27%-40%. Las mujeres muestran una mayor respuesta ponderal que los hombres debido a diferencias farmacocinéticas, aunque también sufren más efectos secundarios gastrointestinales.

Orlistat (120 mg): inhibe la absorción de grasas dietéticas. Es de administración oral, económico y cuenta con estudios de largo plazo, pero tiene baja eficacia y mala tolerancia digestiva (esteatorrea). Las diferencias de género en eficacia no están bien documentadas.

Semaglutida: este AGLP1 se administra semanalmente y puede lograr pérdidas de peso similares a las obtenidas con cirugía bariátrica en más del 35% de los pacientes. Comparado con liraglutida, semaglutida tiene mayor eficacia y menos abandonos por efectos adversos. Las mujeres responden mejor, pero también presentan más efectos secundarios gastrointestinales.

Bupropion/Naltrexona: este tratamiento estimula POMC y puede ser útil en pacientes con trastorno por atracón. Sin embargo, tiene limitada eficacia, múltiples efectos adversos y está contraindicado en ciertas condiciones como hipertensión y enfermedades cardiovasculares. La mayoría de los estudios se han realizado en mujeres, reflejando su efectividad principalmente en este grupo.

Tirzepatida: un coagonista de los receptores GIP y GLP-1 que actúa en múltiples órganos, incluyendo cerebro, páncreas y tejido adiposo. Actúa en múltiples órganos, incluido el cerebro, el páncreas y el tejido adiposo, promoviendo una reducción significativa del peso corporal y mejorando parámetros metabólicos como la sensibilidad a la insulina. En ensayos clínicos, ha demostrado una alta eficacia en la pérdida de peso, con reducciones comparables o superiores a las logradas con algunos procedimientos quirúrgicos, alcanzando más del 20% del peso inicial en algunos pacientes. Aunque los datos son limitados, estudios preliminares sugieren que las mujeres podrían experimentar una mayor respuesta ponderal debido a diferencias farmacocinéticas y hormonales, similares a lo observado con otros análogos de GLP-1.

Otros suplementos

Melatonina: la relación entre el descanso nocturno y la obesidad ha sido ampliamente respaldada por la evidencia científica[46]. La falta de un sueño adecuado o reparador se asocia con un mayor riesgo de desarrollar obesidad. En este contexto, la melatonina destaca como un suplemento útil para optimizar tanto la duración como la calidad del sueño, siendo particularmente beneficiosa en personas mayores de 40 años, ya que su producción natural disminuye de forma gradual con la edad. Se ha encontrado que niveles bajos de melatonina están vinculados con una mayor prevalencia de obesidad. Además, diversos estudios indican que la suplementación con este compuesto podría favorecer la pérdida de peso. Este efecto no solo se atribuye a la mejora del



sueño, sino también al incremento en los niveles de adiponectina. Esta citocina secretada por el tejido graso desempeña un papel crucial en la reducción de la resistencia a la insulina y en el mantenimiento de una composición corporal equilibrada.

Calcio y vitamina D: durante el climaterio se produce un descenso en la masa y densidad ósea, lo que puede derivar en problemas como osteopenia, osteoporosis y un mayor riesgo de fracturas osteoporóticas. El consumo adecuado de calcio es fundamental y se puede lograr principalmente a través de la ingesta suficiente de productos lácteos. Por otro lado, la principal fuente de vitamina D es la exposición solar, que resulta esencial para la correcta absorción y utilización del calcio. Se recomienda[47]una ingesta diaria de calcio de entre 800 y 1.000 mg, mientras que la dosis recomendada de vitamina D es de aproximadamente 800 UI.

Fitoestrógenos: son moléculas con una estructura similar a la de los estrógenos humanos, cuya producción disminuye durante la menopausia. Se encuentran en alimentos como la soja, el polen, la Cimicifuga racemosa y otros vegetales. Las isoflavonas, presentes en estas moléculas, han sido asociadas con la prevención de diversos tipos de cáncer y con una mejoría en el control cardiometabólico[1]. Debido a su mecanismo de acción similar al de los estrógenos, también podrían reducir la frecuencia y la intensidad de los sofocos en mujeres posmenopáusicas[48].

Tratamiento quirúrgico

La cirugía bariátrica (CB) es, hoy en día, la herramienta terapéutica más eficaz para el tratamiento de la obesidad. Consigue los mejores resultados en pérdida de peso a largo plazo, en comparación con el tratamiento basado en cambios en el estilo de vida y el uso de fármacos. Sin embargo, con la aparición de fármacos recientes y los que se encuentran en desarrollo, es posible que esta ventaja se reduzca en el futuro.

La indicación para la CB es que los pacientes tengan un índice de masa corporal (IMC) mayor de 40, o superior a 35 si está asociado a comorbilidades. No obstante, como hemos mencionado, el IMC, que actualmente se utiliza como base para las indicaciones de CB, es un indicador inexacto de adiposidad. Por ello, cada vez más sociedades científicas[2] apoyan la cirugía en pacientes con un IMC menor, pero con enfermedades metabólicas mal controladas que incrementan el riesgo cardiometabólico.

Existen diferentes técnicas quirúrgicas para la CB: restrictivas, malabsortivas y mixtas. Entre las técnicas restrictivas destaca la gastrectomía vertical que reduce la capacidad gástrica, limitado la cantidad de alimentos que el paciente puede ingerir. Las técnicas mixtas como el Bypass gástrico combinan mecanismos restrictivos y malabsortivos, reduciendo la superficie de absorción intestinal, lo que disminuye la cantidad de calorías y nutrientes que el organismo puede aprovechar. Las técnicas malabsortivas consiguen mejores resultados en pérdida de peso y mejoría de comorbilidades, por lo que se prefieren en casos de obesidad severa o enfermedad metabólica grave. Sin embargo, conllevan más riesgo de desnutrición y déficit de micronutrientes. Están contraindicadas si existe patología malabsortiva previa, insuficiencia hepática o necesidad de garantizar la absorción intestinal de fármacos, como en pacientes trasplantados.

En amplias series estadounidenses, se observa que en los hombres se practican con mayor frecuencia técnicas restrictivas[49]. Otro estudio, realizado con más de 60.000 pacientes[50] seguidos durante un año, confirma la mayor tasa de complicaciones en hombres independientemente del tipo de técnica y muestra que estos obtienen peores resultados en la pérdida de peso frente a las mujeres.



Obesidad y fertilidad

La obesidad es responsable de un incremento en el riesgo de infertilidad femenina, relacionado principalmente con la alteración del eje hipotálamo-hipofisario-ovárico (HHO); así como con efectos en el ovocito, el embrión y a nivel endometrial[51].

Las mujeres con obesidad presentan niveles elevados de insulina, que estimula el aumento de andrógenos ováricos. Estos, a su vez, son aromatizados a estrógenos en el tejido adiposo, originando un "feedback" negativo sobre el eje hipotálamo-hipofisario-ovárico alterando la producción de gonadatropinas, que se manifiesta con irregularidades menstruales y disfunción ovárica. La hiperinsulinemia e hiperandrogenismo también están implicados en la patogénesis de síndrome de ovario poliquístico (SOP), muy prevalente en las mujeres con obesidad.

Efectos en el ovocito: estas mujeres presentan un ambiente folicular alterado: niveles elevados de insulina, triglicéridos (TG) y mediadores inflamatorios en el líquido folicular. La respuesta ovárica a la estimulación con gonadotropinas se ve afectada, obteniéndose un menor número de ovocitos maduros, menor tasa de fecundación, y mayor frecuencia de aneuploidías.

Efectos en el embrión: en mujeres con obesidad sometidas a Feundación In Vitro (FIV), se obtienen embriones de peor calidad, con menor probabilidad de desarrollo embrionario tras la fertilización.

Efectos en el endometrio: existe una decidualización endometrial alterada, afectando la receptividad endometrial y la implantación; que pueden originar disfunción placentaria y complicaciones en la gestación. Asimismo, se ha descrito mayor tasa de abortos espontáneos y mayor frecuencia de abortos euploides.

Por otro lado, las mujeres sometidas a tratamientos de reproducción asistida (TRA) suelen manifestar preocupación por la ganancia de peso. En un estudio reciente, donde valoraron el impacto de la terapia de estimulación ovárica con gonadotropinas, en el peso corporal de mujeres sometidas a TRA, se observó una ganancia ponderal, estadísticamente significativa. Los mecanismos subyacentes a esta ganancia ponderal podrían relacionarse con una forma leve del síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO), un efecto adverso de la terapia de estimulación que cursa con ganancia peso debida a edema. Asimismo, el incremento de estrógenos aumentaría los mediadores inflamatorios y la activación del sistema renina-angiotensina, responsable del edema. Finalmente, la ansiedad y estrés psicológico[52], frecuentes en estas situaciones, pueden asociarse con incrementos del volumen de ingesta e incluso con "atracones" de comida, originando también una ganancia ponderal.

Obesidad y sexualidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de toda su vida. Abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Las personas que pertenecen a minorías sexuales y raciales experimentan importantes disparidades de salud relacionadas con la obesidad. El estigma y la discriminación supone un impacto negativo en la salud relacionada con el peso.

Las personas con obesidad tienen menor puntación en escalas de calidad de vida. De hecho, se han diseñado escalas para pacientes con obesidad, siendo la más utilizada la escala Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL) y sobre todo su forma abreviada, el IWQOL-Lite[53]. El IWQOL-Lite consta de 31 ítems que evalúan el funcionamiento, la autoestima, la vida sexual, la angustia pública y el trabajo. Los ítems que dentro de la vida sexual son no disfrutar de la actividad sexual, poco deseo sexual, dificultad con el desempeño sexual y evitación de los encuentros sexuales.



La naturaleza específica de la relación entre el IMC y la disfunción sexual no está clara. Para algunas personas, las preocupaciones sobre la apariencia física y la imagen corporal pueden disminuir el deseo y generar una menor actividad sexual. Las limitaciones físicas asociadas con la obesidad pueden hacer que la actividad sexual sea desagradable, difícil, dolorosa o incluso imposible. Es importante tener en cuenta que en ámbito de la pareja las disfunciones sexuales pueden afectar a nivel relacional generando un mayor estrés. Diversos estudios han evidenciado una mejoría en la calidad de vida y en el funcionamiento sexual tras la pérdida de peso ya sea con o sin cirugía bariátrica.

La obesidad a menudo va asociada a distintas comorbilidades que también pueden impactar en la sexualidad. La prediabetes, la diabetes y el mal control glucémico se han asociado con bajo deseo sexual y problemas de lubricación vaginal en mujeres. Además, el tratamiento de las condiciones relacionadas con el peso también puede afectar negativamente al funcionamiento sexual. La depresión y la obesidad son condiciones que tienden a ocurrir simultáneamente siguiendo una relación bidireccional: la presencia de una aumenta el riesgo de desarrollar la otra. Muchos fármacos antidepresivos tienen un impacto negativo en la esfera sexual[54].

La sexualidad va cambiando a lo largo de la vida. Las disfunciones sexuales en la mujer se agravan en la menopausia con el descenso de los esteroides sexuales que genera atrofia vulvo-vaginal con menor lubricación pudiendo producir dolor en la penetración, así como el descenso del deseo sexual, ítems que mejoran con la terapia hormonal sustitutiva.

En resumen, el funcionamiento sexual como parte de la calidad de vida sufre un empeoramiento en mujeres con obesidad relacionado con el peso y con las comorbilidades y tratamientos asociados al mismo; Siendo especialmente crítica la etapa de la menopausia, dada la deprivación hormonal con el desarrollo de síndrome urogenital.

El tratamiento integral de la obesidad en la menopausia

En la transición hormonal, tratar la obesidad ofrece dificultades mayores que en la mujer con buen funcionamiento ovárico, porque existen muchos más elementos en contra. No obstante, es imprescindible para el mantenimiento de la salud. Como se ha descrito la base de un buen tratamiento reside en la correcta caracterización de la mujer en esa fase de la vida, comorbilidades, riesgos y causas subyacentes o agravantes, conocer la situación hormonal (deprivación intensa estrogénica o no), fármacos favorecedores o afectación de la esfera psicoemocional

1- **Prescripción alimentaria:** la eficacia de las estrategias dietéticas está vinculada a su personalización y a la adherencia. No hay patrón único. Se tendrá en cuenta la disminución del gasto energético que conlleva la menopausia, por lo que la densidad nutricional de la dieta hipocalórica debe ser máxima. En los últimos años el concepto de dieta de calidad o con alta densidad nutricional está siendo sustituido por el de "nutrición antiinflamatoria", que engloba aquellos patrones alimentarios con un alto índice de actividad antiinflamatoria, por su riqueza en polifenoles, fitoquímicos y micronutrientes antiinflamatorios que contrarrestaron la inflamación de bajo grado asociada al exceso de adiposidad[55]. Dicha dieta antiinflamatoria es similar al patrón de dieta mediterránea que se caracteriza por una ausencia de procesados y refinados, el consumo abundante de legumbres, cereales integrales, hortalizas, verduras, frutas y frutos secos, escaso consumo de carne roja y derivados, con predominio de la proteína del pescado, aves y huevos. El aceite de oliva virgen como grasa de cocinado y aliño. La evidencia científica acumulada sobre las propiedades de la dieta mediterránea en la prevención de los eventos cardiovasculares, cognitivos, metabólicos y óseos hacen que sea indudablemente el mejor patrón cualitativo para la mujer de más de 50 años.

Existe controversia en cuanto a la intensidad de la restricción alimentaria y las medidas de cambio de estilo de vida en la obesidad en general y en el exceso ponderal asociado a menopausia. La intensidad de la restricción puede tener efectos ponderales a corto plazo, pero la pérdida de masa muscular y sobre todo de densidad mineral ósea[56] obliga a ser prudente en la restricción calórica en la mujer en esta fase. La planificación del plan nutricional y de ejercicio en la obesidad en la menopausia se muestra en la tabla 3.

Tabla 3

OBJETIVOS	PLAN NUTRICIONAL	PLAN DE EJERCICIO
Reducir grasa corporal y abdominal	**Dieta hipocalórica** Ajustada al cálculo del gasto metabólico basal Evitar restricciones severas	**Incremento gasto Kcal por actividad** Combinando ejercicio aeróbico moderado con ejercicios de fuerza
Incrementar masa muscular masa libre de grasa	**Asegurar proteína** 1 – 1,2 g Proteína/Kg Peso/Día Alimentos alto valor biológico **Evitar restricción de carbohidratos** >40% Kcal / Día Alimentos altos en fibra y bajo índice glucémico	**Ejercicio de flexibilidad y fuerza** 3 días semana 6-8 ejercicios 10-15 repeticiones 3 series Carga >1 kg o Peso corporal Incremento paulatino
Mantener **buen estado nutricional** y evitar carencias	**Frecuencia de consumo de alimentos** Aumentar ingesta de: - Potasio, magnesio, hierro, selenio y Zinc - Calcio y Vitamina D - Ácido fólico	**Ejercicio aeróbico moderado Inicial** - Mínimo 150 minutos a la semana - >3 días a la semana
Disminuir estado proinflamatorio	**Modelo dieta mediterránea** con predominio de alimentos de origen vegetal: antioxidantes y ácidos grasos oleico y Ω3 - Aceite de oliva virgen Extra - Frutos secos, preferible nueces - >5 verduras + fruta /día - Predominio de proteína vegetal: >3 legumbre/semana - Pescados azules	**Progresividad de ejercicio** Mínimo recomendaciones OMS - 1-3º Mes: Incremento a >150 min semana ejercicio aeróbico - >3er mes: Aumentar nivel de intensidad: 75 min semana - Posterior: 3 → 5 días semana
Personalizar y flexibilizar para conseguir adherencia y sostenibilidad	**Plan nutricional por intercambios de alimentos** Personalización de cantidad total diaria de los 6 grupos de alimentos - Libre elección de alimentos, con recomendaciones específicas - Flexibilidad - Ejemplos de platos variados, placenteros y de origen local	**Plan por intercambios de ejercicio** Personalización de Cantidad total semanal - Libre elección de ejercicio, flexibilidad - Asociado a ocio y placentero

2- Actividad física: es crucial para evitar o atenuar la pérdida de masa magra [57]. Aporta múltiples beneficios. El papel de los y las nutricionistas y entrenadores o fisioterapeutas es básico en el acompañamiento del cambio de estilo de vida. Actualmente hay mucha evidencia que confirma que los beneficios del entrenamiento de fuerza pueden atenuar la pérdida de masa muscular en la menopausia.

3- Apoyo psicoemocional: los síntomas de índole emocional y psicológico que acompañan muchas veces la transición menopáusica pueden agravarse cuando se inicia o empeora sobrepeso u obesidad, y deben abordarse para lograr un tratamiento eficaz.

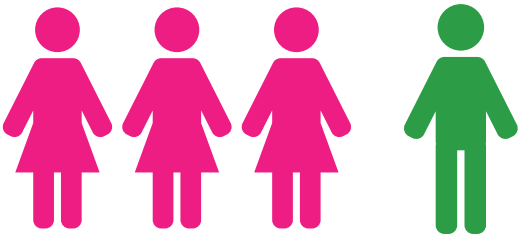
4- Tratamiento farmacológico: el tratamiento farmacológico específico de la obesidad está indicado cuando el tratamiento nutricional, la actividad física y el apoyo emocional no son suficientes para conseguir una pérdida de peso adecuada, que podríamos cifrar en un 10% de la grasa corporal excesiva en seis meses[58]. En algunos casos, los fármacos pueden estar indicados desde el comienzo. Y, por último, en nuestra experiencia, los fármacos pueden ser útiles para la fase de mantenimiento del peso perdido, si se producen fenómenos de adaptación metabólica y tendencia a recuperación de la grasa perdida.



Mujer y obesidad

A nivel global, la obesidad es más frecuente en mujeres que en hombres

En obesidad severa, hay 3 veces más mujeres que hombres afectados



Tras la menopausia, la grasa visceral pasa de representar el 5-8% al 15-20% de la masa grasa total

Mujeres con SOP (hasta 10% de prevalencia) y con hipotiroidismo (10 veces más frecuente en mujeres) tienen mayor riesgo de obesidad



El componente emocional y psicológico es más relevante en mujeres como causa subyacente



El riesgo de infertilidad 3 veces mayor en mujeres con obesidad



IMC puede infraestimar la obesidad femenina; se requiere análisis de masa grasa



55% de los cánceres en mujeres están relacionados con el sobrepeso (vs 24% en hombres)

Es común el uso de la comida como vía de regulación emocional, especialmente en casos de ansiedad o rabia

Bibliografía

1.*World Obesity Federation. Obesity: missing the 2025 global targets. Trends, costs and country reports [Internet]. World Obesity Federation; 2020.
Disponible en: https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-day-missingthetargetsreport#:~:text=Obesity%3A%20missing%20the%202025%20targets,country%20reportsfor%20200%20countries*World Health Organization(WHO). Obesity and overweight. Avalible online https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight (20 may 2024)

2. Coduras Martínez A, del Llano Señarís J, Gol-Montserrat. La obesidad en España y sus consecuencias. Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2019

3. Kapoor E, Faubion SS, Kling JM. Obesity update in women J Women's Health. 2019; 28:1601- 5

4. Clark O, Lee MM, Jingree ML, O'Dwyer E, Yue Y, Marrero A, et al. Weight stigma and social media: Evidence and public health solutions. Front Nutr. 2021; 8:7390

5. Tapking C, Benner L, Hackbusch M, Schüler S, Tran D, Ottawa GB,et al. Influence of body mass index and gender on stigmatization of obesity. Obes Surg. 2020; 30:4926-34

6. Palmer BF, Clegg DJ. The sexual dimorphism of obesity. Cell Endocrinol. 2015; 402:113-9

7. Cooper AJ, Gupta SR, Moustafa AF, Chao AM. Sex/gender differences in obesity prevalence, comorbidities, and treatment. Curr Obes Rep. 2021;10(4):458-66

8. Most J, Altazan AD, St. Amant M, Beyl RA, Ravussin E, Red-man LM. Increased energy intake after pregnancy determines postpartum weight retention in women with obesity. J Clin Endocrinol Metab. 2020;105(4):e1601-11

8. Vila Candel R, Faus García M, Martín Moreno JM. Recomendaciones internacionales estándar sobre la ganancia peso gestacional: adecuación a nuestra población. Nutr Hosp. 2021;38(2):306-14

9 Ashley-Martin J, Woolcott C. Gestational weight gain a postpartum weight retention in a cohort of Nova Scotian women. Matern Child Health J. 2014;18(8):1927-35

10. Kapoor E, Collazo-Clavell ML, Faubion SS. Weight gain in women at midlife: A concise review of the pathophysiology and strategies for management. Mayo Clin Proc. 2017; 92:1552

11. Barber TM, Franks S. Obesity and polycystic ovary syndrome. Clin Endocrinol. 2021; 95:531-41

12. Vázquez C, De Cos AI. Manual de Obesidad. Editorial Dykinson 2019

13. Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ 20 August 4;192: E875-91. doi: 10.1503/cmaj.191707
14. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. Obes Fact 2019;12(1):40-66. doi:10.1159/000496183. Epub 2019

15. Prevention, diagnosis, and treatment of obesity. 2016 position statement of the Spanish Society for the Study Obesity. Endocrinol Diabetes Nutr. 2017 Mar;64 Supp
1:15-22

16. Davila Batista V, Gómez Ambrosi J, Fruhbeck G et alEscala colorimétrica del porcentaje de grasa corporal según el estimador de adiposidad CUN-BAE. Aten Primaria. 2015 Dec 15;48(6):422–423.

17. Marlatt KL, Pitynski-Miller DR, Gavin KM, Moreau KL, Melanson EL, Santoro N, et al. Body composition and cardiometabolic health across the menopause transition. Obesity (Silver Spring). 2022;30(1):14-27

18. Greendale GA, Sternfeld B, Huang MH, Han W, Karvonen- Gutierrez C, Ruppert K. Changes in body composition and weight during the menopause transition. JCI Insight 2019;4(5):e124865

19. El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brook MM, Thurston RC, et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Menopause 2019;26(10):1213-27

20. Razmjou S, Abdulnour J, Bastard JP, Fellahi S, Doucet El Brochu M, et al. Body composition, cardiometabolic risk factors, physical activity, and inflammatory markers in premenopausal women after a 10-year follow-up: a MONET study. Menopause. 2018;25(1):89-97

21. Haugen HA, Chan LN, Li F. Indirect calorimetry: a practical guide for clinicians. Nutr Clin Pract. 2007;22(4):377-

22. Dikaiou P, Björck L, Adiels M, Lundberg CE, Mandalenaki Z, Manhem K, et al. Obesity, overweight and risk for cardiovascular disease and mortality in young women. Eur J Prev Cardiol. 2021;28(12):1351-9

23. Manrique-Acevedo C, Chinnakotla B, Padilla P, Martinez-Lemus LA, Gozal D. Obesity and cardiovascular disease women. Int J Obes (Lond). 2020;44(6):1210-

24.Tauqeer Z, Gomez G, Cody Stanford F. Obesity in women: insights for the clinician. J Women's Health (Larchmt)2018;27(4):444-57

25.Lampalo M, Majer M, Ferara N, Milošević M, Barišić KutijaM, Jukić I. Gender differences in relationship between body mass index and asthma. Psychiatr Danub. 2019;31(Supp5):786-91

26. Silvestris E, Pergola de G, Rosania R, Loverro G. Obesity a disruptor of female fertility. Reprod Biol Endocrinol 2018;16(1):22

27. Pickett-Blakely O, Uwakwe L, Rashid F. Obesity in women. The clinical impact on gastrointestinal and reproductive health and disease management. Gastroenterol Clin NorthAm. 2016;45(2):317-3

28. A M Sharma 1, R F Kushner. A proposed clinical staging system for obesity
Int J Obes (Lond) 2009 Mar;33(3):289-95.

29. Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, Garber AJ, Hurley DL, Jas-treboff AM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. Endocr Pract. 2016;22(Suppl 3)

29b. Fabio Bioletto, valentina Ponzo et al. Complementary Role of BMI and EOSS in Predicting All-Cause and Cause-Specific Mortality in People with Overweight and Obesity. Nutrients 2024, 16(20), 3433
30. Freud A. Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. 3a edición. Editorial Paidós; 1992

31. Martín A. Manual práctico de psicoterapia Gestalt. Editorial Desclée de Brouwer;

32. Perez-Campos L, Mayoral G, Perez-Campos E, Hernandez T,Pina S, Rodal FJ, et al. Obesity subtypes, related biomarkers & heterogeneity. Indian J Med Res. 2020; 151:11-21.

33. Severin R, Sabbahi A, Mahmoud A, Arena R, Phillips. Precision medicine in weight loss and healthy living. Prog Cardiovasc Dis. 2019;62(1):15-20

34. Hurtado MD, Acosta A. Precision medicine and obesity. Gastroenterol Clin North Am. 2021;50(1):127-39

35. Ramos-Lopez O, Milagro FI, Allayee H, Chmurzynska A, Choi MS, Curi R, et al. Guide for current nutrigenetic, nutrigenomic, and nutriepigenetic approaches for precision nutrition involving the prevention and management of chronic diseases associated with obesity. J Nutrigenet Nutrigenomics. 2017; 10:43-62

36. Acosta A, Camilleri M, Dayyeh BA, Calderon G, Gonzalez D,Mc Rae A, et al. Selection of antiobesity medications based on phenotypes enhances weight loss: A pragmatic trial in an obesity clinic. Obesity. 2021; 29:662-71



37. Gargallo Fernández M, Marset JB, Lesmes IB, Izquierdo JQ, Sala XF, Salas-Salvadó J; Grupo de Consenso FESNAD-SEEDO. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos Endocrinol Nutr. 2012; 59:429-3

38. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. N Engl J Med. 2018;378: e34

39. Valls-Pedret C, Sala-Vila A, Serra-Mir M, Corella D, de la Torre R, Martínez-González MA, et al. Mediterranean diet and age-related cognitive decline: A randomized clinical trial JAMA Intern Med. 2015;175(7):1094-103. Erratum in: JAM Intern Med. 2018;178(12):1731-2

40. Bray GA, Siri-Tarino PW. The role of macronutrient content in the diet for weight management. Endocrinol Metab Clin North Am. 2016; 45:58

41. O'Neill B, Raggi P. The ketogenic diet: Pros and cons. Atherosclerosis. 2020; 292:19-26

42. Morze J, Rücker G, Danielewicz A, Przybyłowicz K, Neuenschwander M, Schlesinger S, et al. Impact of different training modalities on anthropometric outcomes in patients with obesity: A systematic review and network meta-analysis. Obes Rev. 2021;22: e1321

43. Kushner RF, Calanna S, Davies M, Dicker D, Garvey WT, Goldman B, et al. Semaglutide 2.4 mg for the treatment obesity: Key elements of the STEP trials 1 to 5. Obesity (Silver Spring). 2020; 28:1050-6

44. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Connery L, Alves B, et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. N Engl J Med. 2022;387(3):205-16

45. Williams RL, Wood LG, Collins CE, Callister R. Effectiveness of weight loss interventions-is there a difference between men and women: a systematic review. Obes Rev. 2015.16(2):171-86

46. Burgess HJ, Park M, Wyatt JK, Fogg LF. Home dim light melatonin onsets with measures of compliance in delayed sleep phase disorder. J Sleep Res. 2016; 25:314

47. Kanis JA; on behalf of the WHO Scientific Group. Technic Report: Assessment of osteoporosis at the primary healthcare level. Sheffield, UK: WHO Collaborating Centre, University of Sheffield; 2008

48. Liu XX, Li SH, Chen JZ, Sun K, Wang XJ, Wang XG, et al. Effect soy isoflavones on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. Nutr Metab Cardiovasc Di2012;22(6):463-70

49. Bal J, Ilonzo N, Adediji T, Leitman IM. Gender as a deterministic factor in procedure selection and outcomes in bariatric surgery. JSLS. 2021;25(1):e2020.00

50. Kochkodan J, Telem DA, Ghaferi AA. Physiologic and psychological gender differences in bariatric surgery. Surg Endosc.2018;32(3):1382-8

51. Silvestris E, Pergola de G, Rosania R, Loverro G. Obesity a disruptor of female fertility. Reprod Biol Endocrino 2018;16(1):22

52. Awtani M, Kapoor GK, Kaur P, Saha J, Crasta D, Banker. Anxiety and stress at different stages of treatment in women undergoing in vitro fertilization- intracytoplasmic sperm injection. J Hum Reprod Sci. 2019; 12:47-52.

53. Kolotkin RL, Crosby RD, Kosloski KD, Williams GR. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. Obes Res. 2001;9(2):102-11

54. Milaneschi Y, Simmons WK, van Rossum EFC, Penninx Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. Mol Psychiatry. 2019;24(1):18

55.Tabung FK, Smith-Warner SA, Chavarro JE, Wu K, Fuchs CS Hu FB, et al. Development and validation of an empirical dietary antiinflammatory index. J Nutr. 2016;146(8):1560-70

56. Daly RM, Dalla Via J, Duckham RL, Fraser SF, Helge EW. Exercise for the prevention of osteoporosis in postmenopaus al women: an evidence-based guide to the optimal prescription. Braz J Phys Ther. 2019;23(2):170-80

57. Seimon RV, Wild-Taylor AL, Keating SE, McClintock S, Harpe C, Gibson AA, et al. Effect of weight loss via severe vs moderate energy restriction on lean mass and body composition among postmenopausal women with obesity: The TEMPO diet randomized clinical trial. JAMA Netw Open 2019;2(10): e191373

58. Vázquez C, Luca BL, Cárdenas J, Montoya T, Silva MJ, MC, et al. Obesidad en la mujer: prevalencia, riesgos específicos y tratamiento. Experiencia con liraglutide 3.0 mujeres menopáusicas. Toko - Gin Pract. 2021;80(3):118-28.



CAPÍTULO 21

Enfermedades respiratorias y asma grave en la mujer



ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y MUJER

Dra. Mar Fernández Nieto

Médico Adjunto S Alergia FJD UMA (Unidad Multidisciplinar de Asma). Coordinadora del Grupo de Procedimientos en Asma SEAIC.



ASMA GRAVE EN LA MUJER

Dra. Ebymar Arismendi Núñez

Responsable de Neumología de la Unidad de Asma Grave de Alta Complejidad y del Laboratorio de Función Pulmonar del Servicio de Neumología del Hospital Clinic de Barcelona.

Introducción

Enfermedades respiratorias y mujer: un perfil en evolución

Las enfermedades respiratorias crónicas constituyen un importante problema de salud pública a nivel global y representan una causa relevante de morbilidad, discapacidad y mortalidad [1]. Tradicionalmente, patologías como el asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) han sido conceptualizadas —tanto en la práctica clínica como en la investigación— como enfermedades predominantemente masculinas o estrechamente ligadas al tabaquismo. Sin embargo, en las últimas décadas esta visión ha cambiado de forma sustancial. La evidencia epidemiológica actual muestra que el perfil de las personas afectadas por enfermedades respiratorias ha evolucionado, con un crecimiento sostenido de la carga de enfermedad en mujeres, tanto en términos de prevalencia como de impacto clínico y social [2, 3].

El perfil de las personas afectadas por enfermedades respiratorias ha evolucionado.

Diversos estudios poblacionales han documentado un aumento de hasta un 40 % en la prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas en mujeres en los últimos diez años, situándolas como un grupo especialmente vulnerable [2, 4]. Este incremento no puede explicarse únicamente por cambios en los patrones de consumo de tabaco, lo que pone de relieve la influencia de otros factores biológicos, hormonales, ambientales y sociales que afectan de manera diferencial a la población femenina. Exposiciones no tradicionales —como la contaminación ambiental, los irritantes domésticos u ocupacionales, el tabaquismo pasivo y determinados determinantes sociales— adquieren un peso creciente en la génesis y evolución de la enfermedad respiratoria en mujeres [5, 6].

En el caso de la EPOC, los datos procedentes de estudios poblacionales recientes han contribuido a desmontar estereotipos clínicos arraigados. El estudio EPISCAN, realizado en población española, mostró que las mujeres con EPOC referían un nivel de síntomas respiratorios y una gravedad espirométrica similares a los de los hombres, a pesar de ser más jóvenes y presentar una menor exposición acumulada al tabaco [7]. De forma concordante, análisis recientes basados en encuestas nacionales de salud han señalado que las mujeres presentan hasta un 50 % más de probabilidad de ser diagnosticadas de EPOC que los hombres, incluso entre aquellas que nunca han fumado [8]. Estos hallazgos sugieren una mayor susceptibilidad biológica o una mayor carga de factores de riesgo no tabáquicos en mujeres, y subrayan la posibilidad de retrasos diagnósticos o de infravaloración de la enfermedad en este grupo poblacional.

Las mujeres presentan hasta un 50% más de probabilidad de ser diagnosticadas de EPOC que los hombres

En cuanto al asma, el abordaje con perspectiva de género para esta patología resulta clave, pues los factores hormonales, como la menstruación, la gestación o la menopausia, influyen en la incidencia, prevalencia y gravedad del asma [3, 9]. Esto lleva a los especialistas a considerar la necesidad de implementar medidas urgentes que permitan disponer de datos actualizados a nivel nacional y por pirámides de edad, además de que se tome en cuenta el género de la persona en el diseño y análisis de los resultados de los ensayos terapéuticos.

Según datos epidemiológicos del año 2021 en la Comunidad de Madrid, el 83 % de las personas fallecidas por asma eran mujeres, mientras que 238.773 fueron atendidas en centros de Atención Primaria por esta misma patología [10].

Existen diferencias en el desarrollo del pulmón y de las vías respiratorias entre los varones y las mujeres, favoreciendo inicialmente la aparición del asma en los varones, que posteriormente, con la influencia de los factores hormonales, se polariza más en las mujeres [9]. Padecer otras enfermedades o trastornos, además de los factores hormonales, influye también en la gravedad de la patología: las mujeres, sobre todo en ciertas pirámides de edad, padecen un asma más grave debido a comorbilidades asociadas como la poliposis nasal, la obesidad, las enfermedades relacionadas con el sueño o el reflujo gastroesofágico [3].

Entre el 11 y el 40 % de las mujeres asmáticas agravan sus síntomas respiratorios durante el ciclo menstrual, mientras que hasta un 18 % de las embarazadas con este trastorno empeora durante la gestación, aumentando hasta la mitad en caso de asma grave [9]. Estos datos reflejan la importancia de estudiar las diferencias del asma según el género. Existen pocos estudios de calidad que permitan abordar un manejo terapéutico más personalizado en función del género y con evidencia científica sólida [9].

Paralelamente, distintos trabajos han señalado que las mujeres con enfermedades respiratorias crónicas presentan con mayor frecuencia peor percepción de control, mayor impacto en la calidad de vida y mayor carga de comorbilidades, incluso cuando los parámetros funcionales son comparables a los de los hombres [3, 11]. Estas diferencias ponen de manifiesto la necesidad de integrar de forma sistemática una perspectiva de sexo y género en el abordaje de las enfermedades respiratorias, entendiendo que el sexo biológico y los roles de género influyen tanto en el riesgo de enfermar como en la expresión clínica, el acceso al diagnóstico, la respuesta al tratamiento y los resultados en salud [5, 12].

Desde un punto de vista de salud pública, este cambio de perfil epidemiológico tiene implicaciones relevantes. Reconocer que las enfermedades respiratorias constituyen un problema creciente en mujeres obliga a replantear estrategias de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento, así como a adaptar los modelos asistenciales a las necesidades específicas de esta población [1, 5]. En este contexto, el asma —y especialmente sus formas graves— representa un paradigma claro de esta transformación, en el que confluyen diferencias biológicas, hormonales, comorbilidades específicas y determinantes sociales que condicionan de manera decisiva la evolución de la enfermedad [3, 11].



Bibliografía

1. GBD Chronic Respiratory Disease Collaborators. Global burden of chronic respiratory diseases. Lancet Respir Med. 2020;8(6):585–596. doi:10.1016/S2213-2600(20)30105-3.

2. Soriano JB, Abajobir AA, Abate KH, et al. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015: a systematic analysis. Eur Respir J. 2017;49(5):1601793. doi:10.1183/13993003.01793-2016.

3. Dharmage SC, Perret JL, Custovic A. Epidemiology of asthma in children and adults. Eur Respir J. 2019;53(6):1800971. doi:10.1183/13993003.00971-2018.

4. World Health Organization. Gender, equity and chronic respiratory diseases. Geneva: WHO; 2010.

5. Blanc PD, Annesi-Maesano I, Balmes JR, et al. The occupational burden of nonmalignant respiratory diseases. Am J Respir Crit Care Med. 2019;199(11):1312–1334. doi:10.1164/rccm.201904-0717SO.

6. Kurmi OP, Semple S, Simkhada P, Smith WC, Ayres JG. COPD and chronic bronchitis risk of indoor air pollution from solid fuel: a systematic review and meta-analysis. Lancet Respir Med. 2010;378(9809):2003–2011. doi:10.1016/S0140-6736(10)60963-1.

7. Miravitlles M, Soriano JB, García-Río F, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD. The EPISCAN study. Arch Bronconeumol. 2009;45(10):493–499. doi:10.1016/j.arbres.2009.07.005.

8. Wheaton AG, Liu Y, Croft JB, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and smoking status—United States, 2020. BMJ Open Respir Res. 2022;9(1):e001327. doi:10.1136/bmjresp-2022-001327.

9. Chowdhury NU, Guntur VP, Newcomb DC, Wechsler ME. Sex and gender in asthma. Eur Respir Rev. 2021;30(162):210067. doi:10.1183/16000617.0067-2021.

10. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones según la causa de muerte. Año 2021. Madrid: INE; 2022.

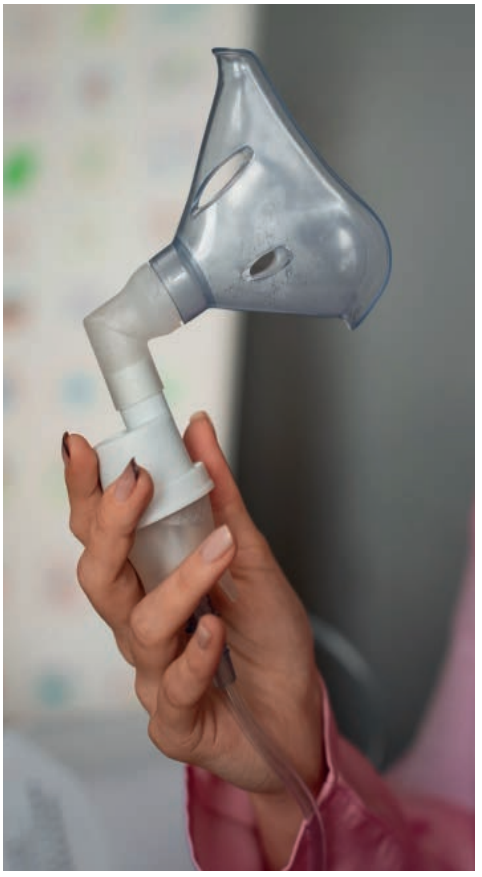
11. de Torres JP, Casanova C, Hernández C, et al. Gender differences in determinants of quality of life in patients with COPD. Chest. 2006;130(5):141–147. doi:10.1378/chest.130.5.141.

12. Sen G, Östlin P. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Geneva: World Health Organization; 2007.

Asma grave en la mujer: particularidades clínicas, comorbilidades, determinantes sociales y propuestas para un abordaje equitativo

El asma es una de las enfermedades respiratorias más frecuentes del mundo y su prevalencia en los últimos 30 años ha aumentado, en todo el mundo, en más de un 10%, especialmente en personas de mediana edad y en mujeres [1, 2]. Según la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA), se define como un síndrome que incluye diversos fenotipos clínicos que comparten manifestaciones clínicas similares, pero de etiologías probablemente diferentes [3].

La literatura señala que aproximadamente entre el 5 % y el 10 % de los pacientes con asma presentan asma grave y que este subgrupo representa una proporción desmedida de la carga clínica, social y económica asociada a esta enfermedad. Los pacientes con asma grave, en comparación con aquellos que presentan una enfermedad leve o moderada, tienen mayor frecuencia de exacerbaciones, uso de corticoides sistémicos, número de hospitalizaciones y visitas a urgencias, así como un mayor impacto sobre la calidad de vida y la productividad laboral [4].



Más allá de su heterogeneidad clínica y biológica, el asma grave se desarrolla y se expresa en un contexto social determinado. El diagnóstico oportuno, la posibilidad de acceder a una atención especializada y el acceso a terapias avanzadas —incluidos los tratamientos biológicos— están determinados por factores sociales, conductuales y estructurales del sistema sanitario. Estas dimensiones no solo condicionan la trayectoria de la enfermedad, sino que también modulan la carga de comorbilidades y el riesgo de iatrogenia asociada al uso prolongado de corticoides sistémicos [5, 6].

En este marco, el asma grave en mujeres presenta particularidades epidemiológicas, fisiopatológicas y psicosociales bien documentadas. Tras la pubertad, la prevalencia del asma y, especialmente, de sus formas más graves tiende a ser mayor en mujeres que en hombres, lo que sugiere un papel relevante de las hormonas sexuales, de la maduración inmunológica y de exposiciones diferenciales asociadas al género. Diversos estudios muestran que las mujeres con asma grave refieren peor percepción de control, mayor carga sintomática y una afectación más intensa de la calidad de vida, incluso cuando los datos de la función pulmonar son similares a los de los hombres [2, 7].

Estas diferencias clínicas no deben interpretarse como un fenómeno exclusivamente biológico. En mujeres con asma grave coexisten con frecuencia comorbilidades que influyen de manera decisiva en el control de la enfermedad, como la obesidad, los trastornos del estado



de ánimo, el reflujo gastroesofágico y los trastornos del sueño(8). A ello se suman exposiciones ambientales relevantes —tabaquismo activo o pasivo, contaminación atmosférica, irritantes domésticos u ocupacionales— y desigualdades estructurales relacionadas con el nivel socioeconómico, la carga de cuidados no remunerados, la precariedad laboral y las barreras de acceso a la atención especializada y a tratamientos avanzados [2].

Por tanto, el asma grave en mujeres debe entenderse como una entidad compleja, en la que interactúan factores biológicos, psicosociales y estructurales. La evidencia reciente subraya la importancia de diferenciar claramente entre "sexo", entendido como el conjunto de atributos biológicos determinados por cromosomas, hormonas y anatomía, y "género", que es una definición o construcción sociocultural que incluye roles, identidades, expectativas y relaciones de poder. Ambas dimensiones influyen de forma independiente —y a menudo interrelacionada— en el riesgo de desarrollar asma grave, en su expresión clínica y en los resultados en salud [8].

Este capítulo aborda el asma grave en mujeres desde una perspectiva integradora, clínica y social. En concreto, se abordan: (I) la definición y la evaluación integral del asma grave; (II) los perfiles epidemiológicos y fenotipos más frecuentes en mujeres; (III) la fisiopatología, con especial énfasis en la interacción entre hormonas sexuales e inflamación de la vía aérea; (IV) el impacto clínico, económico y en la calidad de vida; (V) las desigualdades de género y la interseccionalidad; y (VI) propuestas para un abordaje multidimensional y equitativo, orientado a reducir exacerbaciones, minimizar la exposición a corticoides sistémicos y mejorar los resultados relevantes para las pacientes.

El objetivo final es ofrecer una visión integral del asma grave en mujeres, que resulte útil tanto para la práctica clínica como para la planificación sanitaria y las políticas de salud. Se dedica una especial atención a las transiciones vitales —adolescencia y menarquia, edad fértil, embarazo y menopausia—, a las comorbilidades que condicionan la evolución y a las desigualdades de acceso tanto a diagnóstico como a tratamientos avanzados. Reconocer y abordar estas dimensiones no solo mejorará la calidad del cuidado, sino que también contribuirá a una atención más justa y eficaz.

Introducción a la patología

Datos de prevalencia y perfil de las pacientes

Las estimaciones clásicas sitúan la prevalencia del asma grave en torno al 5–10 % de la población asmática, aunque estas cifras varían en función de la definición utilizada y de las características del sistema sanitario analizado. A pesar de su menor frecuencia relativa, el asma grave se asocia con una proporción muy elevada de los costes totales del asma, derivados de hospitalizaciones, visitas a urgencias, pérdida de productividad laboral y necesidad de tratamientos de alta complejidad.

Esta carga desproporcionada refuerza la importancia de un diagnóstico precoz y de un abordaje especializado desde fases tempranas de la enfermedad [1, 4]. Según la GEMA, el asma grave está definida por la necesidad de múltiples fármacos y a altas dosis para mantener el control de los síntomas y aunque no hay un acuerdo unánime al respecto, hablamos de asma grave no controlada cuando la enfermedad persiste mal controlada pese a recibir tratamientos inhalados combinados a dosis elevadas y/o requiere el uso de corticoides sistémicos(3). Estos tratamientos inhalados, se basan en combinaciones de glucocorticoides inhalados (GCI) a dosis elevada con β2 agonistas de acción prolongada (LABA) y anticolinérgicos de acción prolongada (LAMA) y cuando nos referimos a los corticoides sistémicos de mantenimiento,

se plantea un tratamiento con duración de 6 meses al año independientemente de la dosis, o dosis acumulada > 1 g de prednisona o equivalente, independientemente de la duración [3].

Desde el punto de vista epidemiológico, el asma muestra un claro dimorfismo sexual a lo largo del ciclo vital. En la infancia y en etapas prepuberales, la prevalencia es mayor en varones; sin embargo, tras la pubertad se produce una inversión progresiva de esta relación, de modo que en la edad adulta el asma es más frecuente y, en muchos casos, más grave en mujeres. Este patrón se refleja de forma especialmente marcada en el asma grave, donde es habitual identificar perfiles de mujeres adultas con enfermedad de inicio tardío, curso exacerbador y elevada carga de comorbilidades [2, 7, 8]. En la práctica clínica, el perfil más frecuente incluye mujeres con obesidad, rinitis o rinosinusitis crónica, reflujo gastroesofágico, obstrucción laríngea inducible (OLI), trastornos del estado de ánimo y del sueño, así como un uso repetido o crónico de corticoides sistémicos [3]. Estas pacientes suelen presentar un elevado uso de recursos sanitarios y un marcado deterioro de la calidad de vida, con limitación funcional, fatiga persistente y dificultades para mantener la actividad laboral y social [7].

La obesidad es una de las comorbilidades que requiere una especial atención, tanto por su alta prevalencia como por su impacto sobre el asma grave [9, 10]. En las últimas décadas, se han publicado una gran cantidad de artículos epidemiológicos que establecen una clara asociación entre el aumento de la prevalencia de la obesidad y una mayor incidencia de asma, especialmente en mujeres, lo cual se relaciona a su vez con un peor control sintomático, mayor disnea y, en determinados subgrupos, una respuesta reducida a los corticoides [11]. Algunos autores han propuesto la existencia de un fenotipo “asma–obesidad”, caracterizado por inflamación sistémica, resistencia relativa a esteroides y una elevada carga de comorbilidades cardiometabólicas, siendo reflejado este fenotipo dentro de la Global Iniative for Asthma (GINA) [12]. La interacción entre obesidad y sexo parece amplificar el deterioro clínico en mujeres, especialmente en determinados rangos etarios y durante transiciones hormonales.





La trayectoria vital del asma resulta clave para comprender el predominio femenino en la edad adulta. Estudios poblacionales recientes sugieren que la incidencia acumulada a lo largo de la vida se relaciona tanto con la edad de inicio como con la presencia de alergias, y que estos patrones pueden diferir según el sexo y la etapa vital [13]. En el asma grave, esta heterogeneidad se traduce en escenarios clínicos diversos, que abarcan desde el asma alérgica de inicio temprano que progresa desfavorablemente a lo largo de la vida, hasta fenotipos de inicio tardío asociados a comorbilidades metabólicas o a exposiciones persistentes a irritantes [13].

Tabla 1 - Perfil clínico y epidemiológico de la mujer con asma grave

Dimensión	Características principales
Prevalencia	Predominio femenino en la edad adulta, especialmente a partir de los 40 años
Edad de inicio	Frecuentemente asma de inicio tardío
Curso clínico	Exacerbaciones frecuentes y mal control persistente
Uso de corticoides orales	Uso repetido o crónico
Utilización de recursos	Visitas a urgencias y hospitalizaciones recurrentes
Calidad de vida	Marcadamente deteriorada, con fatiga y limitación funcional
Contexto social	Sobrecarga de cuidados, precariedad laboral y barreras de acceso a atención especializada

Principales causas y fisiopatología

El asma grave engloba un conjunto heterogéneo de endofenotipos y mecanismos fisiopatológicos que explican su variabilidad clínica y su respuesta diferencial a los tratamientos. Desde el punto de vista inflamatorio, pueden identificarse fenotipos con inflamación tipo 2 (T2) alta, caracterizados por eosinofilia y respuesta mediada por citocinas como son las interleucinas (IL)-4, IL-5 e IL-13, así como fenotipos no T2 o T2 bajos, que incluyen inflamación neutrofílica o patrones pauciinflamatorios, con presencia de perfiles linfocitarios Th1 y/o Th17(14). Estos pacientes con fenotipos no T2 se asocian con frecuencia a peor respuesta a corticoides inhalados y en ocasiones a una mayor prevalencia de obesidad e infecciones respiratorias [3, 12].

Tabla 2 - Mecanismos fisiopatológicos del asma grave en la mujer

Mecanismo	Descripción	Implicaciones clínicas
Inflamación tipo 2	Eosinofilia, IL-4, IL-5, IL-13	Buena respuesta potencial a terapias biológicas
Inflamación no tipo 2	Neutrofílica o pauciinflamatoria	Menor respuesta a corticoides
Influencia hormonal	Estrógenos y progesterona modulan la inmunidad	Variabilidad según ciclo menstrual, embarazo y menopausia
Uso de corticoides orales	Cambios estructurales bronquiales	Síntomas desproporcionados a la función pulmonar
Remodelado de la vía aérea	Asociada a obesidad y síndrome metabólico	Mayor carga sintomática y comorbilidades
Inflamación sistémica	Tabaquismo, contaminación, irritantes	Peor control y mayor riesgo de exacerbaciones

La inflamación neutrofílica se ha vinculado a exposiciones persistentes a irritantes, tabaquismo activo o pasivo, infecciones respiratorias recurrentes y alteraciones del microbioma. En mujeres, estos factores pueden interactuar con determinantes sociales y ocupacionales, así como con trayectorias vitales específicas, contribuyendo a una mayor carga de síntomas y mal control. En la práctica clínica, estos fenotipos suelen acompañarse de exacerbaciones frecuentes y de un uso elevado de corticoides sistémicos, con el consiguiente riesgo de efectos adversos atribuibles a estos según la dosis acumulada [3, 12].

Durante el embarazo, los cambios hormonales e inmunológicos generan un escenario particularmente complejo.

Influencia hormonal e inmunológica

La influencia de las hormonas sexuales constituye uno de los mecanismos más estudiados para explicar las diferencias por sexo en la prevalencia, la gravedad y la expresión clínica del asma [15]. Estrógenos y progesterona ejercen efectos moduladores complejos sobre la respuesta inmunitaria, la hiperrespuesta bronquial y la inflamación de la vía aérea, mientras que los andrógenos parecen ejercer, en determinados contextos, un efecto relativamente protector. Esta modulación hormonal se traduce en variaciones del control del asma a lo largo del ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia [7]. Desde un punto de vista inmunológico, se ha descrito que los estrógenos pueden favorecer respuestas de tipo T2, con aumento de eosinofilia y producción de citocinas proinflamatorias, mientras que la progesterona puede influir en la regulación de linfocitos y mastocitos. Estas interacciones ayudan a explicar por qué algunas mujeres experimentan empeoramientos cíclicos de síntomas y por qué determinadas etapas vitales se asocian con cambios en la gravedad del asma [16-18].

Un ejemplo clínico bien reconocido es el asma perimenstrual o premenstrual, caracterizado por el empeoramiento de síntomas respiratorios y/o de la función pulmonar en la fase lútea tardía o en torno a la menstruación. Se ha estimado que este patrón puede afectar hasta al 30–40 % de las mujeres con asma, aunque las cifras varían según la definición y el método de evaluación [19]. La hipótesis más aceptada implica fluctuaciones hormonales que modulan la inflamación de la vía aérea y la reactividad bronquial, en interacción con comorbilidades como la obesidad, la ansiedad o la rinitis [19-21]. Durante el embarazo, los cambios hormonales e inmunológicos generan un escenario particularmente complejo. Aproximadamente un tercio de las mujeres experimenta un empeoramiento del asma, otro tercio mejora y el resto permanece estable. La evidencia sugiere que el riesgo de resultados adversos materno-fetales se asocia más estrechamente con el mal control y las exacerbaciones que con el uso apropiado de tratamientos controladores. En este contexto, la influencia de las hormonas sexuales y, potencialmente, del sexo fetal sobre la inflamación y la respuesta al tratamiento sigue siendo un área activa de investigación [22].

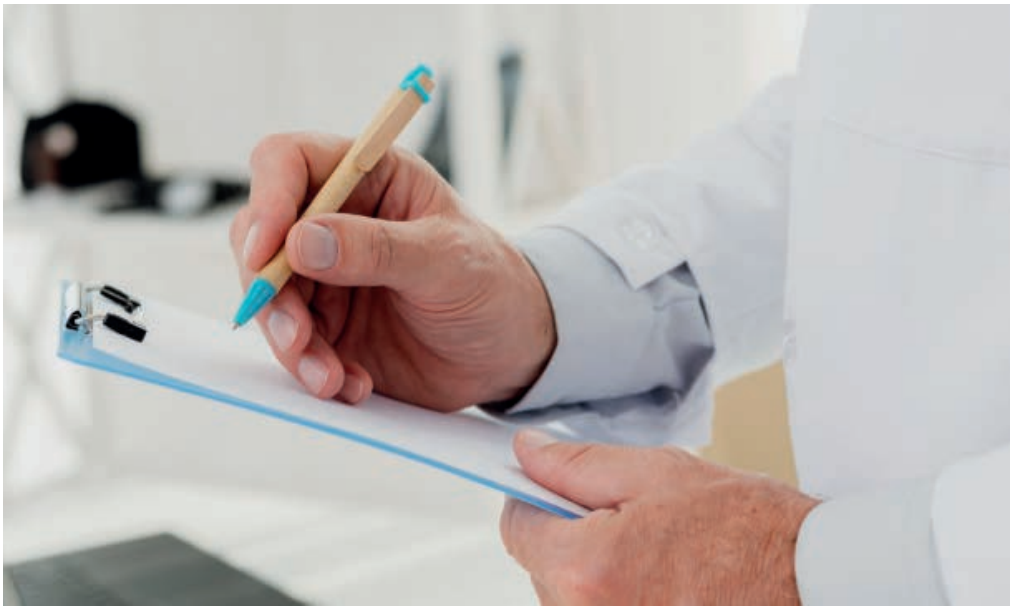
Remodelado de la vía aérea y diferencias estructurales

Las diferencias por sexo en el desarrollo pulmonar y en el remodelado de la vía aérea representan otro eje relevante. Estudios experimentales y clínicos sugieren que existen variaciones en el tamaño de la vía aérea, la composición de la pared bronquial y la respuesta al daño inflamatorio, lo que podría contribuir a diferencias en la hiperrespuesta bronquial, la progresión de la enfermedad y la respuesta a los corticoides. Estas diferencias estructurales comienzan en etapas tempranas de la vida y se modifican a lo largo del ciclo vital bajo la influencia hormonal [23, 24]. En mujeres adultas con asma grave, la remodelación de la vía aérea puede coexistir con inflamación persistente y con alteraciones funcionales persistentes con poca reversibilidad [23]. Esta persistencia de alteraciones de la función pulmonar y mal control

de síntomas contribuye a la complejidad del manejo y refuerza la necesidad de una evaluación integral que incluya un estudio amplio de biomarcadores y una valoración cuidadosa de comorbilidades y factores psicosociales.

Factores ambientales y determinantes sociales

Las exposiciones ambientales desempeñan un papel fundamental en la expresión del asma grave. El tabaquismo activo o pasivo, la contaminación atmosférica y las exposiciones ocupacionales a irritantes se asocian con mayor gravedad, peor control y menor respuesta a corticoides. En mujeres, algunas exposiciones pueden distribuirse de forma diferencial por roles de género, como el contacto frecuente con productos de limpieza domésticos o determinadas tareas laborales, aunque la magnitud de estos efectos depende del contexto sociocultural y del entorno regulatorio.



Interpretar los síntomas exclusivamente desde una perspectiva psicológica sin completar esta con una evaluación objetiva supone un riesgo de sesgo clínico y de tratamiento inadecuado del asma.

La pobreza energética y las condiciones de vivienda inadecuadas —frío, humedad, mala ventilación— se han relacionado con mayor morbilidad respiratoria y mayor utilización de recursos sanitarios. En entornos europeos, estos factores afectan de manera desproporcionada a mujeres mayores, personas que viven solas o con recursos limitados, y hogares con alta carga de cuidados. Estas exposiciones no solo incrementan el riesgo de exacerbaciones, sino que también perpetúan el estrés crónico y dificultan la adherencia a planes terapéuticos sofisticados [25]. Un nivel socioeconómico bajo se asocia de forma consistente con mayor carga de asma grave, peor control y peores resultados en salud. Este efecto está mediado por múltiples vías: acceso limitado a la atención especializada, barreras económicas para dispositivos o fármacos, mayor exposición a contaminantes y estrés psicosocial persistente

[26]. En mujeres, estas desigualdades pueden amplificarse por la sobrecarga de cuidados no remunerados, la precariedad laboral y la menor flexibilidad para acudir a visitas de seguimiento o programas de educación terapéutica [25, 27].

La revisión sistemática de la técnica inhalatoria es crucial, ya que los errores críticos en el uso de dispositivos son frecuentes y pueden simular falta de respuesta terapéutica.

Diagnóstico y evolución clínica

El diagnóstico del asma grave debe entenderse como un proceso estructurado y dinámico, más que como una etiqueta estática. Las guías nacionales e internacionales enfatizan que, antes de diagnosticar a un paciente de asma grave, es imprescindible confirmar el diagnóstico de asma, optimizar el tratamiento de base y evaluar de forma sistemática la adherencia, la técnica inhalatoria y la presencia de comorbilidades relevantes. Sólo tras completar todos estos pasos puede establecerse con rigor el diagnóstico de asma grave y plantearse un escalado terapéutico adecuado [3, 12].



En mujeres, este enfoque resulta particularmente relevante, ya que diversos cuadros pueden coexistir con el asma o simularla, contribuyendo a diagnósticos erróneos o a escaladas terapéuticas inapropiadas. Entre las entidades que con mayor frecuencia generan confusión diagnóstica se incluyen la OLI, los patrones de respiración disfuncional o hiperventilación, la disnea asociada a ansiedad o pánico, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en fumadoras o exfumadoras, las bronquiectasias, la insuficiencia cardíaca —especialmente con fracción de eyección preservada—, la tos crónica asociada a reflujo o rinitis, y los trastornos del sueño. La coexistencia de varios de estos procesos en una misma paciente es habitual y exige una evaluación cuidadosa y detallada con la confirmación a través de pruebas objetivas [3, 12, 28].



Confirmación diagnóstica y evaluación funcional

La confirmación objetiva del diagnóstico de asma es un paso esencial, especialmente antes de intensificar el tratamiento o considerar terapias avanzadas. La espirometría con prueba broncodilatadora, la demostración de variabilidad del flujo espiratorio máximo o, cuando esté indicado, las pruebas de provocación bronquial permiten reducir el riesgo de sobrediagnóstico y de atribución errónea de síntomas respiratorios a asma. En mujeres con disnea desproporcionada, síntomas atípicos o respuesta subóptima al tratamiento, estas pruebas adquieren un valor aún mayor [3, 12].

En la práctica clínica, es frecuente encontrar mujeres con síntomas muy marcados y una percepción de mal control que no se correlaciona de forma directa con la obstrucción medida por espirometría. Esta falta de correlación obliga a integrar la información funcional con la evaluación de biomarcadores, la historia de exacerbaciones, la revisión de la técnica inhalatoria y la identificación de comorbilidades que puedan explicar la disnea, la fatiga o la limitación funcional. Interpretar los síntomas exclusivamente desde una perspectiva psicológica sin completar esta con una evaluación objetiva supone un riesgo de sesgo clínico y de tratamiento inadecuado del asma.

Biomarcadores y fenotipado

La incorporación de biomarcadores ha transformado la evaluación del asma grave, permitiendo una aproximación más precisa al fenotipado y a la selección de tratamientos. Los biomarcadores asociados a inflamación T2, como el recuento de eosinófilos en sangre periférica y la fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO), resultan especialmente útiles para identificar a las pacientes con mayor probabilidad de respuesta a terapias biológicas dirigidas [3, 12].

En mujeres con asma grave, estos biomarcadores también pueden aportar información indirecta sobre la adherencia al tratamiento con corticoides inhalados, especialmente cuando existe discordancia entre la intensidad del tratamiento prescrito y el grado de control alcanzado. La supresión de FeNO tras la administración supervisada de corticoides inhalados ha demostrado utilidad para identificar falta de adherencia en asma difícil, evitando escaladas terapéuticas innecesarias [29]. No obstante, es importante reconocer las limitaciones de los biomarcadores. Su interpretación debe contextualizarse en función de la historia clínica, las comorbilidades y las exposiciones concomitantes. En mujeres con obesidad, tabaquismo o inflamación no T2, los niveles de eosinófilos o FeNO pueden no reflejar adecuadamente la carga inflamatoria relevante para los síntomas, lo que refuerza la necesidad de un enfoque integral y no reduccionista [29].

Adherencia, técnica inhalatoria y barreras específicas

La falta de adherencia al tratamiento es uno de los determinantes más importantes del mal control del asma y de la aparición de exacerbaciones. En mujeres con asma grave, las barreras para una adherencia adecuada pueden ser múltiples y específicas: sobrecarga de cuidados familiares, horarios laborales poco flexibles, limitaciones económicas para adquirir dispositivos o fármacos, estigmatización asociada al uso visible de inhaladores y temores relacionados con los efectos adversos de la medicación, particularmente durante el embarazo o la lactancia.

La evaluación de la adherencia debe abordarse desde una perspectiva no punitiva, explorando de forma explícita las dificultades reales que enfrenta la paciente. La revisión sistemática de la técnica inhalatoria es igualmente crucial, ya que los errores críticos en el uso de dispositivos son frecuentes y pueden simular falta de respuesta terapéutica. En mujeres mayores o con limitaciones manuales, la elección del dispositivo y la adaptación de la educación inhalatoria adquieren una relevancia

particular. Durante el embarazo, la reducción de la adherencia por miedo a los fármacos está bien documentada y se asocia con un aumento del riesgo de exacerbaciones. En este contexto, el refuerzo de la educación terapéutica y la coordinación entre neumología, obstetricia y atención primaria son intervenciones de alto impacto clínico [3, 12].

Evolución clínica y carga de exacerbaciones

La evolución del asma grave se caracteriza por la persistencia de síntomas, la limitación funcional, la fatiga y la aparición de exacerbaciones frecuentes. En mujeres, el mal control de síntomas y el deterioro de la calidad de vida suelen ser mayores, incluso con niveles de obstrucción similares a los de los hombres, lo que obliga a una interpretación cuidadosa y personalizada de los resultados clínicos.

El uso repetido o crónico de corticoides orales constituye, al mismo tiempo, un marcador de gravedad y una fuente significativa de daño iatrogénico. Osteoporosis, diabetes, aumento de peso, fragilidad cutánea, cataratas y mayor riesgo cardiovascular son algunas de las complicaciones asociadas a la exposición acumulada a corticoides sistémicos, con un impacto particularmente relevante en mujeres, especialmente en etapas como la perimenopausia y la menopausia [30, 31]. Por este motivo, uno de los objetivos centrales en el manejo del asma grave es la implementación de estrategias orientadas a reducir la exposición a corticoides orales. Estas estrategias incluyen la optimización del tratamiento inhalado, el abordaje sistemático de comorbilidades y, en pacientes candidatas, el uso de terapias biológicas con efecto ahorrador de corticoides. La evaluación periódica de la dosis acumulada anual de corticoides sistémicos y del número de ciclos prescritos debería formar parte del seguimiento estándar [31].

Sesgos diagnósticos y necesidad de una mirada de género

Incorporar una perspectiva de género en el diagnóstico del asma grave implica reconocer estos sesgos, validar la experiencia subjetiva de la paciente y, al mismo tiempo, sostener una evaluación rigurosa basada en pruebas objetivas y biomarcadores. Este equilibrio es esencial para evitar tanto la iatrogenia como la infratención, y constituye un pilar fundamental de una atención equitativa y de calidad.

En mujeres con sospecha de asma grave, el proceso diagnóstico puede verse afectado o determinado por sesgos implícitos, no conscientes, que pueden conducir tanto al infradiagnóstico como al sobrediagnóstico. La interpretación de la disnea puede realizarse desde marcos referenciales opuestos: o bien se minimiza (“es ansiedad”) o bien se sobredimensiona (“es asma refractaria”), a veces sin ninguna comprobación objetiva proporcional a la intensidad del malestar [32]. Esto cobra especial importancia porque, en distintos estudios, las mujeres con asma describen con mayor frecuencia más síntomas y mayor impacto en su calidad de vida, incluso cuando las pruebas funcionales son similares a las del otro sexo.

En un extremo, está el infradiagnóstico por minimización. La paciente refiere disnea, opresión torácica o fatiga, y el clínico, por sesgo de interpretación, puede cerrar el razonamiento demasiado pronto atribuyéndolo a ansiedad o estrés. La perspectiva de género, aquí, no consiste en darle a todo una explicación psicológica o psicosomática ni puramente biológica, sino en evitar el diagnóstico simplista basado sólo en la apreciación subjetiva del médico: reconocer que la ansiedad puede coexistir, pero no permitir que esta “etiqueta” sustituya una evaluación respiratoria funcional e inflamatoria completa. En el asma grave, las guías clínicas recuerdan que antes de plantear refractariedad hay que confirmar el diagnóstico, revisar técnica inhalatoria y adherencia a tratamiento, y protocolarizar el proceso con datos objetivos (función pulmonar, exacerbaciones y biomarcadores).



En el otro extremo, aparece el sobrediagnóstico por escalada. Cuando la disnea persiste, es fácil entrar en una espiral de intensificaciones, que nos llevan en ocasiones al uso y abuso de corticoides sistémicos, sin cuestionarnos qué parte del mal control de los síntomas proviene realmente del asma y qué parte depende de comorbilidades que aumentan la sensación de disnea. Dos ejemplos muy ilustrativos son la respiración disfuncional y la OLI [33].

Primero, la respiración disfuncional, puede coexistir con el asma, empeorar el control percibido y dar lugar a tratamientos cada vez más agresivos sin alcanzar un verdadero beneficio; en un estudio clásico en atención primaria, las puntuaciones sugestivas de respiración disfuncional fueron más frecuentes en mujeres que en hombres.

Segundo, cuadros que imitan o se superponen al asma, como puede ser la OLI, capaz de producir crisis de disnea que se confunden con broncoespasmo y que, si no se reconoce, empuja a escaladas inútiles; la guía clínica de asma grave de la European Respiratory Society (ERS) insiste en su relevancia clínica precisamente por esa capacidad de simular asma(34). A esto se suma la carga de trastornos del sueño, especialmente la apnea obstructiva del sueño (AOS), que se asocia a peor control y más síntomas y que conviene buscar de forma proactiva cuando predominan fatiga, somnolencia o un curso que “no encaja” con el resto de la evaluación [32].

Comorbilidades en la patología

Las comorbilidades constituyen un elemento determinante en el curso y el control del asma grave, especialmente en mujeres. No deben entenderse como condiciones accesorias, sino como componentes integrales del fenotipo clínico que influyen de forma directa en los síntomas, las exacerbaciones, la calidad de vida y la respuesta al tratamiento. Ignorar o infraabordar estas condiciones conduce con frecuencia a escaladas terapéuticas ineficaces, a un uso excesivo de corticoides sistémicos y a un incremento de la iatrogenia. En este contexto, el enfoque de rasgos tratables propone identificar, medir y tratar de forma explícita aquellos

factores pulmonares, extrapulmonares y del entorno, que contribuyen al mal control del asma. Este modelo resulta especialmente útil en mujeres con asma grave, en quienes suelen coexistir múltiples rasgos modificables que requieren un abordaje coordinado y personalizado [35].

Tabla 3 - Comorbilidades más frecuentes en mujeres con asma grave y su impacto clínico

Comorbilidad	Prevalencia relativa	Impacto sobre el asma
Obesidad	Muy alta	Peor control, mayor disnea, menor respuesta a corticoides
Ansiedad y depresión	Alta	Peor percepción de control y menor adherencia
Rinitis / rinosinusitis crónica	Alta	Incremento de síntomas y exacerbaciones
Obstrucción laríngea inducible	Moderada-alta	Disnea persistente y confusión diagnóstica
Apnea obstructiva del sueño	Alta en obesidad y menopausia	Exacerbaciones, fatiga y riesgo cardiovascular
Osteoporosis	Alta con uso crónico de corticoides	Fragilidad ósea y fracturas
Síndrome metabólico	Frecuente	Inflamación sistémica y riesgo cardiovascular

Obesidad

La obesidad es una de las comorbilidades más prevalentes y clínicamente relevantes en mujeres con asma grave [a]. Se asocia con peor control de síntomas, mayor disnea, menor calidad de vida y, en determinados subgrupos, a una respuesta reducida a los corticoides inhalados y sistémicos [36, 37]. La relación entre obesidad y asma es compleja y bidireccional: la obesidad aumenta el riesgo de desarrollar asma y, a su vez, el asma grave limita la actividad física, perpetuando este círculo vicioso entre el aumento de peso y el desacondicionamiento.



Desde el punto de vista fisiopatológico, confluyen diferentes mecanismos metabólicos, mecánicos e inflamatorios [38]. El aumento del tejido adiposo y, en particular, la distribución central del mismo altera la mecánica pulmonar, con una disminución significativa del volumen de reserva espiratoria y su consecuente afectación de los volúmenes pulmonares y favorecen la presencia de atelectasias laminares con cambios estructurales del diámetro de la vía aérea pequeña [39, 40]. Es decir, a pesar de que exista igual obstrucción espirométrica, las mujeres pueden experimentar mayor disnea y limitación funcional. En paralelo, la inflamación sistémica de bajo grado asociada a la obesidad puede modular la inflamación de la vía aérea y contribuir a la aparición de resistencia a los corticoides. En mujeres, la obesidad interactúa además con transiciones hormonales como el embarazo y la menopausia, y con la exposición repetida a corticoides orales, que favorecen el aumento de peso y los cambios en la composición corporal.

Este conjunto de factores puede configurar un fenotipo de asma grave particularmente difícil de tratar, caracterizado por una sintomatología muy florida, mayor número de exacerbaciones, presencia de comorbilidades cardiometabólicas y deterioro significativo de la calidad de vida [41].

El abordaje de la obesidad en el contexto del asma grave debe ser realista, sostenido y centrado no sólo en los datos ponderales. La evidencia sugiere que incluso una pérdida de peso moderada puede asociarse con mejoras clínicamente significativas en el control del asma y en la calidad de vida [10, 42]. Las intervenciones más eficaces combinan apoyo nutricional estructurado, prescripción de ejercicio adaptada a la capacidad funcional y coordinación con otras especialidades cuando coexisten apnea del sueño, diabetes o trastornos musculoesqueléticos. En mujeres, es fundamental explorar barreras específicas como la fatiga, el dolor, la falta de tiempo por sobrecarga de cuidados y los efectos adversos previos de los corticoides.

Ansiedad y depresión

Los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad son altamente prevalentes en mujeres con asma grave y tienen un impacto clínico significativo. Se asocian con peor control percibido, mayor utilización de recursos sanitarios, peor adherencia al tratamiento y un deterioro acelerado de la calidad de vida [32, 33].

La relación entre asma grave y salud mental es bidireccional: la sensación crónica o persistente de disnea, la imprevisibilidad de las exacerbaciones y la carga del tratamiento pueden generar ansiedad y síntomas depresivos, mientras que estos trastornos pueden, a su vez, aumentar la percepción de los síntomas respiratorios y dificultar el autocuidado. Diversos estudios han mostrado que los síntomas de ansiedad y depresión se asocian de forma independiente con peor control del asma y mayor afectación de la calidad de vida.



En evaluaciones multidimensionales de asma grave, la presencia de síntomas ansioso-depresivos se ha relacionado con mayor disnea, respiración disfuncional y obesidad, lo que refuerza la necesidad de abordarlos como rasgos tratables específicos [43, 44]. En mujeres, existe además el riesgo de sesgo clínico: los síntomas respiratorios pueden ser minimizados o atribuidos de forma prematura a ansiedad sin realizar una evaluación objetiva adecuada. Este sesgo no solo retrasa el diagnóstico correcto, sino que también puede generar desconfianza y empeorar la relación médico-paciente. Por ello, es esencial diferenciar entre la coexistencia de ansiedad y asma grave —frecuente y clínicamente relevante— y la atribución simplista de la disnea a un origen exclusivamente psicológico.

El abordaje integral incluye el cribado sistemático de ansiedad y depresión con herramientas validadas, la psicoeducación, el acceso a intervenciones psicológicas basadas en la evidencia y la coordinación con salud mental cuando se identifican trastornos clínicamente significativos. En mujeres con asma grave, este enfoque debe integrar también la exploración de factores contextuales como la carga de cuidados, la precariedad laboral o experiencias de violencia, que pueden actuar como estresores crónicos y dificultar la adherencia y el autocuidado [45].

Respiración disfuncional y obstrucción laríngea inducible

La respiración disfuncional, incluida la hiperventilación, y la OLI son comorbilidades frecuentemente infradiagnosticadas en el asma grave. Pueden manifestarse con disnea, opresión torácica, tos o sensación de falta de aire desproporcionada, y dificultar de forma significativa la interpretación de los síntomas y la evaluación de la respuesta al tratamiento [28].

En estudios recientes, la respiración disfuncional se ha identificado como un rasgo frecuente en pacientes con asma grave y se ha asociado con peor control, mayor disnea y peor calidad de vida. Además, se observa una relación estrecha con síntomas de ansiedad y depresión, lo que refuerza la necesidad de una evaluación integrada que evite escaladas terapéuticas innecesarias basadas únicamente en la percepción de síntomas [28].

Identificar estos rasgos permite implementar intervenciones de alto valor clínico, como la fisioterapia respiratoria, las técnicas de control ventilatorio y los programas de rehabilitación respiratoria. Estas estrategias pueden reducir la disnea, mejorar la tolerancia al ejercicio y disminuir la dependencia de medicación de rescate, contribuyendo a un control más estable del asma grave.



Rinitis alérgica, Rinosinusitis crónica con poliposis nasal

La afectación de la vía aérea superior es altamente prevalente en mujeres con asma grave, especialmente en fenotipos de inflamación T2. La rinitis alérgica y la rinosinusitis crónica con poliposis contribuyen a síntomas persistentes, tos, mala calidad del sueño y exacerbaciones, y su control inadecuado puede comprometer el manejo del asma. El abordaje debe ser conjunto y coordinado con otorrinolaringología, integrando tratamiento tópico nasal, control de exposiciones cuando procede y, en pacientes candidatas, el uso de terapias biológicas con beneficio dual tanto en asma grave como en la rinosinusitis crónica con poliposis nasal. Este enfoque integrado puede traducirse en mejoras clínicas significativas y en una reducción de la carga global de la enfermedad [46, 47].

La apnea obstructiva del sueño (AOS)

La AOS es una comorbilidad frecuente y clínicamente relevante en mujeres con asma grave, aunque continúa infradiagnosticada, en parte por una presentación clínica menos “clásica” que en hombres. En mujeres, la AOS puede manifestarse con síntomas inespecíficos como fatiga diurna, cefalea matutina, insomnio, dificultad de concentración o empeoramiento del control del asma, sin ronquidos llamativos o somnolencia evidente [48, 49].



La prevalencia del AOS aumenta de forma significativa en mujeres con obesidad, asma grave mal controlada y durante la transición menopáusica, etapa en la que los cambios hormonales parecen favorecer la inestabilidad de la vía aérea superior. La coexistencia de AOS y asma grave se asocia con mayor número de exacerbaciones, peor calidad del sueño, incremento del riesgo cardiovascular y mayor utilización de recursos sanitarios (8). El cribado activo del AOS debe formar parte de la evaluación integral del asma grave en mujeres, especialmente cuando persisten síntomas nocturnos, fatiga o control subóptimo a pesar de un tratamiento optimizado.

El tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) en casos moderados o graves se asocia con un mejor control del asma, disminución de las exacerbaciones y mejoría de la calidad de vida, lo que resalta la importancia de identificar y tratar esta comorbilidad de forma precoz [50].

Sueño, Insomnio y Fatiga: Más Allá Del AOS

Aunque el AOS es una comorbilidad clave, en mujeres con asma grave también son frecuentes otros trastornos del sueño, como el insomnio crónico, el sueño fragmentado por rinitis o tos y la mala higiene del sueño asociada a estrés y sobrecarga de cuidados. La literatura sobre sexo y género en pacientes con enfermedad pulmonar crónica y trastornos del sueño evidencia que las mujeres presentan más insomnio y síntomas afectivos, y que la evaluación centrada solo en la somnolencia puede infradiagnosticar trastornos relevantes [50].

En la práctica clínica, conviene preguntar de forma estructurada por la latencia de inicio del sueño, los despertares nocturnos, el descanso percibido y las rutinas, y no limitar el cribado a la presencia de ronquido y/o somnolencia. El insomnio y la fatiga sostenida afectan a la

adherencia y a la capacidad de implementar cambios de estilo de vida (ejercicio, pérdida de peso), y pueden aumentar la percepción de disnea. Intervenciones como terapia cognitivo-conductual para el insomnio, higiene del sueño, manejo de rinitis y optimización de control nocturno del asma pueden mejorar de manera notable la calidad de vida, incluso cuando no cambian de forma sustancial los parámetros funcionales. En un enfoque centrado en la paciente, el sueño es un marcador clínico de gran importancia, y su mejoría suele asociarse a disminución de la ansiedad, mejor tolerancia al esfuerzo y menor necesidad de medicación de rescate.

Osteoporosis y fragilidad ósea

La osteoporosis y la fragilidad ósea representan una de las consecuencias más relevantes del uso repetido o crónico de corticoides sistémicos en mujeres con asma grave. El riesgo es particularmente elevado en mujeres en la etapa posmenopáusica, con antecedentes de exposición prolongada a corticoides orales, sedentarismo, déficit de vitamina D o comorbilidades endocrinometabólicas [30].

La pérdida de densidad mineral ósea puede progresar de forma silenciosa hasta la aparición de fracturas, con un impacto crucial en la autonomía funcional y la calidad de vida. En mujeres con asma grave, este riesgo aumenta por la coexistencia de obesidad sarcopénica, caídas relacionadas con fatiga o debilidad muscular y, en algunos casos, por el retraso en la implementación de medidas preventivas. La evaluación sistemática del riesgo óseo debe integrarse en el seguimiento del asma grave, incluyendo la realización periódica de densitometría ósea en todas las pacientes con una dosis acumulada anual de corticoides sistémicos equivalente a 1 g o más de prednisona.

Las estrategias preventivas incluyen la optimización del control del asma para minimizar el uso de corticoides orales, la suplementación adecuada de calcio y vitamina D, la promoción de ejercicio de fuerza adaptado y, cuando está indicado, el inicio a tiempo de tratamiento farmacológico específico para la osteoporosis [30].

Síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2

El síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2 son comorbilidades frecuentes en mujeres con asma grave, particularmente en aquellas con obesidad y exposición repetida a corticoides sistémicos. Estas condiciones no sólo incrementan el riesgo cardiovascular, sino que también se asocian con peor control del asma, mayor inflamación sistémica y mayor riesgo de complicaciones a largo plazo [51, 52].

El impacto social del asma grave en mujeres está estrechamente vinculado a los roles de género y a las expectativas sociales.

La relación entre el asma grave y las alteraciones metabólicas es compleja y multifactorial. Los corticoides sistémicos favorecen la resistencia a la insulina, la redistribución de la grasa corporal y la dislipemia, mientras que la inflamación crónica y el sedentarismo contribuyen a perpetuar el riesgo metabólico [53-55]. Factores como la menopausia precoz, los antecedentes familiares y las desigualdades socioeconómicas pueden aumentar significativamente este riesgo metabólico en mujeres. El abordaje debe ser integrado y coordinado, incorporando estrategias de reducción de la exposición a corticoides, promoción de estilos de vida saludables y tratamiento específico de las alteraciones metabólicas. La coordinación con atención primaria y endocrinología resulta clave para evitar una fragmentación del cuidado que dificulte la adherencia y el seguimiento a largo plazo.

Enfermedad cardiovascular

La enfermedad cardiovascular constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad en mujeres con asma grave, aunque históricamente ha recibido menos atención que en otros grupos de riesgo. La coexistencia de inflamación crónica, obesidad, AOS, síndrome metabólico y exposición a corticoides sistémicos contribuye a un perfil cardiovascular desfavorable, con mayor prevalencia de hipertensión arterial, dislipemia y finalmente de eventos cardiovasculares [56].

En mujeres, el riesgo cardiovascular puede estar infraestimado debido a una presentación clínica menos típica y a la persistencia de sesgos de género en la evaluación y el manejo de la enfermedad cardiovascular. La disnea atribuida al asma puede enmascarar síntomas de origen cardíaco, retrasando el diagnóstico y el tratamiento oportuno. La evaluación cardiovascular debe formar parte del abordaje integral del asma grave en mujeres, especialmente en presencia de comorbilidades metabólicas, obesidad o AOS. La identificación y el tratamiento precoz de factores de riesgo modificables contribuyen no sólo a mejorar la salud cardiovascular, sino también a optimizar el control de los síntomas respiratorios y la capacidad funcional global.

Implicaciones clínicas del enfoque integral

La elevada carga de comorbilidades en mujeres con asma grave exige un cambio de paradigma desde un enfoque centrado exclusivamente en la evaluación funcional y el tratamiento de la obstrucción de la vía aérea hacia un modelo de atención integral y personalizada hacia la mujer con asma grave. Las comorbilidades no tratadas actúan como perpetuadores de síntomas, favorecen las exacerbaciones y aumentan la probabilidad de exposición innecesaria a corticoides sistémicos. Un abordaje eficaz requiere la identificación sistemática de comorbilidades relevantes, la priorización de rasgos tratables y la coordinación entre especialidades.

En mujeres, este enfoque debe integrar explícitamente la perspectiva de género, reconociendo cómo los roles sociales, las desigualdades de acceso a recursos y los estigmas asociados a la enfermedad influyen en la identificación y el tratamiento de estas condiciones coexistentes. La atención multidisciplinar, con la participación de neumología, atención primaria, salud mental, nutrición, fisioterapia respiratoria, otorrinolaringología y otras especialidades según sea el caso, permiten abordar de una forma más eficaz la complejidad del asma grave en mujeres. Este modelo no sólo mejora los resultados clínicos, sino que también reduce la carga terapéutica innecesaria y mejora la experiencia de las pacientes dentro del sistema sanitario.

El asma grave se asocia con un elevado uso de recursos sanitarios.

Impacto clínico, económico y social del asma grave en la mujer

El asma grave en mujeres tiene un impacto que trasciende ampliamente a la esfera respiratoria. Sus consecuencias clínicas, económicas y sociales se extienden a múltiples dimensiones de la vida cotidiana, condicionando la autonomía personal, la participación laboral y social, y el bienestar emocional. Este impacto es especialmente relevante cuando la enfermedad se desarrolla en contextos de desigualdad estructural, carga de cuidados no remunerados o acceso limitado a recursos sanitarios especializados. La fatiga, a menudo infravalorada, es especialmente incapacitante y suele relacionarse con inflamación persistente, desacondicionamiento físico y comorbilidades frecuentes (AOS, obesidad y trastornos del ánimo). Las alteraciones del sueño refuerzan este círculo vicioso de cansancio y peor control percibido, y su impacto puede aumentar cuando las exigencias familiares o laborales dificultan el descanso.



El asma grave se asocia con un elevado impacto en la esfera laboral, con altas tasas de ausentismo y pérdida de la productividad. Las estadísticas señalan que las mujeres con asma grave presentan un mayor índice de abandono precoz del mercado laboral y de bajas temporales que los hombres con asma grave. Esta situación puede tener consecuencias económicas directas y significativas, especialmente en contextos de empleo precario, trabajo a tiempo parcial o ausencia de redes de apoyo. El impacto económico no se limita a la pérdida de ingresos. Los costes indirectos incluyen gastos asociados al cuidado de la salud, transporte a centros especializados, adquisición de dispositivos o medicación no totalmente financiada y adaptación del entorno doméstico. En mujeres que asumen la mayor carga de los cuidados de menores, personas mayores o dependientes, la enfermedad puede generar una tensión adicional entre las demandas de salud y las obligaciones familiares, lo cual finalmente condiciona a mayor vulnerabilidad económica y social.

El impacto social del asma grave en mujeres está estrechamente vinculado a los roles de género y a las expectativas sociales. La sobrecarga de cuidados no remunerados, que recae de forma desproporcionada sobre las mujeres, puede dificultar la priorización del autocuidado y el seguimiento de planes terapéuticos complejos. La imposibilidad de delegar responsabilidades o de disponer de tiempo para acudir a visitas médicas o programas de rehabilitación limita las oportunidades de mejorar el control de la enfermedad. Además, la invisibilización del asma grave como problema específico de salud de la mujer contribuye a una menor comprensión social de la enfermedad. La disnea, la fatiga o la necesidad de medicación crónica pueden ser percibidas como “debilidad” o falta de resiliencia, generando estigmatización y aislamiento social. Este fenómeno puede afectar de forma significativa a la autoestima y al bienestar emocional de las pacientes.

La maternidad y el cuidado de familiares dependientes constituyen áreas particularmente sensibles. Las mujeres con asma grave pueden experimentar dificultades para conciliar el manejo de la enfermedad con el embarazo, la crianza o el cuidado de familiares, especialmente en ausencia de apoyos institucionales. El miedo a las exacerbaciones y la incertidumbre sobre la seguridad de los tratamientos pueden generar ansiedad y sentimientos de culpa, reforzando la carga emocional asociada a la enfermedad.

El asma grave se asocia con un elevado uso de recursos sanitarios, que incluye hospitalizaciones, visitas a urgencias, consultas especializadas y tratamientos de alto coste. En mujeres, el retraso en el diagnóstico y en la derivación a unidades especializadas puede traducirse en un periodo prolongado de mal control, con múltiples ciclos de corticoides sistémicos y un mayor riesgo de efectos adversos.



La introducción de terapias biológicas ha supuesto un avance crucial en el manejo de los pacientes con asma grave, con una significativa reducción de exacerbaciones, mejoría de la calidad de vida y disminución del uso de corticoides orales. Sin embargo, el acceso a estos tratamientos no siempre es equitativo. Factores como la edad, el nivel educativo, el estatus socioeconómico o la condición migratoria pueden influir en la probabilidad de recibir terapias avanzadas, perpetuando desigualdades en los resultados en salud. Desde una perspectiva de salud pública, invertir en modelos de atención especializados y con enfoque de género puede generar beneficios clínicos y económicos a mediano y largo plazo. La identificación precoz del asma grave en mujeres, el abordaje integral de comorbilidades y el acceso equitativo a tratamientos eficaces tienen el potencial de reducir hospitalizaciones, mejorar la productividad laboral y disminuir los costes asociados a la iatrogenia por corticoides sistémicos.

Aspectos diferenciadores de género en el asma grave

El análisis del asma grave en mujeres requiere integrar de forma explícita la perspectiva de género, entendida no sólo como una variable descriptiva, sino como un determinante transversal que condiciona el riesgo, la expresión clínica, el acceso a cuidados y los resultados en salud. Las diferencias observadas no pueden explicarse únicamente por factores biológicos; están profundamente influidas por desigualdades estructurales, sesgos en la atención sanitaria y por el impacto de las distintas etapas del ciclo vital. Diversos estudios han puesto de

manifiesto la existencia de sesgos de género en el diagnóstico y manejo de las enfermedades respiratorias crónicas. En el caso del asma grave, estos sesgos pueden manifestarse tanto en forma de infradiagnóstico como de abordajes terapéuticos inadecuados.

Las mujeres con asma grave pueden experimentar ansiedad adicional relacionada con la maternidad.

En mujeres, los síntomas respiratorios —especialmente la disnea y la fatiga— pueden ser interpretados de forma desproporcionada como manifestaciones de ansiedad o estrés, sin completar una evaluación objetiva exhaustiva. Este fenómeno retrasa el diagnóstico correcto y la derivación a unidades especializadas, perpetuando periodos prolongados de mal control. Por otro lado, a pesar de que el diagnóstico de asma grave esté confirmado, las mujeres pueden experimentar barreras adicionales para acceder a tratamientos avanzados. Estas desigualdades reflejan no sólo diferencias individuales, sino también fallos estructurales del sistema sanitario que afectan de forma desproporcionada a las mujeres más vulnerables. El estigma asociado al uso de medicación crónica, al aumento de peso inducido por los corticoides sistémicos, la limitación de la capacidad aeróbica, la tos persistente, así como la presencia de síntomas ante la exposición a alérgenos, polución, etc., puede generar aislamiento social y afectar negativamente a la adherencia al tratamiento. En mujeres, este estigma puede verse reforzado por expectativas sociales relacionadas con la imagen corporal, el rol cuidador y la productividad, lo que incrementa la carga emocional de la enfermedad.

Intersección con las etapas vitales

El curso del asma grave en mujeres está estrechamente vinculado a las distintas etapas del ciclo vital, cada una de las cuales introduce desafíos clínicos y psicosociales específicos, tal y como detallaremos a continuación.

Adolescencia y transición a la edad adulta

La adolescencia representa un período crítico en el que los cambios hormonales pueden modificar la expresión del asma, con un aumento de la prevalencia y, en algunos casos, de la gravedad en mujeres tras la pubertad. A esta vulnerabilidad biológica se suman factores psicosociales como la búsqueda de autonomía, la presión social y la posible disminución de la adherencia al tratamiento. La transición desde la atención pediátrica a la de adultos constituye un momento de riesgo para la pérdida de seguimiento y el deterioro del control, especialmente si no se planifica de forma estructurada.

Edad fértil y embarazo

Durante la edad fértil, las fluctuaciones hormonales pueden influir en la variabilidad de los síntomas y en la respuesta al tratamiento. El embarazo, en particular, representa una etapa de especial complejidad (22). Por su parte, el asma es la enfermedad crónica más prevalente en el embarazo, a pesar de lo cual, no hay planes estratégicos dirigidos al abordaje específico de esta comorbilidad. Aunque la evidencia indica que el buen control del asma es fundamental para reducir riesgos materno-fetales, persisten temores en torno a la seguridad de los fármacos, lo que puede conducir a una reducción inapropiada de la adherencia y a un aumento de las exacerbaciones.

Las mujeres con asma grave pueden experimentar ansiedad adicional relacionada con la maternidad, el miedo a las exacerbaciones y la necesidad de compatibilizar el tratamiento con el cuidado del recién nacido. La falta de información clara y coherente, así como la

fragmentación de la atención entre distintos niveles asistenciales, contribuyen a esta carga emocional. Un abordaje coordinado y centrado en la paciente es esencial para minimizar riesgos y mejorar la experiencia durante esta etapa [57]. En algunas ocasiones, el embarazo genera un empeoramiento del asma y pacientes que previamente tenían pocos síntomas con bajos requerimientos de tratamiento pueden requerir cambios e intensificación de las terapias inhaladas y seguimiento muy estrecho durante toda la gestación. Hasta un 18 % de las embarazadas con asma empeoran durante el embarazo, aumentando a un 50 % en el caso del asma grave. Ello se debe a cambios mecánicos y hormonales, al miedo a utilizar medicamentos por parte de la embarazada y al control previo de la enfermedad [3, 12]. Un mal control del asma está asociado a prematuridad, aborto, bajo peso e incremento de la mortalidad perinatal y en la gestante a un mayor riesgo de preeclampsia, placenta previa y diabetes gestacional. Así mismo, las exacerbaciones asmáticas durante el embarazo se asocian a un mayor riesgo de complicaciones durante el mismo, eventos perinatales adversos y trastornos respiratorios en la primera infancia de sus hijos, siendo esencial la prevención de exacerbaciones para reducir el riesgo de complicaciones.



En la práctica clínica, las recomendaciones para el tratamiento del asma durante el embarazo suelen aparecer en guías clínicas como apartados breves y muy poco desarrollados, con indicaciones generales (p. ej., mantener un buen control y no suspender el tratamiento controlador) pero con escaso nivel de evidencia científica en puntos clave de seguimiento, escalada terapéutica o manejo de situaciones complejas(57). Esta limitación responde, en gran medida, a que la evidencia de mayor calidad en gestantes es reducida, entre otras razones por la escasez de ensayos clínicos aleatorizados específicamente diseñados en embarazo, de modo que una parte relevante de las recomendaciones se apoya en consensos y opiniones de expertos, así como en la extrapolación de estudios realizados en población no gestante.

En resumen, aunque las guías clínicas coinciden en el principio de que el control del asma en el embarazo es prioritario y que los beneficios del tratamiento suelen superar los riesgos, la estructura de la evidencia que sustenta muchas decisiones en el embarazo es, con frecuencia, poco sólida, lo que ocasiona una gran variabilidad en la interpretación y en su aplicación en la práctica clínica [22, 58].

La edad avanzada incorpora desafíos específicos en el asma grave.

Menopausia y asma grave

La menopausia se asocia con cambios hormonales que pueden influir en el control del asma y en la aparición o agravamiento de comorbilidades como la obesidad, la AOS, la osteoporosis y el riesgo cardiovascular [59]. En mujeres con asma grave, esta etapa puede coincidir con un aumento del uso de corticoides orales y con una mayor carga de efectos adversos. La menopausia marca un punto de inflexión fisiológico que puede tener traducción clínica en el asma, sobre todo cuando hablamos de asma grave [59]. La caída sostenida de estrógenos y progesterona no sólo modifica las funciones reproductivas, también se asocia a cambios inmunológicos y en la fisiología de la vía aérea, los cuales pueden influir en la intensidad de los síntomas, el patrón inflamatorio y la respuesta percibida al tratamiento[60].

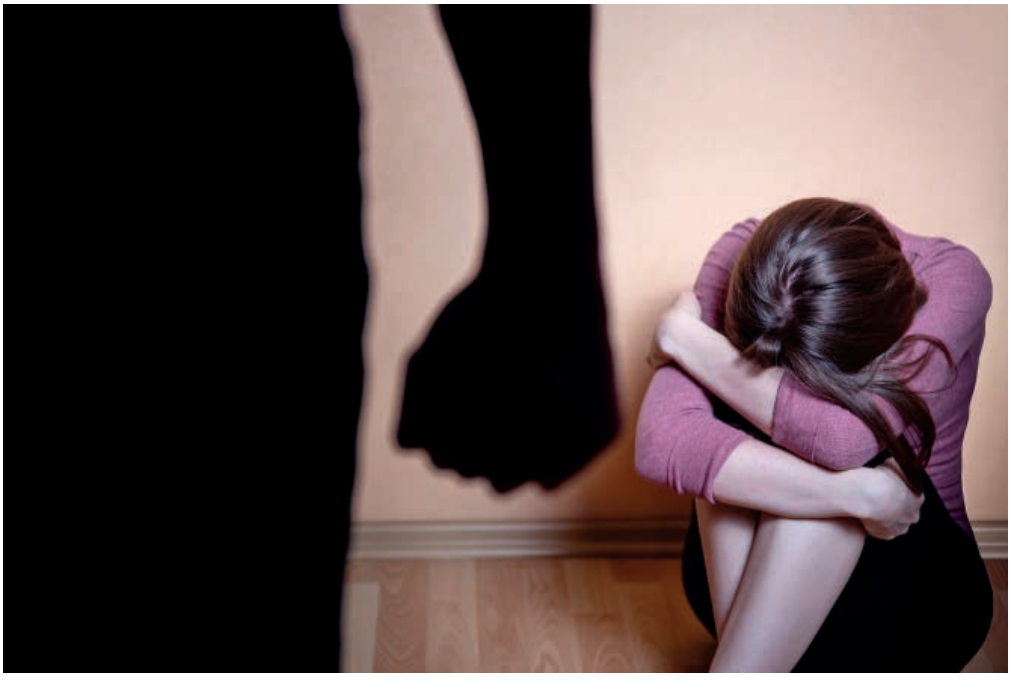
En series clínicas y revisiones, el asma en la mujer posmenopáusica se ha descrito con tendencia a ser menos controlada y en ocasiones con fenotipo T2 bajo, lo que obliga a replantear fenotipos y rasgos tratables en esta etapa. Además, la menopausia suele coincidir con cambios corporales y metabólicos que actúan como amplificadores de la sensación de disnea y del mal control percibido. Incluso con ganancias de peso leves, durante la transición menopáusica se ha descrito un aumento de la grasa visceral, con el consecuente impacto en la inflamación sistémica y en el riesgo cardiometabólico [61]. En paralelo, la obesidad es un factor bien conocido de mal control del asma, con un aumento de síntomas y menor respuesta al tratamiento corticoideo en el asma grave, especialmente en mujeres.

En este contexto, también cobra relevancia la aparición o el empeoramiento de comorbilidades que pueden "simular" los síntomas del asma. La prevalencia de AOS aumenta claramente su frecuencia durante la menopausia y la postmenopausia y, cuando coexiste con asma, se asocia a peor control, más síntomas nocturnos y más fatiga diurna, perpetuando un círculo vicioso de disnea y limitación funcional. Por eso, en una mujer posmenopáusica con asma grave y cansancio persistente, no basta con interpretar el cuadro como "refractariedad", es esencial buscar de forma activa estos rasgos tratables (sueño, peso, estado anímico, acondicionamiento físico), porque pueden condicionar gran parte de la carga clínica. El problema empeora cuando, en esa misma etapa, aumenta la exposición a corticoides orales para disminuir síntomas persistentes o exacerbaciones repetidas. En el asma grave, la evidencia muestra que la carga acumulada de corticoides sistémicos se asocia a múltiples efectos adversos y que incluso dosis acumuladas relativamente bajas se vinculan con incremento del riesgo de tromboembolismo, sepsis y fracturas. En mujeres posmenopáusicas esto es especialmente relevante ya que el déficit estrogénico favorece la pérdida de masa ósea aumentando el riesgo de fracturas, y la exposición a corticoides sistémicos puede acelerar este proceso [62, 63].

Durante la transición menopáusica, en la mujer con asma grave suelen confluir varios factores que incrementan la complejidad clínica: I) las variaciones hormonales pueden modificar los síntomas y el control del asma; II) aumenta la prevalencia de comorbilidades que aumentan la sensación de disnea y fatiga (obesidad, AOS y mayor riesgo cardiometabólico); III) el uso de corticoides orales en este período tiende a asociarse a una mayor carga de efectos adversos

[62]). Este contexto obliga a una valoración integral y sistemática, para confirmar el control con medidas objetivas, detectar y tratar comorbilidades que aumenten o empeoren los síntomas y, siempre que sea factible, minimizar y racionalizar el uso de corticoides sistémicos para reducir su impacto acumulativo, en particular sobre la salud ósea y el riesgo cardiovascular.

La edad avanzada incorpora además desafíos específicos en el asma grave, vinculados a la mayor prevalencia de multimorbilidad, polifarmacia y a la reducción progresiva de la reserva funcional. En este escenario, la carga de síntomas puede estar determinada por enfermedades concomitantes y por interacciones farmacológicas, lo que dificulta la interpretación clínica de la disnea y obliga a una reevaluación periódica de diagnósticos, objetivos terapéuticos y tolerabilidad del tratamiento. Asimismo, las limitaciones funcionales frecuentes en esta etapa, tales como: la disminución de la destreza manual, los problemas osteoarticulares, la disminución de la agudeza visual y deterioro cognitivo leve, pueden comprometer la técnica inhalatoria y reducir la efectividad real de la terapia prescrita. A ello se añade que la adherencia se ve influida por la complejidad del régimen terapéutico, la carga de medicación y la disponibilidad de apoyo, aspectos que adquieren un peso particular cuando la autonomía está limitada.



En mujeres mayores de 65 años el asma grave puede coexistir con fragilidad, aislamiento social y distintos grados de dependencia, que condicionan el autocuidado, el acceso continuado a la atención y la implementación de intervenciones no farmacológicas. Por ello, resulta especialmente pertinente un abordaje integrado, que combine la evaluación propia del asma grave (control objetivo, comorbilidades, racionalización del uso de corticoides sistémicos) con una valoración geriátrica y sensible al género, descartando la presencia de comorbilidades que puedan empeorar o simular el asma, incorporando revisión sistemática de la medicación, simplificación terapéutica cuando sea posible, educación inhalatoria adaptada y apoyo psicosocial [64].

Carga de cuidados y trabajo no remunerado

La carga de cuidados y el trabajo no remunerado constituye un determinante social con una marcada influencia del género y tiene implicaciones directas sobre el manejo del asma grave. A nivel global, las mujeres realizan aproximadamente tres cuartas partes del total de horas de cuidados no remunerados (76,2%), dedicando de media 4 h 25 min/día, frente a 1 h 23 min/día en los hombres [65]. En términos de tiempo diario, ONU Mujeres estima que las mujeres invierten 2,8 horas más al día que los hombres en cuidados y trabajo doméstico no remunerados [66]. En países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), esta desigualdad persiste: las mujeres realizan casi el doble de trabajo no remunerado al día que los hombres.

En el contexto del asma grave, esta asimetría condiciona de forma concreta la posibilidad de sostener el autocuidado y la continuidad asistencial [67]. La responsabilidad cotidiana del cuidado de menores, personas mayores o dependientes reduce el tiempo disponible para realizar actividad física, seguir rutinas terapéuticas complejas, acudir a visitas de seguimiento y completar intervenciones no farmacológicas (educación inhalatoria, rehabilitación, evaluación de comorbilidades). Además, favorece una "priorización" repetida de necesidades ajenas sobre la propia salud, con riesgo de retrasos diagnósticos, pérdida de citas y menor capacidad para detectar y abordar factores tratables que perpetúan síntomas. Existen datos que ilustran el impacto sanitario de esta realidad. En una encuesta realizada en Estados Unidos, mujeres atendidas en un sistema sanitario de alta vulnerabilidad social, el 36% refirió haber retrasado o perdido atención (una media de 3,7 citas/año), y entre quienes lo hicieron, el 54,5% señaló las barreras de cuidado infantil como principal motivo, por encima de las dificultades en el transporte (33%) o precariedad en el seguro de vida (25%) [27]. En un estudio posterior realizado también en mujeres vulnerables, la presencia de barreras de cuidado infantil se asoció con la falta de adherencia a citas médicas, reforzando la relevancia clínica de este determinante en la continuidad asistencial de las mujeres [26].

Violencia de género y vulnerabilidad psicosocial

Para poder abordar este apartado lo vamos a separar en dos grandes dimensiones: (A) violencia y adversidad en la infancia y (B) violencia en la vida adulta (incluida violencia de pareja y violencia comunitaria). Ambas se han asociado con mayor prevalencia de asma y, aún más de asma grave, con peores indicadores de morbilidad (peor control, mayor número de exacerbaciones, visitas a urgencias y hospitalizaciones).

A) Violencia y abuso en la infancia: asociación con asma y con mayor carga de síntomas

Un estudio publicado por Bhan y colaboradores, con una amplia muestra de adultos estadounidenses (n=84.786), mostró que la presencia de experiencias adversas en la infancia tenía una relación directa con la prevalencia de asma: el grupo con mayor carga de adversidad presentó una prevalencia ajustada de 1,78 para desarrollar asma a lo largo de la vida frente a quienes no reportaban adversidad ni abusos en la infancia. En ese mismo trabajo, al mirar dimensiones concretas, la prevalencia de asma fue mayor en quienes reportaron violencia física en comparación con aquellos que no la habían sufrido (17,70% vs 11,87%), o abuso sexual (20,34% vs 12,16%), sugiriendo que más allá de la prevalencia, hay señales de impacto en la gravedad de la enfermedad [68].

En adultos con asma, un estudio reciente observó que cada incremento de 1 punto en la puntuación de adversidad infantil (ACE) se asoció con un 5,4% más de probabilidad de asma persistente (OR 1,054; IC95% 1,01–1,10), y que tener ≥3 ACE se vinculó con un aumento de asma persistente (OR 1,31; IC95% 1,01–1,70). Además, una revisión sobre maltrato infantil

recoge evidencia longitudinal relevante: por ejemplo, la notificación de maltrato antes de los 12 años se asoció con mayor riesgo de hospitalización por asma durante el seguimiento (HR 1,73; IC95% 1,5–2,0) [69].

B) Violencia en la vida adulta: violencia de pareja y otros entornos de violencia, con impacto en morbilidad del asma

A nivel poblacional, la violencia de pareja es un problema social frecuente, siendo las mujeres las principalmente afectadas. Un análisis global estimó que el 27% de las mujeres entre los 15 y los 49 años que han tenido pareja han sufrido violencia física y/o sexual por la pareja en algún momento de su vida y 13% en el último año (70). Este es un tema relevante en el asma ya que varios estudios han encontrado asociaciones significativas y consistentes entre exposición a violencia y peor control. En una encuesta nacional realizada en la India (92.486 hogares), las mujeres que habían estado expuestas a violencia doméstica presentaron mayor probabilidad de asma (OR 1,26–1,37) respecto a las no expuestas; además, en hogares con violencia, el riesgo de asma fue mayor para otros miembros del hogar (OR 1,15–1,19) [71].



En adultos con asma moderada–grave seguidos de forma longitudinal en entornos urbanos, la exposición a violencia comunitaria se asoció con más uso de urgencias y hospitalizaciones por asma durante 26 semanas: 2,27 veces más visitas a urgencias por asma/mes (IC95% 1,32–3,90) y 2,49 veces más hospitalizaciones por asma/mes (IC95% 1,11–5,60). También se observó peor calidad de vida relacionada con asma [72]. En la editorial de Wright, que contextualiza el estudio poblacional de Wang et al. basado en el Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) del año 2005 (2.600 adultos con asma activa), el asma no controlada fue muy prevalente en conjunto (86,8%), pero alcanzó cifras aún mayores entre las personas expuestas a violencia de pareja (95,9% frente a 84,1% en las no expuestas). La exposición se asoció, además, con mayor carga de síntomas, más exacerbaciones y mayor utilización de recursos sanitarios, lo

que apoya la hipótesis de la violencia como un estresor persistente capaz de influir de forma significativa en el asma [73, 74].

Desde la perspectiva de las desigualdades sociales, el mismo análisis describe que la probabilidad de haber sufrido violencia de pareja fue mayor en mujeres, en personas de raza negra y en quienes presentaban menor nivel socioeconómico. Asimismo, las personas expuestas mostraron con más frecuencia obesidad y fueron dos veces más propensas a ser fumadoras activas, factores que pueden agravar el asma y ocasionar peor evolución clínica. En la práctica, estos datos respaldan incorporar un enfoque dirigido en el asma grave que incluya exploración confidencial y segura de situaciones de violencia o vulnerabilidad psicosocial, identificando precozmente el riesgo y acompañada de una respuesta coordinada con salud mental y trabajo social cuando proceda, integrándola en una atención centrada en la persona.

Las terapias biológicas han transformado el manejo del asma grave.

La literatura interpreta estas asociaciones como el resultado de vías biológicas y conductuales que se refuerzan mutuamente: estrés crónico con disfunción del eje hipotálamo–hipófisis–adrenal y del sistema nervioso autónomo, inflamación sistémica, alteraciones del sueño, mayor carga ansioso-depresiva, y barreras para el autocuidado y la continuidad asistencial. Esta lectura "trauma-informada" ha sido propuesta específicamente para asma difícil y grave.

Propuestas y necesidades para un abordaje integral del asma grave en la mujer

El análisis clínico y social del asma grave en mujeres pone de manifiesto la necesidad de avanzar hacia modelos de atención que superen el enfoque fragmentado y centrado exclusivamente en la vía aérea. La complejidad de la enfermedad, la elevada carga de comorbilidades y la influencia de determinantes sociales y de género exigen estrategias multidimensionales, basadas en la evidencia y orientadas a la equidad.

Tabla 4 - Objetivos y propuestas para un abordaje integral y equitativo del asma grave en la mujer

	Objetivo	Propuesta concreta
Diagnóstico	Identificación precoz del asma grave	Protocolos de cribado y derivación temprana desde atención primaria
Atención especializada	Manejo adecuado de la complejidad	Unidades multidisciplinares de asma grave
Tratamiento	Mejorar control y reducir exacerbaciones	Acceso equitativo a terapias biológicas
Corticoides sistémicos	Minimizar iatrogenia	Estrategias de reducción y monitorización de dosis acumulada
Comorbilidades	Abordaje integral	Evaluación y tratamiento sistemático de rasgos tratables
Enfoque de género	Reducir sesgos clínicos	Formación específica en género para profesionales sanitarios

Formación en género y sensibilización de los profesionales sanitarios

Una de las principales barreras para un abordaje adecuado del asma grave en mujeres es la persistencia de sesgos implícitos en la práctica clínica. La formación específica en perspectiva de género para los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras dedicados a la atención especializada de la salud respiratoria, así como a todos los profesionales de atención primaria resulta fundamental para mejorar el reconocimiento de la enfermedad, evitar atribuciones simplistas de los síntomas y reducir retrasos diagnósticos y terapéuticos. Esta formación debe incluir contenidos sobre diferencias entre la inmunología del asma y la influencia hormonal e inflamatoria determinada por el sexo, la importancia de los roles de género, la comunicación clínica sensible y el reconocimiento de situaciones de vulnerabilidad social. Integrar estos aspectos en la formación continuada y en los programas docentes de grado y posgrado contribuirá a una atención más justa y eficaz.

Protocolos de cribado y derivación precoz

El infradiagnóstico del asma grave y la derivación tardía a unidades especializadas siguen siendo problemas relevantes. La implementación de protocolos de cribado sistemático desde atención primaria y neumología general permitiría identificar de forma precoz a mujeres con mal control persistente, exacerbaciones frecuentes o uso repetido de corticoides orales. Estos protocolos deberían incorporar indicadores sencillos y fácilmente aplicables, así como circuitos de derivación claros y accesibles. La identificación temprana del asma grave facilita la optimización del tratamiento, el abordaje de comorbilidades y la reducción de la exposición acumulada a corticoides sistémicos.

Acceso equitativo a tratamientos avanzados

Las terapias biológicas han transformado el manejo del asma grave, ofreciendo la posibilidad de reducir exacerbaciones, mejorar la calidad de vida y minimizar la necesidad de corticoides orales. Sin embargo, su acceso no es uniforme y puede verse limitado por factores socioeconómicos, administrativos o por sesgos en la selección de pacientes. Garantizar un acceso equitativo a estos tratamientos implica revisar criterios de indicación, reducir barreras burocráticas y asegurar que las decisiones terapéuticas se basen en criterios clínicos objetivos y no en variables sociales o demográficas. En mujeres mayores, migrantes o con bajo nivel educativo, es especialmente importante reforzar la información y el acompañamiento durante el proceso terapéutico.

La participación activa de las mujeres en la toma de decisiones favorece la adherencia, el autocuidado y la sostenibilidad de las intervenciones a largo plazo.

Integración del enfoque psicosocial

El abordaje del asma grave en mujeres debe integrar de forma sistemática la dimensión psicosocial. El cribado de ansiedad, depresión, trastornos del sueño y situaciones de vulnerabilidad social permite identificar factores que influyen de manera decisiva en el control de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento. La coordinación con los servicios de salud mental, trabajo social y otros recursos comunitarios es esencial para ofrecer un apoyo integral. Intervenciones como la educación, el apoyo emocional y las estrategias de conciliación laboral y familiar pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida y en los resultados clínicos.

Modelos multidisciplinares y centrados en la paciente

La atención multidisciplinar constituye uno de los pilares del manejo del asma grave. En mujeres, este modelo debe adaptarse a las necesidades específicas derivadas de la multimorbilidad, las transiciones vitales y la carga de cuidados. La colaboración entre neumología, atención primaria, enfermería especializada, nutrición, fisioterapia respiratoria, otorrinolaringología, salud mental y otras especialidades permite abordar de forma coordinada los distintos rasgos tratables. Un enfoque centrado en la paciente implica escuchar activamente sus prioridades, validar su experiencia y adaptar los objetivos terapéuticos a su contexto vital. La participación activa de las mujeres en la toma de decisiones favorece la adherencia, el autocuidado y la sostenibilidad de las intervenciones a largo plazo.

Investigación con perspectiva de género

Persisten importantes lagunas de conocimiento en relación con el asma grave en mujeres, particularmente en lo que respecta a la respuesta diferencial a tratamientos, la seguridad de terapias avanzadas durante el embarazo y el impacto de las intervenciones psicosociales. Es imprescindible promover estudios que incluyan análisis específicos por sexo y género, así como la representación adecuada de mujeres en ensayos clínicos. La incorporación sistemática de estas variables en la investigación contribuirá a generar evidencia más sólida y aplicable, y a mejorar la calidad de las recomendaciones clínicas futuras.



Conclusiones, puntos de mejora y necesidades para un correcto abordaje

El asma grave en la mujer constituye un problema de salud de alta complejidad, con importantes implicaciones clínicas, sociales y económicas. Su mayor prevalencia en mujeres adultas, la elevada carga de comorbilidades y el impacto desproporcionado sobre la calidad de vida ponen de manifiesto la necesidad de un enfoque específico y sensible al género.

1. Reconocimiento del asma grave como una prioridad en salud de la mujer: El asma grave ha sido históricamente infrarrepresentado en las estrategias de salud dirigidas a la mujer. Reconocerlo como una prioridad implica visibilizar su impacto, incorporar la perspectiva de género en guías clínicas y políticas sanitarias, y destinar recursos adecuados para su diagnóstico y tratamiento. Incorporar circuitos de derivación prioritaria con perspectiva de género hacia las unidades de asma con retroalimentación estructurada a la atención primaria es fundamental. Reconocer también los cambios hormonales en la mujer como factores moduladores en el asma grave y priorizar la atención de la mujer embarazada en las consultas especializadas forman parte fundamental del plan de acción con una perspectiva de género real.

2. Abordaje clínico personalizado y multidimensional: La heterogeneidad del asma grave exige modelos de atención personalizados, que integren la evaluación del fenotipo con la determinación de la inflamación bronquial y el abordaje sistemático de todas las comorbilidades presentes (respiratorias, metabólicas, cardíacas, etc.), datos de vulnerabilidad social y factores psicosociales. En mujeres, este enfoque resulta esencial para evitar la iatrogenia asociada al uso excesivo de corticoides sistémicos y para mejorar resultados relevantes para las pacientes. La comprensión de las distintas etapas vitales de la mujer y sus diferencias orgánicas y psicológicas es fundamental para poder abordar el asma grave en la mujer y crear planes integrales y personalizados de tratamiento.

3. Reducción de desigualdades estructurales: Las desigualdades en el acceso a atención especializada y tratamientos avanzados afectan de forma desproporcionada a las mujeres más vulnerables, incluidas aquellas con menor nivel socioeconómico, migrantes, residentes en entornos rurales o con discapacidad. Priorizar a estos grupos en las estrategias de salud pública es una necesidad asistencial para avanzar hacia una atención más equitativa.

4. Empoderamiento de las pacientes: El empoderamiento de las mujeres con asma grave, a través de la educación en salud respiratoria, el acompañamiento profesional y el apoyo social, constituye un elemento clave para mejorar el control de la enfermedad y la calidad de vida. Facilitar la participación activa en la toma de decisiones y promover políticas de protección social y laboral contribuyen a reducir la carga individual y colectiva del asma grave. Ayudar a promover la creación y/o consolidación de asociaciones de pacientes con asma grave, con áreas dedicadas específicamente a las mujeres, en las que se aborde la complejidad biológica y psicosocial del género.

El abordaje del asma grave en la mujer no puede limitarse al control de síntomas respiratorios. Requiere una visión integradora que reconozca la interacción entre biología, género y contexto social. Solo a través de modelos de atención multidimensionales, basados en la evidencia y orientados a la equidad, será posible mejorar de forma sostenible los resultados en salud y la calidad de vida de las mujeres con asma grave. El modelo de atención integral y personalizado hacia la mujer con asma grave requiere la interacción coordinada entre neumología, atención primaria, salud mental y trabajo social. De este modo, el manejo del asma grave en la mujer se convertirá en un proceso clínico continuo que entienda las diferentes etapas vitales "biológicas" de la mujer y su repercusión psicosocial, garantizando una evaluación periódica, basada en la realización de ajustes y acompañamiento, más que en una sucesión de escaladas farmacológicas que no contemplen el resto de factores condicionantes, comorbilidades y la presencia de vulnerabilidad social a la que pueden estar expuestas las mujeres.

Asma grave en la mujer

Tras la pubertad, el asma y especialmente el asma grave son **más frecuentes en mujeres que en hombres**

El asma grave afecta solo al **5–10%** de las personas con asma, pero **concentra una proporción desproporcionada** de hospitalizaciones, urgencias y costes sanitarios

Entre el **30–40%** de las mujeres con asma presentan **empeoramiento** de los síntomas en relación con el **ciclo menstrual** (asma perimenstrual)

Durante el **embarazo**, hasta el **50%** de las mujeres con asma grave **empeoran su control respiratorio**

Una dosis acumulada anual de **≥1 g** de **prednisona** se asocia a mayor riesgo de **osteoporosis**, **diabetes** y enfermedad **cardiovascular**, con especial impacto en mujeres

La **obesidad** es una comorbilidad muy frecuente en mujeres con asma grave y se asocia a **peor control**, **más disnea** y **menor respuesta a corticoides**

Las mujeres realizan el **76,2%** del trabajo de cuidados no remunerados y dedican **2,8 horas más al día** que los hombres, lo que **dificulta el autocuidado del asma**

Las **mujeres expuestas a violencia** presentan hasta un **95,9%** de asma no controlada y **más del doble de visitas a urgencias y hospitalizaciones por asma**



Bibliografía

1. Collaborators GBDCRD. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet Respir Med. 2017;5(9):691-706.

2. Weatherald J, Riha RL, Humbert M. Sex and gender in lung health and disease: more than just Xs and Ys. Eur Respir Rev. 2021;30(162).
3. Guía Española para el Manejo del Asma. GEMA 5.5. Madrid: Luzón 5, 2025.

4. Chung KF, Wenzel SE, Brozek JL, Bush A, Castro M, Sterk PJ, et al. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. Eur Respir J. 2014;43(2):343-73.

5. Wenzel SE. Asthma phenotypes: the evolution from clinical to molecular approaches. Nat Med. 2012;18(5):716-25.

6. Fahy JV. Type 2 inflammation in asthma--present in most, absent in many. Nat Rev Immunol. 2015;15(1):57-65.

7. Jenkins CR, Boulet LP, Lavoie KL, Raherison-Semjen C, Singh D. Personalized Treatment of Asthma: The Importance of Sex and Gender Differences. J Allergy Clin Immunol Pract. 2022;10(4):963-71 e3.

8. Sodhi A, Pisani M, Glassberg MK, Bourjeily G, D'Ambrosio C. Sex and Gender in Lung Disease and Sleep Disorders: A State-of-the-Art Review. Chest. 2022;162(3):647-58.

9. Beuther DA, Sutherland ER. Overweight, obesity, and incident asthma: a meta-analysis of prospective epidemiologic studies. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175(7):661-6.

10. Arismendi E, Bantulà M, Picado C. Obese Asthma Syndrome: Much Work to Do. Arch Bronconeumol. 2023.

11. Sutherland TJ, Cowan JO, Young S, Goulding A, Grant AM, Williamson A, et al. The association between obesity and asthma: interactions between systemic and airway inflammation. Am J Respir Crit Care Med. 2008;178(5):469-75.

12. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2025. Disponible en: https://ginasthma.org.

13. Abohalaka R, Ercan S, Lehtimaki L, Ekerljung L, Backman H, Uslu FZ, et al. Lifetime asthma incidence is related to age at onset and allergies in western Sweden. Clin Transl Allergy. 2024;14(12):e70015.

14. Chiappori A, De Ferrari L, Folli C, Mauri P, Riccio AM, Canonica GW. Biomarkers and severe asthma: a critical appraisal. Clin Mol Allergy. 2015;13:20.

15. Borrelli R, Brussino L, Lo Sardo L, Quinternetto A, Vitali I, Bagnasco D, et al. Sex-Based Differences in Asthma: Pathophysiology, Hormonal Influence, and Genetic Mechanisms. Int J Mol Sci. 2025;26(11).

16. Troisi RJ, Speizer FE, Willett WC, Trichopoulos D, Rosner B. Menopause, postmenopausal estrogen preparations, and the risk of adult-onset asthma. A prospective cohort study. Am J Respir Crit Care Med. 1995;152(4 Pt 1):1183-8.

17. Troisi RJ, Willett WC, Weiss ST, Trichopoulos D, Rosner B, Speizer FE. A prospective study of diet and adult-onset asthma. Am J Respir Crit Care Med. 1995;151(5):1401-8.

18. Troisi RJ, Wolf AM, Mason JE, Klingler KM, Colditz GA. Relation of body fat distribution to reproductive factors in pre- and postmenopausal women. Obes Res. 1995;3(2):143-51.

19. Chowdhury NU, Guntur VP, Newcomb DC, Wechsler ME. Sex and gender in asthma. Eur Respir Rev. 2021;30(162).

20. Rogliani P, Cavalli F, Ritondo BL, Cazzola M, Calzetta L. Sex differences in adult asthma and COPD therapy: a systematic review. Respir Res. 2022;23(1):222.

21. Yung JA, Fuseini H, Newcomb DC. Hormones, sex, and asthma. Ann Allergy Asthma Immunol. 2018;120(5):488-94.

22. Bonham CA, Patterson KC, Strek ME. Asthma Outcomes and Management During Pregnancy. Chest. 2018;153(2):515-27.

23. Ekpruke CD, Silveyra P. Airway remodeling in asthma. Ann Transl Med. 2022;10(22):1189.

24. Ekpruke CD, Silveyra P. Sex Differences in Airway Remodeling and Inflammation: Clinical and Biological Factors. Front Allergy. 2022;3:875295.

25. Han YY, Rosser FJ, Acosta-Perez E, Canino G, Celedon JC. Social vulnerability index, poverty, and asthma in a prospective study of Puerto Rican youth. Ann Allergy Asthma Immunol. 2024;132(5):646-7.

26. Ganguly AP, Martin R, Barnett E, Smartt J, Harms M, Kho KA, et al. Childcare Barriers and Appointment Nonadherence Among Women in a Safety-Net Health System. JAMA Netw Open. 2025;8(4):e254715.

27. Gaur P, Ganguly AP, Kuo M, Martin R, Alvarez KS, Bhavan KP, et al. Childcare needs as a barrier to healthcare among women in a safety-net health system. BMC Public Health. 2024;24(1):1608.

28. Soumagne T, Garcia G, Frija J, Chenivesse C, Perez T, Plantier L, et al. Diagnosis of Dysfunctional Breathing in Severe Asthma. J Allergy Clin Immunol Pract. 2025;13(8):2052-9 e5.

29. McNicholl DM, Stevenson M, McGarvey LP, Heaney LG. The utility of fractional exhaled nitric oxide suppression in the identification of nonadherence in difficult asthma. Am J Respir Crit Care Med. 2012;186(11):1102-8.

30. Price DB, Trudo F, Voorham J, Xu X, Kerkhof M, Ling Zhi Jie J, et al. Adverse outcomes from initiation of systemic corticosteroids for asthma: long-term observational study. J Asthma Allergy. 2018;11:193-204.

31. Ekstrom M, Nwaru BI, Hasvold P, Wiklund F, Telg G, Janson C. Oral corticosteroid use, morbidity and mortality in asthma: A nationwide prospective cohort study in Sweden. Allergy. 2019;74(11):2181-90.

32. Di Marco F, Verga M, Santus P, Giovannelli F, Busatto P, Neri M, et al. Close correlation between anxiety, depression, and asthma control. Respir Med. 2010;104(1):22-8.

33. Lavoie KL, Bacon SL, Barone S, Cartier A, Ditto B, Labrecque M. What is worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders, or both? Chest. 2006;130(4):1039-47.

34. Louis R, Satia I, Ojanguren I, Schleich F, Bonini M, Tonia T, et al. European Respiratory Society guidelines for the diagnosis of asthma in adults. Eur Respir J. 2022;60(3).

35. McDonald VM, Gibson PG. Treatable Traits in Asthma and COPD. Arch Bronconeumol. 2022;58(8):583-5.

36. Baptista-Serna L, Rodrigo-Muñoz JM, Mínguez P, Valverde-Monge M, Arismendi E, Barranco P, et al. Anxiety and BMI affect asthma control: data from a prospective Spanish cohort. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021.

37. Bantula M, Tubita V, Roca-Ferrer J, Mullol J, Valero A, Bobolea I, et al. Weight loss and vitamin D improve hyporesponsiveness to corticosteroids in obese asthma. J Investig Allergol Clin Immunol. 2022:0.

38. Dixon AE, Que LG. Obesity and Asthma. Semin Respir Crit Care Med. 2022;43(5):662-74.

39. Dixon AE, Pratley RE, Forgione PM, Kaminsky DA, Whittaker-Leclair LA, Griffes LA, et al. Effects of obesity and bariatric surgery on airway hyperresponsiveness, asthma control, and inflammation. J Allergy Clin Immunol. 2011;128(3):508-15 e1-2.

40. Farah CS, Kermode JA, Downie SR, Brown NJ, Hardaker KM, Berend N, et al. Obesity is a determinant of asthma control independent of inflammation and lung mechanics. Chest. 2011;140(3):659-66.

41. Umetsu DT. Mechanisms by which obesity impacts upon asthma. Thorax. 2017;72(2):174-7.

42. Tashiro H, Shore SA. Obesity and severe asthma. Allergol Int. 2019;68(2):135-42.

43. Stubbs MA, Clark VL, Gibson PG, Yorke J, McDonald VM. Associations of symptoms of anxiety and depression with health-status, asthma control, dyspnoea, dysfunction breathing and obesity in people with severe asthma. Respir Res. 2022;23(1):341.

44. Goodwin RD, Eaton WW. Asthma and the risk of panic attacks among adults in the community. Psychol Med. 2003;33(5):879-85.

45. Spencer CN, Khalil M, Herbert M, Aravkin AY, Arrieta A, Baeza MJ, et al. Health effects associated with exposure to intimate partner violence against women and childhood sexual abuse: a burden of proof study. Nat Med. 2023;29(12):3243-58.

46. Bachert C, Jorissen M, Bertrand B, Khaltaev N, Bousquet J. Allergic Rhinitis and its impact on asthma update (ARIA 2008). The Belgian perspective. B-ENT. 2008;4(4):253-7.

47. Alobid I, Colás C, Castillo JA, Arismendi E, Del Cuvillo A, Gómez-Outes A, et al. Spanish Consensus on the Management of Chronic Rhinosinusitis With Nasal Polyps (POLIposis NAsal/POLINA 2.0). J Investig Allergol Clin Immunol. 2023;33(5):317-31.

48. Sweeney J, Patterson CC, Menzies-Gow A, Niven RM, Mansur AH, Bucknall C, et al. Comorbidity in severe asthma requiring systemic corticosteroid therapy: cross-sectional data from the Optimum Patient Care Research Database and the British Thoracic Difficult Asthma Registry. Thorax. 2016;71(4):339-46.

49. Español I, Arismendi E, Martínez-Olondris P, Ruiz C, Embid C, Garcia J, et al. Asthma and obstructive sleep apnea: A complex but treatable relationship. Sleep Med Rev. 2025;83:102146.

50. Teodorescu M, Polomis DA, Hall SV, Teodorescu MC, Gangnon RE, Peterson AG, et al. Association of obstructive sleep apnea risk with asthma control in adults. Chest. 2010;138(3):543-50.

51. Wu TD. Diabetes, insulin resistance, and asthma: a review of potential links. Curr Opin Pulm Med. 2021;27(1):29-36.

52. Zeng R, Wang Z, Zhang J, Liang Z, Xu C, Wang J, et al. Type 1 diabetes and asthma: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Endocrine. 2022;75(3):709-17.

53. Rayner LH, McGovern A, Sherlock J, Gatenby P, Correa A, Creagh-Brown B, et al. The impact of therapy on the risk of asthma in type 2 diabetes. Clin Respir J. 2019;13(5):299-305.

54. Peters U, Dixon AE, Forno E. Obesity and asthma. J Allergy Clin Immunol. 2018;141(4):1169-79.

55. Peters U, Suratt BT, Bates JHT, Dixon AE. Beyond BMI: Obesity and Lung Disease. Chest. 2018;153(3):702-9.

56. Picado C, Pernigotti A, Arismendi E. Asthma: A New Cardiovascular Risk Factor? Arch Bronconeumol. 2019;55(7):353-4.

57. Liu X, Agerbo E, Schlünssen V, Wright RJ, Li J, Munk-Olsen T. Maternal asthma severity and control during pregnancy and risk of offspring asthma. J Allergy Clin Immunol. 2018;141(3):886-92.

58. McLaughlin K, Foureur M, Jensen ME, Murphy VE. Review and appraisal of guidelines for the management of asthma during pregnancy. Women Birth. 2018;31(6):e349-e57.

59. Murphy VE, Mattes J, Joshi E. Treatment strategies for asthma in women throughout the lifespan - in puberty, pregnancy and menopause. Expert Rev Respir Med. 2025;19(12):1221-31.

60. Balzano G, Fuschillo S, Melillo G, Bonini S. Asthma and sex hormones. Allergy. 2001;56(1):13-20.

61. Radzikowska U, Golebski K. Sex hormones and asthma: The role of estrogen in asthma development and severity. Allergy. 2023;78(3):620-2.

62. Bahammam RA, Al-Qahtani KM, Aleissi SA, Olaish AH, Almeneessier AS, Bahammam AS. The Associations of Gender, Menopause, Age, and Asthma with REM-Predominant Obstructive Sleep Apnea: A Prospective Observational Study. Nat Sci Sleep. 2020;12:721-35.

63. Kesibi D, Rotondi M, Edgell H, Tamim H. The association between age at natural menopause and risk of asthma among postmenopausal women from the Canadian Longitudinal Study on Aging. Menopause. 2024;31(12):1069-77.

64. Dunn RM, Busse PJ, Wechsler ME. Asthma in the elderly and late-onset adult asthma. Allergy. 2018;73(2):284-94.

65. International Labour Organization (ILO). Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work. 2018.

66. UN Women. Forecasting time spent in unpaid care and domestic work. 2023.

67. OECD. Gender Equality in a Changing World – Persistent gender gaps in paid and unpaid work. 2025.

68. Bhan N, Glymour MM, Kawachi I, Subramanian SV. Childhood adversity and asthma prevalence: evidence from 10 US states (2009-2011). BMJ Open Respir Res. 2014;1(1):e000016.

69. Ogbu CE, Stouras I, Oparanma CO, Ogbu SC, Umerah C. The Impact of Adverse Childhood Experiences on Asthma Severity in US Adults. Med Sci (Basel). 2024;12(4).

70. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stockl H, Meyer SR, Garcia-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. Lancet. 2022;399(10327):803-13.

71. Ackerson LK, Subramanian SV. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India. Am J Epidemiol. 2008;167(10):1188-96.

72. Apter AJ, Garcia LA, Boyd RC, Wang X, Bogen DK, Ten Have T. Exposure to community violence is associated with asthma hospitalizations and emergency department visits. J Allergy Clin Immunol. 2010;126(3):552-7.

73. Wright RJ. Trauma-Informed Research and Care for Difficult-to-Control Asthma: The Time Is Now! J Allergy Clin Immunol Pract. 2021;9(12):4310-1.

74. Wang E, Simmons B, Holm KE, Alam R, Wamboldt FS. Intimate Partner Violence and Adult Asthma Morbidity: A Population-Based Study. J Allergy Clin Immunol

Dr. Álvaro Rodríguez Lescure.
Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario de Elche. Profesor Asociado del Departamento de Medicina de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Past President de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Fundación Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM).



Dr. Javier Cortés. *Director del International Breast Cancer Center (IBCC) en Barcelona. Miembro del Comité Científico de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO). Socio fundador de Medica Scientia innovation Research (MedSIR). Presidente Fundación Contigo Contra el Cáncer de la Mujer.*



CAPÍTULO 22

Cáncer y mujer



Dra. Eva Ciruelos. *Coordinadora de la Unidad de Cáncer de Mama y Ginecológico del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Profesora Asociada del Departamento de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Miembro de Junta Directiva y Comité Científico del Grupo SOLTI de Investigación en Cáncer de Mama.*



Dr. Pablo Tolosa. *Facultativo Especialista Adjunto en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre. Miembro de la Sociedad Española de Oncología Médica y colaborador en el Comité Científico del grupo SOLTI.*

Prevalencia del cáncer en función del género



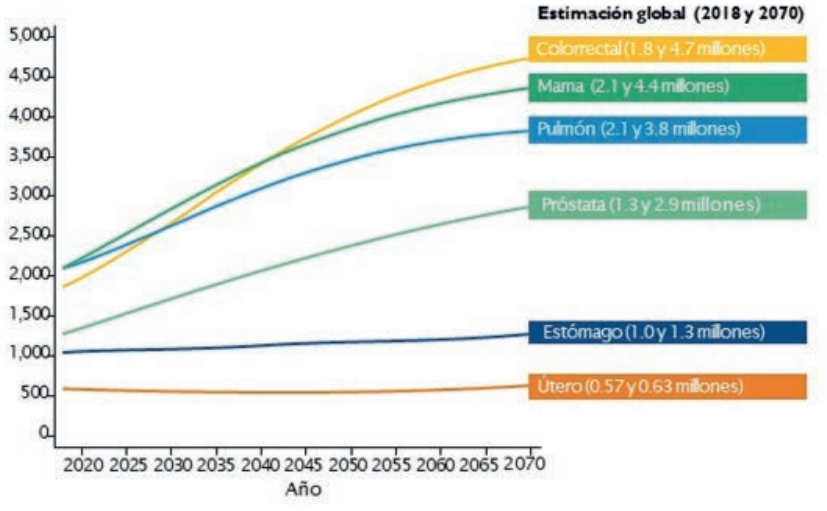
El cáncer es una de las principales causas de muerte y un obstáculo importante para aumentar la esperanza de vida. En todos los países del mundo[1] se atribuyeron aproximadamente 10 millones de defunciones según los últimos datos del observatorio global del cáncer en 2020.[2] La incidencia y la mortalidad por cáncer están aumentando rápidamente en todo el mundo, lo que refleja tanto el envejecimiento y crecimiento de la población como los cambios en la prevalencia y distribución de los principales factores de riesgo de cáncer.[2]

Según las hipótesis de evolución del cáncer, continuando con las últimas tendencias de los tipos de cáncer más comunes en la sociedad, se prevé que se duplique el número de casos estimados para el año 2070, en comparación con el año 2020. Como se puede ver en la Figura 1, el aumento absoluto de la carga mundial del cáncer es elevado pese a los descensos previstos para algunos tipos específicos.[1,2]

Figura 1

Estimación de la evolución global de la incidencia del cáncer desde 2018 a 2070

Traducida de la referencia [1]



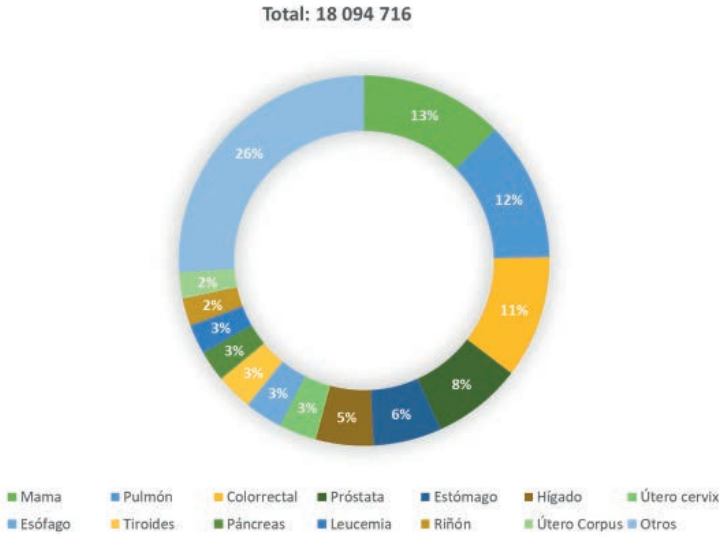
El cáncer de mama es el tipo de cáncer más común entre las mujeres, representa aproximadamente el 24.5 % de todos los casos de cáncer y el 15,5 % de las muertes por cáncer

En términos de incidencia, a nivel global el cáncer de mama es el tipo de cáncer más diagnosticado en 2020 (13 % total de los casos), seguido por el cáncer de pulmón (12 %) y el colorrectal (11 %) (Figura 2).[2]

Figura 2

Número estimado de nuevos casos de cáncer en ambos sexos en 2020 en todo el mundo, todas las edades (excluidos tumores cutáneos no melanoma)

Adaptada y traducida de la Referencia [2]



Si nos centramos en España, el cáncer es también una de las principales causas de morbi-mortalidad: en los últimos años los números de casos de cáncer han seguido aumentando de forma progresiva. En 2022, aparecieron 290.175 nuevos casos, registrándose un 7.33 % más respecto al año 2018. Los tipos de cáncer con mayor incidencia en hombres y mujeres en 2022 fueron los de colon y recto (43.370 nuevos casos), mama (34.750), pulmón (30.948), próstata (30.884) y vejiga urinaria (22.295). En cambio, la frecuencia de tipos de cáncer varía en función del género. Comprender estas disparidades y abordarlas de manera integral es fundamental para mejorar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención en términos de salud.



Debido a su elevado impacto en la sociedad, es muy importante comprender la contribución relativa de los factores de riesgo modificables en la incidencia del cáncer y cómo han evolucionado con el tiempo. Esto es crucial para guiar los esfuerzos de control del cáncer a nivel local y global. Aunque hay diferentes tipos de cáncer en los cuales su prevención es complicada, se pueden implementar medidas a nivel de población para crear entornos que minimicen la exposición a los factores de riesgo conocidos. Estas medidas preventivas son estrategias rentables y efectivas, pero también es necesario respaldarlas con iniciativas de detección temprana y garantizar una capacidad adecuada de diagnóstico y tratamiento del cáncer.[3]

Cáncer de Mama

Introducción a la patología

Entre las mujeres, el cáncer de mama representó aproximadamente el 24.5 % de todos los casos de cáncer y el 15.5 % de las muertes por cáncer, ocupando el primer lugar en incidencia y mortalidad en la mayoría de los países del mundo en 2020.[1] Además, es la quinta causa de muerte por cáncer en el mundo, con aproximadamente 2.3 millones de casos y 685.000 muertes estimadas en 2020.[1,2]

En España el cáncer de mama es uno de los principales problemas de salud entre las mujeres. Según los datos disponibles, en el año 2022 se diagnosticaron alrededor de 34.750 nuevos casos de cáncer de mama en mujeres, representando aproximadamente el 30% de todos los casos de cáncer femenino en el país (Figura 3).[2] Se estima que alrededor de una de cada ocho mujeres desarrollará cáncer de mama a lo largo de su vida.[5] En el caso de los hombres, datos globales apuntan a que el cáncer de mama afecta a un hombre por cada 100 mujeres.[6]

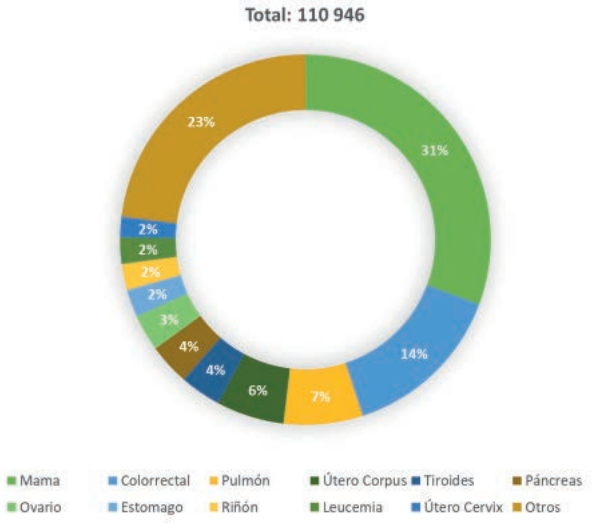
La incidencia del cáncer de mama muestra una marcada diferencia de género. Las mujeres tienen un riesgo significativamente mayor en comparación con los hombres. Esto se debe a las características biológicas propias de las mujeres, como la presencia de tejido mamario funcional y la exposición hormonal a lo largo de su vida, principalmente durante el intervalo de tiempos que transcurre entre la menarquia y la menopausia. Estos factores hormonales pueden influir en el desarrollo y crecimiento de células cancerosas en la mama.

La tasa de supervivencia en el cáncer de mama ha aumentado significativamente en todo el mundo en las últimas décadas. Comprender los aspectos diferenciales por género en relación con el cáncer de mama es fundamental para mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, así como reducir su impacto en la sociedad.

Figura 3

Número estimado de nuevos casos diagnosticados de cáncer en mujeres en 2020 en España, todas las edades (excluidos tumores cutáneos no melanoma)

Adaptada y traducida de la Referencia[1]



Factores de riesgo

Existen diversos factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar cáncer de mama. Aunque es importante tener en cuenta que más del 50% de las mujeres diagnosticadas no presentan factores de riesgo identificables o significativos. Sin embargo, es posible estimar el riesgo individual de cáncer de mama en una mujer utilizando modelos validados de evaluación de riesgo, y es probable que la precisión de estos modelos siga aumentando con el tiempo.[3]

Estos factores de riesgo pueden clasificarse según factores genéticos y no genéticos (edad, factores reproductivos, niveles de estrógeno y estilo de vida). En la Tabla 1 se recogen los factores de riesgo relativo más significativos del cáncer de mama, clasificados según su relevancia.[2]

Tabla 1

Factores de riesgo relevantes relacionados con el cáncer de mama

Relevancia relativa baja	- Consumo de alcohol - Menarquia precoz (<12 años) - Edad tardía del primer embarazo (>35 años) - Menopausia tardía (>55 años)
Relevancia relativa moderada	- Niveles elevados de estrógeno endógeno o testosterona en la posmenopausia - Radiación torácica de alta dosis - Antecedentes familiares
Relevancia relativa alta	- Edad avanzada (>65 años) - Hiperplasia atípica

Los factores de riesgo no genéticos más diferenciales en aspecto de género son los relacionados con la edad de la mujer en el primer parto, el número de hijos, la duración de la lactancia materna, y la edad de menarquia y menopausia.[9]

La introducción de la mujer en el mundo laboral ha provocado una reducción de la natalidad y, a menudo, se produce con mayor edad, lo que también aumenta el riesgo relativo de cáncer de mama. Tener hijos antes de los 35 años "brinda una protección" a largo plazo contra el cáncer de mama, siendo especialmente importante la edad del primer parto. Si la mujer tiene menos de 20 años, el riesgo a largo plazo se reduce en un 70% en comparación con las mujeres nulíparas. A medida que aumenta la edad en el primer parto, se pierde progresivamente la protección a largo plazo asociada con la paridad, y, para aquellas mujeres que comienzan a tener hijos después de los 35 años, el riesgo de cáncer de mama es mayor que para las mujeres nulíparas.[36] Además, en relación con la lactancia materna, por cada 12 meses de lactancia hay una reducción del riesgo relativo de cáncer de mama de, aproximadamente, el 4%.[37] Es importante destacar que la protección conferida por la lactancia materna no se limita al cáncer de mama positivo para RE. Las tasas actuales de lactancia materna son mucho más bajas que las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece que se debe amamantar durante los primeros 6 meses de vida con lactancia materna continua, y alimentos complementarios hasta los 2 años de edad o más.[27] Por ello es importante fomentar la concienciación sobre la lactancia materna en la evaluación del riesgo de cáncer de mama, y promover intervenciones para aumentar las tasas y la duración de la misma.

La edad de menarquia ha disminuido desde siglo XIX hasta la actualidad, de los 17 a los 12 años.[38] El riesgo relativo de cáncer de mama aumenta un 5 % por cada año que la menarquia se adelanta en la mujer.[39] Otro grupo de factores conocidos con una alta implicación en la reducción de la edad de aparición de la menarquia son: la exposición gestacional al humo del cigarrillo, la dieta y el estado psicológico al aumento de peso materno.[40,41] Por otro lado, una edad más avanzada en la menopausia se asocia con un aumento del 2.9 % en el riesgo relativo de cáncer de mama, por cada año de retraso en comparación con la edad media de la menopausia natural.[39] Se ha producido un aumento de 2 años en la edad de la menopausia desde 1900 hasta la actualidad, lo que podría conllevar un aumento moderado del 6 % en el riesgo relativo de cáncer de mama.[42] El momento de la menopausia parece verse afectado por el estatus socioeconómico, la paridad de género, el uso de la píldora anticonceptiva oral y el tabaquismo.[43]

Nuestro estilo de vida es un factor de riesgo relativo complejo, que abarca muchos aspectos diferentes además de los mencionados, como son: la actividad física, hábitos alimenticios y de consumo de alcohol, estrés y salud mental.

Dentro de nuestros hábitos alimenticios, una dieta rica en grasas saturadas y el consumo de alcohol afectan al posible desarrollo de cáncer.[10] Muestran que las personas que consumían de 5 a 10 g de alcohol al día (es decir, de 3 a 6 copas de vino por semana) tenían un 15% más de probabilidades de desarrollar cáncer de mama que las abstemias, y aquellas que consumían al menos 30 g al día (es decir, al menos 2 bebidas al día) tenían un 50 % más de probabilidades.[44] En el caso de los hombres, el exceso de consumo de alcohol puede producir una afección en el hígado. Entre las diferentes afecciones, la cirrosis del hígado puede reducir la cantidad de hormonas masculinas y aumentar las femeninas, incrementando el riesgo de cáncer de mama.

Otro factor importante dentro de nuestro estilo de vida es la poca actividad física, que como se ha observado en relación con una dieta poco equilibrada, puede provocar un aumento del riesgo de padecer cáncer. La actividad física moderada o intensa se asocia con, aproximadamente, un 20 % menos de riesgo relativo de cáncer de mama al comparar a personas con mayor

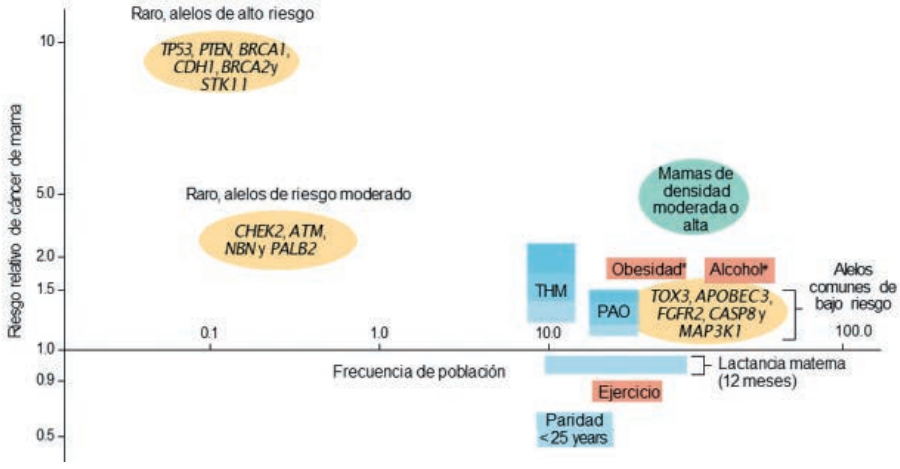
actividad con las que son menos activas.[11] Basándose en estos hallazgos, la Organización para la Investigación del Cáncer ha concluido que la actividad física, probablemente, protege frente al cáncer de mama.

Dentro de los factores de riesgo genéticos, además de los genes BRCA 1 y BRCA2, cuyas mutaciones se asocian, en promedio, con un riesgo del 70% de desarrollar cáncer de mama a partir de los 80 años,[45] otros genes con una moderada o alta predisposición genética a desarrollar cáncer de mama están recogidos en la Figura 6, junto a otros factores de riesgo no genéticos.[12]

Figura 6

Riesgo debido a factores genéticos y no genéticos

Adaptada y traducida de la Referencia[11]



La frecuencia poblacional (de los modificadores genéticos y no genéticos del riesgo de cáncer de mama) se muestra con sus efectos sobre, o asociaciones con, el riesgo relativo (RR) de cáncer de mama. Muestran los alelos raros de alto riesgo, así como los alelos raros de riesgo moderado que se considera que tienen pruebas suficientes para apoyar su asociación. *Sólo a la obesidad posmenopáusica. **Referencia a 2 vasos de alcohol al día, el nivel medio de consumo en el 72% de la población de índice sociodemográfico alto. THM: terapia hormonal sustitutiva; PAO: píldora anticonceptiva oral.

Varios estudios han demostrado una asociación entre los factores de riesgo establecidos para el cáncer de mama y cada subtipo de la enfermedad. Sin embargo, el historial familiar es un factor de riesgo consistente en todos los subtipos.[13]

En relación con el cáncer de mama en hombres, los factores de riesgo y parámetros pronósticos son similares a los encontrados en mujeres, encontrando pequeñas diferencias en características patológicas. La edad y los antecedentes familiares también aumentan el riesgo de cáncer de mama en hombres, al igual que los factores que generan desequilibrios hormonales como un exceso relativo de estrógenos, síndrome de Klinefelter, los tratamientos hormonales y la obesidad. Además, ciertas lesiones y tumores testiculares, como la parotiditis, la criptorquidia y las neoplasias testiculares, también se consideran factores de riesgo para el cáncer de mama masculino.[14,15]

Es importante continuar investigando y profundizando en la comprensión de los factores de riesgo relacionados con el cáncer de mama, tanto en hombres como en mujeres, para desarrollar estrategias de prevención y control más efectivas.

A medida que se descubren nuevas alteraciones genéticas y se identifican biomarcadores adicionales, es posible que se introduzcan nuevos subtipos o se redefinan los existentes

Aspectos clínicos (prevalencia, tipos de cáncer, mortalidad, etc.)

Actualmente, el cáncer de mama es el tipo de cáncer con mayor prevalencia a los 5 años; 137.270 mujeres en 2020 en España vivían con cáncer de mama. Sin embargo, el cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres en todo el mundo.[2]

A grandes rasgos existen, además de los tumores del área hematológica, dos grandes tipos de tumores malignos: los sarcomas, derivados de células del tejido de sostén, y los carcinomas, originados en el epitelio. El cáncer de mama se origina, en la mayoría de los casos, en las células que recubren el epitelio mamario, por lo que se clasifica dentro de los carcinomas. Existen numerosos subtipos de cáncer de mama, lo que dificulta su comprensión y tratamiento. El cáncer de mama es un tipo de cáncer altamente heterogéneo.

Dentro de los carcinomas infiltrantes de mama, se puede realizar una clasificación molecular, basándose en el análisis de los marcadores genéticos y moleculares presentes en las células cancerosas. Los estudios del inmunofenotipo de cada tumor son fundamentales en la clasificación molecular del cáncer de mama. Estos estudios clasifican los diferentes subtipos moleculares teniendo en cuenta, básicamente, la expresión de distintos receptores y características de agresividad celular. Se ha observado que estos biomarcadores son marcadores pronósticos y predictivos importantes para el tratamiento. La clasificación molecular del cáncer de mama se basa en los resultados de la tinción inmunohistoquímica (IHC) para los receptores hormonales de estrógeno (RE) y progesterona (RP), así como el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2, por sus siglas en inglés, human epidermal growth factor receptor 2). En algunos casos, se utiliza la confirmación del estado del HER2 mediante hibridación in situ (ISH).[16–18] La presencia o ausencia de estos receptores hormonales y del receptor HER2 en las células cancerosas abre la puerta a poder redefinir subtipos específicos de cáncer de mama. Estas características moleculares distintivas permiten optimizar las opciones de tratamiento y mejorar así el pronóstico del paciente.[3,17]

Es importante destacar que la clasificación por fenotipos del cáncer de mama se encuentra en constante evolución. A medida que se descubren nuevas alteraciones genéticas y se identifican biomarcadores adicionales, es posible que se introduzcan nuevos subtipos o se redefinan los existentes. Estos avances en la clasificación molecular tienen el potencial de mejorar la precisión en el diagnóstico, así como en la selección y personalización de tratamientos para los pacientes con cáncer de mama. El RE es uno de los determinantes diagnósticos más importantes; aproximadamente el 70-75 % de los carcinomas de mama invasivos se caracterizan por tener expresión de RE.[19,20] El RP se expresa en más del 50 % de los pacientes con RE positivo, y, muy raramente, en aquellos con cáncer de mama RE negativo. Tanto el RE como el RP se expresan abundantemente en las células de cáncer de mama y ambos se consideran biomarcadores diagnósticos y pronósticos del cáncer de mama.[16] La sobrexpresión de HER2 representa aproximadamente el 15-20 % de los cánceres de mama, y su nivel de expresión es relevante en la elección del tratamiento adecuado.[22] La amplificación de HER2 conduce a una sobreactivación aumentada de las vías de señalización proto-oncogénicas, lo que se corresponde con peores resultados clínicos en los casos de cáncer de mama HER2 positivo y un período libre de enfermedad significativamente más corto, en ausencia de tratamientos específicos.[23]

Además, el antígeno Ki-67 es un excelente indicador para proporcionar información sobre la proliferación celular de cada subtipo de tumor. Este marcador refleja la agresividad del cáncer, y se correlaciona con la respuesta al tratamiento y el tiempo hasta la recurrencia.[24] Por lo tanto, el Ki-67 permite a optimizar la elección del tratamiento más adecuado.

La correcta clasificación molecular de los tumores de cáncer de mama es imprescindible para categorizar correctamente a los pacientes que pueden beneficiarse de terapias dirigidas, como la terapia hormonal y la terapia anti-HER2. La investigación de nuevos biomarcadores pronósticos ayuda al desarrollo de nuevas terapias para subtipos individuales de cáncer de mama.

En base a lo anteriormente expuesto, la clasificación actual del cáncer de mama incluye, básicamente 4 grandes subtipos tumorales: luminal A, luminal B, HER2 y la ausencia de los anteriores, el cáncer de mama triple negativo o TNBC (por sus siglas en inglés, triple negative breast cancer):

El cáncer de mama luminal A, se caracteriza por la presencia generalizada de RE y receptor de progesterona RP y la ausencia de proteínas HER2 en la superficie celular, además de presentar normalmente una baja expresión del marcador de proliferación celular Ki-67 (menos del 20 %). Clínicamente, es un subtipo asociado a un crecimiento lento y con mejor pronóstico biológico, además de una menor incidencia de recaída y mayor tasa de supervivencia. Estos carcinomas presentan una alta tasa de respuesta a la terapia hormonal y un beneficio más limitado a la quimioterapia.[25]

El cáncer de mama luminal B, es generalmente positivo para RE y negativo para RP, además de estar asociado con una alta expresión de Ki-67 (superior al 20 %). El alto nivel de Ki-67 hace que crezca más rápido que el luminal A y tengan un peor pronóstico. Estos tumores también se pueden beneficiar de la terapia hormonal junto con la quimioterapia.[26]

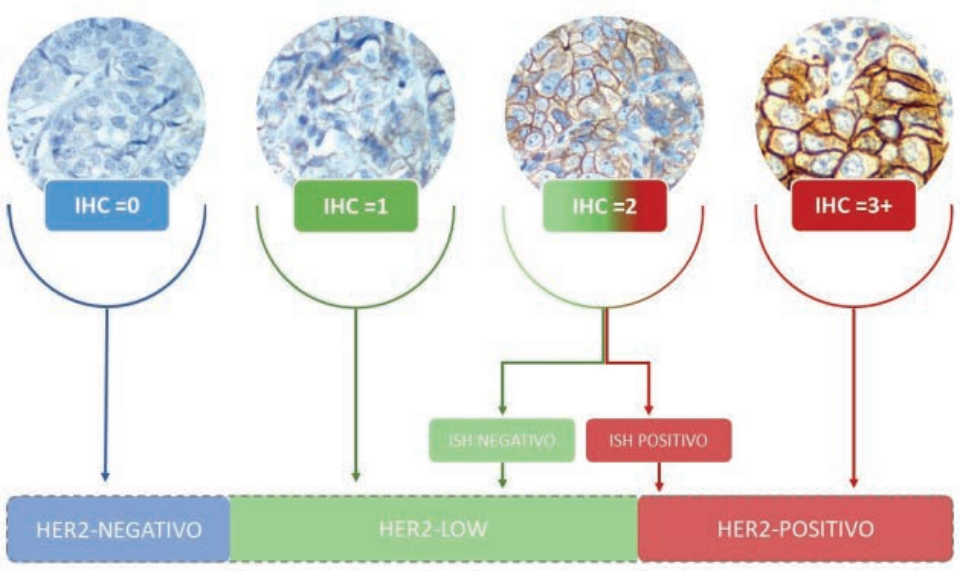
Los tumores con sobreexpresión de HER2 (o HER2+), constituye del 15 al 20 % de los cánceres de mama y se caracteriza por una alta expresión de HER2 (IHC 3+ o ICH 2+/ ISH positivo) con independencia de RE y RP.[22] Tienen un crecimiento más rápido en comparación con los tumores luminales y su pronóstico se ha visto optimizado tras la introducción de terapias dirigidas contra HER2.

Además, la heterogeneidad y el nivel de expresión de HER2 puede variar, y, pese a que el diagnóstico convencional diferenciaba únicamente entre tumores HER2 positivos y negativos, los recientes resultados de nuevos ADCs han generado la necesidad de actualizar esta clasificación debido a la actividad clínica observada tanto en el cáncer de mama HER2 positivo clásico, como en tumores que poseen niveles bajos o moderados de expresión de HER2, también conocidos como HER2-low (IHC 1+ o IHC 2+/ISH negativo) (Figura 4). Los pacientes con tumores clasificados como IHC 0 a 1+ e IHC 2+ ISH negativo, se consideraban HER2 negativos, ya que no se beneficiaban de los tratamientos anti-HER2 convencionales. Sin embargo, estos recientes avances en los anticuerpos conjugados a fármacos anti-HER2 como trastuzumab deruxtecán abren nuevas opciones terapéuticas para el cáncer de mama con baja expresión de HER2.[27]

La correcta clasificación molecular de los tumores de cáncer de mama es imprescindible para categorizar correctamente a los pacientes que pueden beneficiarse de terapias dirigidas, como la terapia hormonal y la terapia anti-HER2

Figura 4

Nuevo algoritmo anatomopatológico para la identificación de pacientes con cáncer de mama HER2-positivo, HER2-Low y HER2-negativo mediante la tinción inmunohistoquímica (IHC) y la hibridación in situ (ISH)



Los cánceres de mama HER2-Low representaron hasta el 55% de todos los cánceres de mama, y se encontraron en una proporción mayor en los cánceres luminales que en los TNBC. Estos cánceres HER2-Low pueden ser heterogéneos, constituyendo un espectro de cánceres con diferentes grados de expresión de HER2 y estado de los receptores hormonales.[22]

Por último, el TNBC, constituye aproximadamente el 20% de todos los cánceres de mama. El subtipo de TNBC se puede subclasificar aún más en varios subgrupos adicionales, incluyendo basal-like, claudin-low, mesenquimal, luminal de receptor de andrógeno e inmunomodulatorio, siendo los dos primeros los más frecuentes, con un 50-70% y un 20-30% de los casos, respectivamente.[28]

Es importante destacar cómo los subtipos HER2 y TNBC tienen un mayor riesgo de propagación a otros órganos y partes del cuerpo como ganglios linfáticos, huesos, hígado y pulmón debido a su agresividad en comparación con los tumores con receptores hormonales positivos desde un punto de vista biológico, sin considerar los tratamientos específicos.[28,29]

Diagnóstico y tratamiento

La clasificación y diagnóstico molecular del subtipo de cáncer de mama es clave en el tratamiento y pronóstico del mismo. Identificar un determinado conjunto de marcadores tumorales permite ser utilizado como base de tratamiento nuevos fármacos dirigidos a estas alteraciones moleculares subyacentes, las cuales se encuentran asociadas al crecimiento celular incontrolado. Por otro lado, la estadificación del tumor nos permite estimar el pronóstico y la supervivencia de los pacientes.[21] La estadificación del tumor nos informa sobre su tamaño y diseminación y ayuda al médico a planificar el mejor tratamiento. Esto puede incluir elegir un tipo de cirugía y si se debe utilizar quimioterapia o radioterapia, o no. Se clasifica en estadíos del I al IV, siendo el

estadío 0 curable y localizado en el lugar donde se inició, mientras que el estadío I no ha crecido en los tejidos adyacentes y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos ni a otras partes del cuerpo. A menudo se le denomina cáncer en estadío temprano. Los estadíos II y III son cánceres que han crecido más profundamente en los tejidos adyacentes. También es posible que se hayan diseminado a los ganglios linfáticos, pero no a otras partes del cuerpo. En el estadío IV el cáncer se ha diseminado a otros órganos o partes del cuerpo. También se le puede denominar cáncer avanzado o metastásico. El sistema de clasificación conocido como TNM, cataloga los tumores según el tamaño del tumor primario (T), la diseminación a los ganglios linfáticos (N) y la presencia de metástasis con una diseminación a otras partes distantes del cuerpo (M).

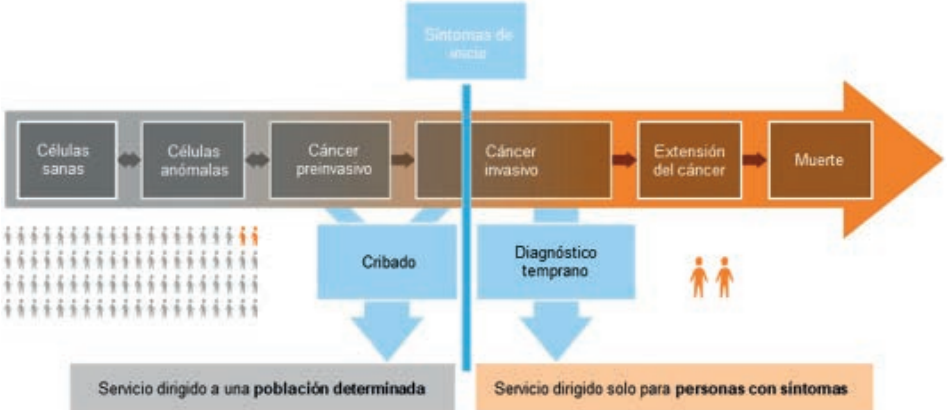
Un diagnóstico precoz que permita identificar la enfermedad en estadíos tempranos está asociado con mejores resultados y mayores tasas de supervivencia. La tasa de supervivencia relativa a los 5 años es alrededor del 91 %.[1] Es importante mencionar que entre un 6-10 % de los nuevos casos diagnosticados se producen en un estadío metastásico, lo que significa que desde el diagnóstico inicial el tumor ya se ha diseminado a otras partes dispares del cuerpo. Es conocido como cáncer de mama metastásico de novo, y representa un desafío adicional en términos de tratamiento y pronóstico. Por ello es fundamental desarrollar enfoques terapéuticos efectivos para su abordaje y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama metastásico, además de aumentar el conocimiento y concienciación general entre la población sobre esta etapa avanzada de la enfermedad, ya que se estima que actualmente en torno a un 30 % de los pacientes experimentarán recurrencia metastásica.[30]

Indudablemente, a falta de prevención, el elemento pronóstico más importante para el cáncer de mama es un diagnóstico temprano. Es importante destacar que, según el conocimiento actual sobre las causas del cáncer, la mayoría de las estrategias preventivas recomendadas (reducción del tabaquismo, de exposiciones ocupacionales y de contaminación atmosférica, entre otras) no se aplican específicamente al cáncer de mama. La detección temprana del cáncer de mama debe considerar dos escenarios clínicos: el diagnóstico se realiza mediante una prueba de detección que identifica la enfermedad antes de la aparición de síntomas en un paciente, como sería mediante una mamografía de cribado o, alternativamente, es el resultado de la investigación temprana de una detección por parte del paciente en un hallazgo en un examen físico (Figura 5).[31]

Figura 5

Distinción entre cribado y diagnóstico precoz, ilustrado en función del inicio de los síntomas

Adaptada de la referencia[31]



La detección tardía del cáncer de mama es más frecuente en los países con índices de riqueza económica poblacional bajos y medios. La evidencia disponible indica que el 70 % de los pacientes con cáncer de mama en países con altos ingresos se presentan en estadíos I-II, mientras que, consistentemente, menos del 50 % de los diagnosticados en países de ingresos bajos y medios se detectan en etapas tempranas.[35] Las mamografías de cribado reducen la proporción de diagnósticos en etapas más avanzadas y la mortalidad. Estos programas de detección precisan de recursos económicos y de personal cualificado para llevarse a cabo, ya que involucran a un gran número de pacientes. El cribado del cáncer de mama en España se remonta al año 1990, sin embargo, no es hasta el año 2006 cuando se incluye en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Actualmente, todas las comunidades autónomas cuentan con un programa de cribado de cáncer de mama, coordinado a través de la Red de Programas de Cribado de Cáncer y por el Ministerio de Sanidad. Las mujeres deben acudir a sus citas de los programas de prevención, y, en caso de no recibir dicha cita, reclamarlo a su centro de salud. Este adelanto diagnóstico junto con los avances terapéuticos ha permitido aumentar la supervivencia de este tumor tan frecuente en las mujeres.[36]

Sin embargo, menos de la mitad de los cánceres de mama son diagnosticados actualmente a través del cribado, incluso en los programas más efectivos.[1] Es por ello que es necesario ampliar y mejorar los programas actuales de cribado para una correcta detección temprana en España. En mujeres con riesgo medio de padecer cáncer de mama, los intervalos de estos cribados tienen diferentes recomendaciones para cada grupo de edad. La Sociedad Europea de la Imagen de la Mama junto con otros organismos nacionales europeos de radiología, recomiendan como primera prioridad en estas mujeres entre los 50-69 años el cribado a través de la mamografía bienal; como segunda prioridad, la extensión de esta mamografía bienal hasta los 75 años, y, como tercera prioridad, la extensión desde los 40 o 45 años de forma anual.[37]

Una vez que se establezcan servicios de alta calidad y accesibles para diagnosticar y tratar enfermedades clínicamente aparentes, se puede considerar la detección temprana que garantice un diagnóstico temprano efectivo para todas las personas. No obstante, si se introduce un programa de cribado en un sistema de atención médica que no está equipado para diagnosticar y tratar las anomalías que detecta, el programa no tendrá éxito y podría ser contraproducente.

Por otro lado, el diagnóstico temprano mediante la evaluación adecuada de pacientes sintomáticos es muy importante. Como primer paso, aumentar la concienciación y la educación sanitaria del paciente son objetivos iniciales alcanzables en todos los escenarios. Se deben diseñar e implementar programas culturalmente conscientes y adaptados a los recursos con la participación de autoridades, expertos locales y médicos comprometidos. Al mismo tiempo, la educación y capacitación del personal sanitario son aspectos vitales a considerar con el objetivo de evitar retrasos en el diagnóstico de los pacientes. Un segundo paso que requiere atención específica y demanda organización, recursos y capacitación, es el acceso y calidad de los procedimientos diagnósticos iniciales, donde la anatomía patológica tiene un papel imprescindible. Es necesario tener un acceso generalizado en los diferentes hospitales a las nuevas pruebas diagnósticas, además de una comunicación efectiva entre los especialistas a lo largo de todo el proceso.

Los principales obstáculos que impiden acceder a una adecuada atención médica incluyen factores de infraestructura, socioculturales, personales y financieros. La evidencia indica que las mayores demoras en este diagnóstico precoz pueden no estar relacionadas con el conocimiento sanitario del paciente ni estigmas culturales relacionados con el cáncer, sino relacionados con disparidades en la atención médica, como el acceso y la calidad de la atención médica disponible en cada región.[5]

El aumento de la inversión, mejora de la formación y comunicación entre los profesionales sanitarios puede prevenir las demoras en el diagnóstico y, por ende, una detección temprana de la enfermedad, aumentando tanto las posibilidades de tratamiento como de supervivencia del paciente. En este caso, también es importante enfocar los esfuerzos en la concienciación sanitaria de los hombres en este autodiagnóstico, para disminuir en gran medida los altos porcentajes de cáncer de mama avanzados o metastásicos en hombres; la edad promedio en el momento del diagnóstico de cáncer de mama es, aproximadamente, 5 años mayor en hombres que en mujeres (67 años en hombres frente a 62 años en mujeres) y su diagnóstico tardío produce una clara disminución de las probabilidades de supervivencia.[8]

Gracias a los avances en la tecnología genómica, ahora es posible analizar el perfil genético completo de las células cancerosas. El cáncer de mama es una neoplasia altamente heterogénea y presenta una elevada variabilidad intertumoral, debido a las numerosas diferencias clínicas e histológicas entre los diferentes tipos de cáncer de mama, así como una elevada variabilidad intratumoral, percibida al analizar las características anatomopatológicas y genómicas entre el tumor inicial y la recidiva de la enfermedad (logo-regional o a distancia). Los tratamientos más utilizados hasta la fecha dependen del estadío del cáncer y las características del tumor (presencia o ausencia de receptores hormonales y/o proteína HER2).

En la etapa temprana el objetivo principal es eliminar el cáncer y prevenir su reaparición. Los tratamientos comunes para esta etapa incluyen: en primer lugar, un tratamiento local, cirugía, para la eliminación del tumor. Después de la cirugía, es posible que se administre radioterapia para destruir las células cancerosas que podrían haber quedado en la glándula mamaria. Para poder realizar la intervención quirúrgica se tiene en cuenta el tamaño del tumor y la relación entre éste y el volumen de la mama. En caso de un tumor tenga un tamaño mayor de 2 cm y/o sobreexpresión de receptores hormonales positivos y/o proteína HER2, es aconsejable realizar un tratamiento neoadyuvante previo para la reducción del tamaño de este. Entre los diferentes fármacos utilizados como terapia (neo)adyuvante destacan:

Quimioterápicos como por ejemplo las antraciclinas (doxorrubicina y la epirubicina), los taxanos (paclitaxel y el docetaxel) y los platinos (cis-platino o carboplatino).

La terapia hormonal es una parte fundamental en el tratamiento del cáncer de mama que es positivo para el RE y/o el RP, ya que estos tipos de tumores dependen en gran medida de las hormonas sexuales, especialmente del estrógeno, para su crecimiento y desarrollo. La elección del tratamiento hormonal varía según si la paciente es pre- o postmenopáusica y el estadiaje de la enfermedad. En el caso de las pacientes premenopáusicas, se suele recurrir al tamoxifeno, un modulador selectivo del receptor de estrógeno (SERM). Por otro lado, en las pacientes postmenopáusicas, se utilizan inhibidores de la aromatasa, como el letrozol, el anastrozol y el exemestano. Además, para pacientes con cáncer de mama RE-positivo avanzado o metastásico, se utilizan inhibidores de ciclo celular dependientes de quinasa (iCDK), como el palbociclib, el ribociclib y el abemaciclib, en combinación con la terapia hormonal para mejorar significativamente la supervivencia y la calidad de vida.

El aumento de la inversión, mejora de la formación y comunicación entre los profesionales sanitarios puede prevenir demoras en el diagnóstico y, por ende, una detección temprana de la enfermedad, aumentando tanto las posibilidades de tratamiento como de supervivencia del paciente

Si el tumor es del subtipo HER2, como tratamiento (neo)adyuvante se pueden utilizan tanto agentes quimioterápicos como fármacos dirigidos (trastuzumab y pertuzumab). En el caso del TNBC, como agentes quimioterápicos pueden destacar las antraciclinas, los taxanos y los platinos. Últimamente la inmunoterapia se ha posicionado como una estrategia terapéutica activa para estas pacientes.

Entre los tratamientos para pacientes con cáncer de mama avanzado o metastásico (estadío IV) también se pueden considerar la cirugía como terapia local cuando estos tumores son tratables, extirpándolos de otros lugares donde hayan podido diseminarse.

La primera opción de tratamiento para los pacientes de cáncer de mama luminal se encuentran los fármacos inhibidores de CDK4/6 como, por ejemplo: palbociclib, ribociclib, y abemaciclib en combinación con la terapia endocrina.[41] Sin embargo, cuando se produce un inminente fallo orgánico la quimioterapia es la elección preferencial.

El tratamiento estándar en primera línea para pacientes con tumores de mama HER2+ es la combinación de trastuzumab, pertuzumab y docetaxel. Recientemente, con la introducción de trastuzumab deruxtecán, el abanico de tratamientos se ha visto aumentado, siendo este tratamiento la terapia estándar en segunda línea. Un aspecto de especial relevancia es la afectación cerebral, relativamente común en pacientes con sobreexpresión de HER2 y estadío IV, en el cual el tratamiento depende de si las metástasis se encuentran activas, de la cantidad de las mismas, de la afectación extracraneal y de los tratamientos locales previos. En este contexto, fármacos como tucatinib o trastuzumab deruxtecán han demostrado una actividad notable.[42]

Para los pacientes con TNBC el tratamiento preferencial es la quimioterapia. Sin embargo, la optimización de la mejor estrategia terapéutica depende de la positividad de distintos biomarcadores, sobre todo PD-L1 y la presencia/ausencia de mutaciones del gen BRCA 1/2 (gBRCAm). Entre los fármacos aprobados este tipo de subtipo de cáncer de mama se encuentran la combinación de atezolizumab + nab-paclitaxel; pembrolizumab + paclitaxel (PD-L1 +), olaparib y talazoparib (gBRCAm), entre otros. La progresión a estos tratamientos quimioterápicos abre la puerta a la introducción de los inmunoconjugados (ADCs, del inglés antibody-drug conjugates); en este caso el sacituzumab govitecán es el tratamiento preferencial tras una o dos líneas de quimioterapia previas.

Abordaje de la patología metastásica: presente y futuro (nuevos enfoques de tratamiento e investigaciones futuras)

Desde 2019, destaca la cantidad de ADCs en investigación, que suponen un cambio en el abordaje del cáncer con la introducción de alguno de ellos en la práctica clínica. Estas nuevas terapias dirigidas contra biomarcadores específicos han creado la necesidad de actualizar las guías de tratamiento y manejo de los efectos adversos, además de aumentar de forma significativa los tiempos de supervivencia de estos pacientes. Aunque en la actualidad su aplicación principal está enfocada en etapas más tardías de la enfermedad, su desarrollo e investigación clínica continúa en etapas más tempranas de la enfermedad con pacientes que han recibido menos líneas de tratamiento.[43] Del mismo modo, las terapias con células T, inmunoterapia con inhibidores de puntos de control, terapias dirigidas para mutaciones genéticas, inmunoterapia mediante vacunas y terapia de radionucleidos, son otros de los nuevos tratamientos novedosos en investigación o aprobados para el tratamiento de los diferentes subtipos de cáncer de mama.[43–45]

El desarrollo y posterior aprobación de trastuzumab en el 2000, fue un cambio en el paradigma de los pacientes. En 2013 se aprobó el primer ADC para el tratamiento del cáncer de mama metastásico HER2+, trastuzumab emtansina,[46]. Este ADC de segunda generación permitió mejorar la supervivencia de los pacientes y fue el inicio del uso de

ADCs como terapias de tratamiento del cáncer de mama. Posteriormente han surgido nuevos ADCs de tercera generación como trastuzumab deruxtecán. En 2022, este ADC produjo un cambio en el paradigma de tratamiento en segunda línea. A diferencia de trastuzumab emtansina, trastuzumab deruxtecán posee un enlace escindible. La escisión del citotóxico lo permite difundir a través de la membrana celular e introducirse en las células cancerosas vecinas, independientemente de su expresión de HER2, produciendo el denominado efecto bystander.[50] Trastuzumab deruxtecán se presenta como una nueva alternativa terapéutica de gran eficacia, llegando a cuatriplicar los meses sin progresión de la enfermedad, provocando un cambio en el paradigma desplazando a trastuzumab emtansina en la segunda línea de tratamiento para el cáncer de mama HER2 positivo en el contexto metastásico.[47]

En enero de 2023, la EMA aprobó una nueva indicación de trastuzumab deruxtecán para pacientes con cáncer de mama HER2-low no resecable o metastásico (IHC 1+ o IHC 2+/ ISH-) que han recibido quimioterapia previa en el entorno metastásico o han desarrollado recurrencia de la enfermedad durante o dentro de los seis meses posteriores a la finalización de la quimioterapia adyuvante a raíz de los resultados obtenidos en el ensayo clínico DESTINY-Breast04.[48] Este nuevo cambio en el paradigma permite a este grupo de pacientes poder beneficiarse de tratamientos dirigidos contra este biomarcador. Esto supone un cambio en la forma de clasificar y diagnosticar el subtipo molecular; por ello, el correcto diagnóstico y trabajo multidisciplinar entre patólogo y oncólogo permite, no solo aumentar la supervivencia de estos pacientes, sino también su calidad de vida. Un ejemplo representativo del cambio en el abordaje ha sido los grandes esfuerzos realizados en la formación de patólogos y programas de garantía de calidad para lograr una alta concordancia en los tumores con sobreexpresión de HER2, que ahora es de hasta el 92 %.

No obstante, no sólo los tratamientos mediante ADCs han tenido un alto impacto en el cáncer de mama HER2+; tratamiento con inhibidores de la tirosina quinasa como lapatinib o tucatinib han demostrado eficacia en enfermedad metastásica, incluso con afectación del sistema nervioso central (SNC), que son un desafío clínico importante para los pacientes con cáncer de mama metastásico HER2 positivo.[49]

Del mismo modo, en los últimos años la aprobación de nuevos fármacos para los subtipos luminal y TNBC se ha visto incrementado. Entre los diferentes tratamientos novedosos se puede destacar sacituzumab govitecán. Este ADC dirigido a TROP2 posee dos indicaciones terapéuticas, para el tratamiento de pacientes adultos con TNBC que hayan recibido dos o más tratamientos sistémicos previos, incluido al menos uno de ellos para la enfermedad avanzada. También este ADC está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama irresecable o metastásico con receptores hormonales positivos, HER2 negativo, que hayan recibido tratamiento basado en terapia endocrina y al menos dos terapias sistémicas adicionales en el contexto avanzado.

En desarrollo clínico se encuentran otro ADC con gran potencial dirigido a TROP2, datopotamab deruxtecán. El ensayo en fase I TROPION-PanTumor01 muestra una eficacia clínica alentadora y duradera en pacientes con cáncer de mama no resecable o metastásico, con RH positivos y HER2-low (IHC 1+ o IHC 2+/ISH-), o HER2 negativo (IHC 0), que habían recibido múltiples tratamientos previos. Además, el estudio TROPION-Breast01 evalúa el uso de datopotamab deruxtecán en tumores luminales en estadíos avanzados tras al menos una quimioterapia previa en estadío temprano. De la misma manera, patritumab deruxtecán posee el mismo citotóxico que trastuzumab deruxtecán, pero su diana de tratamiento es la proteína HER3, ampliando los posibles biomarcadores de elección. Estudios moleculares y funcionales exhaustivos han revelado la compleja biología y heterogeneidad del cáncer de mama triple

negativo y han permitido la identificación de alteraciones moleculares asociadas con estos tipos de cáncer. Es importante destacar que algunas de estas vías de señalización clave pueden ser objetivo de terapias que ya han sido aprobadas o están en desarrollo clínico. Entre estos se encuentran los inhibidores del PARP (olaparib y talazoparib) y los inhibidores de AKT (ipatasertib y capivasertib).

En los últimos años, el tratamiento de los pacientes con cáncer de mama avanzado con receptores de estrógeno positivos (RE+) ha mejorado significativamente gracias a una mejor comprensión de la biología molecular de la enfermedad y de la resistencia endocrina, así como a los tratamientos dirigidos recientemente disponibles, como los inhibidores de CDK 4/6 y PIK3CA, que mejoran significativamente los resultados. El uso de biopsias repetidas o evaluaciones secuenciales de ctDNA probablemente han ganado más interés a raíz de nuevas opciones de tratamiento como trastuzumab deruxtecán. Estos procedimientos pueden ser importantes para desentrañar los mecanismos de resistencia y adaptar la terapia a cada paciente. Pueden combinarse fácilmente con otros fármacos debido a la falta de toxicidades superpuestas.[50]

Los estudios clínicos están explorando el uso de estos fármacos prometedores en etapas tempranas como ha ocurrido en el contexto adyuvante con fármacos como trastuzumab emtansina, reemplazando esquemas convencionales. Estos avances auguran un futuro donde las terapias innovadoras marquen el abordaje del cáncer de mama, mejorando tanto los resultados clínicos como la calidad de vida de los pacientes.[51]

Aspectos clínicos con perspectiva de género

Existen numerosas variaciones anatómicas y fisiológicas entre las mujeres y hombres. Sin embargo, la inclusión y participación de mujeres en ensayos clínicos ha sido baja a lo largo de los años. Sobre todo, en los ensayos donde se determinan la eficacia y seguridad de los medicamentos.[51] Esto conlleva que exista todavía una falta de concienciación entre los profesionales sanitarios sobre la importancia de las diferencias específicas por género en la manifestación de la enfermedad y respuesta a diferentes tratamientos.[52]

Esta exclusión de mujeres en ensayos clínicos, que ocurre en la mayoría de los tipos de cáncer, ocurre de forma contraria en los ensayos relacionados con el cáncer de mama en los cuales la mayoría de las pacientes incluidas fueron mujeres y se ha tenido en cuenta el estado menopáusico en su diseño, interpretación y uso de terapias con o sin supresión de la función ovárica. Por ello, la mayor parte de los datos publicados en hombres se han recopilado de pequeñas cohortes de pacientes. Durante la última década se han llevado a cabo esfuerzos sustanciales para obtener una mejor compresión de las características biológicas, efectividad de los tratamientos, así como para identificar las diferencias clínicamente relevantes de la enfermedad según el género. Las recomendaciones de tratamiento en el cáncer de mama se han extrapolado a partir de los resultados donde solo incluyeron a mujeres siendo las características clínicas dispares para los hombres.[2,4,8]

El desconocimiento del género en los modelos preclínicos pone en peligro una investigación sólida sobre el cáncer. Los descubrimientos fundamentales y la investigación traslacional del cáncer suelen surgir de una serie de ensayos de líneas celulares, validadas en modelos preclínicos de ratón y biopsias de pacientes. El parámetro del género se ha ignorado en gran medida en estos sistemas, con el consiguiente riesgo de interpretaciones erróneas, sesgos y una traslación adecuada a la clínica. Es necesario incorporar consideraciones sobre el género en la etapa preclínica, con el fin de proporcionar bases sólidas para nuevas terapias contra el cáncer.[2,4,52,53]

Aspectos socioeconómicos diferenciadores de género

Existe un efecto directo e indirecto del cáncer sobre la sociedad y la economía nacional a través del aumento del gasto sanitario, las bajas laborales, la pérdida de productividad y la reducción de la inversión en formación de capital humano y físico.[54] Se estima que el coste económico del cáncer será alrededor de 25,2 billones de dólares (a precios internacionales de 2017) entre 2020 y 2050, esto supondría el 0,55% del Producto Interior Bruto mundial anual.[56]

A nivel microeconómico, el cáncer tiene profundos efectos en las mujeres, sus familias, las pequeñas y medianas empresas y los gobiernos. La incorporación de la mujer al mercado laboral ha supuesto un paso significativo hacia la igualdad de género. Mientras que en 1982 sólo 4 millones de mujeres formaban parte de la población activa esta cifra alcanzaba los 11,1 millones en 2022.[55] A pesar de ello la tasa de actividad en mujeres sigue siendo un 10% inferior a la de los hombres en España. Sin embargo, gran parte del trabajo que realizan las mujeres no está asociado a transacciones monetarias y es poco probable que se refleje en los indicadores macroeconómicos convencionales. Cabe destacar que la brecha salarial entre hombres y mujeres en 2022 fue de 5176 euros anuales.[55] Por tanto, los cálculos que pretenden evaluar la carga económica asociada al cáncer de mama deben tener en cuenta la brecha salarial y el trabajo sin retribución económica que llevan a cabo.[61, 62, 63]

El mayor número de horas de trabajo no remunerado que realizan las mujeres les hace más susceptibles al estrés en comparación con los hombres, teniendo las mujeres una mayor tendencia a la "carga mental". Las razones de esta sobrecarga mental vienen asociadas con el desequilibrio en el reparto de las responsabilidades familiares, aumentando la magnitud del efecto negativo de las tareas asistenciales sobre la salud y el empleo. En este aspecto, la reeducación social es necesaria para equilibrar la carga mental y disminuir la presión social establecida en las mujeres, con un reparto equitativo de las responsabilidades en los cuidados, planificación y gestión de cada núcleo familiar, para poder avanzar socialmente en este desafío.

Adicionalmente, existen desigualdades en el cuidado de los hijos, ya que el permiso de paternidad está correlacionado con interrupciones más cortas de la carrera profesional, jornadas laborales más largas, menos penalizaciones en términos de ascensos, salarios y mejores posiciones en el mercado laboral en comparación con las madres. El temor a perder el empleo durante el período de gestación y durante la maternidad se traduce en altos niveles de estrés y ansiedad, lo que puede tener consecuencias graves tanto para la salud física como mental de además de provocar un aumento de la edad del primer parto, que supone un factor de riesgo para la salud de la mujer. Es por ello que es necesario establecer políticas de maternidad que permitan a las mujeres que decidan tener hijos disponer de tiempos adecuados para su crianza, sin miedo a perder sus empleos, progresar en su carrera o enfrentarse a discriminación en el ámbito laboral.[54]

Otro reto al que se enfrentan las mujeres es al cambio en el modelo de familia; por ejemplo, el 80,7% de los hogares monoparentales están formados por mujeres. Además, el número de hogares unipersonales está aumentando especialmente en la edad adulta y la vejez: el 73,3% de hogares unipersonales en personas mayores de 70 años están formados por mujeres. Esto, junto con la relación entre la edad y la incidencia del cáncer de mama, deberá ser tenido en cuanta en el desarrollo de políticas hacia este colectivo vulnerable.[55]

Es importante tener en cuenta los desafíos que persisten en la actualidad, que requieren realizar un análisis y evaluación de la eficacia y rentabilidad de las medidas a llevar a cabo para el manejo de la situación actual, para así fundamentar los programas y políticas adecuadas. Hacer frente a la carga mundial que suponen los tipos de cáncer que más afectan a las

mujeres supone una inversión rentable para la sociedad, teniendo también en consideración el importante efecto de estos tipos de cáncer en la muerte prematura y discapacidad, con consecuencias sociales, económicas y financieras duraderas para las mujeres afectadas, sus familiares directos y círculos más amplios.

Retos futuros desde una visión multidisciplinar y desde la investigación

En el horizonte de la lucha contra el cáncer de mama, se dibujan desafíos que exigen una mirada multidisciplinar. La consolidación de unidades multidisciplinares se erige como una necesidad apremiante, donde especialistas en oncología, neumología, radiología, anatomía patológica trabajen coordinados en el diseño de estrategias para cada paciente, fundamentadas en la mejor evidencia disponible. El acompañamiento psicológico del paciente oncológico y sus familiares es primordial durante el proceso terapéutico. Por ello es necesario implementar la figura del psicooncólogo en todas las unidades de oncología para la mejora la calidad de vida de los pacientes.[58]

Los desafíos en la práctica clínica que presentan las nuevas alternativas terapéuticas impulsan las necesidades de formación y actualización de métodos de diagnóstico, teniendo la posibilidad de acceder a nuevas técnicas diagnósticas más precisas y eficaces, junto con el abordaje integral de la enfermedad. Estas sinergias no solo optimizan la toma de decisiones, sino que fomentan el intercambio de conocimientos y experiencia, redefiniendo la excelencia en la atención médica.[1]

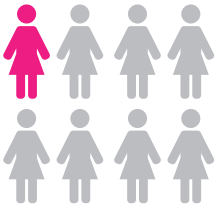
Paralelamente, el papel de la enfermería especializada adquiere una relevancia crítica. Estos profesionales no solo brindan un apoyo emocional al paciente imprescindible durante su proceso terapéutico, sino que poseen un papel fundamental en la administración de cada fármaco, identificación temprana y manejo de efectos secundarios, educación sanitaria de los pacientes mediante la resolución de las posibles dudas adicionales que el paciente pueda tener e indicaciones adicionales para que el paciente detecte si debe acudir al centro sanitario.[59]

El camino hacia el futuro también se traza en la investigación en búsqueda de terapias vanguardistas y el posterior acceso a la innovación. En este contexto, los ADCs son claro ejemplo de revolución en el manejo y pronóstico del cáncer de mama gracias a sus resultados y mejora de la calidad de vida. Al mismo tiempo que continúa siendo importante identificar biomarcadores específicos y estandarizar el acceso generalizado en los hospitales a las nuevas pruebas diagnósticas, para mejorar los resultados de los pacientes.

En resumen, se alza una llamada dirigida a los fundamentos de la política de salud: el cáncer de mama requiere un enfoque multidimensional. La instauración de unidades de expertos, el respaldo de enfermeras oncológicas, apoyo de psicooncólogos, la exploración incansable de nuevos tratamientos, potenciar un buen diagnóstico precoz y su acceso estandarizado conforman un gran polígono de transformación. Abrazar estas iniciativas no sólo encara los desafíos actuales, sino que también erige una plataforma firme para enfrentar el futuro con una resolución renovada en la prevención, detección y un tratamiento más integrador del cáncer de mama.

En el horizonte de la lucha contra el cáncer de mama, se dibujan desafíos que exigen una mirada multidisciplinar

Cáncer y mujer



CÁNCER DE MAMA

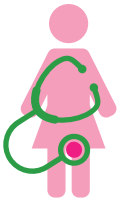
El cáncer de mama es el tipo de cáncer más común entre las mujeres
Una de cada ocho mujeres desarrollará cáncer de mama a lo largo de su vida

Este tipo de cáncer ha superado al de pulmón como el más diagnosticado

2.3 millones de casos **685.000 muertes** estimadas **en 2020**

Se espera que los casos lleguen a **4.4 millones en 2070**

La clasificación y diagnóstico molecular del subtipo de cáncer de mama es clave en el tratamiento y pronóstico de este





Un diagnóstico precoz permite identificar la enfermedad en estadíos tempranos lo que está asociado con mejores resultados y mayores tasas de supervivencia

Es primordial la unidad de especialistas en oncología, cirugía, radiología, anatomía patológica y otros campos para diseñar estrategias para cada paciente





Las nuevas alternativas terapéuticas implican acceder a nuevas técnicas diagnósticas más precisas y eficaces, para el abordaje integral de la enfermedad

Bibliografía

1. Soerjomataram I, Bray F. Planning for tomorrow: global cancer incidence and the role of prevention 2020–2070. Nature Reviews Clinical Oncology 2021;18(10):663-72.

2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2021;71(3):209-49.

3. Yan J, Liu Z, Du S, Li J, Ma L, Li L. Diagnosis and Treatment of Breast Cancer in the Precision Medicine Era [Internet]. En: Huang T, editor. Precision Medicine. New York, NY: Springer US; 2020. página 53-61. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-0716-0904-0_5

4. Lei S, Zheng R, Zhang S, Wang S, Chen R, Sun K, et al. Global patterns of breast cancer incidence and mortality: A population-based cancer registry data analysis from 2000 to 2020. Cancer Communications 2021;41(11):1183-94.

5. GEICAM. Guía GEICAM de práctica clínica; Para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama Metastásico. [Internet]. Available from: https://www.geicam.org/wp-content/uploads/2016/06/GUIA-GEICAM-COMPLETA.pdf

6. Las cifras del cáncer en España 2023 [Internet]. Available from: https://seom.org/images/Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf

7. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. International Journal of Cancer 2021;149(4):778-89.

8. American Cancer Society. How common is breast cancer in men?

9. Albrektsen G, Heuch I, Hansen S, Kvåle G. Breast cancer risk by age at birth, time since birth and time intervals between births: exploring interaction effects. British Journal of Cancer 2005;92(1):167-75.

10. Chen WY, Rosner B, Hankinson SE, Colditz GA, Willett WC. Moderate Alcohol Consumption During Adult Life, Drinking Patterns, and Breast Cancer Risk. JAMA 2011;306(17):1884-90.

11. Eliyatkın N, Yalçın E, Zengel B, Aktaş S, Vardar E. Molecular Classification of Breast Carcinoma: From Traditional, Old-Fashioned Way to A New Age, and A New Way. J Breast Health 2015;11(2):59-66.

12. Easton DF, Pharoah PDP, Antoniou AC, Tischkowitz M, Tavtigian SV, Nathanson KL, et al. Gene-Panel Sequencing and the Prediction of Breast-Cancer Risk. N Engl J Med 2015;372(23):2243-57.

13. Barnard ME, Boeke CE, Tamimi RM. Established breast cancer risk factors and risk of intrinsic tumor subtypes. Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Reviews on Cancer 2015;1856(1):73-85.

14. Lambertini M, Santoro L, Del Mastro L, Nguyen B, Livraghi L, Ugolini D, et al. Reproductive behaviors and risk of developing breast cancer according to tumor subtype: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. Cancer Treatment Reviews 2016;49:65-76.

15. Santucci-Pereira J, Zeleniuch-Jacquotte A, Afanasyeva Y, Zhong H, Slifker M, Peri S, et al. Genomic signature of parity in the breast of premenopausal women. Breast Cancer Res 2019;21(1):46.

16. Prat A, Pineda E, Adamo B, Galván P, Fernández A, Gaba L, et al. Clinical implications of the intrinsic molecular subtypes of breast cancer. The Breast 2015;24:S26-35.

17. Goldhirsch A, Winer EP, Coates AS, Gelber RD, Piccart-Gebhart M, Thürlimann B, et al. Personalizing the treatment of women with early breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2013. Annals of Oncology 2013;24(9):2206-23.

18. Wolff AC, Hammond MEH, Hicks DG, Dowsett M, McShane LM, Allison KH, et al. Recommendations for Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Update. JCO 2013;31(31):3997-4013.

19. Zhang M Hong, Man H Tao, Zhao X Dan, Dong N, Ma S Liang. Estrogen receptor-positive breast cancer molecular signatures and therapeutic potentials (Review). Biomed Rep 2014;2(1):41-52.

20. Miah S, Bagu E, Goel R, Ogunbolude Y, Dai C, Ward A, et al. Estrogen receptor signaling regulates the expression of the breast tumor kinase in breast cancer cells. BMC Cancer 2019;19(1):78.

21. Nicolini A, Ferrari P, Duffy MJ. Prognostic and predictive biomarkers in breast cancer: Past, present and future. Seminars in Cancer Biology 2018;52:56-73.

22. Iqbal N, Iqbal N. Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (HER2) in Cancers: Overexpression and Therapeutic Implications. Molecular Biology International 2014;2014:852748.

23. Lauwers GY, Forcione DG, Nishioka NS, Deshpande V, Lisovsky MY, Brugge WR, et al. Novel endoscopic therapeutic modalities for superficial neoplasms arising in Barrett's esophagus: a primer for surgical pathologists. Modern Pathology 2009;22(4):489-98.

24. Ki67 Index in Breast Cancer: Correlation with Other Prognostic Markers and Potential in Pakistani Patients. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2013;14(7):4353-8.

25. Bustin SA, Benes V, Garson JA, Hellemans J, Huggett J, Kubista M, et al. The MIQE Guidelines: Minimum Information for Publication of Quantitative Real-Time PCR Experiments. Clinical Chemistry 2009;55(4):611-22.

26. Hammond MEH, Hayes DF, Dowsett M, Allred DC, Hagerty KL, Badve S, et al. American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Guideline Recommendations for Immunohistochemical Testing of Estrogen and Progesterone Receptors in Breast Cancer (Unabridged Version). Archives of Pathology & Laboratory Medicine 2010;134(7):e48-72.

27. Li Y, Tsang JY, Tam F, Loong T, Tse GM. Comprehensive characterization of HER2-low breast cancers: implications in prognosis and treatment. eBioMedicine [Internet] 2023 [citado 2023 sep 27];91. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2023.104571

28. Kumar P, Aggarwal R. An overview of triple-negative breast cancer. Archives of Gynecology and Obstetrics 2016;293(2):247-69.

29. Martínez-Sáez O, Prat A. Current and Future Management of HER2-Positive Metastatic Breast Cancer. JCO Oncology Practice 2021;17(10):594-604.

30. Montoya-Restrepo ME, Gómez Wolff LR, Sánchez Jiménez AV, García García HI. Características y supervivencia de pacientes con cáncer de seno metastásico HER2-positivo en la era post-trastuzumab. Revista Colombiana de Cancerología 2018;22(3):112-8.

31. Ginsburg O, Yip CH, Brooks A, Cabanes A, Caleffi M, Dunstan Yataco JA, et al. Breast cancer early detection: A phased approach to implementation. Cancer 2020;126 Suppl 10(Suppl 10):2379-93.

32. Martelotto LG, Ng CK, Piscuoglio S, Weigelt B, Reis-Filho JS. Breast cancer intra-tumor heterogeneity. Breast Cancer Research 2014;16(3):210.

33. Tsang JYS, Tse GM. Molecular Classification of Breast Cancer. Advances in Anatomic Pathology [Internet] 2020;27(1). Available from: https://journals.lww.com/anatomicpathology/Fulltext/2020/01000/Molecular_Classification_of_Breast_Cancer.5.aspx

34. Park M, Kim D, Ko S, Kim A, Mo K, Yoon H. Breast Cancer Metastasis: Mechanisms and Therapeutic Implications. International Journal of Molecular Sciences 2022;23(12).

35. Anderson BO, Ilbawi AM, Fidarova E, Weiderpass E, Stevens L, Abdel-Wahab M, et al. The Global Breast Cancer Initiative: a strategic collaboration to strengthen health care for non-communicable diseases. The Lancet Oncology 2021;22(5):578-81.

36. Saz-Parkinson Z, Monteagudo-Piqueras O, Granados Ortega J, Martínez Mondéjar E, Labrador Cañadas MV. ["European Commission Initiative on Breast Cancer": Selected Breast Cancer Screening Recommendations from the European Guidelines.]. Rev Esp Salud Publica 2020;94:e202012179.

37. Sardanelli F, Aase HS, Álvarez M, Azavedo E, Baarslag HJ, Balleyguier C, et al. Position paper on screening for breast cancer by the European Society of Breast Imaging (EUSOBI) and 30 national breast radiology bodies from Austria, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Israel, Lithuania, Moldova, The Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Serbia, Slovakia, Spain, Sweden, Switzerland and Turkey. European Radiology 2017;27(7):2737-43.

38. Fu X, Tan W, Song Q, Pei H, Li J. BRCA1 and Breast Cancer: Molecular



Mechanisms and Therapeutic Strategies. Frontiers in Cell and Developmental Biology [Internet] 2022;10. Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcell.2022.813457

39. Aurélie Roulot, Delphine Héquet, Jean-Marc Guinebretière, Anne Vincent-Salomon, Florence Lerebours, Coraline Dubot, et al. Hétérogénéité tumorale des cancers du sein. Annales de Biologie Clinique 2016;74(6):653-60.

40. Zhang M, Zhang L, Hei R, Li X, Cai H, Wu X, et al. CDK inhibitors in cancer therapy, an overview of recent development. Am J Cancer Res 2021;11(5):1913-35.

41. Alves CL, Ehmsen S, Terp MG, Portman N, Tuttolomondo M, Gammelgaard OL, et al. Co-targeting CDK4/6 and AKT with endocrine therapy prevents progression in CDK4/6 inhibitor and endocrine therapy-resistant breast cancer. Nature Communications 2021;12(1):5112.

42. Murthy RK, Loi S, Okines A, Paplomata E, Hamilton E, Hurvitz SA, et al. Tucatinib, Trastuzumab, and Capecitabine for HER2-Positive Metastatic Breast Cancer. N Engl J Med 2020;382(7):597-609.

43. Hurwitz J, Haggstrom LR, Lim E. Antibody–Drug Conjugates: Ushering in a New Era of Cancer Therapy. Pharmaceutics 2023;15(8).

44. Toulouie S, Johanning G, Shi Y. Chimeric antigen receptor T-cell immunotherapy in breast cancer: development and challenges. J Cancer 2021;12(4):1212-9.

45. Debien V, De Caluwé A, Wang X, Piccart-Gebhart M, Tuohy VK, Romano E, et al. Immunotherapy in breast cancer: an overview of current strategies and perspectives. npj Breast Cancer 2023;9(1):7.

46. Verma S, Miles D, Gianni L, Krop IE, Welslau M, Baselga J, et al. Trastuzumab Emtansine for HER2-Positive Advanced Breast Cancer. N Engl J Med 2012;367(19):1783-91.

47. Cortés J, Kim SB, Chung WP, Im SA, Park YH, Hegg R, et al. Trastuzumab Deruxtecan versus Trastuzumab Emtansine for Breast Cancer. N Engl J Med 2022;386(12):1143-54.

48. Modi S, Jacot W, Yamashita T, Sohn J, Vidal M, Tokunaga E, et al. Trastuzumab Deruxtecan in Previously Treated HER2-Low Advanced Breast Cancer. N Engl J Med 2022;387(1):9-20.

49. Le Du F, Diéras V, Curigliano G. The role of tyrosine kinase inhibitors in the treatment of HER2+ metastatic breast cancer. European Journal of Cancer 2021;154:175-89.

50. Gombos A, Goncalves A, Curigliano G, Bartsch R, Kyte JA, Ignatiadis M, et al. How I treat endocrine-dependent metastatic breast cancer. ESMO Open 2023;8(2):100882.

51. Daitch V, Turjeman A, Poran I, Tau N, Ayalon-Dangur I, Nashashibi J, et al. Underrepresentation of women in randomized controlled trials: a systematic review and meta-analysis. Trials 2022;23(1):1038.

52. World Health Organization. Regional Office for Europe. Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region [Internet]. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2016. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/348974

53. Haupt S, Caramia F, Klein SL, Rubin JB, Haupt Y. Sex disparities matter in cancer development and therapy. Nature Reviews Cancer 2021;21(6):393-407.

54. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, Vanderpuye V, Eniu A, Kotha SR, et al. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. Lancet 2017;389(10071):847-60.

55. Principales indicadores estadísticos igualdad 2023 del instituto de la mujer [Internet]. Available from: https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Informes/Docs/principales_indicadores_2023.pdf

56. Ginsburg O, Vanderpuye V, Beddoe AM, Bhoo-Pathy N, Bray F, Caduff C, et al. Women, power, and cancer: a Lancet Commission. The Lancet [Internet] [citado 2023 sep 29];Available from: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01701-4

57. Ramsey SD, Dusetzina SB. Weighing Costs and Benefits in the Economics of Cancer Care. JCO 2020;38(4):289-91.

58. Villatoro Reyes A, Cruzado JA. Eficacia de los tratamientos psicológicos para el miedo a la recurrencia del cáncer de mama. Psicooncología 2023;20(2):219-54.

59. Challinor JM, Alqudimat MR, Teixeira TOA, Oldenmenger WH. Oncology nursing workforce: challenges, solutions, and future strategies. The Lancet Oncology 2020;21(12):e564-74.

Dra. Enriqueta Felip. *Jefa de la Unidad de Tumores de Tórax, Cabeza y Cuello, Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Past President de la Sociedad Española de Oncología Médica. Investigadora Principal Programa de Tumores Torácicos, Cabeza y Cuello, VHIO. Profesora Asociada de la Universidad Autónoma de Barcelona y Unidad de Tumores de Pulmón, Cabeza y Cuello IOB Institute of Oncology.*



CAPÍTULO 23

Cáncer de pulmón y mujer



Dra. Dolores Isla. *Jefa del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza y Presidenta de la Asociación para la Investigación de Cáncer de Pulmón en Mujeres.*



Dr. Javier de Castro. *Vicepresidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM); Jefe de Sección del Servicio de Oncología del Hospital Universitario La Paz; Coordinador de la Unidad de Innovación del Instituto de Investigación del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ) y Profesor asociado de Medicina en la Universidad Autónoma de Madrid.*

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, se calcula que una de cada cinco personas sufrirá algún tipo de cáncer a lo largo de su vida y una de cada 10 fallecerá por esta causa (cifras de 2020).[1] El cancer supone la segunda causa de muerte tras las enfermedades cardiovasculares en los países occidentales.

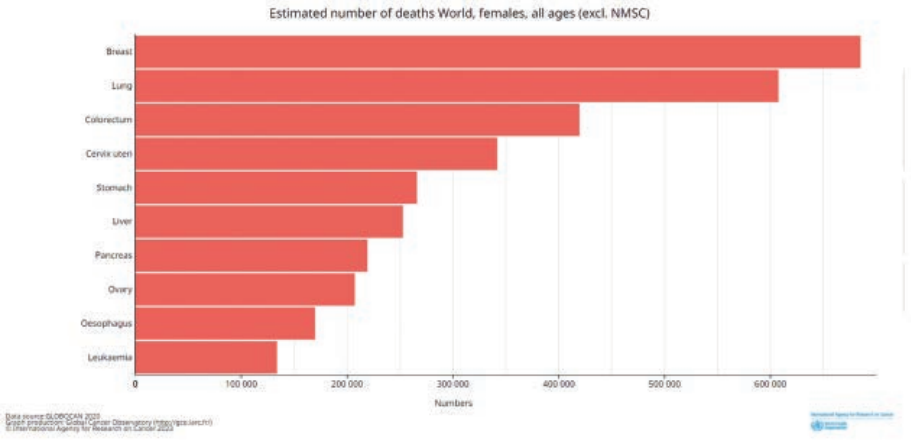
El cáncer de pulmón es el segundo más frecuentemente diagnosticado tras el cáncer de mama, pero es la primera causa de muerte por cáncer, suponiendo un 18,4% de las muertes por cáncer en el mundo (1.80 millones de muertes, 95% UI: 1.77-1.82).[1,3]

En las mujeres, el cáncer de pulmón se sitúa como el tercero más incidente en el mundo tras el cáncer de mama y el colorrectal, pero es el segundo más mortal (fig 1).[4]

Figura 1

Número estimado de muertes a nivel global, mujeres de todas las edades (excluyendo cáncer cutáneo no melanoma). Fuente GLOBOCAN 2020.

International Agency for Research on Cancer 2023.



En España el cáncer de pulmón se estima como el tercero más incidente tras el cáncer colorrectal y el de mama. En mujeres también es el tercero en incidencia, pero en términos de mortalidad, alcanza el segundo puesto.[5] En algunos países como el Reino Unido, Estados Unidos o Alemania, el cáncer de pulmón se ha erigido en la primera causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres.[4,6]

En el año 2021 la mortalidad en mujeres enfermas de cáncer de pulmón supuso más de 5.600 fallecimientos en España.[5]

En las mujeres, el cáncer de pulmón se sitúa como el tercero más incidente en el mundo tras el cáncer de mama y el colorrectal, pero es el segundo más mortal

Aspectos clínicos con perspectiva de género

Incidencia y mortalidad

En las últimas décadas se ha observado un descenso en las tasas de incidencia globales de cáncer para los hombres; sin embargo, las tasas de incidencia en mujeres se han mantenido estables.[7] Además de los cánceres relacionados con el sistema reproductivo, determinadas neoplasias como el cáncer de pulmón muestran diferencias específicas de sexo en cuanto a presentación, progresión y mortalidad.[8]

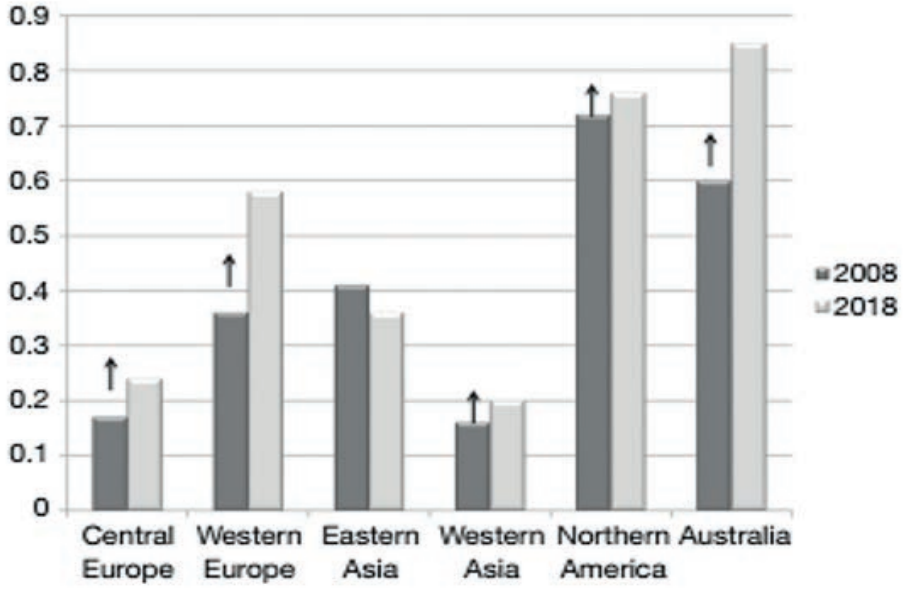
En el año 2021 la mortalidad en mujeres enfermas de cáncer de pulmón supuso más de 5.600 fallecimientos en España

La incidencia del cáncer de pulmón en las mujeres se muestra en ascenso, lo que junto a su elevada mortalidad se ha dado en llamar la "epidemia del cáncer de pulmón en mujeres".[9] Mientras que en los hombres la tendencia es a una menor incidencia, en la figura 2 se puede observar el cambio en la proporción entre hombres y mujeres diagnosticados en los últimos 25 años.[3]

Figura 2

Proporción de la tasa de incidencia estandarizada por edad de mujeres frente a hombres en 2008 frente a 2018 en distintas partes del mundo. Las flechas indican tendencia al alza en la proporción.

Fuente Domagala et al. J Thorac Dis 2020

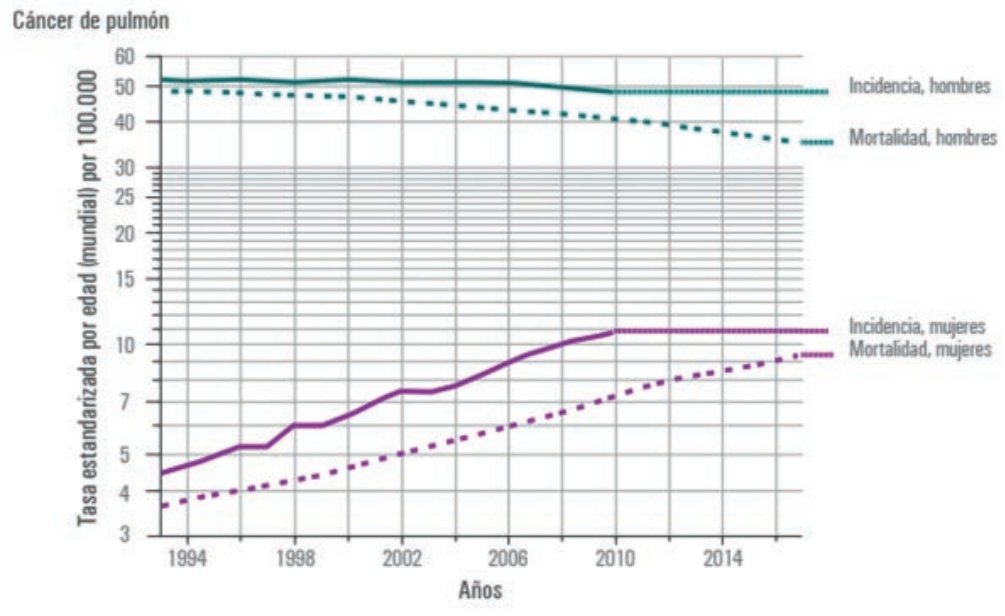


España, desde los años 90 es uno de los países en los que más ha aumentado la incidencia, probablemente en relación con el aumento del tabaquismo en las mujeres, que presentó un pico entre los años 1960 y 1990 y una estabilización a partir del año 2000.[9] Esto se ha reflejado en un llamativo aumento de la mortalidad en las últimas décadas, frente a una tendencia descendente en hombres (figura 3).[5]

Figura 3

Evolución temporal de la incidencia y mortalidad estandarizada por cáncer de pulmón en España

Figura extraída de Las cifras del cáncer en España. SEOM 2023



La mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres españolas aumentó un 124% entre los años 2003 y 2019 y se estima que en los próximos años sea la primera causa de muerte por cáncer, por delante del cáncer de mama.[10]

Edad

El aumento en la esperanza de vida y el mejor control de otras patologías, han transformado las enfermedades neoplásicas en un problema de salud de primer orden. Las mujeres suelen recibir el diagnóstico de cáncer de pulmón a edades más jóvenes y son una mayoría en los casos diagnosticados en pacientes menores de 50 años.[3,6]

Las 2.060 mujeres incluidas en el estudio WORLD07 presentaban una edad media (rango) de 61 años (22.3-99.3) (64 años de edad media en hombres según el Registro de Tumores Torácicos del Grupo Español de Cáncer de Pulmón).[9,11,12]

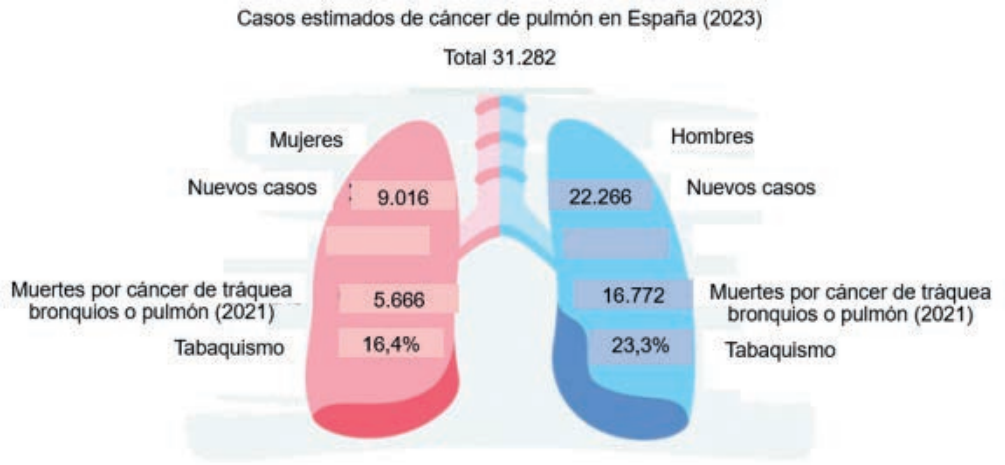
Tabaco

Se estima que en España fuman actualmente un 16,4% de mujeres (figura 4).[5] Es posible que el incremento en la incidencia del cáncer de pulmón sea reflejo del aumento de la prevalencia de tabaquismo, que se observa en las mujeres nacidas a partir de los años 50 (en España

Figura 4

Cifras estadísticas del cáncer de pulmón en España

Creación propia. Datos extraídos de Las cifras del Cáncer. SEOM 2023



el consumo de tabaco en las mujeres antes de los años 70 era infrecuente).[6,7] Pese a tener datos contradictorios, hay cierta evidencia sobre la mayor susceptibilidad a los carcinógenos del tabaco en las mujeres.[3,7,9]

El tabaco es responsable directo del 80-90% de los casos de cáncer de pulmón y probablemente también de forma indirecta en los fumadores pasivos.[9] En pacientes fumadores de más de 20 cigarrillos/día se ha observado un riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón mayor en mujeres que en hombres, lo que sugiere una posible diferencia en cuanto a la susceptibilidad al tabaco.[6,9,11,13]

Sin embargo, un alto porcentaje de mujeres con cáncer de pulmón son no fumadoras (39% de las pacientes en el estudio WORLD07) y en caso de ser fumadoras lo eran durante menos años o con un consumo menor de cigarrillos por día, en comparación con los hombres.[9,11] En Reino Unido se constató un aumento en la incidencia de cáncer de pulmón en individuos no fumadores entre los años 2010 y 2014, pero este aumento era más marcado en pacientes de sexo femenino.[14] Sólo el 47% de los cánceres de pulmón en mujeres se han relacionados con el tabaco frente al 85% de los cánceres de pulmón en hombres.[3]

Entre personas no fumadoras, las mujeres presentan un riesgo entre 2 y 3 veces mayor que los hombres de desarrollar cáncer de pulmón.[7,11,14]

En el estudio español WORLD-07, en el que se describieron las características de 2.060 mujeres diagnosticadas de cáncer de pulmón entre los años 2007 y 2012, casi un 40% de las mujeres incluidas se declaraban no fumadoras. Sin embargo, el 38,4% de ellas estaban expuestas de forma pasiva al humo del tabaco, mayormente en el hogar, lo cual se considera el tercer factor de riesgo más importante para el desarrollo del cáncer de pulmón, tras el consumo directo de tabaco y el radón.[11,14,15]

A nivel mundial, aproximadamente el 20% de hombres con cáncer de pulmón son no fumadores frente al 50% de mujeres



En 1987 en España el 55% de los hombres eran fumadores, por lo que es razonable pensar que las mujeres de 70-80 años diagnosticadas con cáncer de pulmón han podido estar expuestas al humo del tabaco de forma continuada durante casi toda su vida.[16] Cuantificar esta exposición es extremadamente difícil, lo que hace complicado extraer conclusiones, pero en algunos estudios se ha descrito un aumento del 24% del riesgo de desarrollar cáncer de pulmón en las mujeres con parejas fumadoras.[15]

Una posible explicación son las diferencias en el metabolismo del tabaco. Los carcinógenos del tabaco se absorben y metabolizan a través del sistema citocromo P450, con enzimas de fase I, que activan los carcinógenos y enzimas de fase II que generan una reacción de conjugación que elimina la toxicidad. Se ha observado que las mujeres presentan una mayor expresión de enzimas de fase I en comparación con los varones fumadores, que generan una cantidad de carcinógenos que no consigue ser inactivada por la segunda fase.[6,13] Sumado a esto, las mutaciones que inactivan los enzimas de fase II también son más frecuentes en mujeres.[6,13]

Las mujeres con mutaciones en enzimas de fase I y II presentan mayor riesgo de cáncer de pulmón que los hombres, con independencia de la edad y los antecedentes de consumo de tabaco.[17]

Las mujeres con mutaciones en enzimas de fase I y II presentan mayor riesgo de cáncer de pulmón que los hombres, con independencia de la edad y los antecedentes de consumo de tabaco

Otros carcinógenos

También se han propuesto como posibles explicaciones la mayor exposición de las mujeres a carcinógenos diferentes del tabaco, como por ejemplo los humos del calentamiento de aceites en las cocinas y combustibles fósiles domésticos como el carbón.[14,15] Un estudio en Asia demostró que el riesgo de cáncer de pulmón se quintuplica en las mujeres que cocinan con carbón frente a aquellas que no lo hacen.[15] Otros estudios indican un aumento del riesgo con el cocinado con aceite de girasol frente al de lino y de la manteca frente a los aceites de origen vegetal.[18]

Otros factores de riesgo conocidos son las exposiciones ocupacionales (asbesto, arsénico, cromo, cadmio, hidrocarburos policíclicos aromáticos), la contaminación atmosférica industrial, la exposición al gas radón en minas y la exposición a radiaciones ionizantes.[9]

La exposición al radón está reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia de Protección Medioambiental de Estados Unidos (US EPA) como la primera causa de cáncer de pulmón en personas que nunca han fumado y como la segunda entre las que sí han fumado en alguna ocasión.[10]

La exposición a estos factores presentan una gran variabilidad entre individuos y poblaciones, lo que podría justificar que en el caso de España se observe cierto patrón geográfico en las tasas de mortalidad del cáncer de pulmón, con cifras mayores en algunas áreas del norte del país o las islas Canarias.[9]

Se calcula que en torno al 4% de los cánceres de pulmón diagnosticados en España pueden estar causados por la exposición al radón, pudiendo alcanzar el 7% en algunas comunidades autónomas.[10]

El asbesto es un carcinógeno conocido y ampliamente estudiado como factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de pulmón en varones expuestos en el ámbito laboral. Pese a que las mujeres tradicionalmente no han sufrido esta exposición, sí se ha descrito el aumento del riesgo de cáncer de pulmón pacientes de sexo femenino con exposición no ocupacional al asbesto, aunque la evidencia es limitada.[15]

También se han implicado recientemente actividades como el bricolaje, la pintura o la construcción de modelos. Los estudios dirigidos a evaluar el riesgo de estas actividades han incluido mayoritariamente mujeres que nunca han fumado. Por último, la incorporación de las mujeres al mundo laboral en determinados trabajos ha aumentado su exposición laboral, como es el caso del humo de motores de combustión en las conductoras.[10]

En torno al 4% de los cánceres de pulmón diagnosticados en España pueden estar causados por la exposición al radón, pudiendo alcanzar el 7% en algunas comunidades autónomas

Histología

El adenocarcinoma es actualmente el subtipo más frecuente en ambos sexos y el mayoritario en las pacientes de sexo femenino, y su relación con el tabaco no es tan fuerte como la que presenta el carcinoma microcítico de pulmón (CMP).[3,7,9,17] Los cigarrillos con filtro y los cigarrillos bajos en nicotina han propiciado el aumento de casos de adenocarcinoma al permitir la llegada de los carcinógenos a áreas más periféricas.[6,13] La promoción de estos productos ha estado habitualmente dirigida a un público femenino.[6]

En las mujeres, la proporción de adenocarcinoma es del 44%, frente al 34% en los hombres.[10] En el estudio WORLD07 sólo un 14% de las pacientes presentaba histología de cáncer microcítico de pulmón En el 75% de las pacientes con cáncer no microcítico de pulmón se trataba de un adenocarcinoma.[9,11]

Perfil molecular

Pese a que los tumores de pacientes varones presentan una mayor carga mutacional[7] , los tumores procedentes de pacientes de sexo femenino presentan mayores tasas de mutaciones generadas por el tabaco, como las localizadas en TP53 o genes KRAS.[8,9,13,15] Además de las mutaciones en enzimas relacionadas con el metabolismo del tabaco, también se ha observado

Se ha descrito una interacción entre los estrógenos y el EGFR en los mecanismos de carcinogénesis del cáncer de pulmón

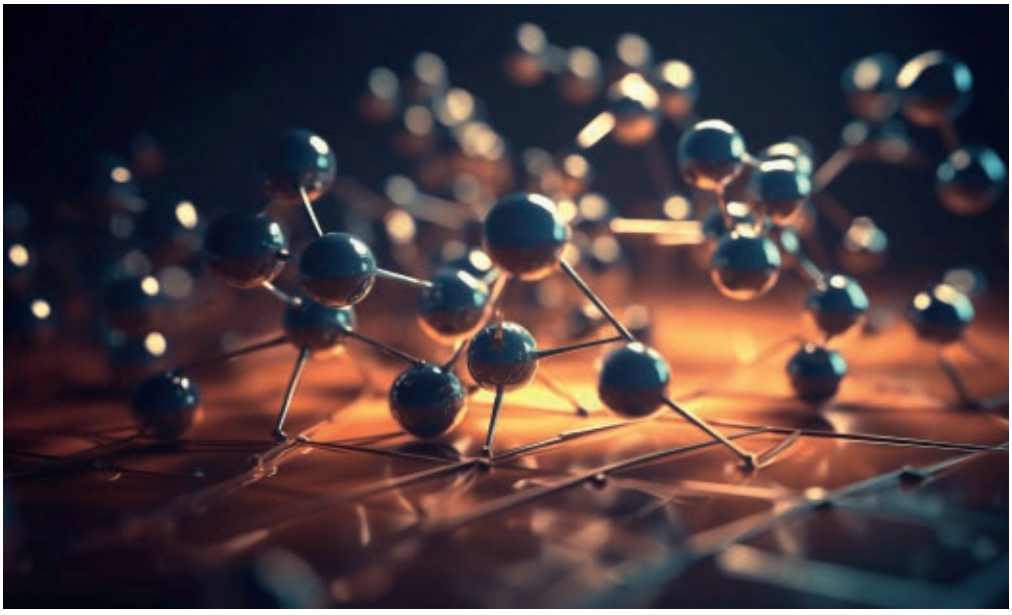
un aumento en la expresión del receptor del péptido liberador de gastrina en las mujeres no fumadoras frente a varones no fumadores, una molécula que estimula la proliferación celular y cuya síntesis está ligada al cromosoma X.[3,8,13]

Las mutaciones en el gen del receptor del crecimiento epidermico (epidermal growth factor receptor [EGFR]) se identifican en aproximadamente 10-16% de los adenocarcinomas de pulmón en población caucásica, siendo más frecuentes en pacientes no fumadores y en mujeres[6,9,13]

Las mutaciones de este gen suelen conducir a un desarrollo de cáncer de pulmón más precoz en mujeres fumadoras que en hombres fumadores, pero se han observado en un 14% de mujeres fumadoras con adenocarcinoma frente a un 55% de mujeres no fumadoras.[7,19] En contrapartida, predicen cierta sensibilidad tumoral a los inhibidores de tirosina quinasa dirigidos a EGFR.[17]

Se ha descrito una interacción entre los estrógenos y el EGFR en los mecanismos de carcinogénesis del cáncer de pulmón.[7]

Las mutaciones de KRAS se han observado en un 10-30% de los carcinomas de pulmón y están relacionadas con el tabaco, aunque el pronóstico que confiere esta mutación es incierto. [3,6,7] En estudios realizados en CNMP, estas mutaciones han mostrado asociación significativa con el sexo femenino, especialmente con el adenocarcinoma y no tanto con el cáncer de pulmón microcítico.[7] Las mutaciones de KRAS son más frecuentes en población occidental que asiática.[3]



Un 5% de pacientes con CNMP presentan reordenamientos de EML4-ALK, más habitualmente jóvenes no fumadores y con histología de adenocarcinoma.[6,9] Las traslocaciones en ALK se han encontrado en un 60-90% de las mujeres en dos estudios españoles; en otros estudios se han observado estas mutaciones con el doble de frecuencia en pacientes de sexo femenino que masculino.[9]

En algunos estudios, en comparación con los varones, el cociente de probabilidades de presentar mutaciones en ALK es un 28% menor en varones que en mujeres.[9]

Las mutaciones en el receptor del factor humano de crecimiento epidérmico 2 (HER-2) ocurren con frecuencia en mujeres no fumadoras.[13] Algunas revisiones informan en torno al 62-69% de mutaciones HER-2 en carcinomas pulmonares de pacientes femeninas.[9] Igualmente presenta cierta preferencia por el sexo femenino la mutación BRAF, que empeora el pronóstico.[6]

También son habitualmente no fumadores y con histología de adenocarcinoma los pacientes con reordenamientos de RET, aunque no hay clara diferencia por sexos.[6] En el caso de otras mutaciones como la translocación en ROS1 los estudios respecto a posibles diferencias en función del sexo muestran datos contradictorios.[9]

Hormonas sexuales

Es conocido que los estrógenos, y otras hormonas como la progesterona y la testostesrona están implicadas en la biología del cáncer de pulmón, pero sus contribuciones a la misma son aún controvertidas.[8]

Las mujeres presentan un mayor número de aductos de ADN causados por hidrocarburos aromáticos policíclicos del tabaco que los varones, probablemente por una menor capacidad de reparación del ADN mediada por estrógenos.[6,7,13] Además, los estrógenos aumentan la expresión de enzimas de fase I en el metabolismo del tabaco como CYPA1, generando una mayor concentración de carcinógenos que no se eliminan por enzimas de fase II.[6,8]

Los estrógenos se han relacionado con la proliferación de líneas celulares de CNMP a través de los receptores de estrógenos, aunque los estudios sobre su papel real en la etiología del cáncer de pulmón en las mujeres no han obtenido resultados consistentes.[6] Los receptores de estrógenos se encuentra presentes en tejido pulmonar normal y tumoral en pacientes de ambos sexos, pero el receptor estrogénico ß se ha encontrado elevado en muestras de cáncer de pulmón y más frecuentemente en mujeres premenopáusicas que en postmenopáusicas u hombres.[3,6] Su presencia en el tumor se ha relacionado con una disminución de la mortalidad en hombres, pero no en mujeres.[3] Además los receptores estrogénicos pueden interaccionar con otros receptores de la superficie celular como EGFR y promover la proliferación celular.[8]

También se han relacionado los niveles aumentados de 17-ß-estradiol con el desarrollo de la enfermedad, ya que esta molécula activa las señales dependientes de EGFR.3,[8] De hecho, se ha descrito una correlación positiva entre la edad de la menarquia y del primer parto y la probabilidad de aparición de mutaciones en EGFR, aunque también se ha descrito una menor incidencia de cáncer de pulmón en relación con una menarquia tardía.[13]

La aromatasa, enzima crucial en la síntesis de estrógenos, se ha relacionado con la carcinogénesis del cáncer de pulmón y con una mejor respuesta a inhibidores de la tirosina quinasa

Pese a que las influencias genéticas aún no son claras, se ha observado que el riesgo se duplica en pacientes con un familiar de primer grado afectado, y este riesgo es mayor en la descendencia de sexo femenino

La aromatasa, enzima crucial en la síntesis de estrógenos, se ha relacionado con la carcinogénesis del cáncer de pulmón y con una mejor respuesta a inhibidores de la tirosina quinasa.[3]

Sin embargo, no se ha encontrado asociación con el uso de tratamientos anticonceptivos, y los estudios sobre la relación entre la terapia sustitutiva y el cáncer de pulmón arrojan resultados contradictorios.[3,6,8] Algunos estudios relacionan los tratamientos antiestrogénicos con una disminución del tamaño tumoral, un menor crecimiento tumoral, así como un descenso de la angiogénesis.[7]

Historia familiar y factores genéticos

Hay evidencia reciente de variantes patogénicas en líneas germinales que implican las vías de reparación del ADN, aunque no se conoce su prevalencia.[10] La historia familiar de cáncer de pulmón ha sido reconocida como factor predictor en al menos dos modelos de estimación del riesgo de cáncer de pulmón en la población, uno de ellos específico para mujeres no fumadoras.[20,21]

Pese a que las influencias genéticas aún no son claras, se ha observado que el riesgo se duplica en pacientes con un familiar de primer grado afectado, y este riesgo es mayor en la descendencia de sexo femenino.[6,9,22]

Infecciones

En Europa se ha descrito la presencia de virus del papiloma humano (VPH) en el cáncer de pulmón con una incidencia del 17%.[6] Algunos estudios señalan que las mujeres no fumadoras presentan cáncer de pulmón VPH positivo en mayor frecuencia que los hombres no fumadores y que las mujeres con VPH son más propensas a desarrollar cáncer de pulmón en comparación con los hombres.[8]

Inmunidad

Las diferencias en el sistema inmune entre hombres y mujeres se han investigado en múltiples estudios. Se han observado diferencias en la expresión de PD-L1 moduladas por estrógenos, que pueden influir en la respuesta a terapias dirigidas.[8,13] También se han observado niveles más elevados de disfunción de células T, moléculas de inhibición de los puntos de control inmune y células inmunosupresoras en CNMP procedentes de pacientes femeninas en comparación con tumores de varones. En general, las mujeres poseen un respuesta inmune más robusta que los hombres, tanto innata como adaptativa, lo que les hace menos susceptibles a infecciones, pero más a enfermedades autoinmunes.[8]

Las mujeres poseen un respuesta inmune más robusta que los hombres, tanto innata como adaptativa, lo que les hace menos susceptibles a infecciones, pero más a enfermedades autoinmunes



Se ha observado que las mujeres suelen hacer un uso del tabaco más relacionado con el manejo de las emociones negativas, mientras que en los hombres está más dirigido a la obtención de placer

Factores sociales

No todos los factores que producen diferencias entre hombres y mujeres en esta enfermedad están determinados por la biología. Algunos estudios han descrito un aumento en el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón en peluqueras, trabajadoras de salones de manicuras, lavanderas y cocineras. Las mujeres también suelen estar expuestas a contaminación en ambientes cerrados.[13]

Mientras que las investigaciones sobre exposición ocupacional a carcinógenos en trabajos tradicionalmente masculinos son numerosas, no hay tanta evidencia en otros trabajos.[13]

El abandono del consumo de tabaco se ha relacionado con una reducción del riesgo de todos los tipos histológicos de cáncer de pulmón, especialmente en mujeres.[6] Sin embargo, este abandono se asocia con una mayor ganancia de peso en las mujeres que en los hombres y al mismo tiempo, una mayor preocupación por este hecho, lo que puede condicionar una mayor reticencia hacia el abandono del hábito tabáquico en las mujeres.[9] Algunos estudios hablan de que las mujeres muestran la mitad de probabilidades de abandonar el consumo de tabaco.[13]

También se ha observado que las mujeres suelen hacer un uso del tabaco más relacionado con el manejo de las emociones negativas, mientras que en los hombres está más dirigido a la obtención de placer.[9,13]

Diagnóstico y tratamiento

Los roles de género contribuyen al aumento de mortalidad por cáncer en los hombres. Los pacientes varones suelen ser diagnosticados en estadios más avanzados debido a que con más frecuencia demoran la búsqueda de asistencia.[23]

Los varones muestran más propensión a las conductas que aumentan el riesgo de neoplasias u otras enfermedades, como por ejemplo el consumo de tabaco y alcohol o la ingesta de alimentos no saludables y que contribuyen a disminuir su esperanza de vida.[23]

Varios estudios han constatado una mejor supervivencia en las mujeres afectadas por el cáncer de pulmón en comparación con los hombres, independientemente de otros factores como el subtipo histológico, el estadio al diagnóstico, el tratamiento recibido, los antecedentes de tabaquismo e incluso tras ajustar por expectativa de vida.[13]

En el estudio EUROCARE-4 que incluyó a 1.6 millones de pacientes, se constató una diferencia en la supervivencia del 2,4% a favor de las mujeres. Esta diferencia se relacionó con la distinta exposición a factores de riesgo y el posible papel de las hormonas sexuales, aunque no se podían descartar las diferencias en histología, la historia de consumo de tabaco y los distintos patrones de mutación.[6]

Se ha descrito un aumento de la supervivencia de los pacientes no fumadores frente a los fumadores, lo cual puede ser un factor de confusión dado que hay mayor proporción de no fumadoras entre las mujeres que entre los hombres.[6]

Los hombres diagnosticados de cáncer de pulmón suelen padecer más comorbilidades que las mujeres; esta diferencia puede influir en las distintas tasas de supervivencia observadas.[3]

Las diferencias en la composición corporal en hombres y mujeres pueden afectar a la eficacia y toxicidad de los tratamientos. El porcentaje de masa magra metabólicamente activa es mayor en hombres y la distribución de la grasa varía considerablemente. La superficie corporal, utilizada habitualmente para el cálculo de dosis, no tiene en cuenta la diferente composición corporal. Así, posibles diferencias entre ambos sexos en el metabolismo de los medicamentos no son valoradas.[24]

La distinta composición corporal afecta al volumen de distribución, siendo este mayor en las mujeres para los fármacos liposolubles.[24]

Se han descrito mejores tasas de supervivencia a un año en mujeres con CNMP avanzado o metastásico tratadas con esquemas basados en platino.[8,9,15] En contrapartida, se ha descrito una mayor toxicidad gastrointestinal y neurológica en mujeres tratadas con platino.[6,9] Es posible que ambas respuestas ocurran en relación con una menor capacidad de reparación del ADN.[6,9] Las mutaciones en EGFR en pacientes con cáncer de pulmón son más frecuentes en mujeres

Los varones muestran más propensión a las conductas que aumentan el riesgo de neoplasias u otras enfermedades, como por ejemplo el consumo de tabaco y alcohol o la ingesta de alimentos no saludables y que contribuyen a disminuir su esperanza de vida



Con la llegada de estos fármacos a la práctica clínica se ha logrado un cambio en el panorama terapéutico del cáncer de pulmón de célula no pequeña avanzado, permitiendo tratamiento más personalizado

y en no fumadores, cuya proporción también es mayor en las mujeres.[17] Estas mutaciones predicen un aumento en la sensibilidad tumoral a tratamientos con inhibidores de la tirosina quinasa, que han demostrado mejores tasas de respuesta y de supervivencia libre de progresión que la quimioterapia con platino.[6]

Con la llegada de estos fármacos a la práctica clínica se ha logrado un cambio en el panorama terapéutico del cáncer de pulmón de célula no pequeña avanzado, permitiendo tratamiento más personalizado.[17]

El tratamiento con inhibidores de la tirosina quinasa contra el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR ITK) es el tratamiento de primera línea para los CNMP con mutaciones en EGFR[9]. Entre los pacientes con adenocarcinoma que reciben osimertinib, se ha observado una mayor supervivencia libre de progresión en mujeres frente a hombres (cociente de riesgo de 0.40 frente a 0.58).[10]

Esta mayor tasa de respuesta y mayor supervivencia se han confirmado en algunos metaanálisis, aunque la historia de consumo de tabaco puede actuar como factor de confusión, al mejorar la supervivencia de las mujeres, y muchos de estos resultados provienen de análisis exploratorios.[10] Igualmente estas diferencias podrían deberse a diferencias en farmacocinética o farmacodinámica entre hombres y mujeres y que pueden afectar a la solubilidad y por tanto a la eficacia y toxicidad de los fármacos.[10]

Aunque en estudios previos se había observado una mejor respuesta de las mujeres a los inhibidores de EGFR, los estudios más recientes muestran resultados no significativos, lo que pone en evidencia la necesidad de realizar más estudios incluyendo la variable sexo para intentar comprender estas diferencias.[8]

Los reordenamientos de ROS1 se detectan predominantemente en pacientes menores de 50 años, no fumadores y con histología de adenocarcinoma, todas ellas características que aparecen más frecuentemente en mujeres.[6] Crizotinib ha mostrado una marcada actividad antitumoral en este subgrupo de pacientes.[9] Sin embargo, los reordenamientos de RET para los cuales también ha demostrado actividad, se observan más frecuentemente en varones, a excepción de las mutaciones en el exón 14, que se detectan más en mujeres de edad avanzada.[9]

Otros tratamientos como los inhibidores de los puntos de control inmune (ICI), no han mostrado diferencias o la han mostrado a favor de los hombres, con lo que se espera que disminuya la tasa de mortalidad en varones.[3,15,23] Posibles explicaciones son que muchos de los genes responsables de mecanismos que regulan la función inmune se encuentran en el cromosoma X y la posible influencia de las hormonas sexuales.[8,23]

El tratamiento con radioterapia corporal estereotáctica ha demostrado mejores resultados en cuanto a supervivencia en mujeres que en hombres.[15]

En un estudio prospectivo en España se observó que las mujeres (22.4% de los participantes) presentaron menores tasas de complicaciones y mortalidad posquirúrgicas en comparación con los participantes varones.[9] Esto puede estar relacionado con el hecho de que las mujeres presentaban una edad media menor, un consumo de tabaco más reducido y menos comorbilidades al diagnóstico, así como tasas más altas de no fumadoras.[9,10]

Un porcentaje elevado de los tumores diagnosticados en mujeres son adenocarcinomas en estadios precoces, lo que permite en muchas ocasiones cirugías mínimamente invasivas, con menores tasas de neumonectomías.[10]

Es necesario tener en consideración tanto la toxicidad de los tratamientos como sus consecuencias sobre la fertilidad. Se estima que un 2% de los cánceres pulmón se producen en mujeres menores de 40 años, con lo que los perfiles de riesgo/beneficio de los tratamientos deben ser cuidadosamente sopesados, ya que pueden entrar en conflicto con sus deseos gestacionales.[9]

Aspectos psicosociales y socioeconómicos diferenciadores de género

El cáncer de pulmón, debido a su mal pronóstico y a sus altas probabilidades de limitar la calidad de vida de los pacientes, supone un gran impacto económico.[25]

En general, las mujeres son más propensas a buscar información sobre la enfermedad, los tratamientos, el pronóstico y los efectos secundarios de la medicación. También buscan con mayor frecuencia ayuda profesional, tanto a nivel psicológico para lidiar con la incertidumbre y sentimientos de culpa, como para conseguir consejo nutricional.[10]

En pacientes mujeres, ser menor de 65 años, tener peor situación funcional, recibir un diagnóstico de enfermedad avanzada, vivir solas o sin ayuda, no tener contacto social ni apoyo emocional son factores asociados con mayor distrés emocional, lo que puede conducir a padecer ansiedad y síntomas depresivos. Pese a todo, las supervivientes presentan mayor aceptación tras un proceso oncológico.[10]

Retos futuros desde una visión multidisciplinar y desde la investigación

A finales de los años 70 se prohibió en EEUU la participación de mujeres en edad fértil en ensayos clínicos, con el objeto de evitar posibles efectos teratógenos. Sin embargo, esta decisión es contraria a las autonomía de las mujeres para tomar decisiones y perjudica a la ciencia a la hora de comprender las diferencias por sexos y el impacto de los fármacos en la sociedad en general, en la que las mujeres son una proporción más que relevante.[23]

La exclusión de las mujeres en los ensayos clínicos favorece sesgos en la toma de decisiones sobre cuáles son los temas susceptibles de investigación y qué proyectos son relevantes a la hora de recibir financiación.[23]

La representación de mujeres en los ensayos clínicos debería reflejar la distribución de la incidencia por sexos que se observa para cada tipo de tumor. Igualmente, el sexo debería ser un factor de estratificación en los estudios para obtener poblaciones homogénaes.[24]
Es conocido que las reacciones adversas a fármacos son más frecuentes en mujeres. Más allá de posibles explicaciones biológicas, conviene tener en cuenta que la baja representación

La exclusión de las mujeres en los ensayos clínicos favorece sesgos en la toma de decisiones sobre cuáles son los temas susceptibles de investigación y qué proyectos son relevantes a la hora de recibir financiación

de mujeres en los ensayos clínicos hace que las dosis se estandaricen mayoritariamente en relación con el cuerpo del varón, que presenta distinta composición corporal.[23]

Igualmente, existen diferentes percepciones respecto a la importancia de un determinado síntoma o signo a la hora de informarlo como efecto adverso. Esto puede llevar a que un determinado grupo de población minimice o maximice los efectos sufridos por los fármacos administrados, llevando a pensar que son más frecuentes en uno u otro sexo.[23]

Por todo esto, es necesario que se incluya la variable sexo en los estudios de posibles fármacos para evaluar las diferencias potenciales en la respuesta a los mismos.[7] También debe registrarse el estado hormonal (pre/postmenopausia) de las mujeres incluidas en los estudios, ya que puede jugar un papel relevante tanto en el desarrollo de la enfermedad como en la respuesta a fármacos (figura 5).[8]

La inclusión de mujeres en los estudios puede revelar diferencias entre ambos sexos en la presentación de las enfermedades, en su progresión o en el tratamiento y generar posteriores investigaciones para aclarar los mecanismos responsables de estas diferencias.[23]

Se han llevado a cabo estudios para evaluar los programas de cribado con tomografías de baja dosis en los que se ha visto una reducción en la mortalidad por cáncer de pulmón. Un estudio retrospectivo sobre una cohorte de mujeres diagnosticadas de cáncer de pulmón puso de manifiesto que únicamente el 20% de estas pacientes cumplían los criterios necesarios para ser incluidas en los programas de cribado con tomografías.[13,15]

Dado que el cáncer de pulmón aparece a una edad más temprana y tras un consumo menor de tabaco, las posibles diferencias en la susceptibilidad al tabaco deberían ser tenidas en cuenta en los diseños de los programas de cribado.[9] Igualmente, es de importancia recordar que un 25% de los tumores se producen en pacientes no fumadores,[6,9] y que el 75% de las mujeres con cáncer de pulmón son no fumadoras.[3]

El cáncer de pulmón en pacientes no fumadores es la 7ª causa de muerte relacionada con cáncer.[3,6] No está claro si estas diferencias se deben a una mayor susceptibilidad para el desarrollo de cáncer de pulmón en las mujeres o al hecho de que las tasas de no fumadores son el doble en mujeres que en hombres.[6]

El 21% de los cánceres de pulmón son diagnosticados en mujeres no fumadoras frente al 2% en los hombres no fumadores.[6,9]

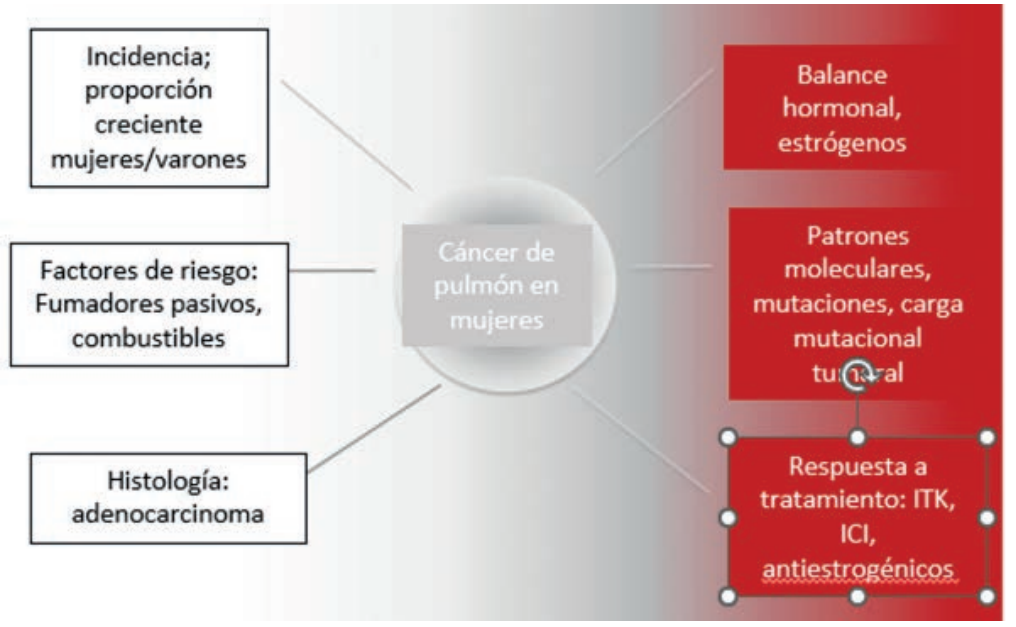
Los programas de screening que se han estudiado se han implementado en personas con historia de tabaquismo de más de 30 paquetes-año, lo que puede dejar fuera a muchas mujeres con una exposición menor o no fumadoras, en las que el cáncer de pulmón sigue siendo una causa importante de mortalidad.[3] Recientemente el Reino Unido ha publicado unas recomendaciones disminuyendo la exposición a 20 paquetes-año para considerar un paciente de alto riesgo de desarrollo de cáncer de pulmón.

Una mejor comprensión de la influencia de las diferencias sexuales sobre los factores clínicos, biológicos, genéticos y epigenéticos puede mejorar la estratificación de riesgo y el cribado para la enfermedad en estadios precoces (figura 5).[8]

Figura 5

Lo que conocemos y desconocemos del cáncer de pulmón en mujeres.
ITK: inhibidores de tirosina quinasa; ICI: inhibidores de puntos de control inmune

Figura modificada de Domagala et al. J Thorac Dis 2020[3]



Cáncer de pulmón y mujer



INCIDENCIA CÁNCER DE PULMÓN FEMENINO

En las mujeres, el cáncer de pulmón se sitúa como el tercero más incidente en el mundo tras el cáncer de mama y el colorrectal, pero es el segundo más mortal

En el año 2021 la mortalidad en mujeres enfermas de cáncer de pulmón supuso más de 5.600 fallecimientos en España. La mortalidad aumentó 124% entre los años 2003 y 2019

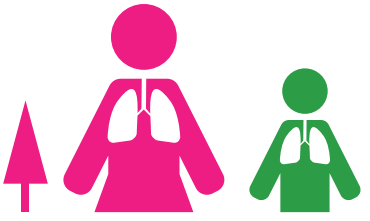
Se estima que en los próximos años sea la primera causa de muerte por cáncer





Entre personas no fumadoras, las mujeres presentan un riesgo entre 2 y 3 veces mayor que los hombres de desarrollar cáncer de pulmón

Las mujeres con mutaciones en enzimas de fase I y II presentan mayor riesgo de cáncer de pulmón que los hombres con independencia de la edad y los antecedentes de consumo de tabaco





La exclusión de las mujeres en los ensayos clínicos favorece sesgos en la toma de decisiones sobre cuáles son los temas susceptibles de investigación y qué proyectos son relevantes a la hora de recibir financiación

El cáncer de pulmón, debido a su mal pronóstico y a sus altas probabilidades de limitar la calidad de vida de los pacientes, supone un gran impacto económico

Bibliografía

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. International Journal of Cancer. 2021;149(4):778-89.

2. The top 10 causes of death [Internet]. [citado 9 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

3. Domagala-Kulawik J, Trojnar A. Lung cancer in women in 21th century. Journal of Thoracic Disease [Internet]. agosto de 2020 [citado 26 de septiembre de 2023];12(8). Disponible en: https://jtd.amegroups.org/article/view/42562

4. Cancer today [Internet]. [citado 7 de julio de 2023]. Disponible en: http://gco.iarc.fr/today/home

5. Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf [Internet]. [citado 9 de octubre de 2023]. Disponible en: https://seom.org/images/Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf

6. Remon J, Molina-Montes E, Majem M, Lianes P, Isla D, Garrido P, et al. Lung cancer in women: an overview with special focus on Spanish women. Clin Transl Oncol. junio de 2014;16(6):517-28.

7. Fuentes N, Silva Rodriguez M, Silveyra P. Role of sex hormones in lung cancer. Exp Biol Med (Maywood). octubre de 2021;246(19):2098-110.

8. May L, Shows K, Nana-Sinkam P, Li H, Landry JW. Sex Differences in Lung Cancer. Cancers (Basel). 8 de junio de 2023;15(12):3111.

9. Isla D, Majem M, Viñolas N, Artal A, Blasco A, Felip E, et al. A consensus statement on the gender perspective in lung cancer. Clin Transl Oncol. mayo de 2017;19(5):527-35.

10. Viñolas N, Mezquita L, Corral J, Cobo M, Gil-Moncayo F, Paz-Ares L, et al. The role of sex and gender in the diagnosis and treatment of lung cancer: the 6th ICAPEM Annual Symposium. Clin Transl Oncol [Internet]. 25 de julio de 2023 [citado 3 de noviembre de 2023]; Disponible en: https://doi.org/10.1007/s12094-023-03262-x

11. Garrido P, Viñolas N, Isla D, Provencio M, Majem M, Artal A, et al. Lung cancer in Spanish women: The WORLD07 project. European Journal of Cancer Care. 2019;28(1):e12941.

12. info_RTT_gecp2.jpg (900×1165) [Internet]. [citado 13 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.gecp.org/wp-content/uploads/2021/08/info_RTT_gecp2.jpg

13. Mederos N, Friedlaender A, Peters S, Addeo A. Gender-specific aspects of epidemiology, molecular genetics and outcome: lung cancer. ESMO Open. 2020;5:e000796.

14. Candal-Pedreira C, Ruano-Ravina A, Pérez-Ríos M. Is lung cancer in never smokers still an unknown disease? Translational Cancer Research [Internet]. diciembre de 2022 [citado 3 de octubre de 2023];11(12). Disponible en: https://tcr.amegroups.org/article/view/70778

15. Ragavan M, Patel MI. The evolving landscape of sex-based differences in lung cancer: a distinct disease in women. Eur Respir Rev. 31 de marzo de 2022;31(163):210100.

16. Nebot M, Tomás Z, López MJ, Ariza C, Díez E. Cambios en el consumo de tabaco en la población general en Barcelona, 1983-2000.

17. Remon J, Isla D, Garrido P, De Castro J, Majem M, Viñolas N, et al. Efficacy of tyrosine kinase inhibitors in EGFR-mutant lung cancer women in a real-world setting: the WORLD07 database. Clin Transl Oncol. diciembre de 2017;19(12):1537-42.

18. Cheng ES, Weber M, Steinberg J, Yu XQ. Lung cancer risk in never-smokers: An overview of environmental and genetic factors. Chin J Cancer Res. 31 de octubre de 2021;33(5):548-62.

19. Mazières J, Rouquette I, Lepage B, Milia J, Brouchet L, Guibert N, et al. Specificities of Lung Adenocarcinoma in Women Who Have Never Smoked. Journal of Thoracic Oncology. julio de 2013;8(7):923-9.

20. Liao W, Coupland CAC, Burchardt J, Baldwin DR, Gleeson F, Baldwin D, et al. Predicting the future risk of lung cancer: development, and internal and external validation of the CanPredict (lung) model in 19·67 million people and evaluation of model performance against seven other risk prediction models. The Lancet Respiratory Medicine. 1 de agosto de 2023;11(8):685-97.

21. Guo L, Meng Q, Zheng L, Chen Q, Liu Y, Xu H, et al. Lung Cancer Risk Prediction Nomogram in Nonsmoking Chinese Women: Retrospective Cross-sectional Cohort Study. JMIR Public Health and Surveillance. 6 de enero de 2023;9(1):e41640.

22. Isla D, Felip E, Viñolas N, Provencio M, Majem M, Artal A, et al. Lung Cancer in Women with a Family History of Cancer: The Spanish Female-specific Database WORLD07. AR. 1 de diciembre de 2016;36(12):6647-54.

23. Klein SL, Morgan R. The impact of sex and gender on immunotherapy outcomes. Biol Sex Differ. 4 de mayo de 2020;11:24.

24. Wagner AD, Oertelt-Prigione S, Adjei A, Buclin T, Cristina V, Csajka C, et al. Gender medicine and oncology: report and consensus of an ESMO workshop. Annals of Oncology. diciembre de 2019;30(12):1914-24.

25. Viñolas NN, Garcia-Campelo R, Majem M, Carcereny E, Isla D, Gonzalez-Larriba JL, et al. Assessment of the psychosocial and economic impact according to sex in non-small cell lung cancer patients: an exploratory longitudinal study. BMC Psychol. diciembre de 2020;8(1):123.

Dra. Diana Cuenca Gómez.
Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.



Dra. Belén Santacruz Martín.
Jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario de Torrejón, Madrid. Profesora asociada Universidad Francisco de Vitoria, Madrid.



CAPÍTULO 24

Ginecología y Obstetricia:
el área de la mujer



Dra. María del Mar Gil Mira.
Coordinadora de Investigación Unidad Medicina Materno Fetal y Neonatal. Hospital Universitario de Torrejón, Madrid. Profesora asociada en la Universidad Francisco de Vitoria, Madrid.



Con la colaboración de
Dra. Ingrid Pérez Martínez.
Especialista en Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.



Ginecología y obstetricia: el área de la mujer

La especialidad de Obstetricia y Ginecología es un área médica que abarca un contenido muy extenso y diverso durante las diferentes etapas de la vida de la mujer y lleva a cabo múltiples actividades para promover y proteger la salud de la mujer, tanto preventivas como diagnósticas y terapéuticas. El desarrollo que ha tenido la especialidad en los últimos 30 años ha llevado a crear tres grandes ámbitos de salud:

La Ginecología se ocupa de la salud del sistema reproductivo femenino, que incluye los órganos sexuales de la mujer tanto internos (útero, trompas, y ovarios) como externos (vulva, vagina), y la mama. Se encarga de la evaluación del estado de salud, del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de las mujeres y de aquellos varones que posean órganos sexuales femeninos. La Ginecología es una de las especialidades con mayor peso en las actuaciones preventivas para evitar o controlar la aparición de las enfermedades, especialmente las oncológicas y las que presentan una transmisión sexual.

La Medicina Reproductiva, nacida como subespecialidad dentro de la Ginecología hace varias décadas, es la encargada de la evaluación y el tratamiento de la infertilidad y la esterilidad. La demanda de técnicas diagnósticas y de tratamientos de reproducción asistida por parte de la sociedad no ha dejado de crecer en las últimas décadas, en parte por el retraso del momento de desear descendencia, y en parte por el deseo de gestaciones de forma monoparental o entre parejas del mismo sexo biológico. La amplitud del conocimiento y la tecnificación que requiere este extenso campo, así como la necesidad de investigación, han hecho que esta subespecialidad se desarrolle con nombre propio y con una dedicación exclusiva para atender estas demandas e investigar en este extenso y complejo campo.

La Obstetricia, se encarga de un periodo específico en la vida de la mujer: el embarazo, parto y puerperio. **La Tocurgia** es la rama que se encarga de la asistencia al parto y el puerperio mientras que la **Medicina Materno-Fetal** se encarga de la asistencia durante el embarazo.



Los avances teóricos y tecnológicos han revolucionado la práctica de la obstetricia. Tradicionalmente, ésta se centraba en el acompañamiento de la mujer durante el embarazo y el parto, y en diagnosticar y tratar las enfermedades maternas, sin importar mucho lo que le ocurriese al feto. Lo que hace única a esta práctica médica es que las decisiones tomadas en relación con uno de los pacientes pueden tener un impacto ineludible en el otro, lo que obliga a buscar soluciones que beneficien a ambos, incluso cuando en ocasiones puedan surgir conflictos de intereses.

El gran cambio se ha producido por dos avances tecnológicos imparables: primero, el acceso al medio fetal mediante los ultrasonidos, que cada vez nos permiten un mayor conocimiento del complejo desarrollo de la vida intrauterina; y segundo, el desarrollo de la genética prenatal, que nos permite diagnosticar determinadas enfermedades antes del nacimiento y realizar consejo prenatal para futuros embarazos.

Nuestro objetivo no es ya solo realizar el diagnóstico de las enfermedades maternas sino prevenirlas y, además, detectar y, cuando sea posible, tratar los problemas fetales dentro del útero, para así disminuir las secuelas, la denominada cirugía fetal.

Otro de los grandes cambios que ha influido en la Obstetricia es el conocimiento de que el desarrollo de un individuo y la predisposición a la salud y la enfermedad depende de un proceso continuo que se inicia desde la vida fetal y se continua durante la infancia. Gracias a la capacidad de adaptación del feto y a la epigenética (modificaciones en la expresión de los genes debido a la situación ambiental), lo que sucede en el embarazo va a afectar a la vida adulta de esos recién nacidos, a su riesgo cardiovascular, de diabetes, hipertensión y obesidad.

Pero lo que sucede en el embarazo no sólo va a afectar a la salud de la descendencia, sino que la mujer en cada gestación tiene un riesgo de padecer enfermedades que pueden poner en riesgo su vida durante el embarazo y el parto, pero que además van a condicionar su propia salud futura. Por ejemplo, la diabetes o la hipertensión gestacionales, que afectan al 10-15% de las embarazadas, aumentan su riesgo cardiovascular a corto, medio y largo plazo, por lo que su prevención debe ser una prioridad en la investigación clínica actual. Hoy en día, es escasa la información que se recoge sobre estas enfermedades en el embarazo en las historias clínicas no ginecológicas y casi no se tienen en cuenta a la hora de aconsejar o establecer políticas sanitarias en las mujeres que las han padecido durante la gestación. Por lo tanto, es fundamental establecer programas sanitarios que sean capaces de minimizar o prevenir estos factores de riesgo.

La investigación, las actividades preventivas y el cuidado de la mujer embarazada debe ser una prioridad como sociedad para mejorar la salud global de la población y de las generaciones futuras

Las claves para la prevención de muchas de las enfermedades más prevalentes de la edad adulta se encuentran en los primeros momentos de nuestra vida, por lo que la investigación, las actividades preventivas y el cuidado de la mujer embarazada debe ser una prioridad como sociedad para mejorar la salud global de la población y de las generaciones futuras.

La Bioética en Ginecología y Obstetricia

Para la sociedad en general y para los profesionales sanitarios en particular ha surgido el reto global de poder integrar la diversidad cultural, la relación de sexos y géneros, la diversidad y el conflicto de valores a la hora de la toma de decisiones en salud.

La Ginecología y Obstetricia es una de las especialidades en la que más frecuentemente nos enfrentamos a conflictos éticos cuya resolución resulta compleja. Aunque en los conflictos bioéticos pueden estar involucrados ambos sexos, aquellos que se producen en relación con el embarazo van a involucrar específicamente a la mujer. Por ello, la especialidad debería incluir una gran formación en Bioética, la ciencia que nos proporciona herramientas para resolver este tipo de conflictos.

Prevención y promoción de la salud

La promoción y prevención de la salud tienen un gran peso tanto en la Ginecología como en la Obstetricia. No queremos tratar enfermedades, deseamos que no aparezcan. Es lo que conocemos como prevención primaria. De igual forma, si aparecen, queremos diagnosticarlas de forma temprana para mejorar su pronóstico, la denominada prevención secundaria, y disminuir las secuelas a largo plazo, la prevención terciaria.

Estrategias de prevención en Ginecología

Prevención Primaria: vacuna del Virus del papiloma humano (VPH)

En Ginecología se realizan diversas estrategias de prevención primaria como es la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH).

La infección por este virus de transmisión sexual afecta principalmente a la salud de las mujeres y muy poco a la de los varones. El control de esta patología implica que la mujer deba aceptar programas de cribado y seguimiento, así como someterse a pruebas incómodas o pequeñas intervenciones quirúrgicas.

La infección por VPH es el principal factor implicado en el desarrollo del cáncer de cérvix e influye en la aparición de otros como el cáncer de vulva, vagina, pene, ano, y orofaringe [1,2], siendo responsable de la aparición de 44.000 casos de cánceres anogenitales al año en Europa [3]. La gran mayoría de la población sexualmente activa se infectará por VPH a lo largo de su vida, principalmente al inicio de la actividad sexual, lo que explica una mayor prevalencia de infección por el VPH se mujeres menores de 30 años (25-30%). Cerca del 90% de estas infecciones son transitorias y se resuelven en el transcurso de los dos años posteriores a la infección gracias a una respuesta inmunitaria eficaz. En ocasiones el virus puede permanecer latente durante años y reactivarse, lo que ocurre en un 10% de los casos. En estos estados persistentes aproximadamente un 1% de las mujeres desarrollará lesiones neoplásicas asociadas al VPH [4].

La gran mayoría de las mujeres se infectan por un hombre portador de VPH, la vacunación a hombres disminuiría altamente la posibilidad de contagio



Las vacunas frente al VPH previenen de manera segura y eficaz tanto la infección como las lesiones precancerosas cervicales asociadas, especialmente si se administran en adolescentes, antes de sus primeras relaciones sexuales, y por tanto antes de la primera exposición al virus [5]. A pesar de ello, existe aún controversia sobre la conveniencia o no de la vacunación en algunas mujeres. La estrategia actual de vacunación va encaminada principalmente a mujeres y a hombres con prácticas sexuales homosexuales. Dado que la gran mayoría de las mujeres se infectan por un hombre portador de VPH, la vacunación a hombres disminuiría altamente la posibilidad de contagio, y su no inclusión resulta en una estrategia menos efectiva, siendo hoy uno de los grandes problemas de salud de género. En el año 2007 se inició la vacunación sistemática del VPH en España en la cohorte de mujeres de 11-14 años y la tasa nacional de cobertura alcanzada en 2018 fue cercana al 73% [6]. Por lo tanto, la inclusión de varones podría cambiar radicalmente la prevalencia de esta infección y su patología asociada.

Prevención secundaria: programas de cribado oncológico

Desde el punto de vista de la prevención secundaria, existen dos programas de cribado en España altamente vinculados a la Ginecología: el cribado del cáncer de mama y el cribado de cáncer de cérvix.

Cribado cáncer de mama

Es el cáncer más frecuentemente diagnosticado en la mujer, con más de 30.000 casos anuales en España [7], y supone la principal causa de muerte por cáncer en la mujer. Estos datos dependen de su alta incidencia, ya que aproximadamente una de cada 10 mujeres padecerá un cáncer de mama a lo largo su vida. No obstante, las tasas de supervivencia superan más del 90% tras los 5 años del diagnóstico en países con rentas per cápita elevadas, siendo mucho menor en países de rentas menores. Esta supervivencia está estrechamente relacionada con los programas de detección precoz o cribado [8].

Una de cada 10 mujeres padecerá un cáncer de mama a lo largo su vida. Las tasas de supervivencia superan más del 90% tras los 5 años del diagnóstico en países con rentas per cápita elevadas fruto de los programas de detección precoz o cribado

Es España existe una estrategia de cribado de cáncer de mama basado en la realización de una mamografía cada dos años en las mujeres de 45-50 años y hasta los 69. Esta estrategia, que va enfocada al grupo de población con mayor incidencia, se universalizó en todas las comunidades autónomas a partir de 2005. Si bien es una estrategia eficiente, parece insuficiente. Recientemente la Comisión Europea ha propuesto ampliar el grupo de edad de mujeres para el cribado iniciándose a los 45 y hasta los 75 años. Esta recomendación ha sido bien aceptada por la sociedad, que entiende que el cáncer de mama tiene una incidencia creciente y que la exclusión de determinadas mujeres por el simple factor de la edad resulta injusta. A pesar de esta realidad, la evidencia nos permite concluir que al igual que la mortalidad por cáncer de mama se ve reducida en mujeres cribadas entre los 50 y 69 años, este efecto se ve disminuido en mujeres por debajo de los 50 [9].

Cribado cáncer de cérvix

Como hemos comentado previamente, el cáncer de cuello uterino está estrechamente ligado al virus VPH y es responsable de la muerte de 1,5/100.000 mujeres al año. Este tipo de cáncer presenta una historia natural larga que permite un cribado cuando aparece bien una infección

por HPV, o bien lesiones precursoras de este tipo de cáncer. Aunque se inició el programa en los años 80, el cribado de cáncer de cérvix por citología convencional, al contrario que el de mama, tiene la característica de ser un cribado "oportunista", es decir, voluntario. Cuando un programa de cribado no es universal, sino voluntario, genera diferencias poblacionales según la capacidad de acceso al programa. Consecuentemente, este cribado puede acabar realizándose a grupos de menor riesgo y excluyendo a grupos de riesgo más alto [10], generando desigualdad entre estratos sociales. A pesar de ello ha demostrado disminuir la incidencia y mortalidad por este tipo de cáncer.

El cribado mediante la detección del ADN o ARN del VPH ha ido progresivamente desplazando al cribado realizado por citología convencional. La evidencia científica sobre estas pruebas en el cribado primario indica que es al menos tan eficaz como la citología, pero con la ventaja de tener un mayor efecto protector, permitiendo alargar los intervalos de cribado hasta cinco años para mujeres VPH negativas [11]. A pesar de que desde hace años se recomendó preferencialmente este cribado, algunas Comunidades Autónomas aún no han iniciado el programa o se encuentran en fases muy iniciales.

El cribado mediante la detección del ADN o ARN del VPH es al menos tan eficaz como la citología, pero con la ventaja de tener un mayor efecto protector, permitiendo alargar los intervalos de cribado hasta cinco años para mujeres VPH negativas

Pese al extenso conocimiento que tenemos sobre la enfermedad y sus terribles consecuencias, y de contar con buenas estrategias de prevención primaria y secundaria, en la consulta de Ginecología constatamos a diario la ignorancia sobre el VPH en la población. De nuevo fallamos como sociedad en la formación de nuestros jóvenes y adultos, tanto en colegios e institutos o en la propia familia, como en las consultas de atención primaria, lo que dificulta el control de una enfermedad que debería ser posible erradicar antes de fin de siglo.

Estrategias de prevención en Obstetricia

En el ámbito de la Obstetricia la prevención primaria de enfermedades ha ido adquiriendo progresivamente mayor importancia. Durante la gestación se pretende diagnosticar precozmente muchas enfermedades de consecuencias potencialmente fatales para la salud de la madre y del feto.

Cribado de preeclampsia pretérmino

La preeclampsia es uno de las una de las principales causas de mortalidad materna en nuestro medio y que, además, asocia grandes secuelas en los recién nacidos. Se trata de una enfermedad predecible y prevenible, administrando aspirina profiláctica desde el primer trimestre de gestación a mujeres de alto riesgo [12] y se ha demostrado que su implantación es costoefectiva. En el momento actual aún no está implantado a nivel nacional este cribado, por lo que se produce una inequidad entre mujeres dependiendo de dónde vivan o cuál sea su hospital de referencia.

Diabetes gestacional

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que se produce a causa del embarazo (o durante el embarazo) y que aumenta la morbilidad tanto materna como fetal y las tasas de mortalidad fetal. Lleva años cribándose en nuestro país mediante sobrecarga oral de glucosa en el



segundo trimestre de gestación o en el primer trimestre si existen factores de riesgo asociados [13]. La detección solo es posible en este momento, cuando ya se ha producido, por lo que nos limitamos a controlar la enfermedad para evitar sus secuelas (prevención secundaria). La detección precoz y tratamiento adecuado han demostrado mejorar los resultados perinatales, y además mejorar la salud de la madre y del recién nacido a largo plazo, disminuyendo la posibilidad de diabetes tipo 2 en el futuro, obesidad o síndrome metabólico [14]. El futuro de esta enfermedad será lograr un cribado del primer trimestre del embarazo que nos permita aplicar estrategias para que no llegue a desarrollarse (prevención primaria).

Cribado de aneuploidías

Un cribado más enfocado en patología del feto es el cribado de aneuploidías fetales en el primer trimestre de la gestación. Este cribado se inició en los años 90 empleando una estrategia que combinaba la edad materna, con la medida de la translucencia nucal fetal medida por ecografía y factores bioquímicos (proteína placentaria A asociada a la gestación y subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana). Esta estrategia diseñada para detectar el síndrome de Down o trisomía 21 permite detectar el 90 % de los casos con una tasa de falsos positivos del 5% [15] y presenta además posibilidad de detectar otras aneuploidías como la trisomía 13 o síndrome de Patau y la trisomía 18 o síndrome de Edwards. La inclusión de otros marcadores ecográficos como el ductus venoso, la regurgitación tricuspídea y el hueso nasal puede aumentar la tasa de detección hasta el 95% [16].

Ante la detección de un riesgo elevado, se ofrece recoger una muestra de líquido amniótico o placenta (amniocentesis o biopsia corial) que, aunque no conllevan riesgos maternos, sí presentan un bajo riesgo de pérdida gestacional y un alto grado de sufrimiento emocional materno [17]. Por ello, cualquier estrategia de cribado que disminuya la tasa de falsos positivos es fundamental en un momento tan delicado para la vida de la mujer como es un embarazo. Desde hace años, la tecnología que permite detectar ADN proveniente de la placenta (trofoblasto) en sangre materna, el denominado test de ADN libre circulante (ADN-lc) o test prenatal no invasivo, ha aumentado la tasa de detección para el síndrome de Down a más del 99% [18] siendo también útil en el cribado de otras aneuploidías. La ventaja fundamental de esta prueba radica en que disminuye enormemente los falsos positivos (<0,1%) y por tanto la necesidad de realizar una prueba invasiva [19]. Desde su implantación, tanto el cribado combinado como el test de ADN-lc han tenido una gran aceptación por parte de las gestantes. Desafortunadamente, y aunque al igual que con la preeclampia, sabemos que estos programas son coste-efectivos [20], al no existir un programa nacional consensuado en el Consejo Interterritorial, cada Comunidad Autónoma decide qué estrategia de cribado se realiza e incluso si se realiza. Esto provoca grandes inequidades en el seguimiento del embarazo dependiendo del sitio de residencia e incluso del centro de referencia dentro de la misma Comunidad. Ciertas Comunidades tienen implementado el cribado de aneuploidías con test de ADN-lc de forma extensa, y/o de preeclampsia logrando reducciones de la enfermedad superiores al 50%, mientas que en otras ni siquiera se ha establecido y son las gestantes las que, en caso de desear realizarse las pruebas deben acudir a la medicina privada. En nuestro país, el establecimiento de programas de cribado es muy lento y se demora varios años, lo que asocia una morbimortalidad prevenible en las mujeres y sus hijos.

En nuestro país, el establecimiento de programas de cribado es muy lento y se demora varios años, lo que asocia una morbimortalidad prevenible en las mujeres y sus hijos



La Medicina Personalizada

No podemos hablar de programas de cribado sin emplear el término de "Medicina Personalizada". Este concepto de "Medicina Personalizada" nació ligado al conocimiento cada vez más amplio de la genética, y cómo ésta se vincula a la posibilidad de padecer diferentes enfermedades. Actualmente, este enfoque pretende determinar el riesgo de cada individuo a enfermar o no, en función de aquellas características, factores de riesgo o hábitos de salud, que nos hacen más o menos susceptibles a presentar la enfermedad, en lugar de generalizar un riesgo por grupos. Esta estimación de riesgos personalizados ha demostrado que las personas cumplen mejor las recomendaciones dadas.

La Genética es una rama de la biología con una gran expansión en Medicina en los últimos años y muy especialmente en Ginecología, Obstetricia y Medicina Reproductiva. Un ejemplo es el papel del ginecólogo/a cuando detecta varios casos de cáncer de origen ginecológico en una familia y su obligación de informar de la posibilidad de presentar un síndrome genético que predisponga a ciertos tipos de cáncer [21]. Pero además en el caso concreto del cáncer de mama, existen estudios en medicina genómica que permiten no sólo establecer el riesgo individual, sino predecir la posibilidad de recurrencia de un cáncer en una mujer que lo ha padecido y establecer del beneficio individual ante ciertos tratamientos quimioterápicos [22,23]. En el ámbito de la Obstetricia, los estudios genéticos durante la gestación permiten ya no sólo detectar la posibilidad de un feto afecto por una aneuploidía, sino de múltiples desórdenes genéticos. La tecnología actual nos permite secuenciar el genoma completo del organismo en desarrollo pudiendo detectar centenares de enfermedades raras, o incluso defectos o cambios en su secuencia genética que aún no sabemos interpretar. Muchos de estos hallazgos son incidentales, apareciendo en el transcurso de un estudio realizado por otra causa, creando diferentes dilemas éticos y dificultando el asesoramiento [24].

Al igual que en Medicina fetal, este conflicto también ocurre en la Medicina reproductiva. En este ámbito la tecnología actual nos permite cribar y detectar determinadas enfermedades en los progenitores [25] y en los embriones, y por lo tanto la selección de los mismos antes de transferir [26]. Pero no solo se seleccionan embriones que no se encuentren afectos de una enfermedad grave, sino que también se pueden desechar aquellos con "riesgo" de enfermedad. Toda esto obliga a los ginecólogos y obstetras no sólo a aumentar sus conocimientos en genética, sino también en bioética.

La nueva relación médico paciente

Tradicionalmente la medicina se ha basado en una relación médico paciente denominada paternalista en la cual imperaba la opinión y decisión médica basada en el tratamiento del problema sin tener en cuenta otros beneficios o inconvenientes para el paciente. El paciente era un elemento pasivo que se limitaba a recibir un tratamiento y a obedecer.

Los derechos humanos fundamentales incluyen el reconocimiento de los derechos de los pacientes a entender, preguntar y decidir sobre su situación de salud. El paciente pasa a ser un elemento con derechos, exigencias y expectativas [27] y el médico se transforma en un "asesor" en una relación entre el médico y paciente de carácter horizontal, basado en que todo usuario de los servicios sanitarios puede y debe tomar libremente las decisiones que se refieren a su cuerpo, de acuerdo con el sistema de valores en que se basa su proyecto de vida [27].

Esta relación puede generar un proceso conflictivo en el que el médico y el paciente no tienen las mismas opiniones o en el que pueden enfrentarse sus diferentes valores personales.

La zona anatómica de estudio en Ginecología y Obstetricia es el aparato genital tanto externo como interno: la diferencia entre la agresión (física o emocional) y el buen hacer, se basan en el consentimiento informado de la paciente y en su colaboración con los y las especialistas.

Para ilustrarlo vamos a tratar dos ejemplos muy habituales en nuestra especialidad como son la exploración ginecología y la asistencia al parto.

La exploración ginecológica



En cualquier especialidad médica la exploración clínica del paciente es imprescindible para la valoración de la salud o la enfermedad, para el diagnóstico y para la pauta de un tratamiento, si es preciso. La exploración ginecológica es un procedimiento médico en el que se examinan los órganos genitales y que habitualmente necesita realizarse en la denominada posición ginecológica con ambas piernas separadas y dejando expuesta la zona vulgar, anal, vaginal y abdominal. Durante la misma pueden realizarse diferentes pruebas y exámenes, como son el tacto bimanual, la toma de citologías o biopsias, la observación del cérvix uterino mediante colposcopia, o la realización de una ecografía transvaginal. Esta posición supone una situación de clara indefensión y de vulnerabilidad para la mujer, que puede generar un gran malestar físico y psíquico por lo que requiere siempre de un consentimiento verbal explícito, asegurando una colaboración y una comprensión de lo que se está realizando. Para disminuir esta sensación de vulnerabilidad los profesionales de la salud debemos tener en cuenta diferentes aspectos que se encuentran entre los valores de las pacientes, buscando su máximo beneficio con el menor perjuicio asociado. Se deben de tener en cuenta los siguientes puntos:

Sensibilidad y respeto: acercarnos con sensibilidad y delicadeza, respetando las experiencias de la paciente, y valorando los posibles traumas, tranquilizando si existen dudas o preocupaciones antes, durante o tras el procedimiento. Recomendar y permitir a las pacientes que se cubran parcialmente con sábanas o paños para mejorar la intimidad.

Diversidad de género: la exploración ginecológica también puede aplicarse a personas no binarias o transgénero con órganos reproductivos femeninos. En esos casos, el personal sanitario debe estar capacitado para brindar una atención inclusiva y respetuosa.

Barreras culturales y lingüísticas: las diferentes culturas pueden vivenciar la exploración y la salud ginecológicas de forma diferente. En otras ocasiones, es la barrera lingüística la que nos impide garantizar que la paciente tenga la atención adecuada. Debemos estar preparados para abordar estas situaciones en beneficio de la mujer.

Violencia de género: las mujeres que han sufrido violencia de género pueden verse afectadas en su bienestar físico y psicológico. Los profesionales de la salud en la especialidad de ginecología y obstetricia, debemos saber reconocer las señales de violencia y ser capaces de utilizar los recursos necesarios para apoyar a estas personas.

La asistencia al parto y la tocurgia

En el caso concreto de la actividad tocúrgica, la medicina paternalista que se llevaba a cabo durante el trabajo del parto conllevaba a muchas mujeres a visualizarse como indefensas y sometidas ante las actividades que se realizaban sobre su propio cuerpo. Esta sensación de indefensión en un momento tan vulnerable para la mujer como es el parto hizo que muchas prácticas tocúrgicas fueran incluso "demonizadas", como es el caso del parto instrumental. Pero nada más lejos de la realidad, el parto instrumental es un proceso empleado habitualmente en la asistencia al parto, seguro y que mejora los resultados perinatales de las mujeres y sus hijos en una situación de compromiso [28]. Esta visión negativa del parto instrumental es un ejemplo de las consecuencias derivadas de las relaciones paternalistas médicopaciente en las cuales no se proporcionaba información suficiente y adecuada a la gestante, sintiendo ésta una sensación de ocultismo sobre las acciones que se llevaban a cabo o incluso sintiéndose responsables de los problemas acaecidos. En el enfoque actual, la información a toda gestante debe ser adecuada y adaptada a sus condiciones, capaz de resolver las dudas sobre su salud y la de su hijo. Se debe informar a la mujer de lo que acontece, de las intervenciones recomendadas y consensuar las mismas entre médico y paciente.

En décadas pasadas muchas actividades realizadas durante el trabajo del parto se justificaban con la intencionalidad de disminuir la morbilidad-mortalidad perinatal y, en ocasiones y con los medios de los que disponían, podían ser adecuadas. Sin embargo, hoy en día muchas de esas prácticas son obsoletas y no adecuadas a los medios de los que disponemos para el control de las complicaciones del parto. Para ello se han publicado múltiples guías clínicas basadas en la evidencia que determinan qué actividades están justificadas en la atención al parto y cómo debe ser la comunicación durante el proceso [29,30]. Esto ha favorecido una asistencia al parto mucho menos intervencionista, consensuada, y que empodera a la mujer en el control del proceso fisiológico del parto, sin poner en riesgo su seguridad ni la de su hijo. Así mismo, las guías también nos dan evidencia de las actuaciones que debemos llevar a cabo cuando surgen complicaciones.

Siguiendo esta línea comunicativa se diseñaron diferentes documentos, denominados planes de parto, con el objetivo de que las mujeres pudieran expresar sus preferencias, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento, facilitando la labor del equipo médico asistente y favoreciendo participación activa de la mujer.

Conflictos bioéticos

En la especialidad de Ginecología y Obstetricia nos enfrentamos habitualmente a decisiones muy complejas y que pueden afectar a valores fundamentales tanto de las pacientes y las gestantes, como del personal que las atiende.



En una toma de decisiones intervienen tres elementos [31]: primero conocemos los hechos, sobre ellos aplicamos un juicio de valor y finalmente deliberamos sobre lo que se debe o no llevar a cabo. La bioética se encarga de la deliberación. En Medicina solemos conocer y analizar muy bien los hechos mediante la anamnesis y las pruebas clínicas, pero tenemos un déficit de formación sobre valores, cuando en realidad, los conflictos éticos son conflictos de valores. Y en bioética no se trata de lo bueno o lo mejor, sino de lo óptimo o la toma de la decisión más prudente.

Los valores, como la justicia, libertad, respeto, integridad o la lealtad, el ser humano los va adquiriendo durante su desarrollo y definen la personalidad. Cuanto menor es la diversidad cultural, más próximos son los valores de una sociedad. La forma de vivir actual, con grandes contactos interculturales, conlleva mayor diferencia de valores entre las personas. Cuando nos enfrentamos a un conflicto de valores, no debemos elegir el valor que consideremos más importante en detrimento del resto, sino que se deben intentar preservar todos o lesionarlos lo menos posibles. En obstetricia tenemos una dificultad añadida y es que los valores de la madre y el feto pueden estar enfrentados, e incluso pueden estarlo los del feto y uno o los dos progenitores.

En nuestra especialidad son múltiples las preguntas éticas que nos hacemos y que no siempre están resueltas con la legalidad que existe en cada momento. Respecto a la reproducción asistida, hasta qué edad, en qué casos, qué hacemos con los embriones que no se implantan, hasta dónde se puede llevar la investigación con embriones humanos, etc. Respecto a la interrupción de la gestación, cuándo, en qué casos o cómo. Respecto al embarazo y al parto, la denegación a realizar tratamientos que puedan poner en peligro la gestación, o la vida de la madre, la solicitud de cirugías no indicadas (ej. cesáreas a demanda) o la denegación de técnicas que están indicadas y cuya demora puede poner gravemente en peligro al feto (fórceps o cesárea en un riesgo de pérdida de bienestar fetal) o que pongan directamente en peligro la vida de la paciente (como la denegación de transfusión sanguínea). Y, para complicar aún más el problema, a veces estas decisiones se tienen que tomar durante una emergencia vital con un tiempo muy limitado para la toma de las mismas. A veces, el conflicto de valores es tan importante que el personal sanitario directamente implicado en el caso puede oponerse al cumplimiento de su deber laboral por la contravención de sus convicciones personales [32]. Es la denominada objeción de conciencia, siendo un derecho reconocido legalmente. Las instituciones sanitarias deben asegurar, en cualquier caso, la prestación del servicio sin discriminación a la mujer.

Salud y género

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el "sexo" de un individuo viene determinado por sus características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. Por otro lado "género" es un concepto que aparece en el siglo XX, que se clasifica como masculino y femenino y se refiere a los roles, conductas, actividades y atributos construidos socialmente y que una cultura determinada considera apropiados para hombres o mujeres pero que no están determinados por la biología ni por sus características fenotípicas.

El sexo determinado por la biología puede clasificarse en sexo cromosómico, gonadal y fenotípico:

El sexo cromosómico es el determinado por la carga genética de un ser humano. Un ser humano tiene 23 pares de cromosomas, 22 autosómicos que comparten ambos sexos y un par de cromosomas sexuales, XX para mujer y XY para varón.

Los trastornos de la diferenciación sexual son afecciones congénitas que se caracterizan por el desarrollo atípico del sexo cromosómico, gonadal o fenotípico con una incidencia entre 1/1.000 a ¼.200 recién nacidos

El sexo gonadal está determinado por el tipo de gónada, ovarios o testículos, que tenga el ser humano y el tipo de gameto generado, óvulo o espermatozoide.

Por último, **el sexo fenotípico** está determinado por los caracteres sexuales secundarios que desarrolla un ser humano, acorde a la estimulación de sus células por las hormonas sexuales generadas en las góndolas.

Generalmente una mujer con una dotación cromosómica 46 XX presentará unos ovarios, generará estrógenos y un aparato genital interno y unas características fenotípicas externas femeninas. De igual modo, un varón con una dotación genética 46 XY presentará testes como gónada, que producirá testosterona, y desarrollará unos genitales y unas características fenotípicas del desarrollo masculino humano [33]. Sin embargo, en otras ocasiones, el sexo genético, gonadal y fenotípico difieren, son los denominados trastornos de la diferenciación sexual.

La diferenciación sexual presenta una regulación compleja por la expresión de múltiples genes, protagonizados por el gen SRY del cromosoma Y, cuya presencia determina la diferenciación hacia gónada masculina y su ausencia establecerá una diferenciación femenina [34]. Los trastornos de la diferenciación sexual son afecciones congénitas que se caracterizan por el desarrollo atípico del sexo cromosómico, gonadal o fenotípico con una incidencia entre 1/1.000 a ¼.200 recién nacidos [35]. Las causas de estos trastornos pueden ser una dotación genética anómala, una producción anómala de hormonas o una resistencia periférica a sus efectos.

Las aneuploidías de los cromosomas sexuales aparecen en uno de cada 400 nacimientos e incluyen las fórmulas cromosómicas 45 X0, 47 XXY, 47 XXX, 47 XYY. Estos pueden explicar parte de estos trastornos, además de las translocaciones parciales, delecciones del gen SRY y otros genes relacionados con la expresión génica.

Por otro lado, trastornos endocrinos. El más frecuente, la hiperplasia suprarrenal congénita, puede hacer que un individuo con dotación genética 46 XX y una expresión fenotípica femenina, al presentar concentración de testosterona, sus características fenotípicas sean modificadas apareciendo estados denominados intersexuales. En estos casos puede no ser posible asignar un sexo al nacimiento [36].

La identidad de género es aquel sentimiento o percepción que cada individuo tiene de sí mismo en cuanto a su género. De forma habitual, el sexo orgánico (cromosómico, gonadal y fenotípico) suele coincidir con el sentido por uno mismo. Una mujer orgánicamente se reconoce psicológicamente como mujer y un varón como varón. Pero en determinados casos la identidad de género que un individuo tiene de sí mismo puede no coincidir con su sexo biológico. En estos casos hablamos de disforia de género [37].

La disforia de género se refiere al malestar que acompaña la incongruencia entre el género con el que cada persona se identifica y el género asignado. Hace una década el término de transexualidad se excluyó de los manuales de diagnóstico psiquiátrico, pasando a considerarse un problema clínico en el cual se muestra un malestar secundario a la imposibilidad de



acceder a intervenciones quirúrgicas o tratamiento hormonal para ayudarlos. Con esta nueva definición, el concepto cambia y los Estados deben poner a disposición de personas trans, todas las herramientas necesarias para desarrollarse plenamente [38].

En Ginecología, una especialidad en íntimo contacto con los genitales, la relación con estos problemas clínicos es habitual. En ocasiones, son los profesionales sanitarios consultados como primera opción o los que deben realizar el asesoramiento en diferentes aspectos. Por ello debemos estar informados y hacer un abordaje global del problema, conociendo la falta de acceso a la atención médica que en ocasiones tienen estas personas, las desigualdades y la discriminación [39].

Las personas que se someten a un tratamiento hormonal para adecuar sus caracteres externos a su género sentido, requieren de un seguimiento clínico y, en caso de las personas con genitales internos femeninos, un control de sus genitales internos, tras el inicio del tratamiento hormonal, para diagnosticar tempranamente una posible malignización celular. Estos seguimientos se llevan a cabo en consulta de ginecología y en el caso de que lo deseen, estas personas son sometidas también a cirugías en las que se pueden extirpar ovarios, mamas, etc. El objetivo de la terapia hormonal es hacer coincidir la identidad de género de una persona con las características de su cuerpo [40].

En ocasiones, hombres cuyo sexo asignado al nacimiento fue el de mujer desean preservar sus genitales internos, y sus gametos biológicos con la intención de tener descendencia biológica en el futuro. La preservación de la fertilidad en estas personas es realizada por especialistas en medicina reproductiva y puede conllevar desde la vitrificación ovocitaria o de embriones a la preservación del tejido ovárico [41].

Salud sexual y reproductiva

Como hemos visto en el apartado anterior, las diferencias de género son culturales y variables dependiendo de cada cultura y de las tradiciones y estilos de vida adquiridos. En función del género se espera de una persona unos comportamientos diferentes y unos deberes y responsabilidades [42]. En nuestra sociedad, el rol de la mujer se ha basado en su capacidad reproductiva y en su papel en la crianza, lo que ha generado diferencias de género en el ámbito de la salud y en concreto en la salud sexual y reproductiva. Tradicionalmente, sexualidad y reproducción han sido íntimamente relacionadas y no han sido tratadas de forma independiente. Esta visión errónea deriva de conceptos clásicos culturales en el que se veía la sexualidad de la mujer únicamente como fin reproductivo. La posibilidad de procrear es una posibilidad biológica de la mujer, pero la necesidad de tener hijos es un concepto social o cultural. No obstante, este papel de la mujer en la maternidad y crianza es origen de muchas manifestaciones de la violencia contra la mujer. Entre ellos se encuentran la mutilación genital femenina, los embarazos forzosos o los abortos provocados.

Afortunadamente, la sociedad ha ido liberando esta visión permitiendo que cualquier mujer pueda decidir sobre sus opciones reproductivas y decidir sobre la misma, sin condenar su salud sexual.

La salud sexual y reproductiva fue definida por la OMS como un estado completo de bienestar físico, mental y social en todas las etapas de la vida relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Se considera un derecho humano fundamental y como tal reconocido en nuestro Sistema Nacional de Salud. Implica que todas las personas tienen la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura, así como de tomar decisiones libres e informadas sobre su salud reproductiva [43].

La salud sexual se considera un derecho humano fundamental. Implica que todas las personas tienen la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura, así como de tomar decisiones libres e informadas sobre su salud reproductiva

Para poder disfrutar de una buena salud sexual, la mujer debe tener la capacidad de tener la libertad de decidir sobre si desea procrear o no, en qué momento y con qué frecuencia. Para conseguir este objetivo debemos de fomentar los siguientes aspectos:

- **Educación e información:** toda mujer debe tener información sobre su sexualidad y reproducción. Esta información debe suministrarse desde la infancia, intensificándose en la adolescencia, momento en el que se inician las relaciones sexuales, y debe ser completada con información sobre las enfermedades de transmisión sexual, su prevención, las alternativas anticonceptivas e información sobre el embarazo y el parto [44]. La educación sexual es fundamental para permitir que todas las personas y las mujeres en concreto puedan ejercitar su sexualidad de manera libre, así como comprender y respetar las diferentes prácticas y condiciones sexuales, entendiéndolas como un derecho básico de cada persona.



- **Accesibilidad y disponibilidad de métodos anticonceptivos:** La carga del embarazo afecta básicamente a la mujer y en caso de un embarazo no deseado las repercusiones negativas son prácticamente exclusivas de la mujer. Para que pueda decidir libremente si desea ser madre y el momento en que esto se produzca, es fundamental que las mujeres posean información precisa sobre los diferentes métodos anticonceptivos, las ventajas e inconvenientes de cada uno, así como una facilidad de acceso para su prescripción. Para ello, necesitamos una educación sexual y reproductiva en las escuelas y un sistema de atención primaria capacitado para la demanda. Las mujeres deben tener un acceso sencillo a los métodos anticonceptivos que hayan elegido. Además, es una discriminación de género que la responsabilidad de la anticoncepción recaiga en gran parte sobre la mujer y supone también un origen de desigualdad y discriminación. Un ejemplo es que, si bien el 22% de las mujeres no emplea ningún método anticonceptivo, este porcentaje prácticamente se duplica entre las mujeres extranjeras y con menor nivel de estudios, según la encuesta de la Sociedad Española de Contracepción de 2022 [44]. La carga de la anticoncepción recae en la mujer debido en parte a la mayor variedad de métodos anticonceptivos femeninos, ya sean hormonales, el DIU, implante, etc., como a la falta de interés en investigación sobre un método anticonceptivo eficaz cuya responsabilidad recaiga en el varón. De este modo, son las mujeres las que tienen que padecer los posibles efectos indeseados de los métodos anticonceptivos elegidos, y sus posibles complicaciones para su salud, como es el caso del tromboembolismo en las usuarias de anticoncepción hormonal [45].



- **Información, prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual:** las enfermedades de transmisión sexual no sólo suponen un problema médico, sino que también afectan a la vida sexual, reproductiva, y pueden llegar a afectar a la descendencia. Aunque su prevalencia es mayor en hombres que en mujeres, su diagnóstico en ellos es más rápido y conlleva menos secuelas a largo plazo que para ellas. La educación sexual desde la infancia, que incluya las enfermedades de transmisión sexual y la capacidad para prevenirlas, ha demostrado ser la estrategia más efectiva para disminuir su incidencia [46].

- **Atención ginecológica para resolver problemas de salud sexual en las mujeres:** Hasta hace pocos años, la salud sexual en las mujeres era un tabú, normalizando la existencia de patologías que impiden un desarrollo pleno de la mujer. Las disfunciones sexuales más prevalentes son la falta de orgasmo y la dispareunia o el dolor pélvico con las relaciones coitales. Estas disfunciones afectan a un 5-40% de las mujeres [47]. Sus causas son múltiples y el tratamiento es multidisciplinar siendo los ginecólogos y los psicólogos los primeros profesionales de la salud consultados al respecto. La dispareunia y el dolor pélvico habitualmente se asocian a problemas de salud ginecológica y su correcto abordaje y tratamiento puede mejorar la salud sexual en las mujeres. Desde el punto de vista del género, la salud sexual de las mujeres se ve más frecuentemente afectada, llegando al 43% [48], y también se encuentra relacionado con la visión tradicional de algunas mujeres con la imposibilidad de disfrutar de su vida sexual sin un objetivo reproductivo o la visión de algunas culturas de que el placer sexual es único del varón. Deben promoverse estrategias de salud que permitan una atención especializada de las demandas sobre los problemas de sexualidad en las mujeres, y que contribuyan a una mejora en la compresión de la sexualidad a las mujeres y a sus parejas mediante información y educación.

- **Información y posibilidad de interrupción de la gestación:** La interrupción voluntaria de la gestación sigue siendo un tema muy conflictivo a diferentes niveles, clínico, bioético e incluso político. La interrupción de la gestación no es un método anticonceptivo y no debe ser considerado como tal, puesto que la concepción ya se ha producido y en este caso toda la carga de la decisión y de las complicaciones recae de nuevo sobre la mujer. No obstante, sí es un derecho de la mujer y es obligación de los estados que sea prestado de forma sencilla y justa. El aborto supone una discriminación de género ya que, a pesar de estar legalizado y cubierto por el Sistema Nacional de Salud, sigue conllevando una carga para la mujer, por dificultades a su acceso, presencia de desigualdades entre diferentes Comunidades Autónomas, el estigma moral que supone, etc.

Según los informes anuales del Ministerio de Sanidad, España es el tercer país de la Unión Europea con mayor número de abortos, casi un 20% del total de la población embarazada, es decir 1 de cada 5 embarazos y tan sólo un 6% de los mismos se realizan en centros públicos [49]. Este dato ilustra en primer lugar el fracaso como sociedad, pues teniendo medicamente las herramientas para la prevención primaria de los embarazos, en al menos una de cada cinco gestaciones se ha producido sin desearlo la mujer. No podemos olvidar que el aborto conlleva unas consecuencias físicas y psicológicas para la mujer que persisten durante toda su vida, así como una afectación en su ámbito laboral si se recurre a incapacidades temporales, etc. Por otra parte, se produce una discriminación de la mujer que presenta un embarazo no deseado, mostrando la falta de desarrollo de protocolos de actuación y formación adecuada de los profesionales sanitarios y de la administración para gestionar de forma pública las interrupciones. Además, genera un

La interrupción del embarazo debe estar regulada con una ley de mínimos que asegure el derecho de la mujer a ejercer su ley de autonomía

El origen de la esterilidad es en un 30% atribuible a la mujer, 30% al hombre, en un 25% mixta y 15% desconocido

conflicto de valores por parte del personal sanitario que debe atender estos casos. Pocos temas como el aborto voluntario generan tantos debates polémicos ya que en él se ven envueltos concepciones personales, religiosas, éticas, normas deontológicas, etc. Estos enfrentamientos son difíciles de armonizar, ya que afectan a diferentes aspectos básicos de las convicciones personales, por lo que la interrupción del embarazo debe estar regulada con una ley de mínimos que asegure el derecho de la mujer a ejercer su ley de autonomía.

- **Asistencia adecuada al embarazo, parto seguro y puerperio**. Dentro del papel de la reproducción, es necesario que las políticas sanitarias vayan encaminadas a obtener una adecuada atención tanto prenatal, con el empleo de medidas educativas que fomenten un embarazo seguro y saludable y una asistencia al parto adecuada y respetuosa [50]. Además, debe de sumarse un esfuerzo para que el cuidado postnatal disminuya las desigualdades de género que habitualmente se generan a nivel social, médico y laboral [51].

- **Asistencia a la infertilidad y esterilidad:** desde el punto de vista de género, existe una concepción culturalmente arraigada de la responsabilidad del género femenino como responsable en la reproducción biológica. La mujer es última culpable de la falta de descendencia cuando ocurre, a pesar de que los datos científicos avalan que es un problema que afecta de igual manera a hombres y mujeres. El origen de la esterilidad es en un 30% atribuible a la mujer, en otro 30% al hombre, en un 25% mixta y en un 15% desconocido [52]. Fuera de esta conjetura, para lograr una atención adecuada a la infertilidad y contribuir a su solución o manejo es necesario ante todo un enfoque empático con la mujer o con las parejas que presentan este problema que afecta a casi un 15% de hombres y mujeres. En los últimos años, ha habido un aumento en la demanda de asistencia reproductiva llevando a que un 5,4% de las mujeres españolas entre 18 y 55 años se habían sometido a Técnicas de Reproducción Asistida en 2018 [53]. La infertilidad daña la autoestima de miembros de la pareja, puede afectar a su vida sexual y tener otras consecuencias emocionales; estas consecuencias son mayores en el caso de la mujer, tanto por el estigma sociológico que supone, como por ser la principal protagonista de los tratamientos [54]. La responsabilidad recae sobre la mujer en el caso de someterse a cirugías, administración de tratamientos, ausencias laborales, y posibles efectos secundarios adversos.

Dolor, sexualidad y mujer

Clásicamente se ha clasificado al género femenino como el “sufridor” o el “padecedor” del dolor, haciendo que esta afección sea lo habitual. La “normalización” del dolor hace que la sociedad acepte que una mujer “tiene” que sentir dolor desde la primera menstruación, que aprenda a percibir dolor en las pruebas médicas a las que se somete, incluso que lo padezca en sus propias relaciones sexuales, teniendo su máxima expresión en el momento del parto. Esta “normalización” del dolor hace que muchas mujeres no realicen ninguna consulta médica ni busquen ayuda al respecto ya que se pueden sentir juzgadas o infravaloradas si buscan soluciones a su dolor.



El dolor acompaña a la mujer a lo largo de su vida, y esto es explicado por la diferente respuesta fisiológica condicionada por el sexo al dolor. Las mujeres y los hombres no somos iguales en la respuesta del organismo al dolor [55]. A este hecho fisiológico se le añade una mayor exposición al dolor y mayor vulnerabilidad por razón de género (desigualdad, exposición temprana al estrés, traumatismos físicos o mentales, largos periodos de sueño interrumpido y de mala calidad, trabajos sin condiciones ergonómicas, dificultad en la autorrealización personal, abuso físico y sexual, etc.) [56]

Dentro de la convivencia entre la mujer y el dolor, podemos encontrar varios ejemplos que ocurren con gran prevalencia:

La dismenorrea: como hemos dicho, está "normalizado" el hecho de que la mujer tenga que tener dolor durante la menstruación, soslayada mediante la analgesia sin diagnóstico etiológico, lo que, en muchos casos, retrasa el diagnóstico de enfermedades tan prevalentes como la endometriosis.

La dispareunia: entendida como el dolor con las relaciones sexuales (especialmente con la penetración). La sociedad tiende a pensar que el problema principalmente es psicológico ("mujeres histéricas"), cuando habitualmente se trata de un problema de relación de pareja en el que intervienen múltiples factores, sin descartar que existen causas orgánicas.

Cuando se conjuga esta normalización del dolor por parte de las mujeres con la sexualidad, un tema habitualmente tabú, obtenemos como resultado que la mujer oculta, normaliza y nunca busca soluciones al dolor asociado a las relaciones sexuales. En el caso de que la mujer decida consultar al respecto, muchas veces no obtiene respuesta por la ausencia de formación de los profesionales en este campo. La ausencia de formación en sexualidad femenina se relaciona de nuevo con la desigualdad de género, al no haberse considerado un hecho a estudiar en la salud de la mujer.

Estos hechos se agravan en pacientes con antecedentes ginecológicos. Se genera un doble pacto de silencio, la paciente no pregunta porque espera a ser preguntada y se siente avergonzada al respecto por darle importancia a su sexualidad. En una encuesta que se realizó en pacientes con cáncer de mama, el 50% de ellas experimentaron algún problema sexual pero solo el 19% se atrevió a pedir ayuda [57]. El profesional sanitario tampoco lo hace centrándose en los datos concretos de la supervivencia o de la enfermedad propia de la paciente y no tratando la calidad de vida en temas como la sexualidad. Se debe por un lado a la falta de costumbre a preguntar, pero también a la falta de tiempo o de formación [58].

Teniendo en cuenta que la prevalencia de las relaciones sexuales dolorosas es del 14-16% [59], aumentando hasta el 45,3% en mujeres de más de 50 años, y le sumamos que en la consulta de ginecología el dolor genito-pélvico es un síntoma muy prevalente causado por diferentes patologías (endometriosis, síndromes adherenciales, procesos digestivos, cistitis, síndrome miofascial) resulta inevitable y mandatorio que los especialistas se formen en estos aspectos. El dolor ginecológico es prevalente si se pregunta por él y puede originar un problema de calidad de vida, de receptividad sexual y de respuesta sexual provocando problemas interpersonales y de autoestima [60].

Cuando se conjuga esta normalización del dolor por parte de las mujeres con la sexualidad, un tema habitualmente tabú, obtenemos como resultado que la mujer oculta, normaliza y nunca busca soluciones al dolor asociado a las relaciones sexuales

Por último, no podemos olvidar que en la entrevista a estas mujeres que presentan dolor pélvico crónico debemos de tener en cuenta que hasta un 47% de ellas revelan antecedentes de abuso físico y/o sexual [61].

Menarquia, menopausia y senectud

Menarquia

Se define como menarquia el primer ciclo menstrual que presenta una mujer. Desde el punto de vista clínico supone una maduración fisiológica que capacita a la mujer a tener ciclos ovulatorios y por lo tanto un paso hacia una madurez reproductiva. Desde el punto de vista social, el inicio de la menstruación se vive en diferentes sociedades como un paso hacia la edad adulta, una maduración, una fiesta, etc. Lo que es común es que la menarquia conlleva un cambio en la mujer que lo experimenta. A pesar de este cambio aún hoy en día, no existe una formación clara al respecto, no se habla sin tabúes de ella en la familia o en los colegios, suponiendo que muchas niñas y mujeres jóvenes se enfrentan a este cambio con muchas dudas. Un ejemplo muy ilustrativo de que no se trata de forma clara y sencilla la menstruación es los múltiples nombres eufemísticos que se emplean para referirse a ella: ha venido el "visitante", "estoy en esos días", etc. Esto conlleva que las mujeres se retraigan, dejen de tener un comportamiento normalizado, sientan vergüenza para pedir permiso para ir al baño, o incluso oculten el proceso que están viviendo. En el caso de las menarquias precoces que ocurren a los 9 o 10 años estos síntomas se agravan.

El ciclo menstrual puede asociarse frecuentemente a molestias físicas cíclicas que en determinados casos son verdaderos dolores cíclicos, que pueden afectar a su rendimiento escolar y deportivo.

El deporte es un origen de discriminación ya que por un lado no se adapta en esta edad a los días de la menstruación, coincidiendo además un momento de desarrollo físico del varón que hace sentir a las mujeres inferiores y pueden desplazar a las mujeres a actividades más sedentarias.

Esta situación y discriminación, no se va a dar solo durante la infancia, sino también en la adolescencia y en la vida adulta, muy especialmente cuando, en casos de patología, o dolor intenso la mujer pueda requerir una baja laboral, tratamientos crónicos o cirugías, soportando la carga económica y física que supone. La legislación actual está intentando mejorar esa situación, pero es importante la formación de la sociedad para conseguir que no haya discriminación por la fisiología de la mujer respecto a la del varón en ningún ámbito del desarrollo.

Menopausia

La menopausia se define como un año entero sin menstruación. Está precedido por la perimenopausia, un periodo de duración variable en el que se produce el proceso fisiológico de transición a la menopausia y en el que pueden aparecer síntomas de intensidad variable. En España más de 4 millones de mujeres pueden encontrarse en periodo de perimenopausia. Esto representa a más del 12% de la población femenina.

El deporte es un origen de discriminación ya que por un lado no se adapta en esta edad a los días de la menstruación, coincidiendo además un momento de desarrollo físico del varón



De manera similar a lo que ocurre con el dolor, la sociedad, y la propia mujer entiende la menopausia como un "proceso natural" que hay que "aguantar" y que habitualmente todo lo que suceda en su vida será relacionado con su nuevo "estado". Esto hace que muchas mujeres demoren sus consultas médicas justificando sus síntomas como normales. Los síntomas que aparecen con más frecuencia son: trastornos del ciclo, sofocos, alteraciones del sueño, síndrome genitourinario, disfunciones sexuales, síndrome metabólico, trastornos del estado de ánimo, etc. que pueden afectar la calidad de vida de la mujer de forma importante. En estos casos, y tras un correcto asesoramiento de la mujer, debe de valorarse la administración de tratamientos para mejorar su cuadro clínico [62].

De nuevo la falta de formación y de información, incluso entre especialistas, hacen que se demonicen tratamientos como la terapia hormonal de reemplazo (TH) o incluso que se retiren tratamientos ya instaurados. Si bien es cierto que la TH puede tener efectos adversos, estos son similares a los que pueden ocurrir con otro tipo de tratamientos que no son tan cuestionados [63]. Diversos estudios han demostrado que el haber recibido información sobre la menopausia es uno de los factores principales que llevan a las mujeres a pedir tratamientos para sus síntomas. Por ello, los proveedores de salud debemos formarnos para poder informar de forma satisfactoria a las mujeres en este proceso de su vida y acompañarlas y asesorarlas en el tratamiento de sus síntomas si ellas lo desean.

Senectud

La esperanza de vida de las mujeres que nacieron en 2020 se sitúa en los 85 años y se espera que las nacidas en 2023 alcancen los 87. Sin embargo, a partir de los 70 años no existe ningún programa de cribado, ni recomendación clínica que mejore la calidad de vida sexual y ginecológica. Desde el punto de vista ginecológico, tanto el cribado de cáncer de mama como el de cáncer de cérvix se acaba según las comunidades autónomas entre los 65 y 70 años, no porque a esta edad sea menos frecuente enfermar, sino por el reparto de recursos que defienden la eficiencia de los sistemas sanitarios.

Si existe un grupo etario en el que apenas se realiza estudios de prevención, ese es el de los mayores de 65 años. Este grupo de edad es el gran olvidado de los sistemas preventivos y aunque hagan uso de los sistemas de salud por otros motivos, habitualmente no se les pregunta sobre su calidad de vida. En el caso concreto que nos ocupa, ni se estudia, ni se conoce la sexualidad de las mujeres en esta etapa de su vida. Tampoco se previenen las patologías propias de esta edad como son la atrofia vulvovaginal secundaria a la falta de estrógenos, ni la incontinencia urinaria. Aunque estas patologías son tratables en la mayoría de los casos, al considerarlos como "normales", no se consulta por ellas y por lo tanto no se previenen ni se tratan. Como sociedad debemos de aumentar el interés en tratar la calidad de vida de nuestros mayores, y como sanitarios, concienciarnos en preguntar de forma explícita sobre estos aspectos, informar a las mujeres de forma adecuada y tratar de mejorar sus síntomas para finalmente mejorar su calidad de vida.

Es probable que sea el momento de reinventar el sistema y de invertir en salud de la mujer en todas las etapas de la vida sin olvidar que más de un tercio de la vida de la mujer se desarrolla durante la menopausia y gran parte en senectud.

Dra. Diana Cuenca Gómez - Dra. María del Mar Gil Mira
Dra. Belén Santacruz Martín - *Colabora:* Dra. Ingrid Pérez Martínez

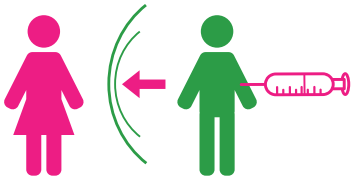
Ginecología y Obstetricia

La especialidad de Obstetricia y Ginecología es un área médica que abarca un contenido muy extenso y diverso durante las diferentes etapas de la vida de la mujer y lleva a cabo múltiples actividades para promover y proteger la salud de la mujer, tanto preventivas como diagnósticas y terapéuticas



La salud sexual se considera un derecho humano fundamental

Implica que todas las personas tienen la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura, así como de tomar decisiones libres e informadas sobre su salud reproductiva



La gran mayoría de las mujeres se infectan por un hombre portador de VPH, la vacunación a hombres disminuiría altamente la posibilidad de contagio

La investigación, las actividades preventivas y el cuidado de la mujer embarazada debe ser una prioridad como sociedad para mejorar la salud global de la población y de las generaciones futuras





En España la incorporación de cribados de aneuploidías fetales es muy lento y se demora varios años, lo que asocia una morbimortalidad prevenible en las mujeres y sus hijos

Bibliografía

1. Walboomers JMM, Jacobs M V, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah K V, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worlwide. J Pathol. 1999;19:12–9.

2. Hartwig S, Baldauf J, Dominiak-Felden G, Simondon F, Alemany L, de Sanjosé S, et al. Estimation of the epidemiological burden of HPV-related anogenital cancers, pre-cancerous lesions, and genital warts in women and men in Europe: Potential addi-tional benefit of a nine-valent second generation HPV vaccine compared to first generation HPV vaccines. Papillomavirus Res. 2015;1:90–100.

3. Hartwig S, Baldauf J, Dominiak-Felden G, Simondon F, Alemany L, de Sanjosé S, et al. Estimation of the epidemiological burden of HPV-related anogenital cancers, pre-cancerous lesions, and genital warts in women and men in Europe: Potential addi-tional benefit of a nine-valent second generation HPV vaccine compared to first generation HPV vaccines. Papillomavirus Res. 2015;1:90–100.

4. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical can-cer. Gynecol Oncol. 2008;110(3):S4–7.

5. Schiller JT, Castellsagué X, Garland SM. A Review of Clinical Trials of Human Papil-lomavirus Prophylactic Vaccines. Vaccine. 2015;30(5):1–42.

6. Coberturas de vacunación. Datos estadísticos. [Internet.] Madrid: Ministerios de Sa- nidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España; 2019 [consultado el 28 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ prevPromo-cion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/coberturas/docs/Tabla3.pdf

7. DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson BO y Jemal A. Interna-tional Variation in Female Breast Cancer Incidence and Mortality Rates. Cancer Epi-demiol Biomarkers Prev. 2015; 24(10): 1495-506.

8. Ginsburg O, Yip CH, Brooks A, Cabanes A, Caleffi M, Dunstan Yataco JA, et al. Breast cancer early detection: A phased approach to implementation. Cancer. 2020; 126 Suppl 10: 2379-93.

9. Canelo-Aybar C, Ferreira DS, Ballesteros M, Posso M, Montero N, Solà I, Saz-Parkinson Z, Lerda D, Rossi PG, Duffy SW, Follmann M, Gräwingholt A, Alonso-Coello P. Benefits and harms of breast cancer mammography screening for women at average risk of breast cancer: A systematic review for the European Commission Initiative on Breast Cancer. J Med Screen. 2021 Dec;28(4):389-404. doi: 10.1177/0969141321993866. Epub 2021 Feb 25. PMID: 33632023.

10. J.A. Espinas, L. Aliste, E. Fernandez, J.M. Argimon, R. Tresserras, J.M. Borras. Nar-rowing the equity gap: The impact of organized versus opportunistic cancer screen-ing in Catalonia (Spain).J Med Screen, 18 (2011), pp. 87-90

11. L. von Karsa, M. Arbyn, H. De Vuyst, J. Dillner, L. Dillner, S. Franceschi, et al.European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Summary of the supplements on HPV screening and vaccination.

12. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O'Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, Akolekar R, Cicero S, Janga D, Singh M, Molina FS, Persico N, Jani JC, Plasencia W, Papaioannou G, Tenenbaum-Gavish K, Meiri H, Gizurarson S, Maclagan K, Nico-laides KH. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. N Engl J Med. 2017 Aug 17;377(7):613-622. doi: 10.1056/NEJMoa1704559. Epub 2017 Jun 28. PMID: 28657417.

13. Nuha A. ElSayed, Grazia Aleppo, Vanita R. Aroda, Raveendhara R. Bannuru, Flo-rence M. Brown, Dennis Bruemmer, Billy S. Collins, Marisa E. Hilliard, Diana Isaacs, Eric L. Johnson, Scott Kahan, Kamlesh Khunti, Jose Leon, Sarah K. Lyons, Mary Lou Perry, Priya Prahalad, Richard E. Pratley, Jane Jeffrie Seley, Robert C. Stanton, Robert A. Gabbay; on behalf of the American Diabetes Association, 15. Manage-ment of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2023. Diabetes Ca-re 1 January 2023; 46 (Supplement_1): S254–S266.

14. Reece EA. The fetal and maternal consequences of gestational diabetes mellitus. J Matern Fetal Neonatal Med. 2010 Mar;23(3):199-203. doi: 10.3109/14767050903550659. PMID: 20121460.

15. Spencer K, Souter V, Tul N, Snijders R, Nicolaides KH. A screening program for tri-somy 21 at 10–14 weeks using fetal nuchal translucency, maternal serum free b-human chorionic gonadotropin and pregnancy-associated plasma protein-A. Ultra-sound Obstet Gynecol 1999;13:231–7.

16. Nicolaides KH, Spencer K, Avgidou K, Faiola S, Falcon O. Multicenter study of first-trimester screening for trisomy 21 in 75821 pregnancies: Results and estimation of the potential impact of individual risk-oriented two-stage first-trimester screening. Ul-trasound Obstet Gynecol. 2005;25(3):221-6.

17. Gil MM, Molina FS, Rodríguez-Fernández M, Delgado JL, Carrillo MP, Jani J, Plas-encia W, Stratieva V, Maíz N, Carretero P, Lismonde A, Chaveeva P, Burgos J, San-tacruz B, Zamora J, De Paco Matallana C. New approach for estimating risk of mis-carriage after chorionic villus sampling. Ultrasound Obstet Gynecol. 2020 Nov;56(5):656-663. doi: 10.1002/uog.22041. Epub 2020 Oct 17. PMID: 32281125; PMCID: PMC7984173.

18. Gil MM, Quezada MS, Bregant B, Ferraro M, Nicolaides KH. Implementation of ma-ternal blood cell-free DNA testing in early screening for aneuploidies. Ultrasound Obstet Gynecol. 2013 Jul;42(1):34-40. doi: 10.1002/uog.12504. Epub 2013 Jun 7. PMID: 23744609.

19. Gil MM, Accurti V, Santacruz B, Plana MN, Nicolaides KH. Analysis of cell-free DNA in maternal blood in screening for aneuploidies: updated meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017 Sep;50(3):302-314. doi: 10.1002/uog.17484. Epub 2017 Jul 27. Update in: Ultrasound Obstet Gynecol. 2019 Jun;53(6):734-742. PMID: 28397325

20. Sainz JA, Torres MR, Peral I, Granell R, Vargas M, Carrasco P, Garcia-Mejido JA, Santacruz B, Gil MM. Clinical and Economic Evaluation after Adopting Contingent Cell-Free DNA Screening for Fetal Trisomies in South Spain. Fetal Diagn Ther. 2020 Jul 13:1-8. doi: 10.1159/000508306. Epub ahead of print. PMID: 32659771.

21. Bellcross CA. Hereditary Breast and Ovarian Cancer: An Updated Primer for OB/GYNs. Obstet Gynecol Clin North Am. 2022 Mar;49(1):117-147. doi: 10.1016/j.ogc.2021.11.005. PMID: 35168766.

22. van 't Veer LJ, Dai H, van de Vijver MJ, He YD, Hart AA, Mao M, Peterse HL, van der Kooy K, Marton MJ, Witteveen AT, Schreiber GJ, Kerkhoven RM, Roberts C, Linsley PS, Bernards R, Friend SH. Gene expression profiling predicts clinical out-come of breast cancer. Nature. 2002 Jan 31;415(6871):530-6. doi: 10.1038/415530a. PMID: 11823860.

23. van de Vijver MJ, He YD, van't Veer LJ, Dai H, Hart AA, Voskuil DW, Schreiber GJ, Peterse JL, Roberts C, Marton MJ, Parrish M, Atsma D, Witteveen A, Glas A, Dela-haye L, van der Velde T, Bartelink H, Rodenhuis S, Rutgers ET, Friend SH, Ber-nards R. A gene-expression signature as a predictor of survival in breast cancer. N Engl J Med. 2002 Dec 19;347(25):1999-2009. doi: 10.1056/NEJMoa021967. PMID: 12490681.

24. Stevens B. Impact of Emerging Technologies in Prenatal Genetic Counseling. Cold Spring Harb Perspect Med. 2020 Dec 1;10(12):a036517. doi: 10.1101/cshperspect.a036517. PMID: 31570384; PMCID: PMC7706578.

25. Antonarakis SE. Carrier screening for recessive disorders. Nat Rev Genet. 2019 Sep;20(9):549-561. doi: 10.1038/s41576-019-0134-2. PMID: 31142809.

26. Chen HF, Chen SU, Ma GC, Hsieh ST, Tsai HD, Yang YS, Chen M. Preimplantation genetic diagnosis and screening: Current status and future challenges. J Formos Med Assoc. 2018 Feb;117(2):94-100. doi: 10.1016/j.jfma.2017.08.006. Epub 2017 Sep 6. PMID: 28888353.

27. Lázaro J., Gracia D.. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 [citado 2023 Ago 08] ; 29(Suppl 3): 7-17. Dispo-nible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002&lng=es.

28. Yang J, Armson BA, Attenborough R, Carson GD, da Silva O, Heaman M, Janssen P, Murphy PA, Pasquier JC, Sauve R, Von Dadelszen P, Walker M, Lee SK; Cana-dian Mode of Delivery Study Group. Survey of Mode of Delivery and Maternal and Perinatal Outcomes in Canada. J Obstet Gynaecol Can. 2022 Sep;44(9):960-971. doi: 10.1016/j.jogc.2022.04.017. Epub 2022 May 17. PMID: 35595024.

29. Intrapartum care for healthy women and babies. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022 Dec 14. PMID: 32212591.

30. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad y política social. Disponible online https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf

31. Gracia Guillén Diego. DE LA BIOÉTICA CLÍNICA A LA BIOÉTICA GLOBAL: TREIN-TA AÑOS DE EVOLUCIÓN. Acta bioeth. [Internet]. 2002 [citado 2023 Ago 08] ; 8(1): 27-39. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2002000100004&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2002000100004.

32. Gracia, D. (2009b) La ética de la objeción de conciencia. Anales de la Real Acade-mia de Medicina, 126, 4, pp. 691-712.

33. Thompson y Thompson. Genética en medicina, 8a edición, de Robert L. Nussbaum, Roderick R. McInnes y Huntington F. Willard. 2016 Elsevier.

34. MacLaughlin D, Donahoe P. Sex determination and differentiation. NEJM. 2004;350:367-378.

35. Dewing P, Bernard P, Vilain E. Disorders of gonadal development. Sem Reprod Med. 2002;20:189-197.

36. Wylie K. Gender related disorders. BMJ. 2004 Sep 11;329(7466):615-7. doi: 10.1136/bmj.329.7466.615. Erratum in: BMJ. 2004 Nov 27;329(7477):1270. PMID: 15361448; PMCID: PMC516664.

37. Bewley S, McCartney M, Meads C, Rogers A. Sex, gender, and medical data. BMJ. 2021 Mar 19;372:n735. doi: 10.1136/bmj.n735. Erratum in: BMJ. 2021 Apr 1;373:n843. PMID: 33741563.

38. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems; 2014.

39. Pazos Guerra M, Gómez Balaguer M, Gomes Porras M, Hurtado Murillo F, Solá Iz-quierdo E, Morillas Ariño C. Transsexuality: Transitions, detransitions, and regrets in Spain. Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed). 2020 Nov;67(9):562-567. English, Span-ish. doi: 10.1016/j.endinu.2020.03.008. Epub 2020 Jun 24. PMID: 32591293.

40. Moreno-Pérez O, Esteva De Antonio I; Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)*(anexo 1) [Clinical practice guidelines for assessment and treatment of transsexualism. SEEN Identity and Sexual Differentiation Group (GIDSEEN)]. Endo-crinol Nutr. 2012 Jun-Jul;59(6):367-82. Spanish. doi: 10.1016/j.endonu.2012.02.001. Epub 2012 Apr 26. PMID: 22542505.

41. Harris, M. (2011) "Antropología cultural", Madrid, Alianza Editorial.

42. Sexual health, human rights and the law. Geneva, World Health Organization, 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/

43. Encuesta de Anticoncepción en España 2022. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. SEC. Disponible en: https://sec.es/encuesta-sec-de-anticoncepcion-en-espana-2022-2/

44. Goldfarb ES, Lieberman LD. Three Decades of Research: The Case for Compre-hensive Sex Education. J Adolesc Health. 2021 Jan;68(1):13-27. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.07.036. Epub 2020 Oct 12. PMID: 33059958.

45. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición [Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edi-tion]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: http://apps.who. int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf;jsessionid=99203F99922F54C5EDB24ABB25D8EBBC?sequence=1.

46. Arakawa S. Education for prevention of STIs to young people (2021 version) Standardized slides in youth education for the prevention of sexually transmitted in-fections-for high school students and for junior high school students. J Infect Chemother. 2021 Oct;27(10):1375-1383. doi: 10.1016/j.jiac.2021.05.008. Epub 2021 Jul 31. PMID: 34344580.

47. Faubion SS, Rullo JE. Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. Am Fam Physician. 2015 Aug 15;92(4):281-8. Erratum in: Am Fam Physician. 2016 Aug 1;94(3):189. PMID: 26280233.

48. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Curr Psychiatry Rep. 2000 Jun;2(3):189-95. doi: 10.1007/s11920-996-0006-2. PMID: 11122954.

49. Instituto Nacional de Estadística. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Consultado el 27/09/2021. Disponible en: https://www. mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/

50. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Eva-luación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA No 2009/01.

51. De Dios-Vallejo DS. Equidad de género y embarazo. Perinatol Reprod Hum.2014;28 (2):71-78

52. Carson SA, Kallen AN. Diagnosis and Management of Infertility: A Review. JAMA. 2021 Jul 6;326(1):65-76. doi: 10.1001/jama.2021.4788. PMID: 34228062; PMCID: PMC9302705.

53. Informe Estadístico sobre Técnica de Reproducción Humana. Sociedad Española de Fertilidad. Disponible en: https://www.registrosef.com/public/docs/sef2019_IAFIVm.pdf

54. Boivin J, Gameiro S. Evolution of psychology and counseling in infertility. Fertil Steril. 2015 Aug;104(2):251-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.05.035. Epub 2015 Jun 16. PMID: 26092131.

55. Greenspan JD, Craft RM, LeResche L, Arendt-Nielsen L, Berkley KJ, Fillingim RB, et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: a consensus report. Pain. 2007;132(Suppl 1):S26-S45. DOI: 10.1016/j.pain.2007.10.014.

56. Gallach Solano E, Bermejo Gómez M A, Robledo Algarra R, Izquierdo Aguirre R M, Canos Verdecho M A. Determinantes de género en el abordaje del dolor crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2020 Ago [citado 2023 Sep 08] ; 27(4): 252-256. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400007&lng=es. Epub 13-Oct-2020. https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3802/2020.

57. Hill EK, Sandbo S, Abramsohn E, Makelarski J, Wroblewski K, Wenrich ER, McCoy S, Temkin SM, Yamada SD, Lindau ST. Assessing gynecologic and breast cancer survivors' sexual health care needs. Cancer. 2011 Jun 15;117(12):2643-51. doi: 10.1002/cncr.25832. Epub 2010 Dec 23. PMID: 21656742; PMCID: PMC3084902.

58. Wiggins DL, Wood R, Granai CO, Dizon DS. Sex, intimacy, and the gynecologic on-cologists: survey results of the New England Association of Gynecologic Oncologists (NEAGO). J Psychosoc Oncol. 2007;25(4):61-70. doi: 10.1300/J077v25n04_04. PMID: 18032265.

59. Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? J Sex Med. 2006 Jul;3(4):589-595. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00241.x. PMID: 16839314.

60. Hill DA, Taylor CA. Dyspareunia in Women. Am Fam Physician. 2021 May 15;103(10):597-604. PMID: 33983001.

61. Meltzer-Brody S, Leserman J, Zolnoun D, Steege J, Green E, Teich A. Trauma and posttraumatic stress disorder in women with chronic pelvic pain. Obstet Gynecol. 2007 Apr;109(4):902-8. doi: 10.1097/01.AOG.0000258296.35538.88. PMID: 17400852.Castelo-Branco C. Manual de sexología clínica. 2018

62. Woods NF, Mitchell ES. Symptoms during the perime- nopause: prevalence, severi-ty, trajectory, and significan- ce in women's lives. Am J Med. 2005; 118 Suppl 12B:14.

63. Shifren JL, Schiff I. Role of hormone therapy in the management of menopause. Obstet Gynecol. 2010; 115:839.



CAPÍTULO 25

Mujer y menopausia



Dra. María Fasero
Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sexologa. Experta en menopausia. Directora de Corofas Menopause (unidad de menopausia saludable). Asociación española para el estudio de la menopausia (AEEM). Universidad Francisco de Vitoria.

Introducción

La menopausia, definida como un proceso fisiológico universal, señala el fin de la etapa reproductiva femenina e inicia una nueva fase vital, usualmente entre los 45 y 55 años. [1] Este proceso está marcado por una significativa disminución de los niveles de estrógenos y progesterona, lo cual desencadena una amplia variedad de cambios físicos, psicológicos y sociales que afectan de manera profunda la calidad de vida de millones de mujeres a nivel global [2].

Además de síntomas vasomotores, como los sofocos, la menopausia comporta alteraciones en la esfera sexual, osteomuscular, emocional y psicosocial, incrementando el riesgo de enfermedades crónicas como osteoporosis o patologías cardiovasculares, e impactando el bienestar general y la salud sexual [3].

A pesar de su carácter natural y universal, la menopausia continúa siendo infravalorada y socialmente invisibilizada dentro de los sistemas sanitarios y sociales de muchos países, donde persiste el desconocimiento, el tabú y diversos mitos sobre su repercusión y tratamiento [4,5,3]. Esta invisibilidad se refleja en la falta de políticas públicas específicas, insuficiente formación de profesionales de la salud y escasa presencia del tema en la educación y el debate social, lo que perpetúa inequidades en el acceso al diagnóstico y tratamiento apropiados [1,2,6]. Las mujeres en esta etapa pueden enfrentar discriminación, estigmatización y una medicalización excesiva, siendo sus necesidades frecuentemente interpretadas únicamente desde una perspectiva biológica o reduccionista [4]. La evidencia actual respalda la necesidad de un abordaje transversal, multidisciplinario y con perspectiva de género para la atención de la menopausia [4,6,7].



La evidencia actual respalda la necesidad de un abordaje transversal, multidisciplinario y con perspectiva de género para la atención de la menopausia

Es crucial que los profesionales sanitarios y las instituciones reconozcan la relevancia clínica, social y económica de la menopausia, considerando su impacto en la equidad y la salud pública, e integren estrategias eficaces de prevención, diagnóstico precoz, promoción de estilos de vida saludables, educación sanitaria e intervenciones terapéuticas adaptadas a cada mujer [2,4,7]. Solo así será posible superar el sesgo de género histórico, los mitos y la desatención, visibilizando la menopausia como una etapa central en la salud de las mujeres y garantizando un envejecimiento más saludable y equitativo [4,7].

Epidemiología y perfil de usuarias

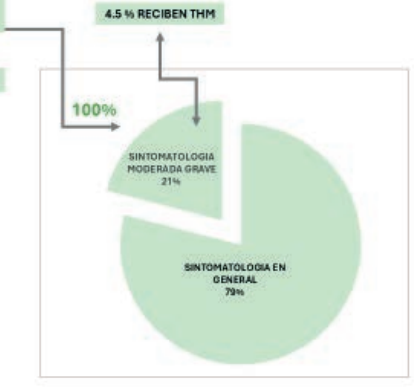
Actualmente, más de 1.100 millones de mujeres en el mundo han atravesado la menopausia, y se estima que este número excederá los 1.200 millones para 2030, como resultado del envejecimiento demográfico global y la mayor esperanza de vida. En España diversos estudios coinciden en que el 80-93% de las mujeres experimentan en algún momento sintomatología climatérica, siendo los síntomas más prevalentes los sofocos, alteraciones del sueño, problemas en la esfera sexual, cambios del estado de ánimo y alteraciones metabólicas. Se estima que

en el 21% de estas mujeres sus síntomas son moderados graves y requieren tratamiento; sin embargo, solo el 4-5% de las mujeres que lo necesitarían accede realmente a la terapia hormonal de la menopausia, debido fundamentalmente al desconocimiento, estigma sociocultural y barreras en el sistema sanitario [8-16].

Solo el 4-5% de las mujeres que lo necesitarían accede realmente a la terapia hormonal de la menopausia, debido fundamentalmente al desconocimiento, estigma sociocultural y barreras en el sistema sanitario.

Tabla 1

INDICADOR	Valor
MENOPAUSIA MUNDIAL 2024	1.100 millones
MENOPAUSIA MUNDIAL 2030 (ESTIMACIÓN)	1.200 millones
SINTOMATOLOGÍA CLIMATÉRICA EN GENERAL (%)	86,5%
SINTOMATOLOGÍA CLIMATÉRICA MODERADA-GRAVE (%)	21%
MUJERES CON ACCESO REAL THM (%)	4,5%



El perfil demográfico habitual corresponde a mujeres entre 45 y 55 años, en su mayoría activas laboralmente y con una expresión clínica muy heterogénea, lo que puede dificultar el abordaje integral y personalizado. Estas pacientes pueden presentar síntomas variables en intensidad y duración, afectando sustancialmente su calidad de vida, capacidad laboral y relaciones sociales. Así, la vigilancia epidemiológica y la mejora del acceso a información, diagnóstico precoz y tratamientos eficaces siguen siendo retos prioritarios en Salud Pública tanto a nivel global como nacional [8-16].

Fisiopatología y causas

La menopausia es el resultado del agotamiento folicular ovárico, que conlleva el cese progresivo de la producción de estrógenos y progesterona y una elevación sostenida de la hormona folículoestimulante (FSH). Este proceso se organiza en varias fases (perimenopausia, transición menopáusica, menopausia y posmenopausia), caracterizándose por irregularidades menstruales, elevación fluctuante de FSH en perimenopausia y aumento mantenido tras la menopausia definida. Durante esta transición, la caída hormonal afecta no solo la función reproductiva, sino también la homeostasis cardiovascular, ósea, metabólica, inmunitaria y neuroendocrina, explicando la aparición de sofocos, osteopenia, alteraciones del estado de ánimo, deterioro cognitivo y disfunciones sexuales.

Entre los factores que influyen en la edad de aparición de la menopausia y en la intensidad de los síntomas destacan la edad de la menarquia y de la propia menopausia, antecedentes familiares de menopausia precoz, cirugías ginecológicas, tratamientos oncológicos (quimioterapia/radioterapia), tabaquismo, exposición a disruptores endocrinos, enfermedades autoinmunes y ciertos hábitos de vida. Por ejemplo, el tabaquismo puede anticipar la menopausia hasta dos años respecto a la media poblacional, mientras las enfermedades autoinmunes o intervenciones quirúrgicas sobre los ovarios pueden modificar su cronología y sintomatología. Las variaciones individuales en la expresión clínica y la respuesta sintomática obedecen a la interacción entre todos estos factores biográficos, genéticos y ambientales, lo que obliga a un enfoque personalizado desde la fisiopatología hasta el tratamiento [17-26].

Recientes estudios españoles han reforzado la comprensión de la fisiopatología de la menopausia, identificando mecanismos y biomarcadores relevantes para la transición menopáusica. Trabajos nacionales han confirmado que la disminución de estrógenos y progesterona y el aumento de FSH y LH son los principales cambios endocrinos implicados, y que la concentración de FSH >30 UI/L y el descenso marcado de la hormona antimulleriana (AMH) constituyen indicadores útiles en la predicción de la transición menopáusica. La Guía de Práctica Clínica sobre la Atención a la Mujer en la Menopausia (SEGO/AEEM) resalta que el climaterio es una transición de entre 5 y 10 años, que afecta la densidad mineral ósea, el metabolismo, el sistema cardiovascular y la microbiota, aumentando el riesgo de osteoporosis, alteraciones vasomotoras y deterioro de la salud cognitiva y emocional [27-30].

Un estudio transversal español mostró que el 59% de las mujeres que acuden a consulta presentan síntomas vasomotores moderados o graves (sofocos, sudoración nocturna), con una duración media en la población nacional de entre 5 y 8 años; además, casi la mitad de las mujeres no recibe tratamiento y un 35% reduce su nivel de actividad física durante la transición menopáusica, lo que incrementa el riesgo de complicaciones metabólicas. Investigaciones recientes también subrayan que factores como la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, algunos tratamientos médicos (quimioterapia, radioterapia), así como ciertas exposiciones ambientales, adelantan la ocurrencia de la menopausia o agravan los síntomas, en línea con tendencias internacionales. Asimismo, se está profundizando en la relación entre salud de la microbiota intestinal y el perfil sintomático, aportando nuevas vías de intervención y personalización del abordaje clínico [31,32].





En suma, la investigación española actual sostiene que la fisiopatología de la menopausia es el resultado de interacciones complejas entre el declive ovárico, la regulación neuroendocrina, determinantes genéticos y ambientales, y el estado inmunológico, apoyando un enfoque integrador y personalizado para la prevención, diagnóstico y manejo de los síntomas [31,32].

Diagnóstico y evolución clínica

El diagnóstico de la menopausia sigue siendo eminentemente clínico y retrospectivo: se establece cuando, en mujeres mayores de 45 años, se acumulan 12 meses consecutivos de amenorrea sin causa patológica, tras descartar embarazo o enfermedades concomitantes. La analítica de FSH, LH, estradiol u otras hormonas puede usarse como herramienta de apoyo en casos de duda (especialmente en mujeres jóvenes, tras histerectomía o con sintomatología atípica) pero no es indispensable para la gran mayoría de mujeres en rango típico de edad. Durante la transición a la menopausia, los valores hormonales pueden fluctuar y, por sí solos, no aportan suficiente valor diagnóstico, salvo en situaciones particulares [16].

El impacto de los síntomas sobre la calidad de vida se objetiva mediante herramientas validadas, siendo la escala Cervantes-SF (versión corta de 16 ítems) la referencia nacional. Esta permite puntuar síntomas vasomotores, estado de salud general, sexualidad, relación de pareja y esfera psíquica, facilitando el tratamiento y el seguimiento clínico. Su utilización se recomienda en práctica asistencial rutinaria, con una sensibilidad y especificidad superiores al 80% para identificar mujeres con síntomas moderados-graves que alteran su calidad de vida y requieren intervención [16].

La evolución clínica de los síntomas de la menopausia es muy variable. Los síntomas vasomotores, como sofocos y sudoración nocturna, pueden persistir, de media, entre 4 y 8 años y extenderse incluso más allá de una década en algunas mujeres; otros síntomas (insomnio, irritabilidad, disfunciones sexuales, alteraciones cognitivas o dolor articular) pueden mantenerse durante años, afectando distintas esferas de la vida cotidiana y la funcionalidad laboral y social. La intensidad y duración de los síntomas están influenciadas por factores individuales, por lo que la monitorización regular y personalizada, así como el acceso a recursos asistenciales de calidad, sigue siendo clave en el manejo clínico y psicosocial [16].

Síntomas y clasificación

Los síntomas de la menopausia o sintomatología climatérica abarcan una gran variedad de manifestaciones que pueden afectar la calidad de vida y la salud global de las mujeres [27] .

Se agrupan en:

- Vasomotores: los sofocos y sudores nocturnos afectan al 75-80% de las mujeres en la menopausia y suelen ser motivo principal de consulta; su intensidad es máxima en los primeros años y pueden relacionarse con trastornos del sueño, fatiga y menor capacidad de concentración.

- Genitourinarios: más del 60% de las mujeres en la posmenopausia presentan atrofia vulvovaginal, sequedad, picor, dolor con la relaciones sexuales, infecciones urinarias recurrentes e incontinencia, todo ello asociado al déficit estrogénico; estos síntomas suelen aparecer o acentuarse tras varios años de amenorrea y, sin tratamiento, pueden cronificarse.

- Cognitivos y psicológicos: insomnio, alteraciones del ánimo, ansiedad, depresión, déficit de memoria, "niebla mental" y dificultades en la atención; diversos estudios asocian una mayor carga de síntomas a mayor riesgo de deterioro cognitivo futuro y demencia, especialmente si persisten en el tiempo o son intensos.

- Sexuales: pueden presentarse en todas las fases de la respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo, satisfacción); las disfunciones sexuales femeninas son muy prevalentes en la menopausia (30-50%) y pueden relacionarse tanto con alteraciones hormonales como psicológicas y de pareja.

- Metabólicos: el descenso estrogénico favorece el incremento de la grasa abdominal, dislipidemia, resistencia a la insulina y aumento del riesgo cardiovascular, junto a una tendencia al aumento de peso y diabetes tipo 2; estos cambios pueden desarrollarse de manera insidiosa y persistente durante años.

- Osteoarticulares: cerca del 80% de las mujeres padece dolores articulares durante la perimenopausia y postmenopausia, con riesgo notable de osteoporosis y fracturas, especialmente si existen factores de riesgo asociados; la artrosis y la degeneración articular son considerablemente más prevalentes en mujeres tras los 50 años.

Tabla 2

SÍNTOMA/GRUPO	PREVALENCIA	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES
VASOMOTORES	75-80%	Sofocos y sudores nocturnos, principal motivo de consulta; intensidad máxima en primeros años. Relacionados con insomnio, fatiga y menor concentración
GENITOURINARIOS	Mas del 60%	Atrofia vulvovaginal, sequedad, picor, dispareunia, infecciones urinarias recurrentes, incontinencia. Asociados al déficit estrogénico; suelen aparecer tras años de amenorrea y pueden cronificarse sin tto.
COGNITIVOS/PSICOLÓGICOS	20-25%	Insomnio, alteraciones del ánimo, ansiedad, depresión, déficit de memoria, "niebla mental", dificultad atencional. Mayor carga: más riesgo de deterioro cognitivo y demencia, especialmente si persisten.
SEXUALES	30-50%	Disfunciones sexuales (deseo, excitación, orgasmo, satisfacción) muy prevalentes, asociadas a alteraciones hormonales y psicológicas o de pareja.
METABÓLICOS	30-60%	Grasa abdominal, dislipidemia, resistencia a la insulina, aumento de riesgo cardiovascular, tendencia a aumento de peso/diabetes tipo 2. Cambios insidiosos y persistentes
OSTEOARTICULARES	Cerca del 60%	Dolores articulares en peri/postmenopausia. Riesgo de osteoporosis, fracturas, artrosis y degeneración articular, más prevalente tras los 50 años.
EVOLUCIÓN TEMPORAL		Máximo de síntomas vasomotores en primeros años (luego atenuación). Genitourinarios/metabólicos aparecen más tarde y pueden ser crónicos, requiriendo seguimiento y estrategias a largo plazo

La severidad de los síntomas vasomotores suele alcanzar su máximo durante los primeros años tras la menopausia, para después atenuarse, mientras que los síntomas genitourinarios y metabólicos suelen aparecer más tarde y permanecer indefinidamente, obligando a un seguimiento a largo plazo y estrategias preventivas o terapéuticas adaptadas al perfil clínico y vital de cada mujer.

Impacto biopsicosocial y laboral

Al menos un 21% de las mujeres padece una pérdida significativa de calidad de vida por los síntomas de la menopausia, pero estudios recientes elevan ese impacto: entre el 78 y el 80% de las mujeres en España sienten una afectación negativa en su bienestar, con repercusiones directas sobre la autoestima, las relaciones familiares, la vida laboral y la autonomía personal. La menopausia puede provocar insomnio, fatiga, irritabilidad y dificultades cognitivas que perjudican el día a día, la autoimagen, el clima familiar y la calidad de relaciones íntimas. En el

ámbito laboral, hasta el 50% de las mujeres con síntomas intensos ha considerado abandonar su empleo, mientras que el absentismo por menopausia y pérdida de productividad alcanza cifras preocupantes, con una reducción significativa de las horas trabajadas y una menor ocupación de puestos de responsabilidad. La soledad, el aislamiento y el desconocimiento social agravan el impacto en el bienestar y la economía, tanto personal como colectiva [33-36].



Entre el 78 y el 80% de las mujeres en España sienten una afectación negativa en su bienestar, con repercusiones directas sobre la autoestima, las relaciones familiares, la vida laboral y la autonomía personal

Tabla 3

ASPECTO	PREVALENCIA	IMPACTO PRINCIPAL
CALIDAD DE VIDA	≥25% (significativa pérdida de calidad de vida)	Estudios recientes: 78-80% con afectación negativa en bienestar, autoestima, relaciones y autonomía
ÁMBITO FAMILIAR, SOCIAL E ÍNTIMO	—	Insomnio, fatiga, irritabilidad, dificultades cognitivas, peor autoimagen, clima familiar y calidad de relaciones íntimas deteriorados
ÁMBITO LABORAL: ABANDONO	Hasta 50% (síntomas intensos)	Ha considerado abandonar empleo por menopausia
ÁMBITO LABORAL: ABSENTISMO/PRODUCT.	Datos no cuantificados (relevancia alta)	Reducción significativa de horas trabajadas, menor ocupación de puestos de responsabilidad
AISLAMIENTO Y SOLEDAD	—	Agravan el impacto personal y económico
COSTE SANITARIO	Elevado	Más consultas, pruebas y derivaciones; atención a comorbilidades (cardiovasculares, osteoporosis, metabólicos, psiquiátricos)
SISTEMAS DE SALUD	Sobrecarga	Falta de prevención, formación insuficiente, especialmente grave en situaciones de vulnerabilidad social/laboral
VULNERABILIDAD SOCIO-LABORAL	Afectación y abandono	Más riesgo de abandono de tratamientos y puestos de trabajo en mujeres con baja formación o acceso insuficiente a recursos sanitarios

https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-evaluacion-calidad-vida-mujer-menopausica-S0304501314003148

El coste sanitario asociado a la menopausia es elevado, no sólo por el incremento de consultas médicas, sino también por la atención a comorbilidades frecuentes desde enfermedades cardiovasculares y osteoporosis, hasta problemas metabólicos y psiquiátricos. La ausencia de enfoques preventivos y terapéuticos adaptados, junto a la carencia de formación sanitaria específica, eleva el número de consultas, pruebas y derivaciones, reflejando un coste añadido para el sistema de salud. Este impacto es más notable en mujeres en situaciones de vulnerabilidad social o laboral, con baja formación o acceso insuficiente a recursos sanitarios, donde la afectación al bienestar y el riesgo de abandono de tratamientos o puestos de trabajo son mayores [33-36].



Tabla 4

INDICADOR	PREVALENCIA	COMENTARIO	FUENTE
MUJERES TRABAJADORAS CON ALGÚN SÍNTOMA DE MENOPAUSIA	93,5%	El 60,4% presenta ≥7 síntomas (cansancio 80%, insomnio 75%, m. musculares 74%)	https://www.eada.edu/sites/default/files/public/pdf/notas-prensa/20250527-eada-estudio-impacto-menopausia-en-el-trabajo-espana-2025-es.pdf
MUJERES QUE NO SE AUSENTAN NUNCA POR SÍNTOMAS	82%	Alta resiliencia pese al impacto físico/emocional	https://www.eada.edu/sites/default/files/public/pdf/notas-prensa/20250527-eada-estudio-impacto-menopausia-en-el-trabajo-espana-2025-es.pdf
MUJERES QUE HAN CONSIDERADO DEJAR SU EMPLEO (S. INTENSOS)	>50%	Abandono laboral con carga sintomática relevante	https://www.eada.edu/sites/default/files/public/pdf/notas-prensa/20250527-eada-estudio-impacto-menopausia-en-el-trabajo-espana-2025-es.pdf
APOYO LABORAL ESPECÍFICO POR PARTE DE EMPRESAS	5%	Solo el 5% de las empresas ofrece beneficios específicos	https://www.eada.edu/sites/default/files/public/pdf/notas-prensa/20250527-eada-estudio-impacto-menopausia-en-el-trabajo-espana-2025-es.pdf
PERCEPCIÓN DE IMPACTO NEGATIVO EN PRODUCTIVIDAD/CALIDAD DE VIDA	80%	Reducción de horas trabajadas, menor ocupación de puestos de responsabilidad, especialmente casos graves	https://www.hinhospitales.com/prensa/notas-de-prensa/menopausia-impacto-negativamente-calidad-vida-productividad-mujeres

Desigualdades y enfoque de género

La menopausia está marcada de forma significativa por la invisibilización social y una clara inequidad en el acceso al diagnóstico y tratamiento, especialmente en mujeres rurales, con menor nivel educativo, menores recursos económicos o migrantes. Múltiples estudios etnográficos y encuestas nacionales destacan que los factores territoriales, la formación y la situación socioeconómica influyen decisivamente en la calidad de la atención y el impacto biopsicosocial de la menopausia en España; por ejemplo, en mujeres rurales prevalece un menor acceso a recursos y mayor aislamiento, lo que se traduce en diagnóstico tardío y menor calidad de vida [3,37].

La menopausia está marcada de forma significativa por la invisibilización social y una clara inequidad en el acceso al diagnóstico y tratamiento, especialmente en mujeres rurales, con menor nivel educativo, menores recursos económicos o migrantes.

Tabla 5

ASPECTO CLAVE	RESUMEN
INVISIBILIZACIÓN Y DESIGUALDAD SOCIAL	La menopausia tiene un importante impacto por invisibilización social y desigualdad en el acceso, especialmente en mujeres rurales, migrantes o con bajo nivel educativo.
FACTORES TERRITORIALES Y SOCIOECONÓMICOS	Factores como ambiente rural, situación económica, nivel educativo y migración determinan menor acceso a recursos, diagnóstico tardío y peor calidad de vida.
"HORMONOFOBIA" Y ESTIGMA	Miedo y percepciones de alto riesgo tras estudios históricos dificultan el acceso y la toma de decisiones sobre terapia hormonal, incrementando la estigmatización.
IMPACTO BIOPSICOSOCIAL	La desigualdad perpetúa el estigma, afecta salud física, mental y sexual y repercute negativamente a nivel personal, familiar y comunitario.
PROPUESTAS PARA REDUCIR DESIGUALDADES	Se recomienda un enfoque transversal de género e interseccionalidad, políticas inclusivas, educación y acciones para reducir estigma y discriminación.

A ello se suma la denominada "hormonofobia", acentuada desde la publicación original del estudio Women's Health Initiative (WHI), que generó una percepción social y profesional de alto riesgo en torno a la terapia hormonal de la menopausia, aún persiste a pesar de la evidencia científica favorable hacia este tipo de terapia acumulada en la última década. Este fenómeno, ampliamente documentado en la literatura nacional, ha derivado en precauciones excesivas, falta de información y estigmatización de las mujeres que podrían beneficiarse de tratamientos eficaces, mientras los mitos y el miedo a los efectos secundarios dificultan la toma conjunta de decisiones en consulta [3,37].

Las desigualdades territoriales, sociales y culturales perpetúan el estigma y dificultan el acceso a opciones terapéuticas eficaces, impactando las distintas esferas de la salud biopsicosocial: detección precoz, manejo de sintomatología, salud mental y sexual, y calidad de vida. El estigma, el silencio y la vergüenza sobreviven en colectivos vulnerables, agravando el sufrimiento y generando consecuencias negativas a nivel personal, familiar y comunitario. Por ello, recientes propuestas en nuestro país abogan por un enfoque transversal de género e interseccionalidad, que contemple desigualdades y garantice políticas públicas inclusivas, educación y formación para profesionales, así como acciones de reducción del estigma y la discriminación [37].

Abordaje terapéutico

La medicina del estilo de vida debe ser una herramienta esencial en el abordaje de la menopausia, proponiendo una atención personalizada que integre seis pilares: alimentación saludable, actividad física, bienestar mental, reducción de sustancias nocivas, sueño reparador y relaciones saludables. Es sumamente importante un enfoque multidisciplinario y personalizado donde la toma de decisiones compartidas sea la base del abordaje terapéutico, reconociendo los objetivos y preocupaciones de cada mujer durante la menopausia. El abordaje óptimo debe ser biopsicosocial y adaptado según síntomas y perfil de riesgo, integrando tanto intervenciones farmacológicas como no farmacológicas. La menopausia representa un momento propicio para identificar riesgos individuales y diseñar estrategias para optimizar la salud de la mujer a largo plazo [38].

El abordaje óptimo debe ser biopsicosocial y adaptado según síntomas y perfil de riesgo, integrando tanto intervenciones farmacológicas como no farmacológicas.

Tabla 6

CATEGORÍA	INTERVENCIONES PRINCIPALES	PUNTOS DESTACADOS CLAVE
ESTILO DE VIDA SALUDABLE	Alimentación saludable, ejercicio, bienestar mental, evitar tóxicos, sueño reparador, relaciones saludables	Todos los pilares requieren enfoque individualizado y multidisciplinar; base del tratamiento de largo plazo
TERAPIA HORMONAL DE LA MENOPAUSIA (THM)	Indicación personalizada, seguimiento regular, adaptar tipo, dosis y vía; priorizar beneficios sobre riesgos con revisiones periódicas	Más eficaz para síntomas vasomotores, genitourinarios y prevención ósea. Individualizar según perfil y preferencias
PAUTAS CLAVE THM	Todas las combinaciones superiores a placebo; vía oral y transdérmica válidas; dosis bajas = menos efectos adversos	Programar evaluación a las 12 semanas; evitar automedicación y terapias no reguladas. No menos de 5 años salvo contraindicación
ALTERNATIVAS NO HORMONALES	Ejercicio multicomponente, dieta baja en grasas, reducción de tóxicos. Terapia cognitivo-conductual, mindfulness, hipnosis.	Beneficios en calidad de vida y sueño Evidencia en el tratamiento de los sofocos, necesidad de personal especializado y capacitado.
TERAPIAS NATURALES	Cimicifuga racemosa, isoflavonas (soja/trébol rojo), lúpulo, salvia, extracto de polen	Dosis estudiadas: CR (40 mg/día), genisteína ≥ 15 mg/día, lúpulo (100 µg 8-PN), salvia (300-400 mg/día), polen (160 mg/día)
FÁRMACOS NO HORMONALES	Antidepresivos (paroxetina, venlafaxina, escitalopram, etc.), anticonvulsivantes (gabapentina) Fezolinetant	Uso bajo indicación especial y con consentimiento informado. Uso fuera de ficha técnica Único aprobado, inicio rápido.

a) Terapia hormonal de la menopausia (THM)

La terapia hormonal de la menopausia (THM) constituye el tratamiento más eficaz para aliviar los síntomas vasomotores y genitourinarios, prevenir la pérdida de masa ósea, y reducir el riesgo cardiovascular, particularmente cuando se inicia antes de los 60 años o en los 10 años posteriores al inicio de la menopausia, siempre en ausencia de contraindicaciones absolutas. La selección del tipo, dosis y vía de administración debe ser individualizada tras una adecuada evaluación del perfil de riesgo y las preferencias de la paciente, con monitorización periódica de los posibles efectos adversos. El beneficio-riesgo sigue siendo favorable para la mayoría de las mujeres candidatas al tratamiento, siempre que se sigan las recomendaciones de las sociedades científicas y se evite la automedicación o el uso de terapias no reguladas [16].

La terapia hormonal de la menopausia (THM) constituye el tratamiento más eficaz para aliviar los síntomas vasomotores y genitourinarios, prevenir la pérdida de masa ósea, y reducir el riesgo cardiovascular

El último posicionamiento de la AEEM sobre el manejo de la terapia hormonal de la menopausia [16] hace una serie de afirmaciones basadas en la evidencia científica sobre la terapia hormonal:

1 Todas las combinaciones de terapia hormonal de la menopausia son superiores al placebo en el tratamiento de los sofocos.

2 Tanto la vía transdérmica como la vía oral son efectivas para el tratamiento de los sofocos.

3 Las dosis bajas, incluso mínimas son efectivas para el tratamiento de los sofocos con menos efectos secundarios. Las dosis mínimas tardarán un poco más (1 semana más) en conseguir el mismo efecto que las dosis más altas. El efecto se suele conseguir en 3-4 semanas. Las dosis "estándar" de estrógenos administradas diariamente, como el 17-beta estradiol (1 mg/día por vía oral o 0,05 mg/día por vía transdérmica) son adecuadas para el alivio de los síntomas en la mayoría de las mujeres.

4 Todas las dosis de progesterona previenen la hiperplasia endometrial.

5 La terapia hormonal oral posee un mejor patrón de sangrado que la terapia hormonal transdérmica.

6 Estradiol/progesterona micronizada oral, estradiol más NETA (Noretisterona acetato) y estradiol más DIU DE LNG (Dispositivo intrauterino de levonorgestrel) tiene mejores tasas de amenorrea que otras formulaciones.

7 Para minimizar el riesgo de trombosis se recomienda terapia hormonal transdérmica, estradiol más NETA o estradiol más progesterona natural micronizada oral.

8 La Tibolona es igual de eficaz que la THM a dosis bajas con buen control del sangrado en el tratamiento de los sofocos. Podría ser además una alternativa en mujeres con tensión mamaria producida por la terapia hormonal clásica.

9 El TSEC (*tissue selective estrogen complex*) en la dosis comercializada (20 mg de bazedoxifeno (BZD) / 0.45 mg de estrógenos conjugados equinos (ECC) es efectiva para el tratamiento de los sofocos con buena protección endometrial y podría ser además una alternativa en mujeres con tensión mamaria producida por la THM clásica y osteopenia severa/osteoporosis.

1 Las terapias hormonales compuestas por hormonas bioidénticas no reguladas no cumplen con perfiles de seguridad según FDA, EMA y AEMPS por lo que no se recomienda su uso.

2 Después de la revisión de la literatura deberíamos aconsejar a las mujeres un tratamiento no menor de 5 años, con la posibilidad de continuar hasta los 60 años, o hasta los 10 años posteriores a la fecha de la última regla. Si una vez finalizado este plazo ampliado, la mujer continuase con sofocos se debe plantear una terapia no hormonal, aunque este cambio de terapia o seguir con terapia hormonal debe consensuarse con la mujer.

3 Retirada de la terapia hormonal: Están descritas suspensiones súbitas y en descenso, pero no existe evidencia de que una pauta sea mejor que la otra. La suspensión brusca puede hacer que se reinicien los sofocos de forma casi inmediata, pero con mejor evolución a medio-largo plazo y una suspensión gradual puede tener mejor tolerancia a corto plazo, pero peor a medio y largo plazo. Por lo que aconsejamos que el profesional comente con cada mujer cuál es la mejor opción o la que se adapte mejor a cada una.

4 Basándonos en el seguimiento de los diferentes estudios evaluados en estas recomendaciones seria plausible evaluar a las pacientes a las 12 semanas de iniciado el tratamiento, tanto para evaluar la eficacia de la terapia hormonal en los sofocos, los efectos secundarios y mejorar adherencia al tratamiento.

b) Alternativas no hormonales. [16]

Intervenciones no hormonales basadas en evidencia para reducir los síntomas de la menopausia.

Ejercicio físico

- El ejercicio multicomponente y el aeróbico mejoran los síntomas de la menopausia, calidad de vida y sueño.
- La pérdida de peso asociada al ejercicio reduce sofocos en mujeres con sobrepeso.
- La evidencia de ensayos controlados es contradictoria, por lo que no se considera un tratamiento específico de sofocos, aunque si aporta beneficios cardiovasculares en esta etapa de la vida.



Dieta

- La dieta mediterránea se asocia con menor frecuencia e intensidad de los síntomas vasomotores y mejora general de la calidad de vida durante la menopausia.
- El consumo de alimentos ricos en fitoestrógenos, como legumbres y soja, puede contribuir a aliviar los sofocos en algunas mujeres.
- Aumentar la ingesta de frutas, verduras, cereales integrales y ácidos grasos omega-3 favorece la reducción de los sofocos
- Limitar el consumo de azúcares, grasas saturadas y ultraprocesados ayuda a controlar el peso, el perfil metabólico y a disminuir la sintomatología climatérica.

Hábitos tóxicos

- Tabaco, cafeína y alcohol aumentan el riesgo, frecuencia e intensidad de sofocos.
- Recomendación fuerte a favor de cesar estos hábitos.

Terapias alternativas

- Terapia cognitivo-conductual: fuerte recomendación, mejora sofocos, ansiedad, depresión y calidad de vida. Limitada por falta de profesionales.
- Mindfulness: recomendación débil a favor, mejora sueño y síntomas vasomotores.
- Hipnosis: fuerte recomendación, reduce sofocos, aunque limitada por falta de profesionales.
- Acupuntura: débil en contra, efectos similares a la acupuntura simulada.

Terapias Naturales

Algunas terapias naturales pueden ser útiles para el tratamiento de los síntomas de la menopausia, no obstante, deben administrarse en las dosis estudiadas para que el efecto sea el esperado y siempre bajo supervisión de un profesional sanitario.

Cimicifuga racemosa (CR)

- Extracto isopropanólico (ICR) con buen perfil de seguridad en tejidos estrógeno-sensibles.
- Recomendado en sofocos tanto en menopausia natural como en pacientes con tumores estrógeno-dependientes.
- Dosis eficaz: 40 mg/día.
- Precaución en mujeres tratadas con cisplatino.

Isoflavonas (soja y trébol rojo)

- Evidencia contradictoria en general, algún metaanálisis muestra beneficio significativo frente a placebo con genisteína.
- Mejoran sofocos y calidad de vida.
- Se recomiendan preparados de soja estandarizados en genisteína ≥ 15 mg/día.

Lúpulo

- Balance positivo eficacia-seguridad.
- Recomendados preparados con 100 µg de 8-prenilnaringenina (8-PN) por tableta/día.

Salvia (S. officinalis)

- Alivia sofocos y síntomas asociados (sudoración, palpitaciones, insomnio, ansiedad, dolores musculares, deseo sexual).
- Buen perfil de seguridad, con escasas reacciones adversas.
- Dosis recomendada: 300–400 mg/día de extracto.

Extracto citoplasmático de polen

- Opción no hormonal eficaz y segura, con mejoría en calidad de vida.
- Dosis: 160 mg/día durante 2 meses, siguientes meses 80 mg/día.
- Puede utilizarse en pacientes con antecedentes de cáncer hormono-dependiente.

Fármacos no hormonales

Se utilizan fuera de indicación en Europa y España, con eficacia variable y necesidad de consentimiento informado.

Aspectos generales

- Ninguno está aprobado en Europa para sofocos; en EE. UU. solo la paroxetina 7,5 mg tiene indicación oficial.
- En España se emplean bajo el Real Decreto 1015/2009 (uso en situaciones especiales).
- Se recomienda iniciar con dosis bajas, aumentar progresivamente y retirar de forma gradual (1-2 semanas).
- La eficacia global es moderada, con beneficios pequeños frente a placebo; las preferencias de cada mujer y costes deben guiar la decisión.

Antidepresivos (ISRS e IRSN)

- Paroxetina 7,5 mg/noche: alivia sofocos, mejora insomnio, sin efectos en libido o peso; contraindicado con tamoxifeno.
- Fluoxetina: poco efecto, no recomendable; inhibidor fuerte de CYP2D6.
- Citalopram/Escitalopram: eficacia modesta, utilidad limitada; seguros con tamoxifeno.
- Venlafaxina (37,5–150 mg) y Desvenlafaxina (50–150 mg): eficaces, especialmente en mujeres con cáncer en tratamiento con tamoxifeno; bien tolerados.



Anticonvulsivantes

- Gabapentina (300 mg tres veces/día): eficaz en reducción de sofocos, pero frecuente mareo, somnolencia y cefalea.
- Pregabalina (75 mg dos veces/día): eficaz, con un perfil similar a la gabapentina.

Fezolinetant

Es un fármaco antagonista de los receptores de neuroquininas (NK3R), y es la única alternativa no hormonal aprobada para el tratamiento de sofocos en mujeres en la posmenopausia.

Mecanismo de acción

- Actúa bloqueando los receptores de neuroquinina 3 (NK3R), implicados en la neurotransmisión y regulación de los sofocos a través de la neuroquinina B (NKB).
- Al inhibir la señalización de NKB, reducen la actividad de las neuronas del núcleo termorregulador (NKDy) que participan en la fisiología de los sofocos.

Eficacia

- Reducción significativa en la frecuencia y severidad de sofocos desde el primer día.
- Mejora mantenida a la semana 4 y sostenida hasta la semana 12 y 52 con dosis adecuadas.
- Dosis comercializada: 45 mg una vez al día.
- Inicio rápido del efecto en la primera semana, máximo en la cuarta.
- El tratamiento con fezolinetant a dosis de 45 mg/día se asoció, además, con una mejoría significativa del sueño, tal como lo informaron las pacientes en los distintos cuestionarios utilizados en los ensayos clínicos.

En diciembre de 2024, el Comité de Evaluación de Riesgos de Farmacovigilancia Europeo (PRAC) recomendó, tras la notificación de algunos casos de elevación de enzimas hepáticas en mujeres durante el tratamiento, realizar pruebas de función hepática antes de iniciar la terapia y monitorizarlas mensualmente durante los primeros tres meses, como medida de precaución para garantizar la seguridad del tratamiento.

c) Tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia (SGM)

El tratamiento del SGM se basa en una terapia escalonada y personalizada, que incluye medidas de estilo de vida, tratamientos no hormonales, terapias hormonales locales, moduladores selectivos de los receptores de estrógenos y opciones regenerativas; se busca mejorar los síntomas, la calidad de vida y la función sexual, adecuando el abordaje según la intensidad de los síntomas y las preferencias de la paciente.

Estrategias combinadas y abordaje individualizado [39]

- Es frecuente combinar tratamientos: Tratamientos con estrógenos locales, prasterona u ospemifeno y éstos pueden asociarse a hidratantes, lubricantes o terapias regenerativas.
- La mejor elección depende de los síntomas prevalentes, preferencias de la vía y presentación, historia clínica de la mujer y presencia de contraindicaciones.

- Debe valorarse la esfera sexual y la calidad de vida, usando herramientas validadas que permitan objetivar la gravedad y el impacto del SGM en cada paciente.

- La medicina regenerativa es prometedora, pero con evidencia actual limitada.



Estrategias y propuestas de intervención en la menopausia

Formación continuada de profesionales sanitarios en menopausia y THM (terapia hormonal de la menopausia) financiada, libre de prejuicios y actualizada a la última evidencia: Es fundamental establecer programas de educación médica continua que incluyan los últimos consensos internacionales sobre indicaciones y seguridad de la THM, evitando el recurso a creencias obsoletas o sesgos infundados [39]. Esta formación permite personalizar el tratamiento y favorecer la comunicación médico-paciente, mejorando la adherencia y los resultados clínicos.

Campañas de sensibilización y educación para mujeres en edad climatérica y para la sociedad: las campañas públicas deben orientarse a informar sobre los aspectos fisiológicos, emocionales y sociales de la menopausia, rompiendo tabúes y estigmas [40,41]. Impulsar la visibilidad de la menopausia contribuye a generar empatía social y a que las mujeres busquen apoyo y atención especializada sin miedo ni prejuicio.

Cribado sistemático de síntomas y calidad de vida en atención primaria: La implementación de escalas de valoración de síntomas y calidad de vida, como la escala cervantes corta, facilita la detección precoz y el seguimiento permitiendo un abordaje integral y dinámico tanto del bienestar físico como psicológico [16].

Normalización y regulación estricta del uso de THM, evitando el uso de productos no regulados: Es imprescindible que la indicación, prescripción y seguimiento de la THM sigan criterios clínicos reconocidos y protocolos regulados, limitando el acceso a sustancias no autorizadas y potenciando la seguridad, eficacia y minimización de riesgos [40,41,42].

Apoyo psicosocial y adaptación laboral para reducir el impacto negativo en la productividad y el bienestar: Se recomienda el desarrollo de programas institucionales y empresariales que reconozcan la menopausia como una etapa susceptible de ser atendida mediante medidas de flexibilidad laboral, asesoramiento, redes de apoyo y promoción del bienestar emocional [43].

Políticas públicas orientadas a garantizar la equidad en diagnóstico y tratamiento, así como la promoción de la salud ósea, sexual, emocional y metabólica desde la adolescencia: Es fundamental reforzar los sistemas de atención y prevención, asegurando acceso universal, equitativo y con perspectiva de género a los recursos médicos y educativos desde edades tempranas [41,43]. La promoción de campañas de salud ósea, sexual y metabólica ayuda a empoderar a las mujeres en la toma de decisiones y en la prevención de complicaciones relacionadas con la menopausia.

Tabla 7

ESTRATEGIA / PROPUESTA	DESCRIPCIÓN CLAVE
FORMACIÓN CONTINUADA DE PROFESIONALES	Educación médica actualizada libre de prejuicios, basada en consensos internacionales; personaliza el tratamiento y mejora la comunicación médico-paciente.
CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN Y EDUCACIÓN PÚBLICA	Informar sobre aspectos fisiológicos, emocionales y sociales, romper tabúes y estigmas; fomentar la empatía y el apoyo especializado sin miedo ni prejuicio.
CRIBADO SISTEMÁTICO DE SÍNTOMAS Y CALIDAD DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y GINECOLOGÍA	Implementar escalas para valoración integral y dinámica, facilitando detección precoz y seguimiento físico-psicológico.
NORMALIZACIÓN Y REGULACIÓN ESTRICTA DEL USO DE THM	Protocolos clínicos regulados para indicación y seguimiento; evitar productos no autorizados para maximizar seguridad y minimizar riesgos.
APOYO PSICOSOCIAL Y ADAPTACIÓN LABORAL	Programas institucionales de flexibilidad laboral, asesoramiento y bienestar emocional para mejorar productividad y calidad de vida.
POLÍTICAS PÚBLICAS DE EQUIDAD Y PROMOCIÓN DE SALUD INTEGRADA	Acceso universal y equitativo a recursos médicos y educativos con perspectiva de género; campañas para salud ósea, sexual, emocional y metabólica desde la adolescencia, financiación de toda la terapia hormonal de la menopausia.

Conclusiones

La menopausia debe dejar de ser un proceso invisible en la salud pública, ya que implica consecuencias médicas, psicosociales y sociales relevantes a corto y largo plazo para millones de mujeres. Visibilizarla como una etapa crítica permite optimizar la calidad de vida, facilitar la prevención de enfermedades crónicas y legitimar la creación de recursos asistenciales, como unidades específicas de menopausia y actividades educativas o de acompañamiento para mujeres e instituciones.

Tabla 8

CONCLUSIÓN PRINCIPAL	RESUMEN CLAVE
VISIBILIZACIÓN DE LA MENOPAUSIA	Dejar de ser invisible en salud pública; reconocer y abordar consecuencias médicas, sociales y psicosociales relevantes.
ABORDAJE CLÍNICO LIBRE DE PREJUICIOS	Formación sanitaria continua, manejo integral y terapia hormonal basada en evidencia; atención individualizada y libre de sesgos.
ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL INTEGRAL	Incorporar herramientas de valoración y tratamiento médico, psicológico y social adaptadas a cada mujer.
REDUCCIÓN DE DESIGUALDADES EN EL ACCESO	Superar barreras territoriales, culturales, económicas y raciales con recursos estructurales y políticas de equidad y género.
PROMOCIÓN DE LA SALUD A LO LARGO DE LA VIDA	Educación y programas transversales desde la adolescencia; capacitar en salud ósea, sexual, emocional y metabólica para afrontar la transición de forma saludable y autónoma.
ESTRATEGIAS TRANSFORMADORAS BASADAS EN EVIDENCIA	Implementar acciones con perspectiva de género para lograr salud integral y autonomía femenina en la menopausia.

Abordaje clínico libre de prejuicios

La formación continua de los profesionales sanitarios en menopausia es fundamental, actualizando conocimientos en diagnóstico, manejo integral y terapia hormonal basada en evidencia científica. Es necesario desterrar mitos y temores infundados en torno a los tratamientos, ofreciendo una atención individualizada y libre de sesgos que promueva opciones seguras y eficaces, facilitando la toma de decisiones informadas por las pacientes.

Enfoque integral de síntomas y psicosociales

El modelo asistencial debe ser biopsicosocial: los síntomas del climaterio no sólo afectan la salud física, sino que también repercuten en el bienestar emocional, la vida laboral-productiva, la sexualidad y la calidad de las relaciones interpersonales. Es esencial que el sistema sanitario contemple herramientas de valoración y tratamiento multidimensionales, abarcando tanto intervenciones médicas como apoyo psicológico y social, adaptadas a las circunstancias de cada mujer.

Reducción de desigualdades en el acceso

Persisten barreras territoriales, culturales, económicas y raciales que limitan el acceso equitativo al diagnóstico, tratamiento y acompañamiento. Políticas específicas y recursos estructurales son imprescindibles para garantizar atención integral, equitativa y con enfoque de género para todas las mujeres en la etapa de la menopausia, superando tanto la falta de tratamiento de los síntomas como la discriminación médica.

Promoción de la salud a lo largo de la vida

La educación en salud vinculada a la menopausia debe ser transversal, iniciándose desde la adolescencia y manteniéndose hasta la postmenopausia. Abordar la salud ósea, cardiovascular, sexual, emocional y hormonal mediante campañas preventivas y programas educativos capacita a las mujeres para tomar decisiones informadas, reduce riesgos y facilita un afrontamiento saludable y proactivo de esta transición vital.

Estas estrategias, sustentadas en la evidencia y con perspectiva de género, resultan esenciales para transformar la menopausia en una oportunidad de salud integral y autonomía para las mujeres.



Mujer y menopausia

La menopausia es una etapa fisiológica, no una enfermedad, y afecta a la salud física, emocional, sexual y social de las mujeres.

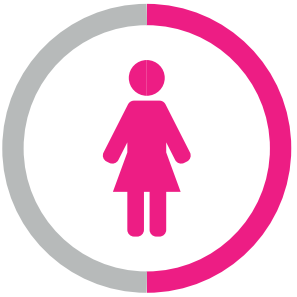
Entre el 80-93% de las mujeres presenta síntomas y hasta un 21% tiene una afectación moderada-grave en su calidad de vida.

Solo el 4-5% de las mujeres que necesitan tratamiento accede realmente a él, debido al estigma, la desinformación y barreras sanitarias.

Los síntomas más frecuentes son sofocos, alteraciones del sueño, cambios de ánimo, problemas sexuales, metabólicos y óseos.







Hasta el 50% de las mujeres con síntomas intensos ha considerado dejar su empleo y el impacto laboral y social es significativo.

Persisten desigualdades y tabúes que invisibilizan la menopausia y dificultan el acceso equitativo al diagnóstico y tratamiento.

La terapia hormonal es el tratamiento más eficaz para los síntomas más frecuentes y la prevención ósea y cardiovascular en mujeres adecuadas.



Se necesita un abordaje biopsicosocial con perspectiva de género que garantice información, apoyo y decisiones compartidas para un envejecimiento saludable.

Bibliografía

1. Pérez Garay J. Impacto clínico y estrategias para la mejora de la calidad de vida en la menopausia. Rev Esp Ginecol Salud Mujer. 2024;29(1):45-5

2. 8.

3. Heidari M, Sadeghi R, Mohammadi F. Calidad de vida durante la menopausia: una revisión sistemática. Rev Int Salud Mujer. 2019;12(3):215-223.

4. Selva Olid C. Decálogo para reducir el estigma asociado a la menopausia. Rev Salud Pública. 2024;38(2):100-107.

5. Ministerio de Sanidad de España. Informe sobre el tabú y estereotipos de la menopausia en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025.

6. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Mitos y realidades en torno a la menopausia. Madrid: AEEM; 2025.

7. FLACSO Andes. Abordaje de la menopausia desde políticas públicas y perspectiva de género. Quito: FLACSO; 2023.

8. Organización Mundial de la Salud. Perspectivas de género y salud en la atención de la menopausia. Ginebra: OMS; 2024.

9. Infobae. Para el año 2025, la menopausia alcanzará a más de mil millones de personas en todo el mundo. 2023.

10. Matzumura-Kasano JP. Síntomas de la menopausia y necesidades de atención en mujeres de Lima, Perú. Rev Obstet Ginecol Venez. 2024;84(4):399-415.

11. STADA, AEEM. Barómetro de la Menopausia 2025. Documento técnico. 2025.

12. Leibovitz T. Visibilizar y atender los problemas de salud mental en la menopausia. Brains Cluster. 2024;11:37-49.

13. EADA Business School. Los síntomas de la menopausia afectan al 93,5% de las trabajadoras, pero solo el 5% recibe apoyo laboral específico. 2025.

14. Palacios S. Menopausia, claves de un proceso tan plural como irreversible. El País. 26 May 2025.

15. Figueroa Sánchez IC, et al. Síntomas climatéricos y calidad de vida mediante índice de Kupperman en mujeres cubanas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2022;38(2):1-12.

16. Dexeus C. Hormonas con menos efectos secundarios en la menopausia. 2020.

17. Fasero M. Menoguía Sofocos. Actualización en los tratamientos hormonales de la menopausia. AEEM. 2023.

18. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), AEEM. Guía de Práctica Clínica sobre Menopausia y Postmenopausia. Madrid: SEGO/AEEM.

19. Torres Jiménez AP. Climaterio y menopausia. Med Int Mex. 2018;34(2):51-61.

20. MSD Manual Profesional. Menopausia.

21. Mayo Clinic. Menopausia - Síntomas y causas.

22. Laakkonen E, Karppinen J. El cambio hormonal de la menopausia provoca alteraciones metabólicas. 2022.

23. Cantellano-Sánchez PM. Función de las hormonas sexuales en la homeostasis del hueso. 2023.

24. Ginemed. Agentes químicos cotidianos adelantan la menopausia. 2024.

25. Asociación ASACO-AEEM. Menoguía Menopausia Precoz.

26. Salvador J. Epidemiología y fisiopatología del climaterio y la menopausia. 2008.

27. MedlinePlus/National Library of Medicine. Pruebas de FSH.

28. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), AEEM. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención a la Mujer en la Menopausia. Madrid: SEGO/AEEM.

29. García Hines CG. Actualización de menopausia y terapia de reemplazo hormonal. Clin Investig Ginecol Obstet. 2023.

30. Espitia de la Hoz FJ, et al. Situación actual de la terapia hormonal de la menopausia. Rev Bol Med. 2024.

31. STADA, AEEM. Barómetro de la Menopausia 2025.

32. Ruiz Ramírez C. Menopausia: síntomas comunes y etapas del climaterio. 2025.

33. Hinojosa C. Evaluación del impacto, los patrones de tratamiento y percepción clínica en mujeres con síntomas de menopausia en España. Clin Investig Ginecol Obstet. 2023.

34. HM Hospitales. Observatorio de la Menopausia: Encuesta nacional sobre calidad de vida, absentismo laboral y bienestar en la menopausia. 2025.

35. EADA Business School. Informe sobre el impacto laboral de la menopausia en España. 2025.

36. AEEM, Sanitas. Perfil de la mujer menopáusica española. 2025.

37. Comunidad de Madrid. Programa integral de mejora de la salud de la mujer. 2025.

38. Asociación Española de Contracepción. Hormonofobia y sesgos culturales en la atención a la mujer. La Vanguardia. 2025.

39. Nappi RE. Lifestyle medicine: a must-have in the menopause toolkit. Climacteric. 2025 Sep 10:1-3. doi: 10.1080/13697137.2025.2549207. Epub ahead of print. PMID: 40926763.

40. Baquedano L. Síndrome genitourinario de la menopausia. MenoGuía AEEM. 2020.

41. Sociedad Internacional de Menopausia. Declaración General de Consenso sobre la Terapia Hormonal en la Menopausia. 2024.

42. Infosalus. Sanidad lanza campaña para visibilizar y sensibilizar la menopausia. 2025.

43. AEEM. Criterios de Elegibilidad de la terapia hormonal de la menopausia. 2025.

44. Miror. Apoyo para la menopausia en el lugar de trabajo. 2024.



CAPÍTULO 26

VIH en la mujer



Dra. Celia Miralles. *Servicio de Medicina Interna. Unidad de VIH. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.*

Introducción

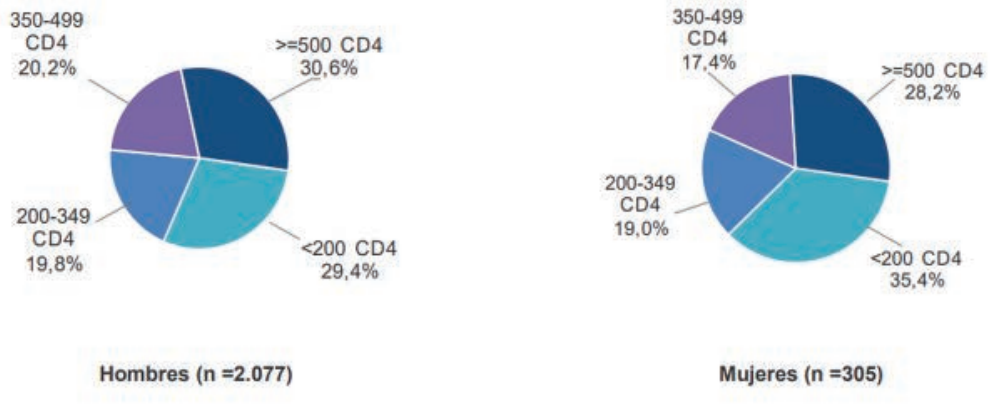
Existen diferencias biológicas entre hombres y mujeres, a través de las cuales se construyen las normas, valores, actitudes y comportamientos que van definiendo tanto la identidad (lo que significa ser mujer u hombre en una sociedad) como los estereotipos de género (cómo se espera que se comporte un hombre o una mujer). Estas diferencias de carácter biológico, social y cultural influyen en los patrones de salud y enfermedad y pueden generar desigualdades.

Las desigualdades en base al sexo y al género son un factor clave en la epidemia de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y afectan el riesgo de infección, la velocidad de progresión de la enfermedad y el acceso y respuesta al tratamiento antirretroviral.[1,2] Como ejemplo, las mujeres subsaharianas tienen 3 veces más probabilidades de infectarse por el VIH que los varones.[1] En España, se ha constatado que las mujeres son diagnosticadas de forma más tardía que los hombres, lo cual supone una diferencia en la esperanza de vida de casi 6 años entre aquellas con niveles de CD4 <200 en el momento de iniciar tratamiento antirretroviral (TAR) y aquellas con <350 CD4, independientemente de si han sido diagnosticadas de síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o no (figura 1).[3,4]

Figura 1

Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío según sexo. España 2021

Datos no corregidos por retraso en la notificación[4]



En general, se ha observado que el hecho de ser mujer y tener infección por el VIH se asocia a cargas virales más bajas, cifras de linfocitos CD4 más elevadas, progresión de la enfermedad más rápida, mejor respuesta inmunitaria y a las vacunas, mayores niveles de inmunoactivación, mayor frecuencia de efectos secundarios a fármacos antirretrovirales antiguos, y a un número superior de suspensiones de tratamiento y seguimiento.[2,5]

En España, las mujeres con VIH presentan una tasa de mortalidad un 21% menor que los hombres con VIH

El diagnóstico con cifras de CD4<350 cel/mm[3] es mayor en las mujeres que en los hombres (56,9% frente a 46,1%) y a su vez, mayor en las mujeres españolas que en las inmigrantes (59,8% vs 40,2%) aunque sin objetivarse diferencias significativas

En España, las mujeres con VIH presentan una tasa de mortalidad un 21% menor que los hombres con VIH.[3]

Son muy pocos los documentos que abordan de forma amplia la infección por el VIH en las mujeres y sus características diferenciales.[5] Durante muchos años solo se hablaba de mujer en relación con el VIH en tres escenarios posibles: el embarazo, la transmisión vertical y la neoplasia de cérvix (criterio definitorio de SIDA). Igualmente, la mayoría de las recomendaciones sobre la utilización del (TAR) en mujeres hacen referencia al embarazo, con pocos estudios específicos en mujeres en otras situaciones.[5]

La realidad del VIH ha cambiado. Se ha convertido en una enfermedad crónica gracias a los tratamientos de los que disponemos en la actualidad, y una proporción elevada de los fallecimientos se deben a causas distintas del SIDA.[3,6] Las consultas se ocupan de muchos aspectos no relacionados directamente con el VIH, pero que sí impactan en la calidad de vida.

El 46% de las nuevas infecciones por VIH (1,3 millones) y el 53% de los 37,5 millones de personas que viven con el virus son mujeres y niñas según los datos de ONUSIDA en 2022.[7] La incidencia y prevalencia de infección por VIH en mujeres es baja en nuestro medio, a diferencia de lo que suceden en muchos otros países.[4]

En España el 14% de las nuevas infecciones (390) en 2021 fueron en mujeres. En España, aproximadamente el 15% de las personas con infección por el VIH son mujeres. En este momento se estima que hay unas 27.000 (24.000-30.000) mujeres mayores de 15 años con infección por el VIH, frente a 120.000 (100.000-140.000) hombres. En 2018 la mediana de edad al diagnóstico de VIH en mujeres fue de 38 años siendo significativamente menor en los hombres (36 años).[5]

El diagnóstico con cifras de CD4<350 cel/mm^3 es mayor en las mujeres que en los hombres (56,9% frente a 46,1%) y a su vez, mayor en las mujeres españolas que en las inmigrantes (59,8% vs 40,2%) aunque sin objetivarse diferencias significativas.[5]

La casi totalidad de los casos de infección por VIH en mujeres se producen por transmisión sexual (80% en España en el año 2021).[4] Las mujeres son fisiológica y socioculturalmente más vulnerables y el riesgo de contagio se acrecienta con la edad. Esto lo confirma un análisis reciente de la cohorte CoRIS, una plataforma científica de investigación que sirve para realizar seguimiento a más de 18.000 personas que viven con el VIH en España.

En ella se describe una población con características epidemiológicas diferentes al resto de la población, con mayor edad media, menor nivel de estudios y mayor proporción de inmigrantes, factores todos ellos que condicionan una mayor susceptibilidad a la infección por VIH. Sin embargo, el sexo no supuso diferencia en la supervivencia ni en las causas de muerte.

Es fundamental revisar con la mayor exhaustividad algunos aspectos psicosociales responsables de la falta de adherencia al tratamiento y a determinadas consultas. Estos

incluyen el estilo de vida, el consumo de tóxicos, la situación laboral, emocional y familiar, entre otros.[5] Igualmente, es necesario tener en cuenta el ciclo menstrual, la edad fértil/menopausia, los deseos gestacionales, el uso de métodos anticonceptivos y la asistencia a controles ginecológicos.[5]

Es especialmente complejo para las mujeres comunicar a su pareja el estatus serológico en relación al VIH para que ésta se realice la prueba, ya que el estigma y la discriminación son mayores en las mujeres con infección por el VIH que en los hombres.[5]

Es especialmente complejo para las mujeres comunicar a su pareja el estatus serológico en relación al VIH para que ésta se realice la prueba, ya que el estigma y la discriminación son mayores en las mujeres con infección por el VIH que en los hombres[5]

Etapas en la vida de la mujer con VIH

El VIH impacta en cada una de las etapas de la vida. Desde la adolescencia a la menopausia, ser mujer supone unos desafíos específicos y con diferentes fases y realidades. La mayoría de las mujeres que viven con VIH están en edad fértil y el consejo reproductivo es parte esencial de su atención integral.

A pesar de los avances en el control de la infección por VIH, todavía existe la idea errónea de que las mujeres que la padecen deberían evitar el embarazo.[5,8]

Muchas mujeres con VIH renuncian a la maternidad por falta de conocimientos, desinformación, estigmas y prejuicios. En algunas ocasiones, incluso refieren ser presionadas por profesionales de la salud para renunciar a ser madres por su seropositividad. En muchas ocasiones, los esfuerzos se centran en la anticoncepción, sin explorar previamente los deseos reproductivos.[8]

La gestación es un momento clave y determinante de la adherencia al tratamiento. Se han identificado factores relacionados positivamente con la adherencia, como una mayor edad o nivel educacional, el compromiso de la familia y la pareja y el estar previamente en tratamiento o recibir otros suplementos o fármacos para el embarazo.[5] En la cohorte Española CoRIS el 36,8% de las mujeres que fueron madres en el año 2020 refirieron haber percibido poco apoyo social durante el embarazo.[9]

Si bien sus derechos reproductivos deben ser evidentemente respetados, las mujeres con infección por el VIH deberían recibir una atención preconcepcional específica, por lo que es necesario hablar periódicamente sobre la posibilidad de embarazo. La gestación va a determinar no solo la elección del tratamiento antirretroviral sino el seguimiento, puesto que se consideran embarazos de alto riesgo.[5]

A pesar de las garantías de un recién nacido sano, según datos de la cohorte CoRIS casi la mitad de los embarazos en 2020 (21 de 53) fueron no planeados.[9]

La elección entre los métodos anticonceptivos disponibles, métodos de barrera (condón femenino y masculino), anticonceptivos hormonales (orales, DIUS, e implantes), deberán adaptarse a cada mujer y sus necesidades cambiantes.

A pesar de los avances en el control de la infección por VIH, todavía existe la idea errónea de que las mujeres que la padecen deberían evitar el embarazo

En la etapa actual de la infección por VIH con TAR eficaz casi universal, las comorbilidades, presentes aún con carga viral indetectable son la mayor amenaza a la calidad de vida de las personas con VIH.[3] Son más prevalentes que en la población de referencia y más aún en las mujeres VIH.[10,11] La expectativa de vida en las mujeres con VIH se va acercando a la población de referencia y va creciendo el número de las que alcanzan la menopausia.[5]

El porcentaje de personas mayores de 50 años con infección VIH se encuentra en España en un 56,9% en el año 2020.5

Algunos estudios han detectado un adelanto en la edad de la menopausia en mujeres con VIH con valores de CD4 menores a 200 cel/mm[3] en comparación con la población general.[5] Así mismo, las nuevas infecciones que se producen a partir de los 50 años también contribuyen al aumento del número de mujeres menopáusicas con VIH.[5]

Su patogenia es multifactorial, incluyendo factores de riesgo clásicos, los fármacos antirretrovirales y el propio VIH. La inflamación persistente contribuye a su génesis y se han observado diferentes perfiles según el sexo.[11,12] La menopausia se ha señalado como factor de riesgo para el desarrollo del síndrome metabólico y el consecuente aumento del riesgo para la salud cardiovascular, así como la patología ósea que se exacerban con el déficit de estrógenos de la menopausia.[5,13]

El porcentaje de personas mayores de 50 años con infección VIH se encuentra en España en un 56,9% en el año 2020

Existe evidencia de que las mujeres con VIH presentan el doble de riesgo de desarrollar síndrome metabólico que los varones.[5]

Con respecto a la enfermedad cardiovascular, sus tasas son elevadas en la población con VIH, con mayor incidencia en las mujeres.[14] En una revisión de 39 estudios sobre diferentes aspectos de la enfermedad cardiovascular en las mujeres VIH se constata, además, el manejo sub-óptimo de los factores de riesgo modificables.[15]

Una mayor tasa de eventos cardiovasculares en la mujeres con VIH se ha confirmado en la patología coronaria, los accidentes cerebro-vasculares y la insuficiencia cardiaca.[16,18]

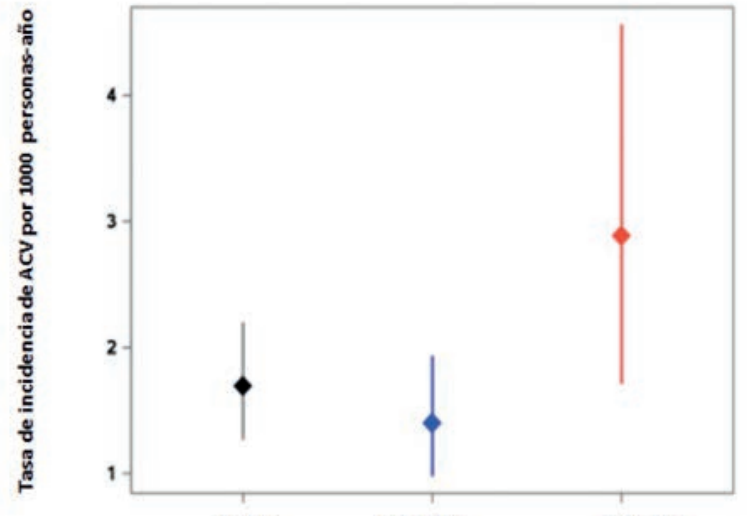
En el estudio prospectivo del grupo ALLERT que incluyó 6.933 participantes (20% mujeres), con un seguimiento medio de 3,4 años se observó una mayor tasa/1.000 personas año de ictus o accidente isquémico transitorio en las mujeres con VIH en comparación con los hombres con VIH (2,88 vs 1,40) (figura 2).[16]

Una mayor tasa de eventos cardiovasculares en la mujeres con VIH se ha confirmado en la patología coronaria, los accidentes cerebro-vasculares y la insuficiencia cardiaca

Figura 2

Tasa de incidencia de ACV por 1000 personas-año en hombres y mujeres con infección por el VIH

Adaptada de Chow et al. AIDS. 2018;32(9):1125



Nº de ACV	54	36	18
Personas-Año	32,023	25,871	6,242
Tasa (por 1000 personas año)	**1.69** (1.27-2.20)	**1.40** (0.98-1.93)	**2.88** (1.71-4.56)

Frazier y cols. evaluaron las comorbilidades asociadas con RCV a través de una entrevista y de los datos extraídos de la historia clínica, en una muestra de 7.439 pacientes con infección por el VIH (25% mujeres, 10% mayores de 65 años). Se identificó una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en las mujeres frente a los hombres. Así en el grupo de mujeres entre 50-65 años se observó más obesidad e hipertensión, mientras que en mujeres mayores de 65 se objetivaron mayores tasas de diabetes. Los niveles de colesterol fueron más elevados en las mujeres en ambos grupos de edad. Como en otros estudios, el manejo de estas comorbilidades era peor que en los hombres.[5,19]

Con respecto a la salud ósea, los pacientes con VIH sufren con frecuencia alteraciones del metabolismo óseo debido a factores patogénicos múltiples y con diferencias respecto al sexo.[11,12] En la cohorte metabólica de Módena se estudió de forma prospectiva realizando al menos dos mediciones de la densidad mineral ósea (DMO) en 839 mujeres y 1.759 hombres que iniciaban TAR, con un seguimiento de 10 años (media 4,6 años). La DMO en mujeres, incluidas mujeres premenopáusicas, disminuyó el doble que en hombres.[5,20]

Además de la diabetes, el aumento de colesterol y triglicéridos y la osteoporosis, empeoran el insomnio, la ansiedad y la depresión, compañeras frecuentes de la mujer con VIH en todas las etapas vitales. El riesgo de depresión en las mujeres con infección por el VIH se incrementa de 2-4 veces durante el periodo menopaúsico y la severidad de los trastornos psicológicos es mayor en mujeres que en hombres.[10,13]

El deterioro neurocognitivo descrito en la población con infección por el VIH que está envejeciendo parece ser aún más prevalente entre las mujeres.[21]

Investigadores de las cohortes longitudinales WIHS y MACS compararon la función cognitiva en 1.420 pacientes, la mitad mujeres (429 de ellas VIH positivas), con la misma proporción de hombres sin infección por el VIH que actuaron como controles (pareados por edad, nivel educativo, estado mental, uso de drogas, etc.). Se observó una mayor vulnerabilidad neurocognitiva entre las mujeres con infección por el VIH en las áreas de velocidad psicomotora y de procesado, atención y habilidades motoras. Estas diferencias no se observaron en la población de mujeres sin infección por el VIH.[22]

El uso de la terapia hormonal sustitutiva estaría indicado en casos con sintomatología severa, aunque existen pocos datos sobre su eficacia y seguridad. Si se utiliza, debe ser durante el menor tiempo posible y en la mínima dosis eficaz con efecto sobre los síntomas dado el aumento del riesgo de cáncer de mama asociado a su uso. En las mujeres con infección por el VIH además es necesario tener en cuenta las posibles interacciones existentes entre los Inhibidores de la proteasa y la THS que siempre hay que valorar.[5]

Tratamiento antirretroviral (TAR) en las mujeres

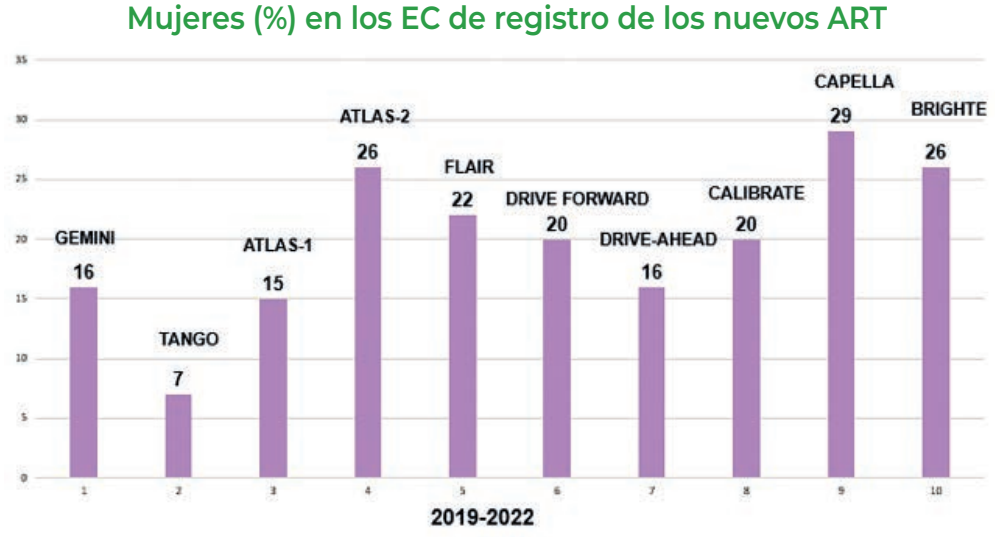
Aspectos generales

La infra representación de las mujeres en los ensayos clínicos en general y con antirretrovirales (ARV) en particular, supone una brecha en el conocimiento de la interacción de los fármacos en el cuerpo femenino (figura 3).[23]

Figura 3

Porcentaje de mujeres en los ensayos clínicos de registro de los nuevos antirretrovirales

Fuente propia



La cohorte NA-ACCORD ha mostrado que es menos probable que las mujeres consigan cargas virales indetectables en comparación con los hombres porque tienen mayor dificultad de acceso al TAR

Las indicaciones en las guías se basan en datos provenientes, en su mayoría, de población VIH masculina, ya que las mujeres, y especialmente las mujeres en edad fértil, han sido excluidas de los ensayos clínicos, lo que ha propiciado una falta de análisis de las diferencias por sexo/género.[2,24] Por ejemplo, se han descrito diferencias en procesos metabólicos y aclaramiento renal y hepático, que pueden influir en la absorción, distribución y eliminación de los fármacos.[24]

En un metaanálisis realizado en 2016, se constató que los estudios sobre tratamientos antirretrovirales llevados a cabo entre 1994 y 2011 seguían mostrando una infrarrepresentación de mujeres entre los participantes (19,2%), que era aún menor entre los estudios dedicados a investigar una cura potencial (11,1%).[2]

La FDA recomendó la realización de estudios post comercialización para valorar la eficacia en mujeres, dada la baja representación en ensayos pivotales. Debido a esta baja representación, hallazgos relacionados con diferencias en los fallos virológicos o la respuesta a tratamientos antirretrovirales entre hombres y mujeres no han podido ser confirmados.[24] Hasta el momento no se han demostrado diferencias en la eficacia en función del sexo, aunque sí se ha visto una mayor proporción de abandonos y efectos secundarios en mujeres.[25]Los estudios de cohortes pueden aportar información a más largo plazo, pero los resultados son dispares.[5]

La cohorte NA-ACCORD ha mostrado que es menos probable que las mujeres consigan cargas virales indetectables en comparación con los hombres porque tienen mayor dificultad de acceso al TAR.[5]

A pesar de la recomendación de las agencias reguladoras, hace más de dos décadas, sobre la necesidad de incluir mujeres en la investigación clínica (la FDA exigió estudios post comercialización de los nuevos fármacos), el problema sigue sin resolverse. Así, la carencia de datos de gestantes con los nuevos agentes "long- acting", trae consigo unas importantes limitaciones en su implementación en la vida real: están excluidas de su uso las mujeres ya embarazadas o planeando estarlo.[26]

Eficacia del tar en las mujeres

Existen claras diferencias en función del sexo que afectan a la farmacocinética. Así, la mayor lentitud en el vaciado gástrico de las mujeres influye en la biodisponibilidad, la mayor proporción de grasa corporal a la distribución del fármaco, los distintos niveles de expresión de CYP al metabolismo y el menor filtrado glomerular debido al menor peso corporal disminuye la eliminación de este. Igualmente, también se han demostrado diferencias en la farmacodinámica.[24]

El mayor fracaso virológico observado en mujeres frente a los hombres en algún ensayo clínico como el ACTG A5257 (atazanavir y efavirenz con 2 grupos de inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos) suscitó la duda sobre la posible disparidad en eficacia de algunos fármacos según el sexo. Se postularon como causas las diferencias en toxicidad o farmacocinética, pero análisis más minuciosos señalaron que la clave estaba en la baja adherencia, determinada por factores sociodemográficos como, menor nivel educativo, el desempleo o los efectos secundarios.[29]

Estos hallazgos subrayan la necesidad de, por un lado, evaluar los fármacos directamente en las mujeres más que extrapolar los resultados de los hombres, y en segundo lugar implementar intervenciones para mejorar la adherencia centradas en estas poblaciones más vulnerables.[24] Actualmente carecemos de datos para recomendar un régimen ARV particular en mujeres en relación con su eficacia.



En los últimos años, globalmente, tanto en los estudios pivotales de los nuevos ARV como en los postcomercialización la eficacia en las mujeres es similar a la de los hombres con equiparable control virológico, respuesta inmunológica y resultados clínicos.[30,31]

Seguridad del TAR en las mujeres

El sexo puede influenciar la frecuencia, presentación y severidad de algunos efectos adversos. Desde la zidovudina, los ARV ha supuesto una mayor carga de toxicidad en las mujeres lo que han traído consigo más abandonos tanto en ensayos clínicos como en estudios de cohortes. Como mecanismo subyacente, además de las ya mencionadas diferencias en el perfil farmacocinético de los ARV, se suma un menor índice de masa corporal, proteínas plasmáticas y hemoglobina, y distintos perfiles de hormonas y citoquinas.

Varios estudios con los antiguos ARV ha demostrado hepatotoxicidad por nevirapina y acidosis láctica con zidovudina, didanosina y estavudina mediadas por la mayor vulnerabilidad a la toxicidad mitocondrial de las mujeres.[24,32,33] Finalmente, las mujeres, sobre todo las de raza negra, parecen aumentar más de peso que los hombres tras el inicio del TAR, en especial con inhibidores de la integrasa.[34–36]

La obesidad es factor independiente de riesgo cardiovascular en una población que ya soporta una mayor prevalencia de los factores clásicos, pero las consecuencias cardiovasculares a largo plazo debidas al aumento de peso secundario a los tratamientos antirretrovirales son aún desconocidas.[34,36]

Mientras los mecanismos subyacentes a la excesiva ganancia de peso se investigan, es necesario el consejo constante sobre hábitos saludables y el diagnóstico y tratamiento precoz de los trastornos metabólicos y los eventos cardiovasculares.[5]

Los efectos secundarios de los tratamientos antirretrovirales, más frecuentemente informados por mujeres, pueden influir en la adherencia a los mismos, disminuyendo su eficacia.[24]

TAR en la edad fértil

TAR en la adolescencia

Actualmente el TAR tiene indicación universal siendo considerada en el caso de los adolescentes, una medida de salud pública por la mayor frecuencia de relaciones sexuales no protegidas que se registra en esta etapa. Debe optarse por un TAR con esquemas simplificados y son baja toxicidad para facilitar el cumplimiento. Se deben valorar las interacciones con otros fármacos como los anticonceptivos o las sustancias de abuso que pueden consumirse en esta etapa de la vida.[5]

En adolescentes que han iniciado las relaciones sexuales se deben evitar antirretrovirales que no sean seguros en el embarazo.[5]

TAR y anticoncepción hormonal

El consejo reproductivo forma parte esencial de la visita inicial y la evaluación continuada de las mujeres con VIH. El uso de los diferentes métodos anticonceptivos que incluyen terapia hormonal es cada vez más frecuente entre la población con infección por el VIH.

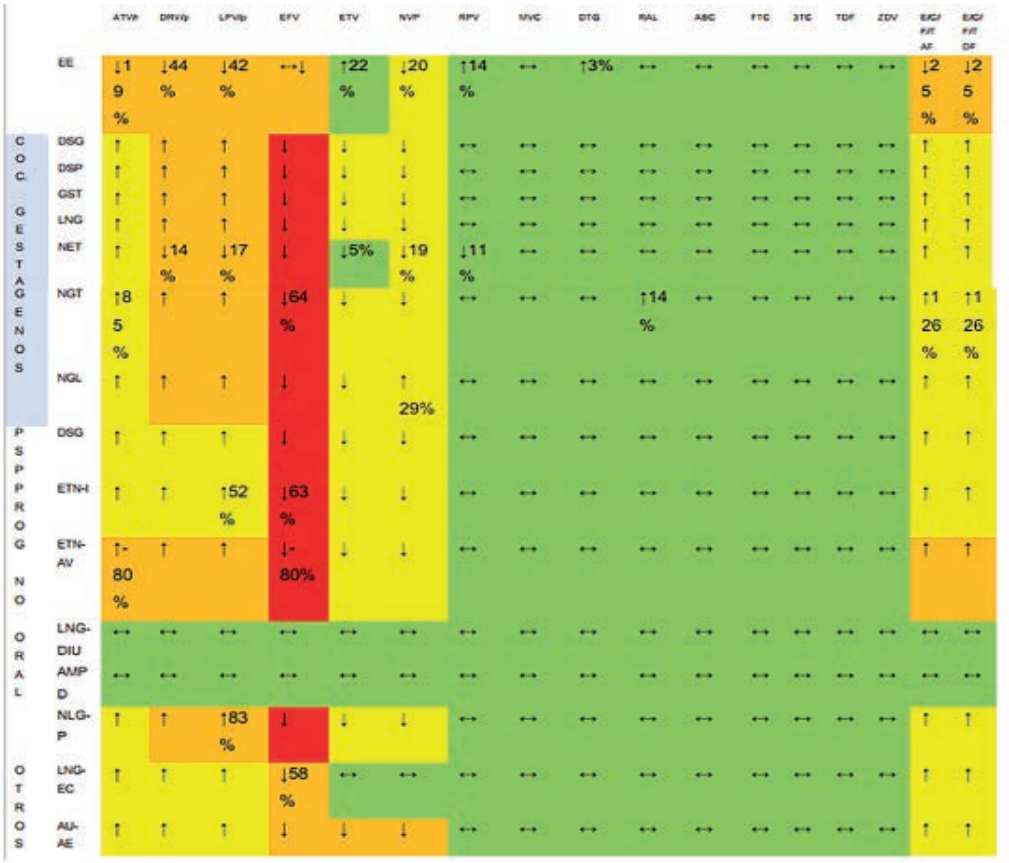
Los anticonceptivos hormonales son seguros y eficaces, aunque en estos últimos debe tenerse en cuenta la posibilidad de interacciones con los ARV, ya que en muchas ocasiones las rutas metabólicas pueden solaparse.[5] Los estrógenos/progestágenos son metabolizados mediante la glucuronización y a través del citocromo P450 (CYP1A2 y 3A4), vías metabólicas compartidas por varios ARV.[5]

La concentración de los AH puede ser inducida o inhibida, con riesgo de ineficacia o toxicidad respectivamente.[5]

Son ejemplos de inductores algunos inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos como nevirapina, efavirenz y etravirina, y de inhibidores los ARV intensificados como darunavir/cobicistat o elvitegravir/cobicistat. Los inhibidores de la integrasa raltegravir, dolutegravir y bictegravir, inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos como doravirina y cabotegravir + rilpivirina pueden ser administrados con seguridad (tabla 1).[37]

Figura 3

Descripción de las posibles interacciones entre los fármacos antirretrovirales y todos los métodos anticonceptivos disponibles en España. Extraída de Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto



COC. GESTAGENOS (anticonceptivos orales combinados). PSG (píldoras con solo gestágenos). PROG NO ORAL (tipos de progestinas de los anticonceptivos por vía no oral). FAR: fármacos antirretrovirales, EE: etinil estradiol, DSG: desogestrel, DSP: drospirenona, GST: gestodeno, LNG: levonorgestrel, NET: noretisterona, NGT: norgestimato, NGL: norgestrel, DSG: desogestrel, LNG: levonorgestrel, NET: norestisterona, ETN (I): etonorgestrel (implante), ETN (AV): etonorgestrel (anillo vaginal), LNG-DIU: levonorgestrel- DIU. AMPD: acetato de medroxiprogesterona depot, NLG: norelgestromina NET-P:Noretisterona-parche, LNG-EC: levonorgestrel-contracepción de emergencia, AU-AE: acetato de ulipristal-anticonceptivo emergencia verde= no interacción. Rojo= Se recomienda no usar conjuntamente. Naranja= interacción potencial que puede requerir un ajuste de la dosis o monitorización. Amarillo= la interacción potencial que se predice es de intensidad débil o improbable que afecte la eficacia anticonceptiva.

⌂ Potencial incremento de exposición al TAR

El implante subcutáneo de etonorgestrel es el método anticonceptivo más seguro que existe para prevenir el embarazo, pero se ha constatado una mayor tasa de fallos en las pacientes en tratamiento antirretroviral con efavirez y nevirapina.[37] El efavirenz también parece disminuir la eficacia de la anticoncepción de emergencia con levonorgestrel, por lo que algunos autores aconsejan doblar la dosis de la misma. En mujeres que reciben fármacos inductores de CYP3A4 no se aconseja la anticoncepción de emergencia con ulipristal.[37]

TAR y embarazo

La decisión de llevar a cabo un embarazo es compleja, dado que el VIH afecta muchos aspectos de la vida cotidiana, e incluyen preocupaciones sobre la posible transmisión al feto y la esperanza de vida de la madre. Las mujeres infectadas por el VIH sexualmente activas tienen las mismas posibilidades de quedarse embarazadas que cualquier otra mujer. El VIH aumenta el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para la criatura y su identificación precoz previene de manera eficiente la transmisión de la madre al niño si se implementan el tratamiento y controles adecuados.[37]

Actualmente se permite el parto vaginal al haber identificado la carga viral como el principal factor de riesgo para la transmisión vertical.[8] En mujeres que reciben TAR y mantienen carga viral plasmática entre 50 y 1.000 copias/ml se debe individualizar la decisión, aunque por encima de 400 copias/ml es necesario prestar atención a los antecedentes de adherencia y la existencia de fracasos previos.[5]

El TAR disminuye la transmisión vertical, por lo que la gestación es siempre una indicación absoluta para recibirlo, con el objetivo de lograr una carga viral indetectable lo antes posible.[37]

Las guías del uso de ARV en la concepción y embarazo están adaptándose continuamente. Con la actualización de los datos de la cohorte Tsepamo, el riesgo de defectos en el tubo neural observados con dolutegravir en el momento de la concepción ha disminuido a la tasa común a todos los ARV (0,19%) excepto efavirenz que con 0,07% se iguala a la población VIH negativa.

Por ello, el dolutegravir se considera ahora de elección como TAR de inicio tanto en las mujeres planeando un embarazo como durante el mismo, junto con el raltegravir cuya única limitación es la posológica. Se contraindica el uso de cabotegravir oral y long-acting, bictegravir, doravirina, etravirina e ibalizumab con datos limitados hasta la fecha (ver tabla 2, siguiente página).[38]

En las mujeres embarazadas que están ya recibiendo TAR bien tolerado y eficaz con combinaciones de antirretrovirales sin suficientes datos en el embarazo (con respecto a la combinación pero con componentes individuales ya probados), aunque el Department of Health and Human Services (departamento de sanidad y servicios humanos) de EE.UU. no recomienda su uso, se pueden mantener las terapias duales (dolutegravir más lamivudina o rilpivirina), siempre y cuando se garantice la eficacia con un estrecho control de la carga viral cada 1-2 meses. En el caso de las combinaciones con bictegravir o doravirina con datos insuficientes se discutirá con la mujer la posibilidad del cambio y de permanecer en el mismo régimen, se asegurará la eficacia como en el caso anterior.

TAR y menopausia

Las principales comorbilidades que ven aumentada su prevalencia en la mujer postmenopáusica en población general son la enfermedad cardiovascular, las alteraciones del sistema nervioso central y la osteoporosis. Estas, también están relacionadas con la infección por el VIH por lo que es difícil conocer la contribución de cada proceso a dicho aumento de la prevalencia; no existiendo estudios que comparen.[5]

Tabla 2

Recomendaciones específicas para distintas situaciones para el uso de fármacos antirretrovirales en mujeres embarazadas y que intentan concebir

Simplificada de https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/recommendations-arv-drugs-pregnancy-situation-specific-conceive-full

ARV+ 2 AN ABC/3TC TAF/TDF/FTC	Embarazada sin TAR previo	Embarazada en tratamiento con carga viral suprimida	Embarazada que recibió previamente TAR y lo reinicia	Embarazada con TAR mal tolerado o con carga viral no suprimida	No embarazada, tratando de concebir
DTG	Priorizar	Continuar	Priorizar	Priorizar	Priorizar
RAL	Priorizar	Continuar	Priorizar	Priorizar	Priorizar
BIC	Datos insuficientes	Datos insuficientes	Datos insuficientes	Datos insuficientes	Datos insuficientes
EVG/COBI	No recomendado	Valorar cambio*	No recomendado	No recomendado	No recomendado
ATV/RTV	Priorizar	Continuar	Priorizar	Priorizar	Priorizar
DRV/RTV	Priorizar	Continuar	Priorizar	Priorizar	Priorizar
LPV/RTV	Recomendado solo en situaciones especiales	Continuar	Recomendado solo en situaciones especiales	Recomendado solo en situaciones especiales	Recomendado solo en situaciones especiales
ATV/COBI	No recomendado	Valorar cambio*	No recomendado	No recomendado	No recomendado
DRV/COBI	No recomendado	Valorar cambio*	No recomendado	No recomendado	No recomendado

AN: análogo de nucleótidos; TAR: tratamiento antirretroviral

La elección del TAR idóneo en este periodo debe priorizar aquellas combinaciones que, además de eficaces, tengan un buen perfil de interacciones y no intensifiquen las comorbilidades con creciente prevalencia en esta etapa como la osteoporosis, la dislipemia, la resistencia a la insulina y diabetes y el aumento de peso con acumulo en el depósito abdominal característico de este periodo.

Es necesario tomar en consideración cuestiones como la pérdida de masa ósea en mujeres postmenopáusicas a la hora de elegir el TAR y favorecer el cambio de tenofovir disoproxil fumarato a tenofovir alafenamida.[20]

Es precisa más información sobre la acción de los nuevos fármacos en este escenario, donde todavía no está claro el mecanismo que subyace el incremento de peso, lo cual contrasta con el conocido efecto supresor del peso de tenofovir disoproxil fumarato y el efavirenz.[34,39]

Profilaxis preexposición

La profilaxis preexposición (PrEP) ha demostrado reducir el riesgo de infección por VIH a través del sexo en un 99%.[1] En 2014, la OMS recomendó la PrEP en personas usuarias de drogas parenterales, trabajadores sexuales y personas transgénero y personas en instituciones penitenciarias, y especialmente en hombres que tienen sexo con hombres. Sin embargo, más recientemente se ha ampliado la recomendación a personas con riesgo de infección por VIH, más que a poblaciones concretas y basándose en un riesgo individual y no en la pertenencia a un grupo de riesgo.

Las mujeres con infección por el VIH tienden a proponer más el uso del preservativo que los hombres, siendo la respuesta de ellos negativa

Los tratamientos utilizados en las estrategias PrEP se han mostrado seguros durante el embarazo y tampoco se ha constatado que disminuya la efectividad de los anticonceptivos hormonales, por lo que debe ser ofrecido a las mujeres en riesgo de infección.[40]

Otras consideraciones sobre la atención integral a las mujeres con VIH

Las mujeres suelen referir una disminución importante de la actividad sexual tras el diagnóstico de infección por el VIH. Las mujeres tienen un sentimiento de responsabilidad muy elevado y mucho miedo a transmitir el virus, por ello suelen utilizar más el preservativo cuando los hombres están en riesgo. Esta situación hace reflexionar sobre la direccionalidad de la responsabilidad en la transmisión de la infección que recae sobre la mujer con infección por el VIH, una manifestación más del rol de cuidadora asociado al género.[5]

Las mujeres con infección por el VIH tienden a proponer más el uso del preservativo que los hombres, siendo la respuesta de ellos negativa.[5]

Numerosos estudios han demostrado que, en comparación con los hombres con el VIH, las mujeres con el VIH comunican niveles más elevados de problemas emocionales y bajo estado de ánimo, experimentan más rechazo y estigma y utilizan menos estrategias de afrontamiento positivo. La sintomatología depresiva, la soledad y el bajo apoyo social percibido pueden influir en la adherencia al tratamiento antirretroviral. [5]

La presencia de sintomatología depresiva durante largos periodos de tiempo está asociada a una mayor mortalidad.[41]

El apoyo psicológico es imprescindible como parte del cuidado de las mujeres con VIH. En un estudio realizado en mujeres de diferentes países y entornos culturales se observó que una quinta parte de las mujeres tenía problemas de salud mental antes del diagnóstico. Estos síntomas eran entre tres y seis veces más altos tras el diagnóstico, por lo que es necesario recordar que el momento del diagnóstico supone un momento muy delicado.[5]

Las mujeres con VIH constituyen una epidemia paralela a la masculina con necesidades son cambiantes según su etapa vital. El documento de Consenso sobre la Asistencia en el Ámbito Sanitario a las Mujeres con Infección por el VIH del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España en el año 2020, recomienda con grado de evidencia A la identificación de las distintas necesidades que tienen hombres y mujeres, teniendo en cuenta las diferencias que se puedan encontrar en el diagnóstico, desarrollo de la enfermedad, así como en el tratamiento en los hombres y las mujeres.[5]

La presencia de sintomatología depresiva durante largos periodos de tiempo está asociada a una mayor mortalidad

VIH en la mujer

Las desigualdades en base al sexo y al género son un factor clave en la epidemia de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y afectan el riesgo de infección, la velocidad de progresión de la enfermedad y el acceso y respuesta al tratamiento antirretroviral



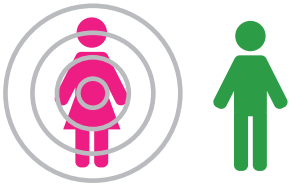
Las mujeres son diagnosticadas de forma más tardía que los hombres

Se estima que hay 27.000 mujeres mayores de 15 años con VIH, frente a 120.000 hombres



15% de infectados son mujeres

El 80% de los casos de infección por VIH en mujeres (2021) se produjeron por transmisión sexual



El estigma y la discriminación son mayores en las mujeres con infección por el VIH que en los hombres

Las mujeres son fisiológica y socioculturalmente más vulnerables y el riesgo de contagio se acrecienta con la edad

A pesar de los avances en el control de la infección por VIH, todavía existe la idea errónea de que las mujeres que la padecen deberían evitar el embarazo



Numerosos estudios demuestran que, en comparación con los hombres con el VIH, las mujeres tienen niveles más elevados de problemas emocionales y bajo estado de ánimo y utilizan menos estrategias de afrontamiento positivo

Bibliografía

1. Dangerous inequalities: World AIDS Day report 2022. 2022; Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/dangerous-inequalities_en.pdf

2. Curno MJ, Rossi S, Hodges-Mameletzis I, Johnston R, Price MA, Heidari S. A Systematic Review of the Inclusion (or Exclusion) of Women in HIV Research: From Clinical Studies of Antiretrovirals and Vaccines to Cure Strategies. J Acquir Immune Defic Syndr. 1 de febrero de 2016;71(2):181-8.

3. Jarrín I, Rava M, Guerrero JDR, de Lagarde M, Sanz JM, Navarro G, et al. Life expectancy of people with HIV on antiretroviral therapy in Spain. AIDS. 2023 Oct 30. doi:

4. Informe VIH_SIDA_2022_CCAA.pdf [Internet]. [citado 26 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/VIH/informes%20de%20vigilancia%20VIH%20y%20sida%20anteriores/Informe%20VIH_SIDA_2022_CCAA.pdf

5. Documento de consenso sobre la Asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el VIH (Actualización agosto 2020). Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2020/09/Mujer_y_VIH_DEFI.pdf.

6. Smith CJ, Ryom L, Weber R, Morlat P, Pradier C, Reiss P, et al. Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D:A:D): a multicohort collaboration. The Lancet. julio de 2014;384(9939):241-8.

7. Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet [Internet]. [citado 10 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet

8. Huertas-Zurriaga A, Palmieri PA, Edwards JE, Cesario SK, Alonso-Fernandez S, Pardell-Dominguez L, et al. Motherhood and decision-making among women living with HIV in developed countries: a systematic review with qualitative research synthesis. Reproductive Health. 10 de julio de 2021;18(1):148.

9. Ruiz-Algueró M, Izquierdo R, Suárez-García I, Moreno C, Alejos B, Rava M, Moreno S, Montero Alonso M, Gutiérrez F, Gutierrez Cuellar I, Curran A, Hernando V, Jarrín I; Cohort of the Spanish HIV/AIDS Research Network (CoRIS). Unplanned pregnancies and social and partner support during pregnancy in Spanish women living with HIV - Ruiz-Algueró - 2023 - HIV Medicine - Wiley Online Library. HIV Med. junio de 2023;24(6):727-37.

10. Kendall CE, Wong J, Taljaard M, Glazier RH, Hogg W, Younger J, et al. A cross-sectional, population-based study measuring comorbidity among people living with HIV in Ontario. BMC Public Health. 13 de febrero de 2014;14(1):161.

11. Raghavan A, Rimmelin DE, Fitch KV, Zanni MV. Sex Differences in Select Non-communicable HIV-Associated Comorbidities: Exploring the Role of Systemic Immune Activation/Inflammation. Curr HIV/AIDS Rep. 1 de diciembre de 2017;14(6):220-8.

12. Scully EP. Sex Differences in HIV Infection. Curr HIV/AIDS Rep. 1 de abril de 2018;15(2):136-46.

13. Bull L, Tittle V, Rashid T, Nwokolo N. HIV and the menopause: A review. Post Reprod Health. marzo de 2018;24(1):19-25.

14. Stone L, Looby SE, Zanni MV. Cardiovascular Disease Risk among Women Living with HIV in North America & Europe. Curr Opin HIV AIDS. noviembre de 2017;12(6):585-93.

15. Solomon D, Sabin CA, Mallon PWG, Winston A, Tariq S. Cardiovascular disease in women living with HIV: A narrative review. Maturitas. 1 de febrero de 2018;108:58-70.

16. Chow FC, Wilson MR, Wu K, Ellis RJ, Bosch RJ, Linas BP. Stroke incidence is highest in women and non-Hispanic blacks living with HIV in the AIDS Clinical Trials Group Longitudinal Linked Randomized Trials cohort. AIDS. 1 de junio de 2018;32(9):1125.

17. Triant VA, Lee H, Hadigan C, Grinspoon SK. Increased Acute Myocardial Infarction Rates and Cardiovascular Risk Factors among Patients with Human Immunodeficiency Virus Disease. J Clin Endocrinol Metab. julio de 2007;92(7):2506-12.

18. Janjua SA, Triant VA, Addison D, Szilveszter B, Regan S, Staziaki PV, et al. HIV Infection and Heart Failure Outcomes in Women. Journal of the American College of Cardiology. 3 de enero de 2017;69(1):107-8.

19. Frazier EL, Sutton MY, Tie Y, Fagan J, Fanfair RN. Differences by Sex in Cardiovascular Comorbid Conditions Among Older Adults (Aged 50–64 or ≥65 Years) Receiving Care for Human Immunodeficiency Virus. Clinical Infectious Diseases. 27 de noviembre de 2019;69(12):2091-100.

20. Erlandson KM, Lake JE, Sim M, Falutz J, Prado CM, da Silva ARD, et al. Bone Mineral Density Declines Twice as Quickly Among HIV-Infected Women Compared to Men. J Acquir Immune Defic Syndr. 1 de marzo de 2018;77(3):288-94.

21. Vance DE, Rubin LH, Valcour V, Waldrop-Valverde D, Maki PM. Aging and Neurocognitive Functioning in HIV-Infected Women: A Review of the Literature Involving the Women's Interagency HIV Study. Curr HIV/AIDS Rep. diciembre de 2016;13(6):399-411.

22. Maki PM, Rubin LH, Springer G, Seaberg EC, Sacktor N, Miller EN, et al. Differences in Cognitive Function between Women and Men with HIV. J Acquir Immune Defic Syndr. 1 de septiembre de 2018;79(1):101-7.

23. Umeh OC, Currier JS. Sex differences in pharmacokinetics and toxicity of antiretroviral therapy. Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology. 1 de abril de 2006;2(2):273-83.

24. d'Arminio Monforte A, González L, Haberl A, Sherr L, Ssanyu-Sseruma W, Walmsley SL, et al. Better mind the gap: addressing the shortage of HIV-positive women in clinical trials. AIDS. 15 de mayo de 2010;24(8):1091.

25. Di Giambenedetto, et al. Real-world experience with the two-drug regimen dolutegravir and lamivudine in women with HIV: a systematic literature review. HIV Glasgow, 23–26 October 2022, Glasgow, UK / Virtual. J Int AIDS Soc. 21 de octubre de 2022;25(Suppl 6):e26009.

26. Swindells S, Andrade-Villanueva JF, Richmond GJ, Rizzardini G, Baumgarten A, Masiá M, et al. Long-Acting Cabotegravir and Rilpivirine for Maintenance of HIV-1 Suppression. N Engl J Med. 19 de marzo de 2020;382(12):1112-23.

27. Gandhi M, Aweeka F, Greenblatt RM, Blaschke TF. Sex Differences in Pharmacokinetics and Pharmacodynamics. Annual Review of Pharmacology and Toxicology. 2004;44(1):499-523.

28. Umeh O, Currier J, Park J, Cramer Y, Hermes A, Fletcher C. Sex Differences in Lopinavir (LPV) and Ritonavir (RTV) Pharmacokinetics (PKs) Among HIV-infected Females and Males. J Clin Pharmacol. diciembre de 2011;51(12):1665-73.

29. Squires K, Kityo C, Hodder S, Johnson M, Voronin E, Hagins D, et al. Integrase inhibitor versus protease inhibitor based regimen for HIV-1 infected women (WAVES): a randomised, controlled, double-blind, phase 3 study. The Lancet HIV. septiembre de 2016;3(9):e410-20.

30. Rizzardini G, Overton ET, Orkin C, Swindells S, Arasteh K, Górgolas Hernández-Mora M, et al. Long-Acting Injectable Cabotegravir + Rilpivirine for HIV Maintenance Therapy: Week 48 Pooled Analysis of Phase 3 ATLAS and FLAIR Trials. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 1 de diciembre de 2020;85(4):498-506.

31. Soon G (Greg), Min M, Struble KA, Chan-Tack KM, Hammerstrom T, Qi K, et al. Meta-Analysis of Gender Differences in Efficacy Outcomes for HIV-Positive Subjects in Randomized Controlled Clinical Trials of Antiretroviral Therapy (2000–2008). AIDS Patient Care and STDs. agosto de 2012;26(8):444-53.

32. Baylor MS, Johann-Liang R. Hepatotoxicity Associated With Nevirapine Use: JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. abril de 2004;35(5):538-9.

33. Boulassel MR, Morales R, Murphy T, Lalonde RG, Klein MB. Gender and long-term metabolic toxicities from antiretroviral therapy in HIV-1 infected persons. J Med Virol. septiembre de 2006;78(9):1158-63.

34. Chandiwana NC, Siedner MJ, Marconi VC, Hill A, Ali MK, Batterham RL, et al. Weight Gain After HIV Therapy Initiation: Pathophysiology and Implications. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 12 de julio de 2023;dgad411.

35. Venter WDF, Bosch B, Sokhela S, Akpomiemie G, Chandiwana N, Tembo A, et al. Final Week 192 results from the ADVANCE trial: First-line. Presenttado en AIDS 2022. [Citado Noviembre 2023] Disponible en : https://programme.aids2022.org/Abstract/Abstract/?abstractid=12600.

36. Sax PE, Erlandson KM, Lake JE, Mccomsey GA, Orkin C, Esser S, et al. Weight Gain Following Initiation of Antiretroviral Therapy: Risk Factors in Randomized Comparative Clinical Trials. Clinical Infectious Diseases. 15 de septiembre de 2020;71(6):1379-89.

37. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, el embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Grupo de expertos de la División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis (DCVIHT), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Julio de 2023. https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/10/Borrador-Documento-de-consenso.pdf.

38. Situation-Specific Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant People and Nonpregnant People Who Are Trying to Conceive. Table 7 | NIH [Internet]. [citado 10 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/recommendations-arv-drugs-pregnancy-situation-specific-conceive-full

39. Erlandson KM, Carter CC, Melbourne K, Brown TT, Cohen C, Das M, et al. Weight Change Following Antiretroviral Therapy Switch in People With Viral Suppression: Pooled Data from Randomized Clinical Trials. Clinical Infectious Diseases. 15 de octubre de 2021;73(8):1440-51.

40. World Health Organization. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [citado 26 de octubre de 2023]. 76 p. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/186275

41. Mills JC, Pence BW, Todd JV, Bengtson AM, Breger TL, Edmonds A, et al. Cumulative Burden of Depression and All-Cause Mortality in Women Living With Human Immunodeficiency Virus. Clinical Infectious Diseases. 30 de octubre de 2018;67(10):1575-81.



CAPÍTULO 27

Mujer y autocuidado de la salud en España

Evidencias a partir de la II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España



Jaume Pey
Director general de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp).

1. Introducción

En la actualidad, el autocuidado está consolidado a nivel internacional como un pilar fundamental de los sistemas sanitarios modernos. El envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la presión sobre los sistemas de salud han llevado la mirada a la importancia de que las personas tengan un papel activo respecto al cuidado de su salud.

En este contexto, el autocuidado no se limita únicamente a la prevención de enfermedades, sino que abarca un conjunto amplio de acciones, conocimientos y comportamientos orientados a mantener el bienestar físico, mental y social a lo largo de toda la vida.

Desde una perspectiva de salud pública, el autocuidado se reconoce como la capacidad de las personas para promover su salud, prevenir enfermedades, mantener su bienestar y gestionar adecuadamente los problemas leves de salud, ya sea de manera autónoma o con el apoyo de los profesionales sanitarios. Esta dimensión participativa del cuidado de la salud resulta especialmente relevante en sociedades cada vez más informadas y con un mayor acceso a recursos sanitarios y tecnológicos.

El autocuidado se reconoce como la capacidad de las personas para promover su salud, prevenir enfermedades, mantener su bienestar y gestionar adecuadamente los problemas leves de salud, ya sea de manera autónoma o con el apoyo de los profesionales sanitarios.

Sin duda, el autocuidado no se desarrolla en un vacío social, sino condicionado por factores estructurales, culturales y socioeconómicos, además del género, que en este ámbito de la salud influye de forma relevante. Las mujeres, históricamente vinculadas a los roles de cuidado dentro del ámbito familiar y comunitario, han asumido tradicionalmente una doble dimensión en relación con la salud. Por un lado, son, en muchos casos, las principales proveedoras de cuidados hacia otros, y, por otro, gestionan su propio bienestar.

En este sentido, analizar el autocuidado desde una perspectiva global y también de género permite comprender mejor cómo se distribuyen las responsabilidades de los cuidados, conocer cuáles son las barreras específicas que afrontan las mujeres para cuidar su salud y qué estrategias pueden promoverse para fortalecer su autonomía y bienestar.

Las mujeres presentan, en muchos contextos, una mayor esperanza de vida que los hombres, pero también una mayor carga de morbilidad, especialmente en lo relativo a problemas crónicos, salud mental o condiciones asociadas al ciclo vital femenino. Estos aspectos ponen de relieve la necesidad de abordar el autocuidado femenino desde un enfoque integral.

La II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España, elaborada por la Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp), constituye una herramienta fundamental para comprender cómo la población española percibe y practica el autocuidado en la actualidad. Este estudio, basado en una encuesta representativa realizada a más de cinco mil personas adultas residentes en España, analiza diversos aspectos relacionados con el conocimiento, los hábitos y las actitudes hacia el autocuidado de la salud por parte de la sociedad.

El informe aborda cuestiones clave como el conocimiento del concepto de autocuidado, la percepción del estado de salud, las prácticas relacionadas con la salud sexual y mental, las fuentes de información utilizadas para tomar decisiones sanitarias y las barreras que dificultan la adopción de comportamientos saludables. Asimismo, permite identificar diferencias relevantes entre distintos grupos poblacionales, en función de su edad, situación laboral, económica y también de género.

Este capítulo tiene como objetivo analizar el autocuidado de la salud desde una perspectiva global y también de género, tomando como base los resultados de la mencionada II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España. A partir de los datos del estudio, se examinan las percepciones sociales sobre el autocuidado, las prácticas más habituales entre la población, las principales barreras para su desarrollo y las implicaciones específicas para la salud de las mujeres.

Este análisis pretende contribuir a una comprensión más profunda del papel del autocuidado en la promoción de la salud femenina y aportar evidencias que permitan orientar políticas públicas, estrategias educativas y programas de promoción de la salud con enfoque de género.

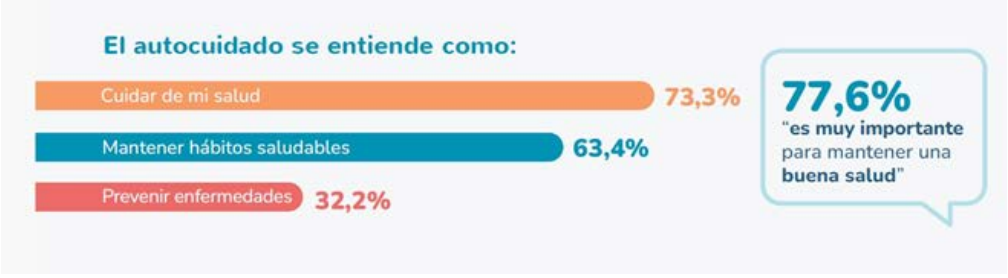
2. El concepto de autocuidado en la población española

La comprensión social del autocuidado

Uno de los primeros aspectos que analiza la II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España es el grado de conocimiento que la población tiene sobre el concepto de autocuidado, entendiendo este como el conjunto de acciones y actividades que desarrollamos, con una actitud activa y responsable, para mejorar nuestra salud y nuestra calidad de vida.

Comprender cómo las personas interpretan este término es imprescindible, ya que condiciona las actitudes y los comportamientos en relación con el cuidado de la salud.

Los resultados del estudio muestran que la sociedad española asocia el autocuidado principalmente con la idea general de **“cuidar de mi salud”**, mencionada por el 73,3 % de los encuestados, y seguida por el **mantenimiento de hábitos de vida saludables**, citada por el 63,4%.



Estos datos indican que los españoles vinculan el autocuidado principalmente con acciones individuales encaminadas a mantener su bienestar general. En menor medida, el concepto se relaciona con la **prevención de enfermedades** (32,2%) o con la **gestión responsable de problemas leves de salud** (26,4%), lo que nos lleva a la reflexión de la necesidad de trabajar para una mayor toma de conciencia sobre el impacto positivo que el autocuidado tiene en la prevención de enfermedades y, por tanto, en la **sostenibilidad del sistema sanitario**.

En relación con este último aspecto, resulta significativo que solo un 9,5% de los encuestados asocie el autocuidado con la contribución a la sostenibilidad del sistema sanitario, lo que nos invita a pensar que, aunque el autocuidado tiene una dimensión colectiva muy importante en términos de eficiencia y sostenibilidad de los sistemas de salud, la sociedad manifiesta una tendencia a interpretarlo, de manera mayoritaria, desde una perspectiva individual. En la actualidad, el autocuidado se percibe más como una acción personal que como una responsabilidad compartida entre personas y sistema sanitario.

El autocuidado se percibe más como una acción personal que como una responsabilidad compartida entre personas y sistema sanitario.

Si estos parámetros los medimos desde una perspectiva de género, esta interpretación introduce matices destacados, ya que tradicionalmente las mujeres han mantenido roles vinculados al cuidado de la salud dentro del ámbito familiar, lo que podría favorecer una mayor sensibilidad hacia la prevención y el mantenimiento del bienestar. Sin embargo, esta misma socialización puede generar tensiones cuando las responsabilidades del cuidado de otras personas del ámbito familiar limitan el tiempo o los recursos disponibles para el autocuidado personal.

Importancia atribuida al autocuidado

El estudio también revela que el autocuidado ocupa un lugar destacado en la percepción de los españoles respecto a su salud. Según los resultados de la encuesta, el **77,6% de las personas considera que el autocuidado tiene mucha importancia para mantener una buena salud**, mientras que un 21% afirma que tiene cierta importancia. Este elevado consenso revela un amplio reconocimiento social del valor del autocuidado como una herramienta para mantener una buena calidad de vida.





En general, la importancia atribuida al autocuidado aumenta con la edad, siendo las personas mayores las que tienden a percibirlo como un elemento importante para mantener su salud, posiblemente debido a su mayor experiencia con diferentes dolencias o a una mayor concienciación sobre la importancia de prevenir enfermedades para mantener una óptima calidad de vida durante más años. Por el contrario, los jóvenes disminuyen su percepción sobre el valor de la prevención, lo que podría estar relacionado con una menor visión de riesgo de sufrir una enfermedad a corto plazo.

Desde el punto de vista del género, tradicionalmente, las mujeres tienden a tener hábitos más preventivos, prestando más atención a los síntomas que puedan sufrir y utilizando con una mayor frecuencia los servicios sanitarios. En este caso, un 81,3% de las mujeres considera muy importante el autocuidado para mantener una buena salud, cuatro puntos por encima de la media de la sociedad en general.

En consecuencia, el reconocimiento social de la importancia del autocuidado representa una oportunidad para fortalecer estrategias de promoción de la salud que tengan en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, así como las barreras estructurales que pueden dificultar la adopción de prácticas de autocuidado.

3.- Principales obstáculos para la práctica del autocuidado

A pesar del amplio reconocimiento de la sociedad sobre la importancia que tiene el autocuidado para mantener una buena salud, la adopción efectiva de prácticas de autocuidado se ve condicionada por distintos factores, que pueden impactar o dificultar su desarrollo. En este sentido, en la **II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España** se identifican distintas barreras percibidas por los ciudadanos, quienes declaran que le influyen a la hora de incorporar hábitos de autocuidado en su día a día.

El análisis de estos frenos es significativo desde una perspectiva de género, ya que las mujeres manifiestan frenos específicos derivados de la organización social del cuidado o la distribución del tiempo.

Según los resultados del estudio, las tres principales barreras que impactan en el desarrollo del autocuidado por parte de los españoles son:

- Falta de conocimiento sobre cómo autocuidarse (39%)
- Falta de tiempo (34,6%)
- Falta de recursos económicos (32%)

En menor medida, también se mencionan otros factores como las responsabilidades familiares (13,1%) y las laborales (12,6%), además de un 10% de la población que considera que el autocuidado no es necesario.

Estos porcentajes reflejan también que el autocuidado no depende solo de la motivación individual, sino que está condicionado por factores estructurales relacionados con el acceso a recursos, el tiempo disponible y la formación sanitaria.

El autocuidado no depende solo de la motivación individual, está condicionado por factores estructurales relacionados con el acceso a recursos, el tiempo disponible y la formación sanitaria.



Precisamente, es esta falta de conocimiento sobre cómo autocuidarse la barrera más mencionada por los encuestados, poniendo de manifiesto la importancia de trabajar multidisciplinarmente desde todos los ámbitos sanitarios y académicos en la formación y educación sanitaria de la sociedad, como una vía imprescindible para conseguir que los ciudadanos dispongan de las herramientas necesarias para desarrollar hábitos de vida saludable y afrontar con responsabilidad la prevención y el tratamiento de sus dolencias leves.

La falta de tiempo aparece como el segundo obstáculo más relevante, un aspecto muy característico de las sociedades actuales, con ritmos de vida acelerados y una conciliación no siempre fácil entre la vida laboral y la personal, en la que encontrar espacios para cuidar de la salud puede resultar complicado.

Diferencias de género en la percepción de las barreras

El análisis por género muestra diferencias significativas en la percepción que tienen las mujeres sobre los obstáculos que dificultan la puesta en práctica del autocuidado, mostrando una mayor identificación con las barreras relacionadas con el tiempo y los recursos económicos:

- Falta de tiempo (40,9%)
- Falta de recursos económicos (38,7%)
- Falta de conocimiento (33,3%)

En cambio, entre los hombres, la barrera más señalada es la falta de conocimiento (44,5%), seguida de la falta de tiempo (28,6 %) y la falta de recursos económicos (25,4%).

Estas diferencias pueden ser un reflejo de la influencia de los roles de género en la organización de la vida cotidiana. Las mujeres suelen asumir una mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados, lo que reduce el tiempo disponible para actividades relacionadas con el autocuidado personal. Esta situación se ve agravada en muchos casos por la denominada “doble jornada”, en la que las responsabilidades laborales se suman a las tareas domésticas y de cuidado.

El impacto del ciclo vital en las barreras al autocuidado

El estudio también pone de manifiesto que las barreras para el autocuidado varían según la edad. Para los más jóvenes, la falta de tiempo, la falta de recursos económicos y las responsabilidades laborales tienen un peso más relevante, mientras que para las personas de mayor edad adquiere más importancia la falta de conocimiento sobre cómo autocuidarse

Estas diferencias pueden interpretarse teniendo en cuenta las distintas etapas del ciclo vital. Durante la juventud y la edad adulta temprana, las exigencias laborales, educativas y familiares pueden limitar la disponibilidad de tiempo para la salud. Sin embargo, en etapas posteriores de la vida las personas pueden tener más tiempo disponible.

Desde la perspectiva de la salud de las mujeres, el ciclo vital introduce además factores adicionales. Las mujeres atraviesan etapas biológicas características (menstruación, embarazo, posparto o menopausia), que requieren de hábitos de autocuidado más específicos y con necesidad de acceso a información especializada.

En este sentido, las políticas de promoción del autocuidado deberían contemplar intervenciones diferenciadas según las distintas etapas de la vida, prestando una especial atención a las necesidades específicas de las mujeres a lo largo de su ciclo vital.

Implicaciones para la promoción del autocuidado

La identificación de estas barreras permite trabajar en estrategias de promoción del autocuidado más eficientes y eficaces, sugiriendo los resultados de este estudio una actuación en ámbitos como:

1. Formación y educación en salud

Mejorar el conocimiento de las personas sobre prácticas de autocuidado y prevención mediante programas educativos, campañas informativas y herramientas digitales accesibles.

2. Políticas de conciliación y distribución del tiempo

Reducir las desigualdades en la distribución del tiempo dedicado al trabajo doméstico y al cuidado de otras personas.

3. Acceso equitativo a recursos de salud

Facilitar el acceso a productos y servicios relacionados con el autocuidado, especialmente para los grupos sociales con menores recursos.

4. Autocuidado, bienestar y autopercepción de la salud

El autocuidado está estrechamente vinculado con la forma en que las personas perciben su estado de salud y su bienestar general. La percepción subjetiva de la salud es un indicador destacado en salud pública, ya que refleja tanto la presencia o ausencia de enfermedad como la valoración global que las personas hacen de su bienestar físico, mental y social.

La **II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España** analiza esta área, a través de distintos indicadores, entre los que destacan la autopercepción del estado de salud y el nivel de satisfacción con la vida.



Autopercepción del estado de salud

Los resultados del estudio muestran que la mayoría de los españoles tienen una percepción positiva de su estado de salud. En concreto, **el 74,8% de las personas considera que su salud es buena o muy buena**, mientras que alrededor del 22% la califica como regular y solo un pequeño porcentaje afirma tener una salud mala o muy mala.

Aunque este dato pone de manifiesto que la población tiene en general una percepción favorable del estado de su salud, también se apuntan diferencias en función de la edad, clase social y nivel educativo.

En general, la percepción positiva de la salud tiende a disminuir con la edad. Las personas más jóvenes presentan los porcentajes más elevados de salud percibida como buena o muy buena, mientras que en los grupos de mayor edad esta valoración disminuye progresivamente.

Desde la perspectiva de género, las mujeres suelen presentar una mayor esperanza de vida que los hombres, pero reportan con mayor frecuencia problemas de salud crónicos o limitaciones funcionales, lo que puede influir en la forma en que perciben su estado de salud y en la importancia que conceden al autocuidado.

Satisfacción con la vida y bienestar subjetivo

Además de la percepción del estado de salud, el estudio analiza el nivel de satisfacción con la vida como indicador del bienestar subjetivo de los ciudadanos.

Los resultados muestran que aproximadamente **el 73% de la población se declara satisfecha o muy satisfecha con su vida**, lo que indica un alto nivel de bienestar general.

Al igual que ocurre con la percepción de salud, el grado de satisfacción con la vida presenta diferencias según diversos factores sociodemográficos. En términos generales, la satisfacción aumenta con la edad y con el nivel socioeconómico, mientras que disminuye entre las personas en situación de desempleo o con mayores dificultades económicas.

El bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida pueden ser tanto causa como consecuencia de los comportamientos relacionados con la salud

Desde el punto de vista del autocuidado, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida pueden ser tanto causa como consecuencia de los comportamientos relacionados con la salud, con personas que se sienten satisfechas con su vida y pueden mostrar una mayor motivación para mantener hábitos saludables, y con la contribución que la adopción de prácticas de autocuidado aporta a la mejora del bienestar general.

5. Autocuidado y salud sexual

La salud sexual constituye una parte fundamental del bienestar integral de las personas. No se limita únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que incluye aspectos relacionados con la prevención, la educación, el bienestar emocional, la autonomía corporal y la toma de decisiones informadas. Desde la perspectiva del autocuidado, la salud sexual implica la adopción de prácticas que contribuyan a prevenir riesgos, promover relaciones saludables y garantizar el acceso a información y recursos adecuados.

La salud sexual implica la adopción de prácticas que contribuyan a prevenir riesgos, promover relaciones saludables y garantizar el acceso a información y recursos adecuados.

La **II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España** analiza diversas prácticas de autocuidado vinculadas a la salud sexual y revela datos que permiten comprender el grado de incorporación de estas conductas en la sociedad española.



Prácticas de autocuidado en salud sexual

Los resultados del estudio muestran un alto y preocupante porcentaje de personas que no adopta prácticas de autocuidado en relación con su salud sexual. En concreto, **casi la mitad de los encuestados (46,3%) afirma no realizar ninguna práctica de autocuidado relacionada con su salud sexual.**

Entre quienes sí adoptan alguna conducta preventiva o de autocuidado, las prácticas más habituales son:

- Uso de métodos anticonceptivos masculinos (26,2%)
- Utilización de productos destinados a mejorar las relaciones sexuales (18%)
- Uso de métodos anticonceptivos femeninos (13,2%)
- Realización de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (12%)
- Vacunación frente a enfermedades de transmisión sexual (7,9%)

Estos datos ponen de manifiesto que las prácticas relacionadas con el bienestar o la experiencia sexual tienen mayor presencia que aquellas orientadas específicamente a la prevención clínica, como las pruebas diagnósticas o la vacunación.

Desde una perspectiva de salud pública, este resultado subraya la necesidad de reforzar la educación sexual y las estrategias de prevención, especialmente en relación con las infecciones de transmisión sexual.

Diferencias por edad y clase social

El estudio también revela importantes diferencias en las prácticas de autocuidado sexual según la edad y el nivel socioeconómico. En general, los jóvenes presentan mayores niveles de adopción de prácticas preventivas que los grupos de mayor edad.

Por ejemplo, el uso de métodos anticonceptivos masculinos alcanza aproximadamente el 40 % entre los jóvenes de 18 a 25 años, mientras que disminuye progresivamente en los grupos de mayor edad.

Asimismo, la realización de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual también es más frecuente entre los jóvenes, lo que puede interpretarse como un indicador de mayor conciencia preventiva en estas edades.

Implicaciones desde la perspectiva de género

La salud sexual tiene implicaciones particularmente relevantes para las mujeres. Aunque los métodos anticonceptivos masculinos siguen siendo los más utilizados según el estudio, las mujeres suelen asumir una parte importante de la responsabilidad en la planificación reproductiva y en el cuidado de la salud sexual.

Además, las mujeres afrontan riesgos específicos relacionados con su salud sexual y reproductiva, como infecciones, embarazos no deseados o determinadas enfermedades ginecológicas. Por ello, el acceso a información, recursos y servicios de salud sexual resulta fundamental para garantizar su bienestar.

El autocuidado en este ámbito incluye prácticas como:

- La realización periódica de revisiones ginecológicas
- El acceso a métodos anticonceptivos seguros
- La prevención de infecciones de transmisión sexual
- La vacunación frente a determinados virus
- La educación sexual basada en información científica



6. Autocuidado y salud mental

La salud mental es otro de los aspectos fundamentales del bienestar individual y colectivo. En las últimas décadas, los problemas relacionados con el estrés, la ansiedad, la depresión o la soledad han adquirido una creciente relevancia en las agendas de salud pública, especialmente en contextos sociales caracterizados por cambios económicos, laborales y tecnológicos acelerados.



En las últimas décadas, los problemas relacionados con el estrés, la ansiedad, la depresión o la soledad han adquirido una creciente relevancia en las agendas de salud pública

La **II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España** dedica un apartado específico al análisis de los factores que pueden afectar a la salud mental de los ciudadanos y que, por tanto, influyen también en las estrategias de autocuidado.

Factores que influyen en la salud mental

Según los resultados del estudio, los factores sociales y personales que tienen un impacto más significativo en la salud mental de los españoles son, por orden de relevancia:

- Relaciones familiares y sociales (67,3%)
- Falta de recursos económicos (66,7%)
- Trabajo (55,9%)
- Incertidumbre ante factores externos (54,6%)
- Acceso a la vivienda (52,5%)
- Soledad (49,3%)

Estos datos ponen de manifiesto que la salud mental no depende únicamente de variables individuales, sino que está profundamente condicionada por factores sociales, económicos y relacionales.

Ayuda profesional

Ante el impacto de estos factores en la salud mental, un 9,3% de los españoles declara que se encuentra actualmente en tratamiento, con un 44,6% de personas que manifiestan que nunca han buscado ayuda profesional, pero que lo harían si lo consideraran necesario, y un 20,9%, que nunca lo ha considerado ni lo consideraría en un futuro.

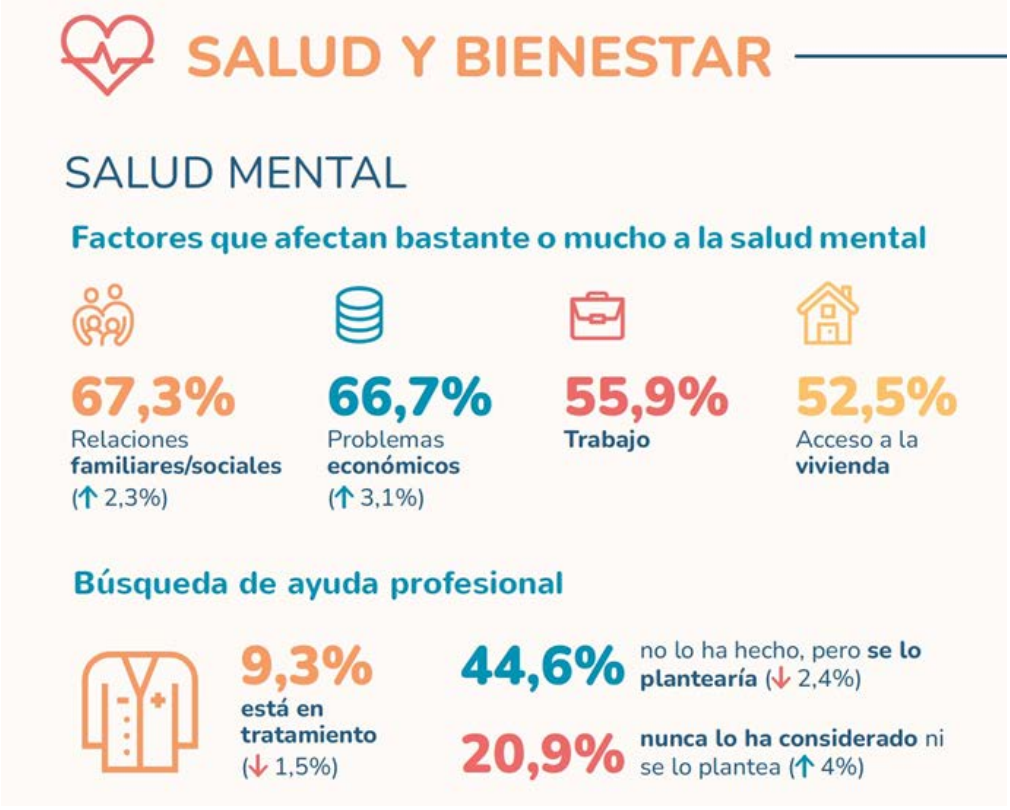
Salud mental y género

Los factores que afectan a la salud mental presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres, quedando reflejadas en esta II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España de la siguiente forma:

- Relaciones familiares y sociales (74,4% en mujeres y 60,4% en hombres)
- Falta de recursos económicos (72,9,7% en mujeres y 60,9% en hombres)
- Trabajo (66,1% en mujeres y 45,8% en hombres)
- Acceso a la vivienda (59,5% en mujeres y 45,5% en hombres)
- Soledad (54,8% en mujeres y 44% en hombres)

Ante la pregunta de si han buscado ayuda profesional para problemas relacionados con la salud mental, un 12,8% de las mujeres declara estar en tratamiento, un 41,5% afirma que no ha buscado ayuda, pero que se lo plantearía si lo considerara necesario, y un 14,9% confirma que no ha buscado ayuda ni la buscaría, aunque lo necesitara.

Por lo que respecta a los hombres, un 6% manifiesta estar en tratamiento en la actualidad, un 47,7% afirma que no ha buscado ayuda, pero que se lo plantearía si lo necesitara, y un 26,7% declara que no ha buscado ayuda ni la buscaría, aunque lo necesitara.



7. Hábitos de autocuidado y toma de decisiones sanitarias

El autocuidado de la salud no solo depende del conocimiento que las personas tienen sobre la importancia de cuidarse, sino también de las decisiones que toman cuando se enfrentan a situaciones concretas relacionadas con su salud. Estas decisiones pueden incluir desde la adopción de hábitos saludables hasta la elección de medicamentos y productos de autocuidado o la consulta a los profesionales sanitarios.

En este sentido, la **II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España** analiza diversos aspectos relacionados con la toma de decisiones en el ámbito del autocuidado, prestando especial atención a las fuentes de información utilizadas por los ciudadanos y a los criterios que influyen en la elección de productos de autocuidado.

Consulta a profesionales sanitarios

Uno de los indicadores más relevantes analizados en el estudio es el comportamiento de los ciudadanos cuando tiene dudas sobre el uso de medicamentos sin receta o productos de autocuidado. En estos casos, la fuente de consulta más frecuente es el profesional sanitario.

Según los resultados de la encuesta, **casi la mitad de la población (49,3%) consulta en primer lugar a profesionales sanitarios**, como médicos, enfermeros o farmacéuticos, cuando tiene dudas sobre medicamentos y productos de autocuidado.

La segunda fuente de consulta más frecuente es la lectura del prospecto del medicamento, mencionada por el 27,3% de los encuestados. En menor medida, las personas recurren a Internet o a las redes sociales (10,5%), a familiares o amigos (5,1%) o a herramientas de inteligencia artificial (4,6%).

Estos datos reflejan que, a pesar del crecimiento de las fuentes digitales de información, los profesionales sanitarios continúan siendo la referencia principal para la toma de decisiones relacionadas con la salud.

A pesar del crecimiento de las fuentes digitales de información, los profesionales sanitarios continúan siendo la referencia principal para la toma de decisiones relacionadas con la salud.

Frecuencia de la consulta a los profesionales sanitarios

El estudio también analiza la frecuencia con la que la población consulta a los profesionales sanitarios antes de utilizar medicamentos sin receta o productos de autocuidado.
Los resultados muestran que:

- El 29,6 % consulta siempre a un profesional sanitario
- El 40,2 % lo hace a veces
- El 23 % lo hace muy pocas veces
- El 7,2 % afirma no consultar nunca

Estos datos sugieren que, aunque existe un comportamiento mayoritariamente responsable, todavía hay margen de mejora en términos de información y asesoramiento sanitario.

Factores que influyen en la elección de productos de autocuidado

Otro aspecto relevante analizado por el estudio es la importancia que los ciudadanos otorgan a distintos factores a la hora de elegir productos de autocuidado.

El factor más determinante es la **recomendación de profesionales sanitarios,** que ocupa claramente el primer lugar en la jerarquía de criterios de decisión.

En cambio, factores como la publicidad o personas influyentes en redes sociales ocupan posiciones mucho menos relevantes en la decisión de compra, dato que resulta particularmente interesante en un contexto marcado por la creciente presencia de información sanitaria en redes sociales. A pesar de esta tendencia, las personas siguen otorgando mayor credibilidad a las recomendaciones de profesionales sanitarios.



8.- Autocuidado y prevención

Los hábitos diarios son la base del autocuidado de la salud. La forma en la que las personas incorporan prácticas relacionadas con la actividad física, el descanso o la alimentación influye de manera decisiva en la prevención de enfermedades, el bienestar y la calidad de vida.

La **II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España** analiza algunos de estos hábitos, a través de los cuales se detecta que la sociedad española muestra cada vez una mayor conciencia sobre la importancia de cuidarse, aunque queda un largo camino por recorrer si atendemos a la incorporación de forma regular de hábitos saludables. También en este apartado se detectan diferencias en la forma en que hombres y mujeres adoptan o desarrollan estos hábitos.

Actividad física y bienestar

La práctica regular de ejercicio físico constituye uno de los indicadores más relevantes del autocuidado. Según la encuesta, más de la mitad de la población española realiza ejercicio frecuentemente: el 54,9% afirma practicar actividad física varios días a la semana, mientras que un 20,5% lo hace a diario. Este último grupo ha aumentado respecto al año anterior, lo que indica una mejoría en la incorporación, de forma más constante, de rutinas de actividad.

A pesar de esta evolución positiva, la II Radiografía también señala que el porcentaje de personas que realizan ejercicio de forma frecuente es inferior al registrado el año anterior, lo que apunta a cierta irregularidad en la consolidación de estos hábitos en la población. En el extremo opuesto se sitúan los que declaran no hacer ejercicio nunca (8,3%), una minoría, aunque sigue siendo un indicador de que una parte, aunque pequeña, de la sociedad, permanece al margen de la actividad física.

El tipo de actividad física más habitual que los españoles declaran realizar es caminar. De hecho, el 57,3% de las personas que realizan ejercicio opta por caminar al menos una hora al día, lo que refleja la importancia de esta práctica como forma accesible de actividad física en la vida cotidiana. En segundo lugar, el 37,1%, acude al gimnasio, mientras que otras actividades como senderismo, ciclismo, correr o natación presentan porcentajes más moderados.

Desde una perspectiva de género, se observan diferencias en la frecuencia y el tipo de actividad física. En general, los hombres presentan una mayor frecuencia de práctica de ejercicio que las mujeres, tendencia que se mantiene también en el número medio de actividades deportivas realizadas. Por ejemplo, caminar es practicado por el 60,4% de los hombres frente al 53,8% de las mujeres.

En cualquier caso, la actividad física constituye uno de los elementos centrales del autocuidado y su promoción sigue siendo un objetivo prioritario en las políticas de salud pública.

La actividad física constituye uno de los elementos centrales del autocuidado y su promoción sigue siendo un objetivo prioritario en las políticas de salud pública.



Descanso nocturno y calidad del sueño

El descanso constituye otro componente esencial de los hábitos de autocuidado. Dormir lo suficiente y con calidad permite la recuperación física y mental, contribuye al equilibrio emocional y reduce el riesgo de múltiples enfermedades.

Según los datos del estudio, dos de cada tres personas en España (65,2%) consideran que su descanso nocturno es adecuado, mientras que casi un 30% describe su sueño como irregular y un 5,1% lo califica directamente como malo.

Las diferencias por género son particularmente significativas en este ámbito. Mientras que el 70% de los hombres afirma descansar bien, este porcentaje desciende al 60,4 % entre las mujeres, lo que indica que las mujeres experimentan mayores dificultades relacionadas con la calidad del sueño.

Este hecho puede estar relacionado con varios factores, como una mayor prevalencia en las mujeres de trastornos del sueño asociados al estrés, la ansiedad o las cargas de cuidado. Por otro lado, la organización del tiempo en el ámbito doméstico y familiar puede afectar a la regularidad del descanso, especialmente en las etapas de la vida en las que se combinan responsabilidades laborales y familiares.

El estudio identifica además distintos factores que afectan negativamente al descanso nocturno de los españoles, como:

- Problemas personales (31,9%)
- Estrés laboral (22,85)
- Uso de dispositivos electrónicos antes de dormir (18,6%)

También influyen aspectos ambientales, como el ruido o la temperatura, así como determinadas conductas previas al sueño, como el consumo de cafeína o alcohol o las cenas copiosas.

La evidencia científica confirma que la calidad del sueño está estrechamente vinculada con otros comportamientos de autocuidado, como la actividad física o la alimentación. Por ello, el descanso debe entenderse como parte de un enfoque integral de la salud.

La evidencia científica confirma que la calidad del sueño está estrechamente vinculada con otros comportamientos de autocuidado, como la actividad física o la alimentación.



Chequeos médicos y prevención

Además de los hábitos cotidianos relacionados con el estilo de vida, el autocuidado incluye los comportamientos vinculados con la prevención, desempeñando un papel esencial, en este sentido, los chequeos médicos periódicos.

El informe muestra que la frecuencia y la diversidad de revisiones médicas aumenta con la edad. Mientras que en las etapas más jóvenes predominan las revisiones básicas, en edades más avanzadas se incorporan controles más especializados. Entre las personas mayores de 70 años, por ejemplo, el 94,4% se realiza analíticas periódicas y el 57,3% revisiones oftalmológicas, lo que refleja un seguimiento más estructurado de la salud.

En el caso de las mujeres, los datos ponen de relieve la importancia de las revisiones ginecológicas como parte del autocuidado preventivo. Sin embargo, el estudio indica que solo el 59,8% de las mujeres que se realizan chequeos médicos anuales sin experimentar síntomas (36%), acude al ginecólogo de forma regular, lo que indica que existe un amplio margen de mejora en la adopción de hábitos preventivos en esta área.

Por otro lado, las mujeres muestran una mayor frecuencia de visitas al dentista que los hombres. El 67% de las mujeres acude al dentista, frente al 53,7% de los hombres, lo que evidencia una mayor atención femenina hacia determinados aspectos del cuidado preventivo de la salud.

Estas diferencias reflejan un patrón frecuente en los estudios sobre salud: las mujeres tienden a mostrar una mayor implicación en el seguimiento y cuidado de su salud, al mismo tiempo que afrontan obstáculos relacionados con el tiempo o los recursos necesarios para mantener estos hábitos.

Las mujeres tienden a mostrar una mayor implicación en el seguimiento y cuidado de su salud, al mismo tiempo que afrontan obstáculos relacionados con el tiempo o los recursos necesarios para mantener estos hábitos.

Autocuidado y ciclo vital

Los hábitos de autocuidado no se mantienen constantes a lo largo de la vida, sino que evolucionan según la edad, las circunstancias personales y las necesidades de salud.

El estudio muestra que, en las etapas más jóvenes, el autocuidado suele centrarse en prácticas básicas relacionadas con el bienestar cotidiano, como la actividad física o el descanso. Con el paso del tiempo, sin embargo, aumenta la importancia de los controles médicos y las acciones preventivas.

En las personas mayores se observa un patrón más estructurado de autocuidado, con mayor diversidad de chequeos y mayor frecuencia de seguimiento médico. Este cambio responde en parte al aumento de riesgos asociados a la edad, pero también a una mayor cultura preventiva y a una mayor conciencia sobre la importancia de mantener la salud.

En este contexto, el autocuidado se convierte en un proceso dinámico que acompaña a las distintas etapas del ciclo vital, adaptándose a las necesidades específicas de cada momento.

El autocuidado se convierte en un proceso dinámico que acompaña a las distintas etapas del ciclo vital, adaptándose a las necesidades específicas de cada momento.



Perspectiva de género en los hábitos de autocuidado

El análisis de los hábitos de autocuidado desde una perspectiva de género permite identificar tendencias relevantes que afectan tanto a la salud de las mujeres como al diseño de políticas públicas.

En primer lugar, las mujeres suelen mostrar una mayor predisposición hacia comportamientos preventivos y de vigilancia de la salud, como las visitas al dentista o las revisiones médicas. Sin embargo, esta mayor conciencia no siempre se traduce en mejores indicadores de bienestar, como ocurre en el caso del descanso nocturno.

En segundo lugar, las mujeres tienden a experimentar mayores dificultades para mantener determinados hábitos saludables, especialmente aquellos que requieren tiempo personal, como la práctica regular de ejercicio físico. Las responsabilidades familiares y de cuidado continúan siendo un factor determinante en la distribución del tiempo, lo que puede limitar las oportunidades de autocuidado.

Por último, las diferencias observadas en la calidad del sueño o en la percepción del bienestar reflejan también desigualdades estructurales relacionadas con la carga mental y emocional asociada a los roles de género.

9.- Autocuidado en el ámbito laboral y en el entorno de ocio

El autocuidado de la salud no se limita únicamente a los hábitos personales relacionados con la alimentación, el ejercicio o el descanso. También se manifiesta en los entornos cotidianos en los que las personas desarrollan su vida social y profesional. En este sentido, el ámbito laboral y el entorno de ocio constituyen espacios fundamentales para comprender cómo se construye el bienestar físico y emocional en la vida adulta.

La II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España ofrece una aproximación relevante a estos aspectos, permitiendo analizar la percepción del trabajo, el estrés laboral y las condiciones que influyen en la calidad de vida de la sociedad española.

El análisis de estos ámbitos revela que el bienestar laboral y la capacidad de disfrutar del tiempo libre forman parte integral del autocuidado. La forma en que las personas experimentan su trabajo (satisfacción, motivación, ansiedad, etc.) puede influir directamente en su salud física y mental. Al mismo tiempo, el ocio constituye un espacio clave para la recuperación emocional, el fortalecimiento de las relaciones sociales y la promoción de estilos de vida saludables.

El bienestar laboral y la capacidad de disfrutar del tiempo libre forman parte integral del autocuidado.

Bienestar emocional en el entorno laboral

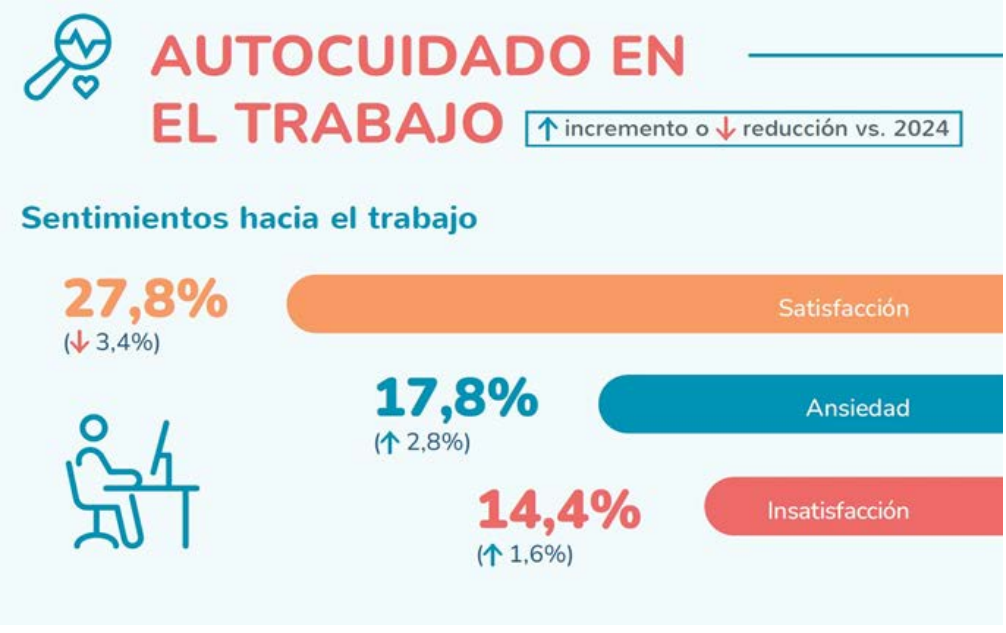
Uno de los aspectos centrales del análisis del autocuidado en el ámbito laboral es el clima emocional asociado al trabajo. La II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España muestra que entre 2024 y 2025 se ha producido un ligero deterioro del bienestar emocional en el entorno laboral, acompañado de un aumento de determinadas emociones negativas vinculadas al desempeño profesional.

En concreto, la satisfacción laboral desciende del 31,2% al 27,8%, mientras que la motivación pasa del 18,2 % al 15,4%. En paralelo, aumentan las emociones asociadas al malestar laboral, como la ansiedad (que pasa del 15,0% al 17,8%), la preocupación (del 11,3% al 14,1%) o la insatisfacción (del 12,8% al 14,4%).

Estos resultados reflejan un cierto desplazamiento del clima emocional hacia sensaciones de mayor presión o incertidumbre. Aunque una parte relevante de los trabajadores continúa mostrando una percepción aceptable de su empleo, el incremento de emociones negativas apunta a un proceso de desgaste progresivo en el ámbito laboral.

Las emociones positivas vinculadas al trabajo, como la confianza, la gratitud o la felicidad, se mantienen relativamente estables, aunque siguen siendo minoritarias, situándose aproximadamente entre el 9 % y el 13 % de las respuestas.

En conjunto, estos datos sugieren que el bienestar laboral continúa siendo un factor clave para la salud emocional de la población. La percepción del trabajo no solo afecta al rendimiento profesional, sino también al equilibrio psicológico y a la calidad de vida.



Estrés laboral y salud

Otro de los indicadores fundamentales del autocuidado en el ámbito laboral es el nivel de estrés asociado al trabajo. El estrés laboral constituye uno de los principales factores de riesgo para la salud mental y puede afectar también a la salud física a través de procesos relacionados con el agotamiento, la ansiedad o los trastornos del sueño.

Los datos del estudio muestran que el estrés laboral alto o muy alto afecta al 37,5 % de los trabajadores, lo que evidencia que más de un tercio de la población activa experimenta niveles elevados de presión en su entorno laboral.

Más de un tercio de la población activa experimenta niveles elevados de presión en su entorno laboral.

Sin embargo, la evolución reciente refleja una ligera mejora. Entre 2024 y 2025, el porcentaje de trabajadores que experimentan estrés alto disminuye del 29,7% al 27,0%, mientras que el estrés muy alto se reduce del 11,5% al 10,5%. Este descenso se acompaña de un incremento de los niveles moderados o bajos de estrés, lo que sugiere una cierta redistribución hacia niveles menos intensos de presión laboral.

Desde una perspectiva sociodemográfica, el estrés laboral presenta diferencias según edad, género o posición social. En términos de edad, el estrés se concentra especialmente en las personas entre 41 y 55 años, etapa que suele coincidir con un momento de máxima responsabilidad profesional y familiar. En este grupo, el 40,9% declara experimentar niveles elevados de estrés laboral.

Por género, las diferencias son más moderadas, aunque significativas. Las mujeres presentan niveles ligeramente superiores de estrés laboral (38,6%) en comparación con los hombres (36,4%).

Estas diferencias pueden interpretarse siguiendo distintos estudios sobre desigualdad de género en el trabajo, que señalan que las mujeres suelen afrontar una mayor carga de responsabilidades simultáneas, combinando el trabajo remunerado con tareas domésticas y de cuidado.





Percepción de la igualdad de oportunidades en el trabajo

La percepción de igualdad de oportunidades constituye otro elemento relevante en el análisis del autocuidado en el ámbito laboral. La forma en que las personas perciben la equidad en el trabajo puede influir en su bienestar psicológico, su motivación y su satisfacción profesional. Según los datos del estudio, el 54,2 % de la población considera que el género no influye o influye poco en las oportunidades laborales, mientras que un 39,9 % cree que el género afecta bastante o mucho a estas oportunidades.

En comparación con otras variables, como la edad, la percepción de desigualdad de género es relativamente menor. Por ejemplo, el 48,3% de la población considera que la edad influye de forma significativa en las oportunidades laborales, lo que refleja una percepción más extendida de desigualdad por edad que por género.

No obstante, el análisis de los datos desde una perspectiva de género muestra matices relevantes. Las conclusiones del informe señalan que más del 72 % de las mujeres considera que el género influye en las oportunidades de desarrollo profesional, lo que indica que la percepción de desigualdad es significativamente mayor entre las mujeres que entre los hombres.

Este dato resulta especialmente relevante para comprender la relación entre género, trabajo y autocuidado. Las percepciones de desigualdad o de limitación en las oportunidades profesionales pueden generar estrés, frustración o desmotivación, afectando al bienestar emocional y a la salud mental.

Autocuidado, conciliación y bienestar

La relación entre trabajo, ocio y autocuidado está estrechamente vinculada con la conciliación entre la vida laboral y personal. La capacidad de equilibrar las responsabilidades profesionales con el tiempo dedicado al descanso, la vida familiar y el ocio influye directamente en la salud física y mental.

Cuando las personas disponen de tiempo suficiente para descansar, socializar o desarrollar actividades de ocio, es más probable que mantengan hábitos saludables y experimenten mayores niveles de bienestar. Por el contrario, las jornadas laborales prolongadas, la presión profesional o la falta de conciliación pueden dificultar la adopción de prácticas de autocuidado.

Las jornadas laborales prolongadas, la presión profesional o la falta de conciliación pueden dificultar la adopción de prácticas de autocuidado.

El análisis del autocuidado en el ámbito laboral y en el entorno de ocio pone de manifiesto la estrecha relación entre las condiciones de trabajo, el uso del tiempo libre y el bienestar de la población. Los datos de la II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España muestran que, aunque una parte significativa de la población mantiene una percepción aceptable de su entorno laboral, persisten niveles relevantes de estrés y emociones negativas asociadas al trabajo.

En este contexto, promover entornos laborales saludables, fomentar la igualdad de oportunidades y facilitar la conciliación entre trabajo, vida personal y ocio constituye una estrategia fundamental para mejorar la salud y el bienestar de la población.

10.- Autocuidado, medio ambiente, educación y discapacidad

El autocuidado de la salud ha evolucionado en las últimas décadas desde una concepción centrada exclusivamente en los hábitos individuales hacia un enfoque más amplio que incorpora factores sociales, educativos y ambientales. En este contexto, la relación entre salud, sostenibilidad ambiental y educación sanitaria adquiere una relevancia creciente.

La forma en la que las personas perciben el impacto del entorno en su bienestar, así como su implicación en prácticas sostenibles y su acceso a la educación en salud, influye de manera directa en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención de enfermedades.

La **II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España** analiza esta dimensión del autocuidado a través de diferentes indicadores relacionados con la sostenibilidad, la percepción del cambio climático, los comportamientos ambientales y la educación sanitaria.

Los resultados muestran que los españoles mantienen una conciencia relativamente elevada sobre la importancia del medio ambiente y la educación en salud, aunque con ciertas diferencias generacionales, sociales y de género.

Desde una perspectiva de género, el análisis de estas variables resulta especialmente relevante, ya que distintos estudios han demostrado que las mujeres suelen mostrar mayores niveles de sensibilidad hacia los problemas ambientales y una mayor implicación en prácticas relacionadas con el cuidado del entorno.



Percepción del cambio climático y su impacto en la vida cotidiana

Uno de los primeros elementos analizados en el estudio es la percepción del impacto del cambio climático en la vida diaria de las personas, que ya no se percibe como una amenaza lejana, sino como una realidad que comienza a afectar a las condiciones de vida de los ciudadanos.

Según los datos de la radiografía del autocuidado, un 36,2% declara que siente que el cambio climático está afectando mucho a su vida cotidiana, con cambios claros en su entorno o en su modo de vida, mientras que un 41,6% de los ciudadanos afirma empezar a percibir las consecuencias del cambio climático. Un 11,8% declara no notar aún cambios directos y un 10% considera que todavía no observa efectos directos.

Las diferencias de género son especialmente significativas en este ámbito. El estudio indica que los hombres tienden con mayor frecuencia que las mujeres a afirmar que el cambio climático apenas les afecta o no les afecta en absoluto. En contraste, el 43,2% de las mujeres declara empezar a notar ya sus consecuencias, lo que refleja una mayor sensibilidad femenina hacia el impacto del cambio climático en la vida cotidiana.

Esta diferencia puede explicarse por diversos factores socioculturales. En muchos contextos, las mujeres desempeñan un papel central en la gestión del hogar, el cuidado de la familia y la organización de los recursos domésticos, lo que puede aumentar su percepción de los cambios ambientales relacionados con el clima, el consumo energético o la disponibilidad de recursos.

También se observan diferencias en función del tamaño del entorno de residencia. Las personas que viven en áreas urbanas de tamaño medio (entre 50.000 y 200.000 habitantes) son las que con mayor frecuencia comienzan a percibir los efectos del cambio climático, mientras que en entornos rurales o menos poblados es más común la percepción de que estos cambios todavía no afectan de manera directa a la vida cotidiana.

En conjunto, estos resultados reflejan una creciente conciencia ambiental en la sociedad española, aunque con variaciones en la intensidad con que se perciben sus efectos.



Importancia de la sostenibilidad en la vida cotidiana

Más allá de la percepción del cambio climático, el estudio analiza también la importancia que la población concede a la sostenibilidad en su vida diaria. Los resultados muestran que esta dimensión del autocuidado se ha consolidado como un valor ampliamente compartido en la sociedad.

En términos generales, más del 80 % de la población considera que la sostenibilidad y el cuidado del medio ambiente son aspectos importantes o muy importantes en su vida cotidiana, aunque se ha detectado una ligera disminución en la intensidad de esta valoración. Entre 2024 y 2025 se observa un descenso moderado en el porcentaje de personas que consideran la sostenibilidad como un aspecto muy relevante en su vida diaria, tendencia que se repite en la mayoría de las comunidades autónomas.

Las diferencias generacionales también son notables. La importancia concedida a la sostenibilidad aumenta progresivamente con la edad, siendo especialmente elevada entre las personas de entre 56 y 70 años, grupo en el que alrededor del 85 % considera la sostenibilidad un elemento importante en su vida cotidiana.

Por el contrario, los más jóvenes también valoran la sostenibilidad, pero con una menor intensidad, situándola más frecuentemente en el nivel de "importante" que en el de "muy importante".

Asimismo, el análisis por clase social muestra que el compromiso ambiental se distribuye de forma relativamente homogénea entre los distintos estratos sociales, aunque las clases con menor nivel socioeconómico tienden a otorgar una mayor intensidad a la importancia de la sostenibilidad.

Este fenómeno puede interpretarse como una expresión de la relación directa entre las condiciones ambientales y la calidad de vida, especialmente en contextos donde la vulnerabilidad social puede aumentar la exposición a riesgos ambientales.

Prácticas ambientales y hábitos sostenibles

La conciencia ambiental de los españoles se refleja también en la adopción de prácticas cotidianas orientadas a reducir el impacto ambiental. El estudio analiza diferentes comportamientos relacionados con el consumo responsable, la gestión de residuos o la movilidad sostenible.

Entre todas las prácticas analizadas, el reciclaje de residuos continúa siendo la acción ambiental más extendida, con más del 68 % de la población que afirma realizar esta práctica de forma habitual.

Otras acciones relevantes incluyen:

- Utilización del Punto SIGRE para la recogida de medicamentos caducados (36,6%)
- Reducción del consumo de energía y agua, practicada por aproximadamente un tercio de la población (33,3%)
- Uso del transporte público o la bicicleta como alternativa al vehículo privado (33,3%)
- Reducción del uso de plásticos y materiales desechables (31,1%)
- Reducción de la huella de carbono (17,1%)

Sin embargo, el informe señala que algunas de estas prácticas han experimentado un ligero retroceso en el último año. En particular, se ha registrado una disminución de nueve puntos en las acciones relacionadas con la reducción del consumo de energía y agua, así como una leve reducción en el reciclaje de medicamentos o en la disminución del uso de plásticos.

En cambio, se observa una ligera mejora en el uso de medios de transporte sostenibles, como el transporte público o la bicicleta.

El análisis por edad muestra que la implicación en prácticas sostenibles aumenta de manera clara con la edad. Las personas mayores de 56 años presentan los niveles más altos de participación en acciones relacionadas con el reciclaje, el ahorro energético o la gestión responsable de residuos.

Por el contrario, la participación de los jóvenes es más irregular y suele centrarse en prácticas relacionadas con la movilidad sostenible, como el uso del transporte público o la bicicleta.

En términos generales, el número medio de acciones ambientales realizadas por las personas aumenta progresivamente con la edad, lo que refleja una mayor consolidación de hábitos sostenibles en las generaciones adultas.

Este informe se detiene también en conocer si los españoles están dispuestos a pagar más por un producto sostenible y respetuoso con el medio ambiente, estando uno de cada cuatro en contra de abonar nada adicional y un 41% dispuesto a asumir un sobrecoste de hasta un 5%. Por género, las mujeres muestran una mayor disposición a pagar un suplemento que los hombres (57,9%).



Educación sanitaria y promoción del autocuidado

Otro de los pilares fundamentales del autocuidado es la educación en salud. La capacidad de las personas para adoptar hábitos saludables depende en gran medida de su acceso a información fiable y de la formación recibida a lo largo de su vida.

La II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España muestra un amplio consenso social sobre la importancia de integrar la educación sanitaria en el sistema educativo. En concreto, el 72,7% de la población considera que la educación sanitaria debería ser fundamental y accesible en todos los colegios, lo que representa un aumento de tres puntos respecto al año anterior. Este elevado nivel de acuerdo refleja una creciente conciencia sobre el papel de la educación en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades. La mayoría de los ciudadanos consideran que la educación sanitaria no debería limitarse a acciones puntuales o informativas, sino formar parte estructural del currículo escolar.

Por el contrario, el porcentaje de personas que consideran que la responsabilidad de informarse sobre salud recae únicamente en cada individuo ha disminuido ligeramente en los últimos años, lo que sugiere una mayor demanda de políticas educativas orientadas al bienestar.

No obstante, existen diferencias generacionales en esta percepción. Entre los jóvenes, aproximadamente un 17 % considera que la educación sanitaria es importante, pero que la responsabilidad de buscar información debe recaer principalmente en cada individuo.

Este grupo representa el segmento más proclive a considerar la educación en salud como una responsabilidad individual más que institucional.



Accesibilidad al autocuidado de personas con discapacidad

El estudio analiza también la percepción de accesibilidad de distintos espacios vinculados al autocuidado para personas con discapacidad, mostrando los resultados que las farmacias y los puntos de venta de productos de autocuidado son los espacios mejor valorados en términos de accesibilidad, con un 75% que los considera bastante o muy accesibles.

En segundo lugar, se sitúan los centros de salud y consultas médicas, aunque con una valoración algo más moderada. Aproximadamente el 69,6% de la población considera que estos centros son accesibles, mientras que un 23,6% percibe dificultades de acceso.

Las plataformas de salud digital y las Apps presentan valoraciones más heterogéneas, lo que refleja la existencia de brechas digitales relacionadas con la edad, la formación o el acceso a la tecnología.

En términos generacionales, las personas mayores son quienes perciben mayor accesibilidad en las farmacias y en las consultas médicas, mientras que los jóvenes valoran especialmente



la accesibilidad de las campañas de información, las aplicaciones móviles y las plataformas digitales de salud.

La relación entre autocuidado, medio ambiente, educación y discapacidad refleja una dimensión cada vez más amplia de la salud pública. La evidencia proporcionada por la II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España muestra que la población española mantiene una conciencia elevada sobre la importancia del entorno y de la educación sanitaria para el bienestar individual y colectivo.

Más de la mitad de la población percibe ya los efectos del cambio climático en su vida cotidiana y una gran mayoría considera que la sostenibilidad debe formar parte de las prácticas diarias. Asimismo, existe un consenso creciente sobre la necesidad de integrar la educación sanitaria en el sistema educativo como herramienta fundamental para fomentar hábitos saludables. Desde una perspectiva de género, los datos sugieren que las mujeres muestran una mayor sensibilidad hacia los impactos ambientales y una mayor percepción de los cambios asociados al clima.

En definitiva, promover entornos saludables, mejorar la educación en salud y fomentar la conciencia ambiental son elementos clave para avanzar hacia una sociedad más saludable, sostenible y equitativa.

Promover entornos saludables, mejorar la educación en salud y fomentar la conciencia ambiental son elementos clave para avanzar hacia una sociedad más saludable, sostenible y equitativa.

11. Autocuidado, entorno social y sostenibilidad del sistema sanitario

El autocuidado no solo tiene implicaciones individuales, sino también colectivas. La adopción de comportamientos responsables en relación con la salud puede contribuir a mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios, reducir la presión asistencial y optimizar el uso de los recursos disponibles.

En este sentido, el autocuidado puede considerarse una estrategia complementaria dentro de las políticas de salud pública orientadas a promover la prevención y la participación activa de los ciudadanos en el cuidado de su salud.

El autocuidado como estrategia de salud pública

Los sistemas sanitarios actuales afrontan desafíos cada vez más complejos, entre ellos el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la creciente demanda de servicios sanitarios.

En este contexto, el autocuidado adquiere cada vez una mayor relevancia como herramienta para:

- Prevenir enfermedades
- Promover estilos de vida saludables
- Gestionar de forma responsable problemas leves de salud
- Mejorar la adherencia a tratamientos médicos

Fomentar el autocuidado puede contribuir a reducir la utilización innecesaria de servicios sanitarios y a mejorar la eficiencia del sistema de salud.

Sin embargo, para que el autocuidado sea efectivo, es necesario que las personas dispongan de información adecuada, recursos accesibles y apoyo profesional cuando sea necesario.



La IA en el autocuidado y en el sistema sanitario

La II Radiografía del Autocuidado de la Salud pone también el foco en el impacto futuro de la inteligencia artificial con respecto al autocuidado de la salud y los sistemas sanitarios.

Más de un 70% de los ciudadanos españoles se muestran de acuerdo con que la IA mejorará el diagnóstico precoz de enfermedades gracias al análisis de datos médicos, y más de un 65% afirman que la inteligencia artificial podría reducir la carga del sistema sanitario público si se usa de forma responsable. En términos también positivos se manifiestan en relación con que la IA permitirá personalizar tratamientos y planes de salud de forma más precisa (65%) y más de un 60% expresa que el uso de asistentes virtuales o apps con IA fomentará el autocuidado y los hábitos saludables.

Por el contrario, más de un 80% muestra preocupación con el hecho de que los algoritmos de IA puedan tomar decisiones médicas sin supervisión humana, y un 65% afirma no sentirse cómodo compartiendo sus datos de salud con sistemas de inteligencia artificial, aunque mejoren su cuidado.



12. Conclusiones

El autocuidado de la salud constituye un elemento clave para la promoción del bienestar individual y colectivo. Los resultados de la II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España muestran que la población reconoce ampliamente la importancia del autocuidado para mantener una buena salud y pone en marcha distintas acciones orientadas a mantener su bienestar.

La población reconoce ampliamente la importancia del autocuidado para mantener una buena salud.

Sin embargo, el estudio también pone de manifiesto la existencia de barreras que dificultan la adopción de comportamientos de autocuidado, entre ellas la falta de conocimiento, la falta de tiempo y las limitaciones económicas.

Desde la perspectiva de género, estas barreras pueden afectar de manera particular a las mujeres, debido a la distribución desigual de las responsabilidades de cuidado, las desigualdades económicas y las exigencias derivadas de la conciliación entre vida laboral y familiar.

Asimismo, el análisis de ámbitos específicos como la salud sexual o la salud mental revela la importancia de promover estrategias de autocuidado que tengan en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y las desigualdades sociales que influyen en su salud.

En este sentido, fortalecer el autocuidado femenino requiere una combinación de medidas que incluyan:

- Mejorar la formación y educación sanitaria
- Promover políticas de conciliación que reduzcan la sobrecarga de cuidados
- Garantizar el acceso equitativo a servicios y recursos sanitarios
- Integrar la perspectiva de género en las políticas de salud pública

Promover el autocuidado no significa trasladar la responsabilidad de la salud exclusivamente a los individuos, sino fomentar una participación activa de los ciudadanos en el cuidado de su bienestar dentro de un sistema sanitario que garantice el acceso equitativo a recursos y servicios de calidad.

En definitiva, el autocuidado debe convertirse en una herramienta imprescindible para mejorar la salud de los ciudadanos y avanzar hacia sociedades más saludables y equitativas.

Mujer y autocuidado de la salud en España

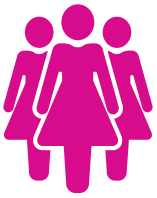
Evidencias a partir de la II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España



El **81,3 % de las mujeres** considera que el autocuidado es muy **importante para mantener una buena salud.**



Entre las **mujeres, la falta de tiempo (40,9%)** es la **principal barrera** para practicar autocuidado.



El **38,7% de las mujeres** señala la falta de **recursos económicos como obstáculo** para cuidar su salud.



El **12,8% de las mujeres** afirma estar actualmente en tratamiento por **problemas de salud mental.**



Solo el **59,8% de las mujeres** que se realizan chequeos médicos sin síntomas acude regularmente al **ginecólogo.**



El **60,4% de las mujeres** considera que su **descanso nocturno** es adecuado, frente al **70% de los hombres.**

Bibliografía

I Radiografía del Autocuidado de la Salud en España. Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp). Diciembre 2024

II Radiografía del Autocuidado de la Salud en España. Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp). Diciembre 2025



CAPÍTULO 28

Medicamentos innovadores para la salud de la mujer en Europa (2021-2025)



Isabel Pineros Andrés
Directora del departamento de prestación farmacéutica y acceso de Farmaindustria.

Innovaciones farmacológicas autorizadas en Europa

En los últimos años, Europa ha sido testigo de avances terapéuticos notables en el tratamiento de diversas enfermedades. La colaboración entre organismos reguladores, autoridades sanitarias nacionales y la industria farmacéutica ha resultado fundamental para acelerar la disponibilidad de terapias innovadoras, tanto para necesidades médicas no cubiertas como para mejorar la eficacia y la seguridad en patologías que ya contaban con alternativas.

Este capítulo se centra en los medicamentos que han recibido la autorización de comercialización por parte de la Comisión Europea entre 2021 y septiembre de 2025. En primer lugar, se realiza una clasificación de estos tratamientos, destacando aquellos que la agencia reguladora europea considera avances terapéuticos significativos. Posteriormente, se seleccionan los medicamentos en función de su impacto en patologías prevalentes o graves en la población femenina, reflejando así la continua innovación y adaptación de la terapia farmacológica a las necesidades específicas de este grupo.

En el siguiente apartado se resumen las características esenciales del procedimiento de evaluación y autorización de medicamentos en Europa.

Autorización de medicamentos en Europa

La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) es responsable de evaluar la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos. Tras este proceso, y mediante un procedimiento centralizado, la Comisión Europea adopta la decisión final sobre la autorización de uso en el ámbito comunitario. Este procedimiento garantiza que los tratamientos disponibles cumplen con los estándares europeos más exigentes, asegurando así la protección y el bienestar de los pacientes [1–3].

A continuación, se resumen los aspectos más relevantes de este proceso de autorización.





Aspecto	Descripción
1. Procedimiento de autorización europeo	El procedimiento centralizado gestionado por la EMA es obligatorio para: • Medicamentos obtenidos por biotecnología. • Medicamentos de terapia avanzada. • Medicamentos huérfanos. • Medicamentos con nueva sustancia activa para VIH/SIDA, cáncer, trastornos neurodegenerativos, diabetes, enfermedades autoinmunes, enfermedades víricas graves y agentes anticancerosos. • Opcional para otros medicamentos innovadores. Una vez autorizado, el medicamento puede comercializarse en todos los países de la UE y del EEE.
2. Documentación técnica y expediente	El laboratorio titular debe presentar un expediente técnico en formato CTD (Common Technical Document), que incluye: • Módulo 1: información administrativa y regional. • Módulo 2: resúmenes técnicos de calidad, estudios no clínicos y clínicos. • Módulo 3: calidad. • Módulo 4: estudios no clínicos. • Módulo 5: estudios clínicos.
3. Evaluación científica	La EMA evalúa la calidad, seguridad y eficacia del medicamento en un proceso de hasta 210 días hábiles, con posibles paradas para solicitar información adicional. Dos países actúan como ponente y coponente. El dictamen lo emite el Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP).
4. Balance beneficio/ riesgoz	El medicamento debe demostrar un balance beneficio/riesgo favorable. Se pueden requerir planes de gestión de riesgos, farmacovigilancia y seguimiento postcomercialización.
5. Traducción y etiquetado	Toda la documentación relevante (ficha técnica, prospecto, etiquetado) debe estar traducida a todos los idiomas oficiales de la UE.
6. Decisión final	Tras la evaluación positiva, la Comisión Europea emite la autorización de comercialización válida en todos los países de la UE.
Normativa aplicable	• Directiva 2001/83/CE • Reglamento (CE) 726/2004 • Reglamento (UE) 2024/0221

Aspectos clave del proceso de autorización

Las bases legales y normativas que sustentan este proceso son la Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 6 de noviembre de 2001 por la que se establece un código comunitario relativo a los medicamentos para uso humano., el Reglamento (CE) n.º 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, por el que se establecen procedimientos comunitarios para la autorización y la vigilancia de los medicamentos de uso humano y por el que se crea la Agencia Europea de Medicamentos y el Reglamento (UE) 2024/0221 [1–3].

Medicamentos innovadores autorizados (2021-2025)

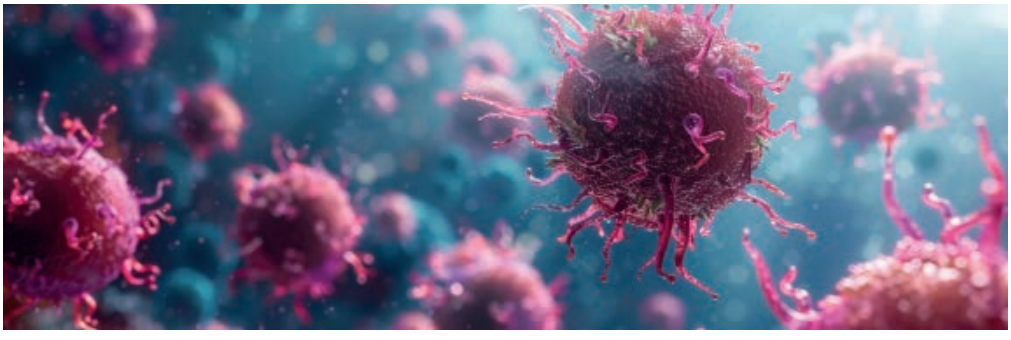
Entre 2021 hasta septiembre del 2025 se han autorizado 193 medicamentos que contienen un principio activo nuevo. El elevado número da idea del momento disruptivo en el que se encuentra la innovación farmacéutica en la actualidad.

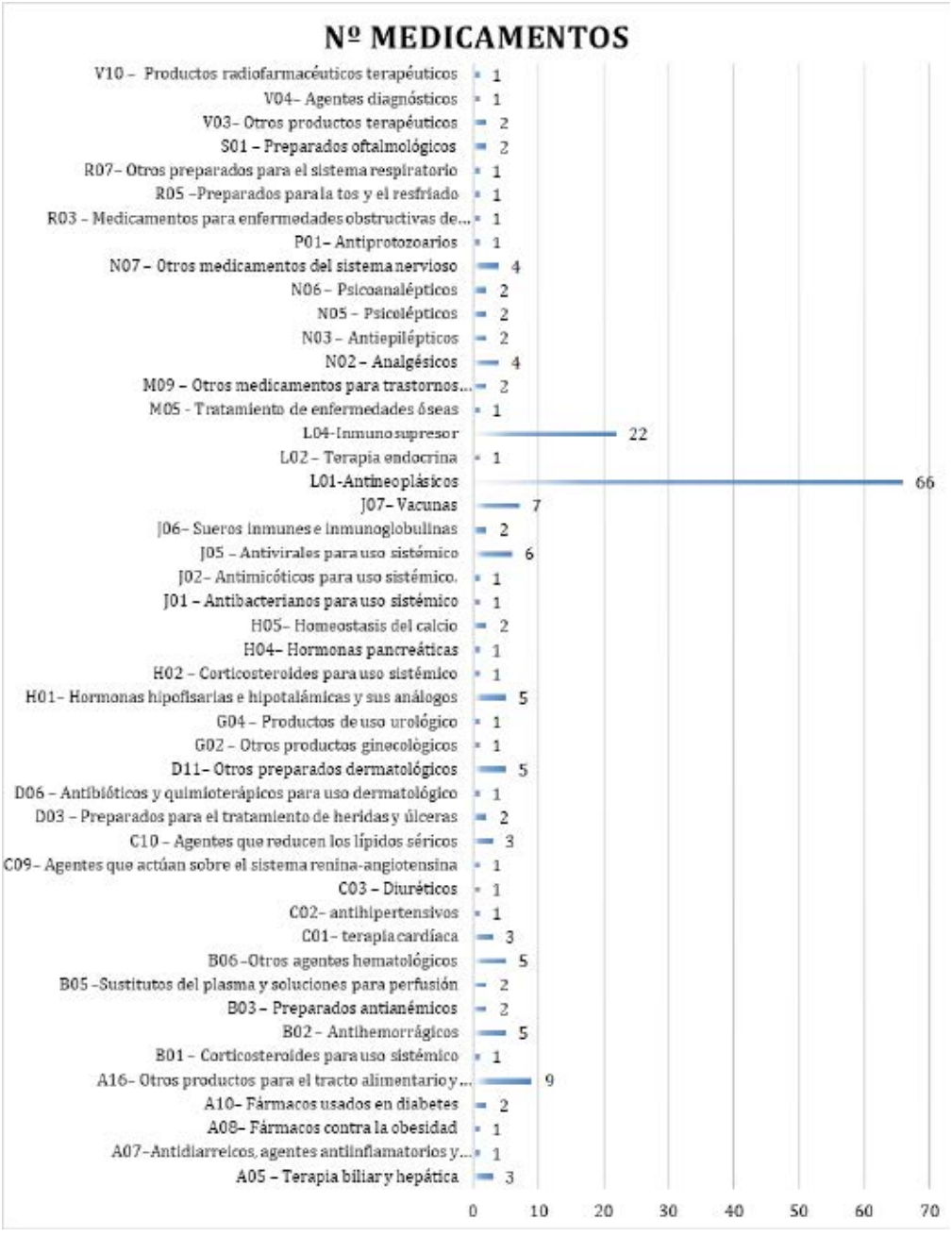
En la siguiente figura se muestra el número de medicamentos en función del grupo terapéutico principal (ATC1) [4].



La oncología y la inmunología lideran la innovación, ya que casi la mitad (46%) de los medicamentos innovadores autorizados pertenecen a este grupo, lo que refleja el fuerte impulso en el desarrollo de tratamientos para cáncer y enfermedades inmunológicas. Aunque la mayoría de los avances se concentran en oncología, la innovación se ha diversificado, ya que hay innovación en otras áreas como infecciones, metabolismo, sangre, sistema nervioso y cardiovascular. Los antiinfecciosos para uso sistémico (9%) representan el segundo grupo más numeroso, indicando avances importantes en el tratamiento de infecciones graves.

La oncología y la inmunología lideran la innovación, ya que casi la mitad (46%) de los medicamentos innovadores autorizados pertenecen a este grupo.





Cuando se analiza el nivel 2 del grupo ATC2 que corresponde al subgrupo terapéutico, el grupo de medicamentos antineoplásicos (tratamientos contra el cáncer) es, con diferencia, el más numeroso, con 66 autorizaciones. Esto refleja que la mayor parte de la innovación farmacéutica reciente se concentra en oncología, respondiendo a la alta demanda y necesidad de nuevas terapias para distintos tipos de cáncer. El segundo grupo más relevante es el de

inmunosupresores, con 22 medicamentos. Estos fármacos son clave en el tratamiento de enfermedades autoinmunes y trasplantes, mostrando también un área de gran avance. Las vacunas suman 7 autorizaciones, mientras que los antivirales y antibióticos para uso sistémico tienen 6 y 6, respectivamente. Esto indica avances en la prevención y tratamiento de infecciones, incluyendo enfermedades emergentes y resistentes. Aunque la terapia endocrina solo suma un medicamento, los preparados hormonales y otros relacionados con el sistema endocrino y metabolismo muestran presencia, aunque menor, en la innovación reciente. El resto de los grupos terapéuticos presentan avances más modestos, pero contribuyen a la diversificación y mejora de la atención sanitaria en patologías menos prevalentes o más específicas.

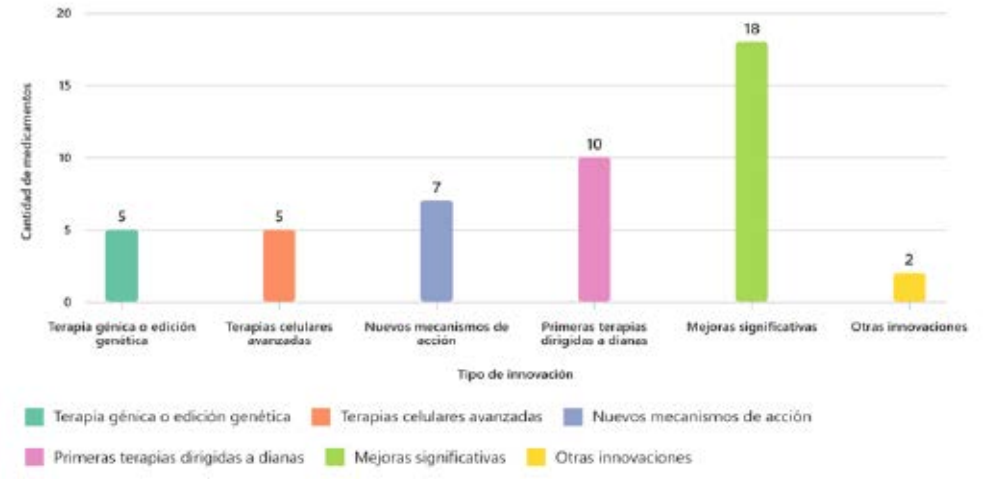
Entre estos 193 medicamentos, 78 (40%) son reconocidos como medicamentos huérfanos. Estos fármacos, según el Reglamento (CE) nº 141/2000, están indicados para el tratamiento de enfermedades huérfanas y cumplen los siguientes criterios [5]:

- Indicación terapéutica: enfermedad grave, crónica o potencialmente mortal.
- Prevalencia de la enfermedad: afecta a menos de 5 personas por cada 10.000 habitantes en la UE.
- Falta de alternativas: no existe un método satisfactorio de diagnóstico, prevención o tratamiento, o bien el nuevo medicamento aporta un beneficio significativo frente a los existentes.
- Viabilidad económica: sin incentivos regulatorios, su comercialización no generaría ingresos suficientes para justificar la inversión.



Medicamentos que suponen un avance terapéutico significativo

Entre los 193 medicamentos innovadores, destacan algunos que suponen un avance terapéutico significativo, cubren necesidades médicas no satisfechas y aportan beneficios clínicos relevantes, y que, sobre todo, suponen una nueva oportunidad de tratar determinadas enfermedades. Así lo recoge el informe anual publicado por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) *Human Medicines Highlights 2021-2022-2023 y 2024* [6–9].



El resultado son 46 medicamentos, clasificados en diferentes categorías de innovación habituales en el ámbito farmacéutico. Además, 31 de ellos (67%) son medicamentos huérfanos indicados en el tratamiento de enfermedades raras. Algunos de estos medicamentos serán mencionados posteriormente, ya que están indicados en patologías más prevalentes o de mayor gravedad en la mujer.

En la siguiente gráfica se resumen las categorías de innovación y el número de medicamentos.

Terapia génica o edición genética

Principio activo	Indicación principal
Eladocagene exuparvovec (10)	Primera terapia génica para déficit de AADC (Aromatic L-amino acid decarboxylase deficiency)
Beremagene geperpavec (11)	Primera terapia génica para reparar el gen COL7A1 en Epidermólisis Bullosa Distrófica
Valoctocogene roxaparvovec (12)	Primera terapia génica para hemofilia A
Etranacogene dezaparvovec (13)	Primera terapia génica para hemofilia B
Exagamglogene autotemcel (14)	Primera terapia basada en edición génica para hemoglobinopatías graves

Todos estos medicamentos de terapia avanzada, desarrollados mediante biotecnología, representan potenciales primeras opciones curativas para enfermedades graves, en contraste con los tratamientos paliativos o de reemplazo crónico. Su mecanismo de acción se basa en la administración de material genético (terapia génica) o en la edición genética de células del propio paciente (edición génica), lo que permite corregir el defecto molecular subyacente de la enfermedad. Son las primeras terapias aprobadas para sus respectivas indicaciones —déficit de AADC, epidermólisis bullosa distrófica, hemofilias A y B, y hemoglobinopatías graves—, muchas de ellas consideradas enfermedades huérfanas.

Principio activo	Indicación principal
Obecabtagene autoleucel [15]	CAR-T para leucemia linfoblástica B
Medicamento celular autólogo modificado genéticamente dirigido a CD19 [16]	CAR-T Linfoma
Idecabtagene vicleucel [17]	CAR-T Mieloma múltiple
Ciltacabtagene autoleucel [18]	CAR-T Mieloma múltiple
Células CD34+ de cordón umbilical [19]	Trasplante hematopoyético

Terapias celulares avanzadas (CAR-T, células modificadas, trasplante celular)

Todos estos medicamentos son terapias celulares avanzadas, diseñadas para tratar enfermedades hematológicas graves (leucemia, linfoma, mieloma múltiple) o facilitar el trasplante hematopoyético. Tienen origen autólogo o alogénico. *Obecabtagene autoleucel el medicamento celular autólogo modificado genéticamente dirigido a CD19, Idecabtagene vicleucel y Ciltacabtagene autoleucel* son terapias CAR-T autólogas: se extraen células del propio paciente, se modifican genéticamente para atacar células tumorales (generalmente dirigidas a CD19 o BCMA) y se reinfunden. El medicamento que utiliza células CD34+ de cordón umbilical, empleadas en trasplante hematopoyético, que pueden ser de origen alogénico (de un donante). Representan una revolución en el tratamiento de cánceres hematológicos y trasplantes, ofreciendo alternativas potencialmente curativas o de larga duración.

Principio activo	Indicación principal
Vosoritide (20))	Primer análogo de péptido para acondroplasia
Olipudase alfa (21)	Primera enzima recombinante para el Déficit de Esfingomielinasa Ácida
Belzutifan (22)	Nuevo mecanismo frente a terapias del factor de crecimiento endotelial vascular
Mavacamten (23)	Primer modulador contráctil para miocardiopatía hipertrófica
Sotatercept (24)	Primer modulador de la vía TGF-β para Hipertensión arterial pulmonar
Nirsevimab (25)	Primer anticuerpo monoclonal para prevención de Virus respiratorio sincitial
Tebentafusp (26)	Tebentafusp (26)

Nuevos mecanismos de acción biológicos, anticuerpos, moduladores, etc.

Cada uno de estos medicamentos representa la primera terapia aprobada en Europa para su indicación específica, ya sea por mecanismo de acción, tipo de molécula o diana terapéutica. Esto significa que ofrecen una alternativa innovadora donde antes solo existían tratamientos convencionales o paliativos.

Están indicados para enfermedades graves, raras o con necesidades médicas no cubiertas, donde los tratamientos previos eran insuficientes o inexistentes.

Muchos de ellos son biológicos (anticuerpos monoclonales, péptidos, enzimas recombinantes) o moléculas altamente específicas, lo que permite una mayor personalización del tratamiento y mejor perfil de seguridad y suponen un avance terapéutico significativo. En muchos casos han cambiado el paradigma de tratamiento en su área.



Principio activo	Indicación principal
Tofersen [27]	Primera terapia dirigida a mutación SOD1 en esclerosis lateral amiotrófica genética
Lecanemab [28]	Primer tratamiento que modifica la progresión en Alzheimer temprano
Adagrasib [29]	Primer tratamiento dirigido a mutación KRAS G12C en oncología
Risdiplam [30]	Primera terapia dirigida para enfermedad neurológica rara
Satralizumab [31]	Primera terapia dirigida para enfermedad neurológica rara
Setmelanotide [32]	Primer agonista MC4R para obesidad genética
Iptacopan [33]	Primer inhibidor oral del complemento (factor B) para hemoglobinuria paroxística nocturna
Danicopan [34]	Controla hemólisis extravascular en hemoglobinuria paroxística nocturna
Pegzilarginase [35]	Primera terapia enzimática para hiperargininemia
Lonafarnib [36]	Primer inhibidor de farnesiltransferasa para progeria

Primeras terapias dirigidas a dianas moleculares específicas

Todos estos medicamentos son primeras opciones en su clase, la mayoría están indicados para enfermedades genéticas, neurológicas, oncológicas, metabólicas o autoinmunes, muchas de ellas consideradas raras y con alta morbilidad, donde los tratamientos previos eran insuficientes o inexistentes. Cada uno está diseñado para actuar sobre una diana molecular específica (mutaciones genéticas, proteínas, enzimas, receptores), lo que permite una mayor precisión y eficacia en el tratamiento.

Introducen nuevos mecanismos de acción en sus respectivas áreas terapéuticas, cambiando el paradigma de tratamiento:

- Terapias génicas o dirigidas a mutaciones *(Tofersen, Adagrasib, Risdiplam, Satralizumab, Pegzilarginase, Lonafarnib)*.
- Anticuerpos monoclonales o inhibidores selectivos *(Lecanemab, Satralizumab, Iptacopan, Danicopan)*.
- Agonistas o moduladores de receptores específicos *(Setmelanotide)*.

Todos han demostrado en ensayos clínicos mejoras relevantes en eficacia, seguridad o calidad de vida frente a las alternativas existentes.



Principio activo	Justificación del avance
Sacituzumab govitecan [37]	Mejora significativa en neoplasias mamarias
Zanidatamab [38]	Nueva opción para cáncer de vías biliares HER2+
Futibatinib [39]	Innovador en colangiocarcinoma
Odevixibat [40]	Innovador en colestasis
Tirzepatide [41]	Nuevo mecanismo para diabetes mellitus
Givinostat [42]	Primer tratamiento oral para DMD pediátrica
Avalglucosidasa alfa [43]	Mejora tratamiento de Pompe
Deutivacaftor/ tezacaftor/vanzacaftor [44]	Amplía espectro en fibrosis quística
Omaveloxolone [45]	Primer tratamiento aprobado para ataxia de Friedreich
Momelotinib [46]	Innovación frente a otros JAKi en esplenomegalia
Repotrectinib [47]	Alta eficacia en tumores sólidos NTRK/ROS1
Pirtobrutinib [48]	Avances en terapias celulares o dirigidas para linfoma/mieloma múltiple
Glofitamab [49]	Avances en terapias celulares o dirigidas para linfoma/mieloma múltiple
Elranatamab [50]	Avances en terapias celulares o dirigidas para linfoma/mieloma múltiple
Talquetamab [51]	Avances en terapias celulares o dirigidas para linfoma/mieloma múltiple
Tabelecleucel [52]	Mejora significativa en trastornos linfoproliferativos
Avacopan [53]	Mejora significativa en poliangeítis microscópica

Innovaciones relevantes/mejoras significativas frente a tratamientos previos

Estos medicamentos constituyen avances significativos en sus respectivas áreas terapéuticas, ya sea por la introducción de nuevos mecanismos de acción, la ampliación de indicaciones o la mejora en eficacia y seguridad respecto a los tratamientos existentes. Muchos de ellos son las primeras opciones aprobadas para enfermedades graves, raras o con necesidades médicas no cubiertas, y ofrecen alternativas innovadoras donde antes solo había tratamientos convencionales o menos eficaces. En muchos casos, han supuesto mejoras relevantes en eficacia, seguridad o calidad de vida, cambiando el paradigma terapéutico en sus respectivas áreas.

Están indicados principalmente para patologías de alta morbilidad, como neoplasias mamarias, cáncer de vías biliares HER2+, colangiocarcinoma, colestasis, diabetes mellitus, distrofia muscular de Duchenne, enfermedad de Pompe, fibrosis quística, ataxia de Friedreich, esplenomegalia, tumores sólidos NTRK/ROS1, linfoma, mieloma múltiple, trastornos linfoproliferativos y vasculitis.

Otras innovaciones relevantes

Principio activo	Justificación del avance
Eplontersen [54]	Primera terapia dirigida para amiloidosis hereditaria por transtiretina con polineuropatía
Donanemab [55]	Innovación relevante en Alzheimer, comparte mecanismo con lecanemab

Innovaciones autorizadas en enfermedades más prevalentes en la mujer

A lo largo de la vida, las mujeres se enfrentan a riesgos y enfermedades que, por su prevalencia, gravedad o impacto diferencial, requieren una atención específica. Pueden estar condicionados por factores biológicos, hormonales, sociales y ambientales. Entre las principales causas de morbilidad y mortalidad destacan las enfermedades cardiovasculares, que superan incluso al cáncer como principal causa de muerte; los distintos tipos de cáncer ginecológico y de mama, con especial atención a variantes agresivas y de difícil tratamiento, y las enfermedades autoinmunes, que afectan de manera desproporcionada a la población femenina.

Asimismo, patologías como la osteoporosis, los trastornos de salud mental, la migraña, las infecciones urinarias y las enfermedades metabólicas (diabetes y obesidad) presentan una incidencia y repercusión especialmente significativa en mujeres, en muchos casos asociadas a etapas vitales como la menopausia. No deben olvidarse las enfermedades respiratorias crónicas, las complicaciones infecciosas y obstétricas durante el embarazo, ni el cáncer de cuello uterino, cuya prevención mediante cribado y vacunación ha supuesto un avance fundamental en salud pública.

La siguiente tabla sintetiza las enfermedades más relevantes para la salud de la mujer, destacando su impacto, factores de riesgo y particularidades clínicas, como base para comprender la necesidad de estrategias de prevención, diagnóstico precoz e innovación terapéutica adaptada a este grupo poblacional.





Enfermedad	Descripción
Enfermedades cardiovasculares	Son la principal causa de muerte en mujeres a nivel mundial, superando incluso al cáncer. Factores como la menopausia, la hipertensión y la diabetes aumentan el riesgo en la mujer [56, 58, 60].
Cáncer de mama y ginecológico	El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres; también destacan el cáncer de cuello uterino, ovario y endometrio [56, 57, 63]. Entre los cánceres más agresivos se encuentran: · Cáncer de ovario que suele diagnosticarse en fases avanzadas y presenta alta mortalidad. · Cáncer de endometrio y cáncer de cuello uterino avanzado también son especialmente graves si no se detectan precozmente [64, 65, 66, 67]. · Cáncer de mama triple negativo: variante de peor pronóstico y menos opciones terapéuticas [66].
Enfermedades autoinmunes	Las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple y tiroiditis autoinmune [56].
Osteoporosis	Especialmente tras la menopausia, aumenta el riesgo de fracturas [56, 59].
Trastornos de salud mental	La depresión y la ansiedad son significativamente más comunes en mujeres [56, 61]). Trastornos mentales severos: la depresión mayor con riesgo suicida, los trastornos psicóticos y los trastornos alimentarios graves (anorexia nerviosa, bulimia) pueden tener consecuencias fatales y una elevada carga de discapacidad.
Migraña	Predomina en la población femenina, especialmente en edad fértil [56].
Infecciones urinarias	Hasta 30 veces más frecuentes en mujeres por factores anatómicos [59].
Diabetes y obesidad	Impacto considerable, especialmente tras la menopausia [56, 59].
Enfermedades respiratorias crónicas	Como EPOC y asma, especialmente en fumadoras [56, 59].
Enfermedades infecciosas y complicaciones del embarazo	Sepsis obstétrica: es una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial (67). Complicaciones graves del embarazo: preeclampsia, hemorragia posparto y embolia de líquido amniótico son emergencias obstétricas con alta mortalidad si no se tratan a tiempo [67].
Cáncer de cuello uterino	Relacionado con el VPH, prevenible mediante cribado y vacunación [58, 63].

Considerando estas enfermedades, se han seleccionado a continuación algunos de los medicamentos que han sido autorizados entre 2021 y septiembre del 2025. Aunque no todos los medicamentos han sido destacados en el informe anual *Human medicines Highlights 2021-2022-2023-2024* como nuevos medicamentos que suponen un avance esencial en la salud pública, no significa que estas nuevas autorizaciones no supongan una mejora en las enfermedades para las que están indicados.

Se resumen a continuación, los medicamentos indicados en las siguientes enfermedades que afectan de manera exclusiva a las mujeres como las patologías ginecológicas, hormonales y ciertos tipos de cáncer, pero también hay otras que no están relacionadas con las áreas anteriores y son más prevalentes o tienen una mayor gravedad en la mujer:

1. Enfermedades cardiovasculares
2. Alzheimer
3. Cáncer de mama
4. Cáncer ginecológico (ovario, endometrio, cuello uterino)
5. Enfermedades autoinmunes (lupus, miastenia gravis, alopecia areata, oftalmopatía tiroidea)
6. Migraña
7. Síntomas vasomotores asociados a la menopausia
8. Leiomas uterinos
9. Neuromielitis óptica
10. Infecciones por virus respiratorio sincitial (RSV)
11. Obesidad y obesidad genética
12. Insomnio

1. Enfermedades cardiovasculares

1.a Insuficiencia cardíaca

La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr) es una condición en la que el corazón no puede bombear suficiente sangre al cuerpo porque su capacidad de contracción está disminuida. Se define por una fracción de eyección (FE) menor o igual al 40%, lo que significa que el ventrículo izquierdo expulsa menos del 40% de la sangre que contiene en cada latido. Esta forma de insuficiencia cardíaca suele estar asociada a daño previo del músculo cardíaco, como el producido por un infarto de miocardio, y se caracteriza por síntomas como fatiga, disnea y edema. En España, la tasa de mortalidad anual para pacientes con IC-FEr se sitúa entre el 10% y el 20%, dependiendo del estadio de la enfermedad y la presencia de otras patologías. La insuficiencia cardíaca es una de las principales causas de hospitalización y muerte en adultos mayores en España [68].





Afecta al 1-2% de adultos, y hasta el 10% en mayores de 70 años. En España, la prevalencia es del 1,89% [69], ligeramente más frecuente en mujeres mayores, por factores hormonales (la disminución de estrógenos tras la menopausia aumenta el riesgo de insuficiencia cardíaca y de progresión de daño cardíaco) y comorbilidades (las mujeres con diabetes suelen tener mayor prevalencia de hipertensión, obesidad y dislipidemia, factores que aceleran el daño cardíaco y renal) [70].

En España, la prevalencia es ligeramente más frecuente en mujeres mayores, por factores hormonales y comorbilidades

El tratamiento actual son los IECA, betabloqueantes, antagonistas de mineralcorticoides, inhibidores de neprilisina y receptor de angiotensina, SGLT2 y diuréticos [71].

Nuevo medicamento: Vericiguat es el primer estimulador del guanilato ciclasa soluble, aprobado para insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida. Se utiliza junto con otros tratamientos convencionales (IECA, ARA-II, betabloqueantes, antagonistas de mineralocorticoides). Reduce la progresión de la enfermedad, el riesgo de hospitalización por insuficiencia cardiaca y eventos cardiovasculares en pacientes con alto riesgo y facilita el manejo clínico [71, 72].

1.b Hipertensión arterial pulmonar (HAP)

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad rara y grave caracterizada por el aumento de la presión en las arterias pulmonares, lo que dificulta el paso de la sangre desde el corazón hacia los pulmones. Esta presión elevada obliga al ventrículo derecho a trabajar más, pudiendo llevar a insuficiencia cardíaca derecha. Los síntomas más frecuentes son disnea progresiva, fatiga, dolor torácico y, en fases avanzadas, edemas periféricos [73].

La HAP puede ser idiopática (sin causa conocida), hereditaria, asociada a enfermedades del tejido conectivo, cardiopatías congénitas, infecciones o fármacos. La prevalencia se estima en 15-50 casos por millón de habitantes. Es más frecuente en mujeres (2:1), por factores hormonales y genéticos [74, 75]. Tiene una elevada mortalidad, especialmente en ausencia de tratamiento específico. En España, la mortalidad anual por HAP se estima entre el 10% y el 15% [76]. La supervivencia media tras el diagnóstico, en ausencia de tratamiento, es inferior a 3 años. Con los tratamientos actuales, la supervivencia a 5 años ronda el 60-70%, aunque depende del tipo de HAP, la edad, el estadio clínico y la respuesta al tratamiento [74,77].

El tratamiento actual son los prostanoides, antagonistas de endotelina, estimuladores de guanilato ciclasa soluble [75].

Nuevo medicamento: *Sotatercept* tiene un mecanismo de acción innovador, porque actúa bloqueando activinas y estimulando la reparación vascular, abordando las causas subyacentes de la HAP y no solo los síntomas. Esto supone un avance respecto a los tratamientos convencionales. Mostró una mejora significativa en la capacidad de ejercicio (test de la marcha de 6 minutos), reducción de la presión arterial pulmonar y mejoría en la clase funcional de la OMS, además de reducir eventos adversos. Representa una nueva vía terapéutica en España para pacientes con HAP grave y refractaria.

1.c Nefropatía asociada a diabetes

La nefropatía diabética es una complicación crónica de la diabetes *mellitus*, caracterizada por daño progresivo en los glomérulos renales, lo que conduce a proteinuria, disminución

de la función renal y, en última instancia, insuficiencia renal crónica. Es una de las principales causas de enfermedad renal terminal en adultos y afecta tanto a pacientes con diabetes tipo 1 como tipo 2.

Es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en pacientes diabéticos en España. La enfermedad renal crónica secundaria a diabetes representa aproximadamente el 30% de los casos de insuficiencia renal terminal en nuestro país. La mortalidad anual en pacientes con nefropatía diabética avanzada puede superar el 20%, especialmente en aquellos con comorbilidades cardiovasculares y en estadios avanzados de la enfermedad [78].

Las mujeres tienen mayor riesgo de progresión por factores hormonales y comorbilidades. Tras la menopausia, la disminución de estrógenos aumenta el riesgo de daño renal y progresión de la nefropatía diabética en mujeres. Los estrógenos tienen un efecto protector sobre la función renal y su descenso favorece la inflamación y fibrosis renal en pacientes diabéticas [79]. Las mujeres con diabetes suelen tener mayor prevalencia de hipertensión, obesidad y dislipidemia, factores que aceleran el daño renal [79].

El abordaje terapéutico de la nefropatía diabética en España sigue las guías internacionales y nacionales, e incluye IECA, ARA II, control glucémico y presión arterial.

Nuevo medicamento: *Finerenona* presenta un mecanismo de acción innovador. Es un antagonista no esteroideo del receptor de mineralocorticoides. Bloquea la activación de procesos que causan inflamación y fibrosis en los riñones, lo que contribuye a reducir el daño renal y la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) asociada a diabetes tipo 2 [80,81,82]. Ha demostrado reducir la albuminuria (presencia de albúmina en orina), un marcador de daño renal, y ralentizar la progresión de la ERC en pacientes con diabetes tipo 2. Reduce el riesgo de eventos cardiovasculares adversos (como insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio y muerte cardiovascular) en pacientes con ERC y diabetes tipo 2, aportando un beneficio adicional sobre el tratamiento estándar [81]. Se utiliza con el tratamiento estándar.

2. Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo progresivo que constituye la forma más común de demencia. Se caracteriza por el deterioro de la memoria, el pensamiento, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades cotidianas [83].

Más del 65% de los nuevos diagnósticos corresponden a mujeres, y el 13,2% de las mujeres mayores de 80 años la padecen frente al 10,6% de los hombres.

En España, se estima que más de 800.000 personas padecen la enfermedad de Alzheimer, lo que representa entre el 60% y el 70% de todos los casos de demencia [83, 84]. Cada año se diagnostican aproximadamente 40.000 nuevos casos [84]. La enfermedad afecta principalmente a personas mayores de 65 años (90% de los casos) y es especialmente prevalente en mayores de 80 años [83, 85]. El Alzheimer es más frecuente en mujeres: más del 65% de los nuevos diagnósticos corresponden a mujeres, y el 13,2% de las mujeres mayores de 80 años la padecen frente al 10,6% de los hombres [83]. Dos de cada tres pacientes son mujeres, lo que se atribuye tanto a la mayor esperanza de vida como a factores biológicos y hormonales [83, 85]. Se prevé que la prevalencia se duplique en las próximas décadas debido al envejecimiento poblacional, pudiendo alcanzar 1,7 millones de personas en 2050 [84].

El tratamiento del Alzheimer en España se basa en un enfoque integral que combina terapias farmacológicas y no farmacológicas [83, 84].

- Farmacológicas. Hasta hace poco, el tratamiento se centraba en fármacos sintomáticos como los inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina, galantamina) y memantina, que mejoran síntomas, pero no modifican la progresión de la enfermedad [83,85]. Actualmente, se han incorporado anticuerpos monoclonales anti-amiloide *(donanemab y lecanemab)* [86, 87, 88].

- Terapias no farmacológicas. Incluyen estimulación cognitiva, actividad física, terapia ocupacional, musicoterapia y apoyo psicosocial, fundamentales para mantener la calidad de vida y la autonomía en fases iniciales y moderadas [83, 84]. El abordaje óptimo requiere un enfoque multidisciplinar, con coordinación entre atención primaria, neurología, geriatría, servicios sociales y apoyo a cuidadores [83, 84].

Nuevos medicamentos *Donanemab y lecanemab* son anticuerpos monoclonales que actúan eliminando las placas de beta-amiloide en el cerebro, una característica patológica clave del Alzheimer [86,87,88]. Buscan ralentizar el deterioro cognitivo en fases iniciales, marcando un cambio de paradigma.

Estos medicamentos son los primeros que modifican el curso de la enfermedad, no solo los síntomas, y abren la puerta a una nueva era de terapias dirigidas a las causas subyacentes del Alzheimer [86, 87, 88]. Suponen un reto para el sistema sanitario por la necesidad de diagnóstico precoz, uso de biomarcadores y monitorización de efectos adversos, pero ofrecen esperanza real de cambiar la evolución de la enfermedad [86, 87, 88].



3. Cáncer de mama

El cáncer de mama es el tumor más diagnosticado en mujeres a nivel mundial y sigue siendo una de las principales causas de muerte por cáncer. La OMS estima que para 2050 habrá 3,2 millones de nuevos casos y más de un millón de muertes anuales si no se intensifican las estrategias de prevención e investigación [89].

36.395 nuevos casos de cáncer de mama en España lo convierten en el tumor más diagnosticado en mujeres. Para 2025, la SEOM prevé que la cifra aumente a 37.682 nuevos diagnósticos, lo que supone un incremento del 35,8% en la última década. La incidencia sigue una tendencia ascendente, atribuida tanto al envejecimiento de la población como a factores de riesgo relacionados con el estilo de vida [90].

Sigue siendo la principal causa de mortalidad por cáncer en mujeres en España, con 6.754 muertes registradas en 2023 [90]. A pesar del aumento de casos, gracias a la investigación, la supervivencia a 5 años en estadios operables supera el 86% en España, una de las más altas entre los tumores frecuentes, y se ha duplicado en los últimos 40 años, que nada tiene que ver con las cifras mucho menores hace décadas. Esto se debe a avances en diagnóstico precoz, terapias dirigidas e inmunoterapia [91].

La investigación ha transformado el abordaje del cáncer de mama hacia la oncología de precisión, con tratamientos menos agresivos y más personalizados, adaptando terapias según biomarcadores (HER2, PIK3CA, ESR1, etc.), lo que aumenta la eficacia y reduce toxicidad [93]. Innovaciones como anticuerpos conjugados a fármacos (ADC), diseñados para entregar un agente citotóxico directamente a las células tumorales al unirse a antígenos específicos en su superficie *(trastuzumab deruxtecan, sacituzumab govitecan)* e inhibidores de vías moleculares han abierto opciones para subtipos antes sin alternativas, como el cáncer triple negativo [94].

Nuevos medicamentos. Principales avances producidos por los 6 nuevos medicamentos:

- Terapias dirigidas y biomarcadores: HER2, HER2-low, PIK3CA, ESR1, AKT1.
- Anticuerpos conjugados (ADC): mejoran eficacia y reducen toxicidad sistémica.
- Medicina personalizada: selección por mutaciones y perfiles moleculares.
- Innovación en subtipos difíciles: cáncer de mama triple negativo y tumores hormonales resistentes.

Principio activo	Indicación principal	Mecanismo/Innovación	Ref.
trastuzumab deruxtecan	Cáncer de mama HER2+ y HER2-low metastásico	Anticuerpo conjugado que une trastuzumab (anti-HER2) con deruxtecan (inhibidor de topoisomerasa I). Permite la liberación dirigida en células HER2+, también HER2-low. Mejora la supervivencia global y libre de progresión. Introduce categoría HER2-low, antes sin opciones dirigidas. Cambio de paradigma en tratamiento personalizado.	[95]
tucatinib	Cáncer de mama HER2+ localmente avanzado o metastásico (incluye metástasis cerebrales)	Inhibidor selectivo de tirosina quinasa HER2. Combinado con trastuzumab y capecitabina. Mejora la eficacia en pacientes con afectación SNC, tradicionalmente difícil de tratar. Permite tratar metástasis cerebrales tras ≥2 regímenes anti-HER2.	[89]
sacituzumab govitecan	Cáncer de mama triple negativo metastásico (mTNBC)	Anticuerpo-fármaco conjugado dirigido a Trop-2. Libera SN-38 en células tumorales, aumentando eficacia y reduciendo toxicidad sistémica. Introduce quimioterapia dirigida en subtipo difícil. Avance relevante según EMA.	[96]
datopotamab deruxtecan	Cáncer de mama HR+ / HER2– metastásico tras endocrino y quimioterapia	Anticuerpo-fármaco conjugado que une anticuerpo dirigido a TROP2 con deruxtecan. Estrategia de quimioterapia dirigida en tumores hormonales resistentes. Innovación en pacientes refractarios.	[97]



inavolisib	Cáncer de mama ER+, HER2– con mutación PIK3CA, en combinación con palbociclib y fulvestrant	Inhibidor selectivo de PI3Kα. Aborda resistencia a endocrinoterapia en tumores con alteraciones genéticas específicas. Medicina personalizada en combinación con palbociclib y fulvestrant.	[98]
capivasertib	Cáncer de mama ER+, HER2– con alteraciones PIK3CA/AKT1/PTEN	Inhibidor oral de AKT (proteína kinasa B). Amplía opciones en tumores con vía PI3K/AKT/PTEN alterada. Mejora resultados tras endocrinoterapia.	[99]
elacestrant	Cáncer de mama ER+, HER2– con mutación ESR1 tras endocrinoterapia	Primer SERD oral aprobado. Degrada receptor ESR1 mutado, clave en resistencia a endocrinoterapia.Facilita el tratamiento ambulatorio y mejora la calidad de vida.	[100]

4. Cáncer ginecológico (ovario, endometrio, cuello uterino)

4.1 Cáncer de endometrio

El cáncer de endometrio se origina en la capa interna del cuerpo del útero. Tiene una incidencia de unos 7.305 casos en 2024, una tasa cercana a 14 por 100.000 mujeres. Es el tumor ginecológico más frecuente en España con una prevalencia entre el 1,5 % y 2 % de las mujeres españolas (alrededor de 150 a 200 casos por 10.000). Su mortalidad es de alrededor de 1.625 muertes al año, con una tasa estandarizada en torno a 1,4 por 100.000 mujeres [101].

Los tratamientos más utilizados son: cirugía (histerectomía total más salpingo-ooforectomía, preferiblemente mínimamente invasiva), linfadenectomía o biopsia de ganglio centinela según riesgo, radioterapia adyuvante, quimio-radioterapia e inmunoterapia + quimioterapia [101].

4.2 Cáncer de cuello de útero (cérvix)

Se origina en el cuello uterino, la parte inferior y estrecha del útero que conecta con la vagina. Es menos frecuente que el de endometrio, pero con mayor mortalidad en mujeres jóvenes [102]. Está fuertemente relacionado con la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Tiene una incidencia anual de alrededor de 2.074 nuevos casos en 2024, equivalentes a 8 por 100.000 mujeres y una mortalidad anual de entre 600 y 700 muertes por año; 655 fallecimientos en 2022 (≈1.5 por 100.000), especialmente en mujeres con menor acceso a cribado [102].

Los tratamientos utilizados en estadio temprano: cirugía (conización o histerectomía radical con posible linfadenectomía) y radioterapia (externa + braquiterapia). En la enfermedad localmente avanzada: quimio-radioterapia concurrente con cisplatino, seguida de braquiterapia. En la enfermedad recurrente o metastásica: quimioterapia con platino + taxanos, a menudo combinada con bevacizumab e inmunoterapia [102].

En esta enfermedad se utilizan medidas de prevención primaria y secundaria:

- Vacunación frente al VPH antes del inicio de la vida sexual.
- Cribado poblacional: citología cervical y/o pruebas de VPH, según guías oficiales (SEGO,

AEPCC, AEPCC) [103, 104]. En España hay programas de cribado para cuello uterino, pero la cobertura no es homogénea entre comunidades autónomas.

Se estima que para 2025 se diagnosticarán aproximadamente 3.748 nuevos casos anuales de cáncer de ovario, situándolo como el octavo cáncer más frecuente en mujeres en España.

4.3 Cáncer de ovario

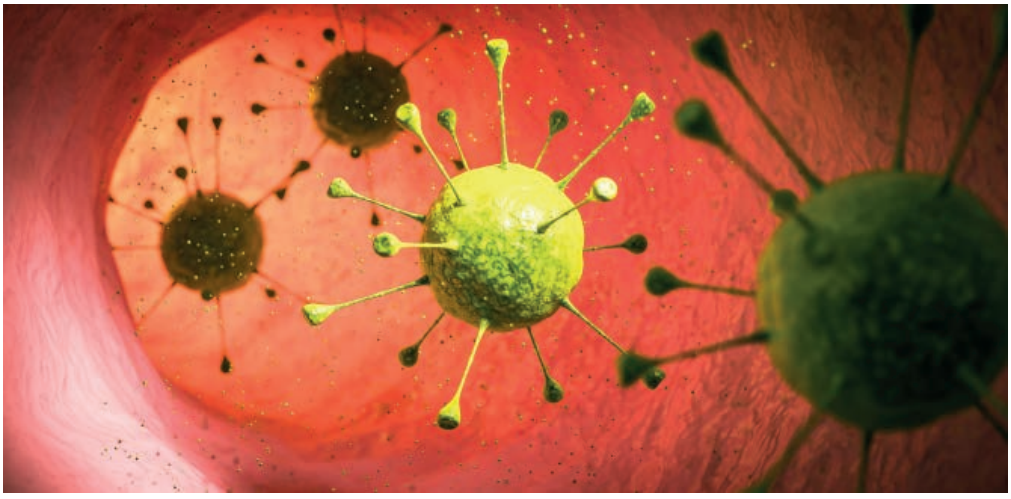
Se estima que para 2025 se diagnosticarán aproximadamente 3.748 nuevos casos anuales de cáncer de ovario, situándolo como el octavo cáncer más frecuente en mujeres en España [105]. Si bien no se dispone de una cifra exacta de mortalidad nacional reciente, la SEOM indica que es la primera causa de muerte por cáncer ginecológico en el mundo occidental, dada la detección tardía en la mayoría de los casos [105, 106].

Tratamientos utilizados: cirugía citorreductora, quimioterapia basada en platino y terapias dirigidas e innovadoras [105, 106].

- Inhibidores de PARP (iPARP): han transformado el abordaje en el cáncer de ovario avanzado, especialmente en pacientes con mutaciones en BRCA, mostrando beneficios en supervivencia y calidad de vida [105, 106].
- Bevacizumab: fármaco antiangiogénico utilizado como complemento, tanto en primera línea como en recaídas, para bloquear la vascularización tumoral [105, 106].
- Anticuerpos conjugados (ADC) frente al receptor del folato-α: en desarrollo clínico con más de 40 fármacos en fases avanzadas, mostrando potencial en tumores pretratados con platino [105, 106].

Nuevos medicamentos. Los nuevos medicamentos comparten como tendencias relevantes:

- Anticuerpos conjugados (ADC): combinan especificidad con potencia citotóxica, reduciendo efectos sistémicos [108, 109, 110].
- Inmunoterapia basada en biomarcadores: PD-1/PD-L1 y perfiles genéticos (dMMR, MSI-H) [109].
- Medicina personalizada: selección de pacientes por biomarcadores (FRα, dMMR, TF) [108, 109, 110].
- *Mirvetuximab soravtansine:* cáncer de ovario, trompas de Falopio y peritoneal. Es un anticuerpo conjugado (ADC) dirigido a FRα (folate receptor alpha), altamente expresado en cáncer de ovario. Mejora la eficacia en pacientes con enfermedad avanzada y reduce toxicidad frente a quimioterapia convencional. Representa un paso hacia la oncología de precisión en tumores ginecológicos [108].
- *Dostarlimab:* cáncer de endometrio. Es un anticuerpo anti-PD-1 aprobado para tumores con deficiencia de reparación de errores (dMMR) o MSI-H. Supone un cambio radical en el tratamiento de endometrio avanzado, ofreciendo inmunoterapia personalizada con resultados superiores a quimioterapia en pacientes seleccionadas [109].
- *Tisotumab vedotin:* cáncer de cuello uterino recurrente o metastásico. Es un anticuerpo conjugado a fármaco dirigido a factor tisular (TF), innovador en cáncer cervical avanzado. Mejora la supervivencia en pacientes que han progresado tras quimioterapia, donde antes había pocas opciones [110].



5. Enfermedades autoinmunes (lupus, esclerosis múltiple, miastenia gravis, alopecia areata, oftalmopatía tiroidea)

5.1 Lupus

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica en la que el sistema inmunitario ataca por error los propios tejidos y órganos del cuerpo [111].

El lupus es mucho más prevalente en mujeres que en hombres (aproximadamente 9:1), y esta diferencia se explica por varios factores biológicos y genéticos [111].

Factor	Descripción	Ref.
Influencia hormonal	Los estrógenos favorecen la hiperactividad del sistema inmunitario, característica del lupus. Esto explica por qué la enfermedad suele aparecer en años fértiles (20-40 años) y puede empeorar durante el embarazo o con anticonceptivos con estrógenos.	[112, 113]
Cromosoma X y genética	Las mujeres tienen dos cromosomas X, que contienen genes clave para la regulación inmunitaria. Alteraciones en la expresión de estos genes pueden potenciar la respuesta autoinmune.	[111]
Factores inmunológicos	Las mujeres producen más citoquinas proinflamatorias como interferón tipo I, implicadas en la fisiopatología del lupus.	[111]
Otros factores	Antecedentes familiares, raza y origen étnico también influyen en la predisposición. Aunque los hombres son menos afectados, cuando presentan lupus suele ser más grave, con mayor afectación renal y cardiovascular.	[111, 114]

Nuevos medicamentos, como *Lupkynis y Saphnelo*, representan un avance significativo porque:

- Introducen terapias dirigidas (IFNAR1, calcineurina optimizada) [115, 116].
- Mejoran resultados en órganos diana críticos (riñón) y en LES refractario [115, 116].
- Permiten personalización del tratamiento y reducen la dependencia de corticoides [115, 116].

- *Voclosporin:* inmunosupresor calcineurínico optimizado, indicado para lupus nefritis activa clase III, IV o V en combinación con micofenolato, que es una complicación grave con alta morbilidad. Mejora la eficacia frente a ciclosporina tradicional, con perfil farmacocinético más estable y menor necesidad de monitorización estricta [115]. Gracias a una interacción óptima con ciclophilina A, voclosporin inhibe la calcineurina de forma potente pero segura, manteniendo la eficacia inmunosupresora con menor carga y niveles tóxicos. No altera las concentraciones plasmáticas de micofenolato mofetilo, facilitando su combinación con terapias estándar sin ajuste de dosis [115].
- *Anifrolumab:* anticuerpo monoclonal contra el receptor tipo I de interferón (IFNAR1), clave en la fisiopatología del lupus eritematoso sistémico (LES). Es la primera terapia dirigida a la vía del interferón, para pacientes con LES moderado-grave refractarios a tratamiento estándar. Demostró capacidad para reducir la dosis de esteroides, manteniendo el control de la enfermedad y reduciendo los efectos secundarios atribuibles a estos fármacos [116].

5.2 Miastenia gravis

La miastenia *gravis* es una enfermedad autoinmune neuromuscular crónica y grave que provoca debilidad y fatiga muscular, especialmente en los músculos voluntarios (en los casos más avanzados se manifiesta dificultad para hablar, masticar, tragar o respirar). En esta enfermedad el sistema inmunitario produce anticuerpos que bloquean o destruyen los receptores de acetilcolina en la unión neuromuscular (el lugar donde los nervios se comunican con los músculos). Esto impide que las señales nerviosas lleguen correctamente a los músculos, causando debilidad [117].

En España, la prevalencia global es de alrededor de 33 casos por cada 100.000 habitantes (unas 15.000 personas). En la forma de inicio temprano (antes de los 40 años), el 70% de los casos son mujeres. En la forma tardía (después de los 50 años), predominan los hombres, pero las mujeres siguen representando un porcentaje relevante. El inicio temprano es más frecuente entre los 20 y 40 años, asociado a factores hormonales e inmunológicos. La miastenia grave en mujeres jóvenes es la forma más habitual en España, lo que implica impacto en edad laboral y reproductiva. Se estima que la incidencia anual en mujeres jóvenes es aproximadamente el doble que en hombres en el mismo rango de edad.

Se estima que la incidencia anual en mujeres jóvenes es aproximadamente el doble que en hombres en el mismo rango de edad.

La mayor prevalencia en mujeres se relaciona con predisposición autoinmune (más frecuente en sexo femenino), la influencia de estrógenos en la respuesta inmunitaria y la posible asociación con otras enfermedades autoinmunes (tiroiditis, lupus) [117].

El tratamiento clásico y convencional es con medicamentos inhibidores de la acetilcolinesterasa y corticosteroides para controlar de manera sintomática la debilidad muscular y la respuesta

autoinmune o para reducir la actividad inmunitaria en casos más graves o resistentes los inmunosupresores. En el caso de crisis miasténicas o en situaciones de descompensación aguda se utiliza la inmunoglobulina IG G intravenosa o la plasmaféresis [117].

Nuevos medicamentos. Los nuevos medicamentos son terapias biológicas y dirigidas de nueva generación que han ampliado significativamente las opciones para pacientes con enfermedad refractaria o subtipos específicos. Tienen nuevos mecanismos de acción (FcRn y complemento) frente a inmunosupresores clásicos; son tratamientos más específicos y menos tóxicos, con mejor perfil de seguridad y mayor comodidad de administración [118, 119, 120].

- *Efgartigimod.* Indicado como complemento de la terapia estándar en adultos con miastenia gravis generalizada (MGG) con anticuerpos positivos frente a receptores de acetilcolina (AChR) no controlados tras piridostigmina, corticoides y al menos dos inmunosupresores convencionales. Es el primer tratamiento que actúa selectivamente sobre IgG sin inmunosupresión generalizada. Mejora rápida en fuerza muscular y calidad de vida [119].
- *Rozanolixizumab.* Primer y único tratamiento aprobado en España y Europa para los dos subtipos más comunes de MGG (AChR+ y MuSK+). Es un anticuerpo monoclonal humanizado que bloquea el receptor Fc neonatal (FcRn), reduciendo los autoanticuerpos patógenos. Innovación en vía subcutánea, más cómoda para el paciente y eficacia demostrada en reducción de síntomas y mejora funcional [118].
- *Zilucoplan.* Inhibidor del complemento aprobado recientemente para adultos con miastenia gravis generalizada. Bloquea la activación del complemento, reduciendo el daño en la unión neuromuscular y es alternativa innovadora frente a terapias intravenosas (como eculizumab) [120].

5.3 Alopecia areata

La alopecia areata es una enfermedad autoinmune que provoca pérdida de cabello en áreas localizadas o generalizadas. Aunque no compromete la vida, en mujeres se considera una patología grave por su impacto físico, psicológico y social. Impacto en la imagen personal y la autoestima: el cabello está estrechamente ligado a la identidad femenina y su pérdida afecta la percepción personal y social.



Aspecto	Descripción
Consecuencias psicológicas	Hasta el 50% de las pacientes presentan síntomas depresivos. Alta prevalencia de ansiedad y aislamiento social.
Estigma social	Asociaciones culturales entre cabello y belleza generan discriminación y rechazo.
Comorbilidades	Puede coexistir con otras enfermedades autoinmunes (tiroiditis, lupus).
Curso crónico e impredecible	Recaídas frecuentes y dificultad para lograr recuperación completa.
Limitaciones terapéuticas históricas	Hasta hace poco, las opciones eran escasas y poco eficaces.

En España tiene una prevalencia estimada: 0,1% – 0,2% de la población general. La edad más frecuente: entre 20 y 40 años. 1 de cada 2 mujeres con alopecia areata presenta depresión o ansiedad [121].

Recientemente se han autorizado los inhibidores JAK (ej. ritlecitinib) que actúan sobre la vía inflamatoria implicada en la enfermedad. Mejoran la repoblación capilar en casos moderados y graves [122].

Nuevo medicamento: *Ritlecitinib tosilate*. Inhibidor selectivo de JAK3 y TEC kinasa, que actúa sobre la vía inflamatoria implicada en la destrucción del folículo piloso. Indicado en el tratamiento de alopecia areata grave en adultos y adolescentes (≥12 años). Es la primera terapia oral dirigida aprobada para alopecia areata grave. Mejora significativa en la repoblación capilar en pacientes con pérdida extensa. Supone un cambio frente a tratamientos tradicionales (corticoides, inmunosupresores), ofreciendo mayor eficacia y mejor perfil de seguridad [122].

5.4 Oftalmopatía tiroidea

La oftalmopatía tiroidea (también conocida como orbitopatía tiroidea o enfermedad ocular tiroidea) es una complicación autoinmune asociada principalmente a la enfermedad de Graves. En España, la prevalencia estimada de la oftalmopatía tiroidea es de aproximadamente 16 casos por cada 100.000 habitantes y la incidencia anual se sitúa en torno a 2,9 casos por cada 100.000 habitantes [123]. Es significativamente más frecuente en mujeres, con una proporción mujer-hombre de aproximadamente 5:1 [123, 124]. Sin embargo, cuando afecta a varones, suele presentarse en formas más graves y con mayor riesgo de complicaciones [124].

Es considerada una enfermedad potencialmente grave. Aunque la mayoría de los casos son leves o moderados, entre un 3% y un 5% pueden evolucionar a formas graves, con riesgo de pérdida de visión, exposición corneal, diplopía persistente y deterioro importante de la calidad de vida [123, 124]. Las formas graves requieren tratamiento especializado y seguimiento multidisciplinar.

Nuevo medicamento: *Teprotumumab*. Primer tratamiento biológico aprobado específicamente para la oftalmopatía tiroidea activa y de moderada a grave. Es un anticuerpo monoclonal que bloquea el receptor del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1R), implicado en la fisiopatología de la enfermedad, lo que permite actuar directamente sobre el proceso inflamatorio y la progresión de la enfermedad [123, 124, 125]. Ofrece una opción eficaz para pacientes que, de otro modo, podrían requerir cirugía orbitaria, y puede evitar o retrasar la necesidad de intervenciones invasivas [123, 124, 125].

6. Migraña

La OMS define la migraña como un trastorno de cefalea primaria caracterizado por episodios recurrentes, a menudo de intensidad moderada a severa, que duran entre 4 y 72 horas, suelen ser unilaterales y pulsátiles y se agravan con la actividad física. Estos ataques suelen acompañarse de náuseas, vómitos y fotofobia o fonofobia y pueden ir precedidos de un aura (síntomas visuales, sensitivos u otros) en algunos pacientes [126].

Este tipo de cefalea representa un importante problema de salud pública, ya que ocupa el tercer lugar en la carga global de enfermedades neurológicas medida por años de vida ajustados por discapacidad (DALY), solo detrás del ictus y la encefalopatía neonatal [126].



Migraña en España

Aspecto	Datos principales	Ref.
Prevalencia general	Afecta al 12% de la población española (>5 millones de personas)	[127]
Diferencias por sexo	Tres veces más frecuente en mujeres. El 18% de mujeres y el 9% de hombres padecen migraña. El 80% de los pacientes son mujeres (especialmente 20–40 años).	[127, 128]
Migraña crónica	1,5 millones de personas sufren migraña crónica (>15 días/mes). Predomina en edad laboral y productiva.	[127, 129]
Edad de inicio	Suele comenzar en la adolescencia o juventud	[127, 129]
Diagnóstico y tratamiento	40% de casos sin diagnosticar; solo un 17% usa medicación adecuada para el tratamiento sintomático. Retraso diagnóstico >6 años de media.	[127, 130]
Impacto funcional y laboral	Primera causa de discapacidad en <50 años; hasta el 70% de los casos pueden ser incapacitantes; pérdida de hasta 14,6 días de trabajo/año en migraña crónica.	[128, 129]
Asociación hormonal en mujeres	Hasta un 75% de los casos se relacionan con factores hormonales (ciclo, anticonceptivos, embarazo)	[127, 128]

Medicamentos innovadores. Estos cuatro medicamentos para migraña aportan ventajas terapéuticas importantes frente a las opciones tradicionales (triptanes, ergotamínicos, preventivos clásicos) como introducir mecanismos innovadores (CGRP antagonistas y ditanes) que reducen efectos adversos cardiovasculares y mejoran la calidad de vida. Facilitan estrategias personalizadas (agudo + preventivo) y mejoran la adherencia (dosis oral o trimestral).

- *Lasmiditan succinate:* es un agonista selectivo del receptor 5-HT1F (ditán). Actúa uniéndose a estos receptores en el sistema nervioso central, inhibiendo la transmisión del dolor migrañoso sin causar vasoconstricción, a diferencia de los triptanes. Esto lo hace especialmente útil en pacientes con contraindicación a triptanes por riesgo cardiovascular. Es el primer agonista selectivo del receptor 5-HT1F (ditán), sin vasoconstricción. Permite tratar crisis agudas en pacientes con riesgo cardiovascular, donde los triptanes están contraindicados [131].

- *Eptinezumab:* es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une al péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Al bloquear el CGRP, una molécula clave en la fisiopatología de la migraña, previene la aparición de crisis migrañosas. Se administra por vía intravenosa cada 3 meses. Es un anticuerpo monoclonal anti-CGRP administrado por vía intravenosa trimestral. Tiene alta eficacia preventiva en pacientes con migraña frecuente (≥4 días/mes) y mejora la adherencia por su dosificación infrecuente [132].

- *Rimegepant:* es un antagonista oral del receptor CGRP (gepante). Inhibe la unión del CGRP a su receptor, bloqueando así la cascada de eventos que desencadenan la migraña. Está indicado tanto para el tratamiento agudo como para la prevención de la migraña episódica. Primer medicamento oral con doble indicación: tratamiento agudo y prevención. Aporta flexibilidad terapéutica y mecanismo antagonista CGRP, útil para pacientes que necesitan control integral [133].

- *Atogepant:* es otro antagonista oral del receptor CGRP (gepante). Su acción consiste en bloquear de forma selectiva el receptor CGRP, previniendo la activación de vías neuronales implicadas en la migraña. Está indicado para la prevención de la migraña en adultos. Es alternativa a anticuerpos monoclonales. Ofrece prevención sin inyecciones, buena tolerabilidad y opción para quienes no responden a tratamientos clásicos [134].



7. Síntomas vasomotores asociados a la menopausia

Los síntomas vasomotores (sofocos y sudoraciones nocturnas) son los síntomas más frecuentes y característicos de la menopausia. En estudios realizados en población española, más del 80% de las mujeres menopáusicas reportan síntomas vasomotores (SVM) en algún momento, y hasta un 20% los describe como graves o incapacitantes. Sin embargo, solo entre el 20% y el 30% de las mujeres solicita atención médica por estos síntomas, lo que indica que muchas los consideran parte natural del proceso o los manejan sin ayuda profesional [135].

La duración de los síntomas vasomotores es muy variable. Un estudio longitudinal estimó una mediana de duración de 7,4 años para los síntomas frecuentes, y de 4,5 años tras la última menstruación (FUM). La duración puede ser mayor en mujeres que inician los síntomas en la premenopausia o perimenopausia temprana, y menor, en quienes los presentan ya en la postmenopausia [136].

La prevalencia y duración de los SVM varía según factores individuales y étnicos: es más alta en mujeres afroamericanas y más baja en mujeres de Asia oriental. Factores como menor edad al inicio de los síntomas, obesidad, tabaquismo, altos niveles de ansiedad, estrés y depresión se asocian a mayor duración e intensidad de los SVM [136].

En España, estudios recientes muestran que estos síntomas pueden alterar el sueño, provocar fatiga diurna, irritabilidad, ansiedad y dificultades de concentración, lo que repercute tanto en la vida personal como profesional [137].

El impacto en la productividad laboral es relevante: los síntomas vasomotores pueden causar absentismo, menor rendimiento y dificultades para mantener la concentración en el trabajo [137].

A pesar del impacto, solo una minoría de mujeres busca atención médica específica para los síntomas vasomotores, ya sea por desconocimiento de las opciones terapéuticas o por considerar estos síntomas como parte natural del proceso menopáusico [135, 137].

Solo una minoría de mujeres busca atención médica específica para los síntomas vasomotores, ya sea por desconocimiento de las opciones terapéuticas o por considerar estos síntomas como parte natural del proceso menopáusico.

En España, la terapia hormonal sustitutiva y los tratamientos no hormonales están disponibles bajo prescripción médica. Las guías nacionales (AEEM, SEGO, Semergen) recomiendan una valoración individualizada y un seguimiento periódico para ajustar el tratamiento según la evolución de los síntomas y las preferencias de la paciente [138].

Medicamento innovador: *Fezolinetant* es un antagonista selectivo del receptor de neuroquinina 3 (NK3). Es un medicamento oral, no hormonal, indicado para el tratamiento de los síntomas vasomotores de moderados a graves asociados a la menopausia [139].

Durante la menopausia, la disminución de estrógenos altera el equilibrio entre esta hormona y la neuroquinina B (NKB), una proteína cerebral que regula el centro de control de la temperatura. Fezolinetant bloquea la unión de la NKB a su receptor NK3 en las neuronas KNDy

del hipotálamo, restaurando el equilibrio termorregulador y reduciendo la frecuencia e intensidad de los sofocos y sudores nocturnos [139]. Es el primer tratamiento no hormonal aprobado en Europa y España específicamente para los síntomas vasomotores moderados-graves de la menopausia. Además del control de los síntomas, los estudios han demostrado mejoras en la calidad del sueño, la productividad laboral y el bienestar general de las mujeres tratadas [139].

8. Leiomas uterinos

Los leiomas uterinos, también conocidos como miomas o fibromas uterinos, son tumores benignos que se desarrollan a partir del músculo liso del útero (miometrio). Son los tumores benignos más frecuentes del aparato reproductor femenino y pueden variar en tamaño, número y localización (subserosos, intramurales, submucosos, pediculados) [140, 141].

Aunque la mayoría son asintomáticos, pueden causar síntomas importantes como:

- Sangrado menstrual abundante o prolongado.
- Dolor pélvico o presión abdominal.
- Anemia secundaria al sangrado.
- Problemas de fertilidad o complicaciones en el embarazo.
- Síntomas compresivos (frecuencia urinaria, estreñimiento).

Aunque son benignos y no se transforman en cáncer, los leiomas uterinos pueden ser graves porque el sangrado excesivo y el dolor pueden ser incapacitantes y provocar anemia severa, fatiga y absentismo laboral. Pueden dificultar el embarazo, aumentar el riesgo de aborto o parto prematuro y afectar la fertilidad. Son la principal causa de histerectomía (extirpación del útero) en el mundo, lo que implica la pérdida de la fertilidad y riesgos quirúrgicos asociados.

Entre el 70% y el 80% de las mujeres desarrollarán miomas uterinos en algún momento de su vida fértil.

Se estima que entre el 70% y el 80% de las mujeres desarrollarán miomas uterinos en algún momento de su vida fértil. En estudios españoles, aproximadamente el 25-40% de las mujeres en edad reproductiva presentan miomas sintomáticos, aunque la mayoría son asintomáticos y se detectan en revisiones rutinarias.

El tratamiento depende de los síntomas, el tamaño y la localización de los miomas, la edad y el deseo de fertilidad de la paciente. Las opciones incluyen:

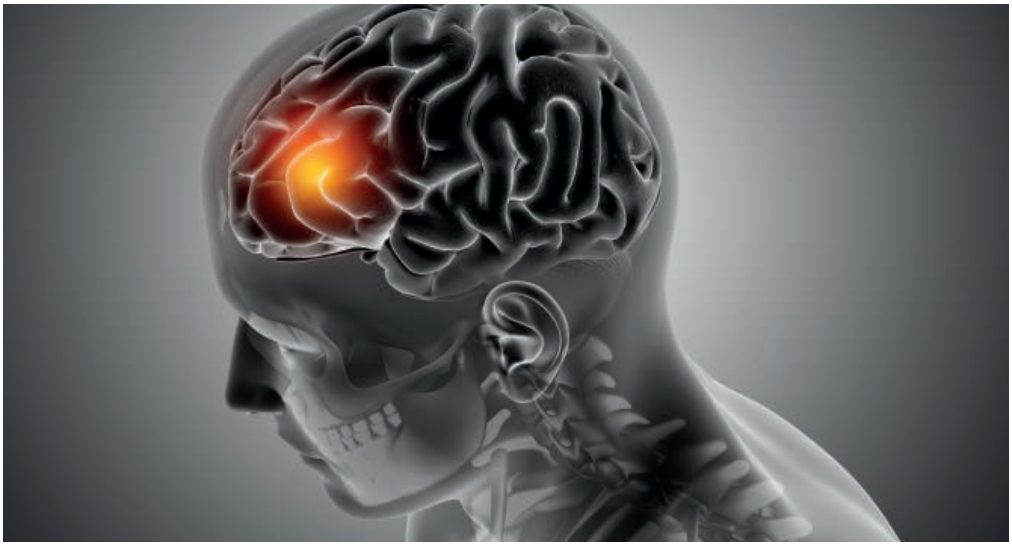
- Tratamiento médico con anticonceptivos hormonales, antifibrinolíticos, análogos y antagonistas de la GnRH y moduladores selectivos de receptores de progesterona.
- Tratamiento quirúrgico: miomectomía (extirpación de los miomas conservando el útero), preferida en mujeres que desean preservar la fertilidad, histerectomía (extirpación del útero), reservada para casos graves o cuando no se desea conservar la fertilidad y embolización de arterias uterinas y ablación por radiofrecuencia como alternativas menos invasivas.

Medicamentos innovadores: ambas opciones amplían el arsenal terapéutico, permitiendo un abordaje más personalizado y menos invasivo, especialmente útil en mujeres jóvenes o con deseo de fertilidad. No sustituyen a la cirugía en todos los casos, pero pueden retrasarla o evitarla en muchas pacientes.



- *Linzagolix:* es un antagonista oral de los receptores de la GnRH aprobado para el tratamiento de los síntomas moderados o graves de los miomas uterinos en mujeres en edad fértil. Reduce el sangrado menstrual, el dolor y el tamaño de los miomas, mejorando la calidad de vida. Puede administrarse solo o en combinación con terapia hormonal de apoyo (estradiol y noretisterona) para minimizar los efectos secundarios del hipoestrogenismo (sofocos, pérdida de masa ósea). Supone una alternativa eficaz y menos invasiva a la cirugía, especialmente en mujeres que desean preservar el útero o retrasar la cirugía [142, 143, 144].

- *Relugolix/estradiol/noretisterona:* es una combinación oral de un antagonista de la GnRH (relugolix) con estradiol y noretisterona. Indicado para el tratamiento de los síntomas moderados a graves de los miomas uterinos en mujeres adultas en edad reproductiva. Reduce el sangrado menstrual y el dolor, y su combinación hormonal protege frente a la pérdida de masa ósea y otros efectos adversos del hipoestrogenismo. Representa una opción innovadora y cómoda (un solo comprimido diario), con eficacia demostrada en ensayos clínicos y perfil de seguridad favorable en el corto plazo [145].



9. Neuromielitis óptica

La neuromielitis óptica (NMO), también conocida como trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (TENMO o NMOSD), es una enfermedad autoinmune rara del sistema nervioso central. Se caracteriza por episodios de inflamación que afectan principalmente al nervio óptico y la médula espinal, aunque también puede afectar otras áreas del cerebro. El sistema inmunitario ataca por error una proteína llamada acuaporina-4 (AQP4), provocando desmielinización y daño neurológico [146, 147].

Principales síntomas:

- Pérdida de visión o ceguera (neuritis óptica).
- Debilidad o parálisis en extremidades (mielitis transversa).
- Dolor, espasmos, alteraciones sensoriales.
- Problemas de vejiga e intestino.

• Náuseas, vómitos, hipo persistente.
La enfermedad suele cursar en brotes, con recaídas que pueden dejar secuelas neurológicas permanentes si no se tratan adecuadamente.

La neuromielitis óptica es una enfermedad poco frecuente, con una prevalencia estimada en España de entre 0,5 y 4 casos por cada 100.000 habitantes [148, 149, 150]. Es más común en mujeres (relación mujer- hombre de hasta 9:1) y suele aparecer entre los 30 y 50 años. El 95% de los pacientes presenta un curso caracterizado por brotes y hasta un 36% puede desarrollar discapacidad motora permanente, un 42% discapacidad visual y un 23% acabar en silla de ruedas.

Se estima que en España hay alrededor de 400 personas diagnosticadas con TENMO, aunque la cifra puede estar infraestimada por la dificultad diagnóstica [150].

El tratamiento disponible en España incluye para los brotes agudos corticoides intravenosos (metilprednisolona), inmunoglobulinas intravenosas o plasmaféresis en casos resistentes a corticoides Como tratamiento de mantenimiento se emplean inmunosupresores clásicos.

• *Inebilizumab:* primer tratamiento aprobado en España para adultos con TENMO seropositivos para anticuerpos anti-AQP4. Es un anticuerpo monoclonal que actúa reduciendo los linfocitos B y ha demostrado disminuir significativamente los ataques [151].

• *Satralizumab:* primer y único tratamiento subcutáneo aprobado en España para adultos y adolescentes a partir de 12 años con TENMO y anticuerpos positivos IgG frente a la acuaporina-4. Es un anticuerpo monoclonal humanizado que bloquea el receptor de interleucina-6 (IL-6), modulando la respuesta inmune y reduciendo el riesgo de recaídas. Se administra por vía subcutánea cada cuatro semanas, lo que permite la autoadministración domiciliaria y mejora la calidad de vida del paciente [152].

10. Infecciones por virus respiratorio sincitial

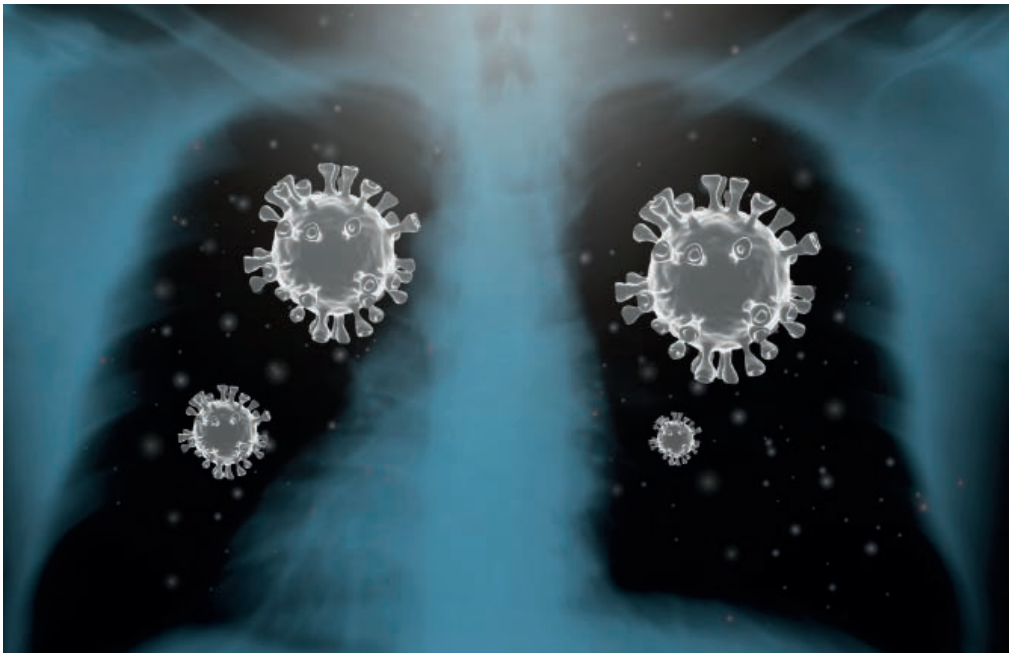
El virus respiratorio sincitial (VRS) es la principal causa de bronquiolitis y neumonía en la infancia. En las temporadas 2021-22 y 2022-23, se registraron en España más de 900.000 casos en atención primaria y cerca de 29.000 hospitalizaciones por VRS. Los menores de 5 años concentraron el 28,6% de los casos y el 52,9% de las hospitalizaciones, siendo especialmente grave en menores de 1 año. En adultos mayores de 65 años, también se observa una carga hospitalaria considerable, con más de 10.000 hospitalizaciones anuales. En España, hasta el 14% de los niños hospitalizados por VRS requieren ingreso en UCI [153].

La pandemia de Covid-19 alteró la epidemiología del VRS, con una disminución de casos durante la fase aguda y un repunte posterior. En la temporada 2023-24, tras la introducción de la inmunización con nirsevimab, se observó una reducción significativa de la incidencia, especialmente en menores de 6 meses [154, 155].

El tratamiento es principalmente de soporte: hidratación, oxigenoterapia y, en casos graves, ventilación mecánica. La profilaxis con anticuerpos monoclonales ha sido la principal estrategia preventiva en grupos de alto riesgo. Palivizumab, aprobado en 1998, se utiliza en prematuros y niños con patologías graves, aunque su coste y vida media limitada restringen su uso [156, 157].

Nuevos medicamentos

• *Nirsevimab:* aprobado por la EMA en 2022, es un anticuerpo monoclonal de larga duración, autorizado para todos los recién nacidos y lactantes durante su primera temporada de VRS. Su administración es intramuscular y ofrece protección con una sola dosis por temporada, lo que



ha permitido una inmunización generalizada similar a una vacuna. En España, la introducción de nirsevimab ha reducido las hospitalizaciones infantiles por VRS en un 80% y los ingresos en menores de 6 meses en un 89% [158, 159].

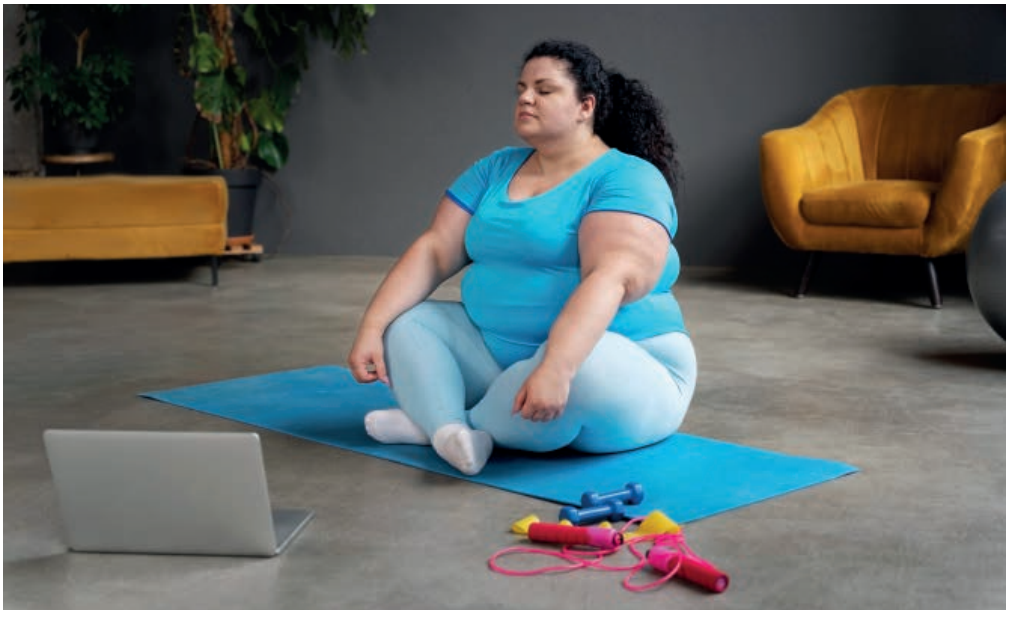
Además de nirsevimab, recientemente se han autorizado vacunas para adultos mayores y embarazadas, que permiten proteger tanto a los lactantes como a los grupos de riesgo. Estas vacunas y anticuerpos monoclonales representan un avance significativo en la prevención de la enfermedad grave por VRS.

Vacunas innovadoras:

- *La vacuna bivalente contra VRS (sin adyuvante)*, indicada en adultos mayores (≥60 años), adultos con factores de riesgo (≥18 años) y mujeres embarazadas (32-36 semanas) para proteger al recién nacido. Protege contra ambas cepas del VRS (A y B) y presenta elevada eficacia en adultos mayores y hasta el 81,8% en lactantes a través de inmunización materna. Es la única vacuna aprobada para embarazadas, permitiendo protección pasiva al bebé desde el nacimiento hasta los 6 meses. Se administra en una sola dosis intramuscular [160, 161].

- *La vacuna adyuvada contra el VRS*, indicada en adultos mayores (≥60 años) y adultos de 50-59 años con factores de riesgo. Incluye adyuvante para potenciar la respuesta inmunitaria, especialmente útil en personas mayores con inmunosenescencia. Presenta elevada eficacia en la prevención de enfermedad grave por VRS en adultos mayores y se administra en una sola dosis intramuscular [162, 163].

- *La primera vacuna de ARNm* aprobada para prevenir el VRS en adultos, fuera del contexto Covid-19. Utiliza tecnología de ARNm que codifica la glicoproteína F del VRS en su conformación de prefusión, generando una respuesta inmunitaria robusta y específica. Presenta elevada eficacia en la prevención de la enfermedad respiratoria baja por VRS. Además de adultos ≥60 años, la FDA y EMA han aprobado esta vacuna para adultos de 18 a 59 años con enfermedades crónicas [164, 165].



11. Obesidad y obesidad genética

12.1 Obesidad en España

La obesidad afecta aproximadamente al 16-18% de la población adulta en España, según la Encuesta Nacional de Salud y el estudio ENRICA [166]. La prevalencia de sobrepeso (IMC ≥25) supera el 50% en adultos [166].

La obesidad es más frecuente en mujeres que en hombres en España, especialmente a partir de los 45 años. En mujeres adultas, la prevalencia de obesidad es del 17-19%, mientras que en hombres es del 15-17% [166]. En la infancia, la tendencia se invierte: los niños presentan mayor prevalencia de obesidad que las niñas, pero en la edad adulta y especialmente en la menopausia, la prevalencia aumenta en mujeres. Factores hormonales (menopausia, embarazo), sociales (menor actividad física, mayor estrés) y biológicos (mayor porcentaje de grasa corporal) contribuyen a esta diferencia [166, 169].

La obesidad se vincula a más de 200 complicaciones clínicas, entre ellas enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión, apnea del sueño, ciertos tipos de cáncer, problemas articulares y alteraciones endocrinas [169].

Su coste anual en España supera los 130.000 millones de euros, lo que representa una carga significativa para el sistema sanitario y la economía nacional [168]. Además, se estima que una de cada cinco muertes prevenibles está relacionada con el exceso de peso [168]. La obesidad reduce la esperanza y calidad de vida, y afecta la salud mental y la integración social de quienes la padecen [169].

Su coste anual en España supera los 130.000 millones de euros, lo que representa una carga significativa para el sistema sanitario y la economía nacional.

Obesidad genética en España

La obesidad genética (por mutaciones en genes como POMC, LEPR, MC4R) es muy poco frecuente: afecta a menos de 0,1 por cada 10.000 personas en la Unión Europea [167,169]. En España, se estima que hay menos de 500 casos diagnosticados de obesidad monogénica, aunque la cifra real puede ser mayor por infradiagnóstico [167]. Incluye formas monogénicas (mutación en un solo gen) y poligénicas (varios genes implicados), así como síndromes genéticos raros [167, 169]. Aunque la mayoría de los casos de obesidad son multifactoriales, se estima que entre el 40% y el 70% de los casos tienen un componente hereditario significativo [169].

No existen diferencias significativas en la prevalencia de obesidad genética entre mujeres y hombres, ya que depende de la mutación genética y no del sexo. Sin embargo, las consecuencias metabólicas y el impacto social pueden ser mayores en mujeres, por factores hormonales y sociales [169].

Tabla comparativa

	Obesidad común	Obesidad genética
Prevalencia	15-19% adultos, 13% niños	<5% (monogénica/sindrómica), componente hereditario 40-70%
Gravedad clínica	Alta, múltiples complicaciones crónicas	Muy alta, precoz, resistente al tratamiento convencional
Complicaciones	Diabetes tipo 2, hipertensión, ECV, apnea del sueño, ciertos cánceres	Las mismas que la obesidad común + alteraciones endocrinas y neuropsiquiátricas
Impacto sanitario	Coste anual >130.000 millones €, gran carga asistencial	Impacto elevado por complejidad clínica y necesidad de terapias específicas
Mortalidad	1 de cada 5 muertes prevenibles relacionadas con exceso de peso	Elevada en formas graves y síndromes asociados
Factores explicativos	Multifactorial: dieta, sedentarismo, factores sociales y hormonales	Mutaciones en genes como MC4R, LEPR, POMC; predisposición genética marcada
Tratamiento	Dieta, ejercicio, fármacos (GLP-1, tirzepatida), cirugía bariátrica	Terapias específicas (ej. setmelanotida, metreleptina), abordaje multidisciplinar

Nuevos medicamentos

- *Tirzepatida:* es el primer agonista dual de los receptores GIP y GLP-1 aprobado para el tratamiento de la diabetes tipo 2 y la obesidad. Esta doble acción permite:
-Mejorar el control glucémico (reducción de HbA1c).
-Potenciar la pérdida de peso de forma más eficaz que los agonistas GLP-1 aislados.
-Incrementar la sensibilidad a la insulina y reducir la secreción de glucagón.
-Retrasar el vaciamiento gástrico y aumentar la saciedad, lo que facilita la reducción de la ingesta calórica.

Reduce peso y mejora el control glucémico, reduce el riesgo de progresión a diabetes tipo 2 y aporta beneficios cardiovasculares adicionales con eficacia superior a otros fármacos [170, 171].

- *Setmelanotida:* es agonista MC4R y primer tratamiento aprobado para obesidad monogénica grave, donde las opciones convencionales (dieta, ejercicio, fármacos habituales) no son eficaces. Está indicado para obesidad genética por deficiencia de POMC, PCSK1 o LEPR, logrando reducción significativa de peso y mejora de la saciedad en estos pacientes [172, 173].

12. Insomnio

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente, definido como la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o el despertar precoz, con repercusiones negativas durante el día [174]. En España, afecta de forma crónica a más de 4 millones de personas (≈10–15% de la población adulta), y hasta un 43% presenta síntomas leves [174]. El insomnio es más frecuente en mujeres que en hombres; la prevalencia estimada es del 20–30% en mujeres adultas, frente al 15–20% en hombres, con contribución de cambios hormonales (menopausia, ciclo menstrual), mayor incidencia de ansiedad y depresión y carga de cuidados familiares [174].



El insomnio se asocia a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, deterioro cognitivo, demencia y algunos cánceres; además, es factor de riesgo independiente para depresión y ansiedad [175]. Aumenta la probabilidad de accidentes laborales y de tráfico y reduce el rendimiento académico y profesional, generando absentismo y un elevado coste sanitario por incremento de consultas, uso de fármacos y complicaciones asociadas [176, 177]. Se estima que el coste económico del insomnio crónico en España supera los 10.700 millones de euros anuales, principalmente por pérdidas de productividad y absentismo laboral [177].

Su coste anual en España supera los 130.000 millones de euros, lo que representa una carga significativa para el sistema sanitario y la economía nacional.

La OMS y la Sociedad Española de Neurología (SEN) consideran el insomnio crónico un problema de salud pública grave, por su alta prevalencia y sus consecuencias sanitarias, sociales y económicas [188]. En los últimos años, su prevalencia se ha duplicado y se reconoce la necesidad de estrategias nacionales para su abordaje [175, 178].

El abordaje del insomnio crónico debe ser integral, combinando intervenciones no farmacológicas (higiene del sueño, terapia cognitivo-conductual) y, cuando sea necesario, tratamiento farmacológico [179, 180].

Nuevo medicamento. *Daridorexant*, autorizado para el tratamiento del insomnio crónico en adultos, especialmente cuando hay dificultad para iniciar o mantener el sueño [181]. Su ventaja terapéutica radica en su mecanismo de acción: es un antagonista dual de los receptores de orexina (DORA), que regula el ciclo sueño-vigilia de forma fisiológica, sin suprimir el sueño profundo ni alterar la arquitectura del sueño; además, muestra menor riesgo de dependencia, sin deterioro cognitivo residual ni somnolencia diurna marcada y mejora la calidad del sueño y el funcionamiento diurno [181].

Medicamentos innovadores para la salud de la mujer en Europa (2021-2025)



Entre 2021 y 2025 se autorizaron 193 innovaciones terapéuticas en Europa, ampliando las opciones de tratamiento.

El 46% de las innovaciones se concentra en oncología e inmunología, áreas clave para la salud de la mujer.

El 40% de las nuevas terapias se dirige a enfermedades raras, muchas con alto impacto en la calidad de vida.





La investigación impulsa tratamientos más personalizados, basados en biomarcadores y terapias dirigidas.

La innovación terapéutica amplía opciones en enfermedades frecuentes en mujeres, como migraña, autoinmunes o síntomas de la menopausia.



Bibliografía

1- Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de noviembre de 2001, sobre el código comunitario relativo a los medicamentos para uso humano.

2- Reglamento (CE) nº 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, por el que se establecen procedimientos comunitarios para la autorización y el control de los medicamentos de uso humano y veterinario.

3- Reglamento (UE) 2024/0221 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de abril de 2024, relativo a la autorización y supervisión de medicamentos de uso humano.

4- World Health Organization. ATC/DDD Index 2024 [Internet]. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; 2024 [citado 2025 nov 24]. Disponible en: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/

5- Reglamento (CE) nº 141/2000 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 1999, sobre medicamentos huérfanos.

6- European Medicines Agency. Human medicines: highlights of 2021 [Internet]. Amsterdam: EMA; 2022 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/news/human-medicines-highlights-2021

7- European Medicines Agency. Human medicines: highlights of 2022 [Internet]. Amsterdam: EMA; 2023 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/news/human-medicines-highlights-2022

8- European Medicines Agency. Human medicines: highlights of 2023 [Internet]. Amsterdam: EMA; 2024 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/news/human-medicines-highlights-2023

9- European Medicines Agency. Human medicines in 2024 [Internet]. Amsterdam: EMA; 2025 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/news/human-medicines-2024

10- European Medicines Agency. Upstaza: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2022 Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/upstaza-epar-medicine-overview_es.pdf

11- European Medicines Agency. Vyjuvek: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2023 Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/vyjuvek-epar-medicine-overview_en.pdf

12- European Medicines Agency. Roctavian: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2022. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/roctavian-epar-medicine-overview_en.pdf

13- European Medicines Agency. Hemgenix: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2022. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/hemgenix-epar-medicine-overview_en.pdf

14- European Medicines Agency. Casgevy: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2023 [citado 2025 Nov 14]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/casgevy-epar-medicine-overview_en.pdf

15- European Medicines Agency. Upstaza: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2022 Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/upstaza-epar-medicine-overview_es.pdf

16- European Medicines Agency. Vyjuvek: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2023 Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/vyjuvek-epar-medicine-overview_en.pdf

17- European Medicines Agency. Roctavian: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2022. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/roctavian-epar-medicine-overview_en.pdf

18- European Medicines Agency. Hemgenix: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2022. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/hemgenix-epar-medicine-overview_en.pdf

19- European Medicines Agency. Casgevy: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2023 Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/casgevy-epar-medicine-overview_en.pdf

20- European Medicines Agency. Voxzogo: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2021. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/voxzogo-epar-medicine-overview_en.pdf

21- European Medicines Agency. Xenpozyme: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2022 Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/xenpozyme-epar-medicine-overview_en.pdf

22- European Medicines Agency. Welireg: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2023 Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/welireg-epar-medicine-overview_en.pdf

23- European Medicines Agency. Camzyos: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2023. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/camzyos-epar-medicine-overview_en.pdf

24- European Medicines Agency. Winrevair: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2024 Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/winrevair-epar-medicine-overview_en.pdf

25- European Medicines Agency. Beyfortus: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2022. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/beyfortus-epar-medicine-overview_en.pdf

26- European Medicines Agency. Kimmtrak: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2022. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/kimmtrak-epar-medicine-overview_en.pdf

27- European Medicines Agency. Qalsody: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2023 Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/qalsody-epar-medicine-overview_en.pdf

28- European Medicines Agency. Leqembi: EPAR - Product Information [Internet]. EMA;. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/leqembi-epar-medicine-overview_en.pdf

29- European Medicines Agency. Krazati: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2023. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/krazati-epar-medicine-overview_en.pdf

30- European Medicines Agency. Evrysdi: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2021. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/evrysdi-epar-medicine-overview_en.pdf

31- European Medicines Agency. Enspryng: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2020 [Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/enspryng-epar-medicine-overview_en.pdf

32- European Medicines Agency. Imcivree: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2021. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/imcivree-epar-medicine-overview_en.pdf

33- European Medicines Agency. Fabhala: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2024. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/fabhala-epar-medicine-overview_en.pdf

34- European Medicines Agency. Voydeya: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2024. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/voydeya-epar-medicine-overview_en.pdf

35- European Medicines Agency. Loargys: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2024. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/loargys-epar-medicine-overview_en.pdf

36- European Medicines Agency. Zokinvy: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2022. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/zokinvy-epar-medicine-overview_en.pdf

37- European Medicines Agency. Trodelvy: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA;. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/trodelvy

38- European Medicines Agency. Ziihera: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA;. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/ziihera

39- European Medicines Agency. Lytgobi: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA;. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/lytgobi

40- European Medicines Agency. Bylvay: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA; Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/bylvay

41- European Medicines Agency. Mounjaro: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA; Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/mounjaro

42- European Medicines Agency. Duvyzat: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA; Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/duvyzat

43- European Medicines Agency. Nexviadyme: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA; Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/nexviadyme

44- European Medicines Agency. Alyftrek: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA; Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/alyftrek

45- European Medicines Agency. Skyclarys: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMADisponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/skyclarys

46- European Medicines Agency. Omjjara: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA; Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/omjjara

47- European Medicines Agency. Augtyro: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA; Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/augtyro

48- European Medicines Agency. Jaypirca: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA; Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/jaypirca

49- European Medicines Agency. Columvi: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA;. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/columvi

50- European Medicines Agency. Elrexfio: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA; Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/elrexfio

51- European Medicines Agency. Talvey: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA;. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/talvey

52- European Medicines Agency. Ebvallo: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA; Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/ebvallo

53- European Medicines Agency. Tavneos: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA; Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/tavneos

54- European Medicines Agency. Wainzua: EPAR - Product Information [Internet]. Available from: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/wainzua

55- European Medicines Agency. Kisunla: EPAR - Product Information [Internet]. Available from: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/kisunla

56- World Health Organization. Women's health [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/women-s-health

57- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2024 [Internet]. Madrid: SEOM; 2024. Disponible en: https://seom.org

58- American Heart Association. Cardiovascular disease: Women's No. 1 health threat [Internet]. Dallas: AHA; 2023. Disponible en: https://www.heart.org

59- MedlinePlus. Women's health [Internet]. Bethesda: U.S. National Library of Medicine; 2024. Disponible en: https://medlineplus.gov/womenshealth.html

60- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia de Salud Cardiovascular del SNS [Internet]. Madrid: MSCBS; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es

61- Cibersam. Salud mental en la mujer [Internet]. Madrid: CIBERSAM; 2023 [citado 2025 Nov 17]. Disponible en: https://www.cibersam.es

62- Pan American Health Organization. Women's health in the Americas [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2023 Disponible en: https://www.paho.org

63- World Health Organization. Women's health [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health

64- Medicamentos_Salud_Femenina (5).docx. Nuevos avances terapéuticos en enfermedades graves de la mujer. Comisión Europea, EMA; 2025

65- Indicador nacional WAIT nuevas indicaciones IP2.docx. Nuevas indicaciones en cánceres graves femeninos. 2023.

66- Onco.pptx. Avances y retos en el tratamiento del cáncer en mujeres. 2023.

67- NIH MedlinePlus Magazine. Salud de las mujeres [Internet]. Bethesda: NIH; 2024. Disponible en: https://magazine.medlineplus.gov/es/topic/salud-de-las-mujeres/

68- Leiva Rodríguez MJ, Matamoros Chaves MM, Miranda Ovares AP, Monge Jiménez MS. Una revisión bibliográfica: Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr). Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. 2025;Vol. XX, n° 11:658. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/una-revision-bibliografica-insuficiencia-cardiaca-con-fraccion-de-eyeccion-reducida-ic-fer/

69- Sociedad Española de Cardiología. Prevalencia de insuficiencia cardíaca en España. Rev Esp Cardiol. 2024;77(5):345-352.

70- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia de Salud Cardiovascular del SNS [Internet]. Madrid: MSCBS; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es

71- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Informe de Posicionamiento Terapéutico de vericiguat (Verquvo®). 2023. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2023/IPT-090-2023-Verquvo.pdf

72- REC: CardioClinics. Vericiguat en el abordaje actual del paciente con insuficiencia cardiaca. 2023. Disponible en: https://www.reccardioclinics.org/es-vericiguat-el-abordaje-actual-del-articulo-

73- Escribano Subías P, et al. Registro español de hipertensión arterial pulmonar: epidemiología y supervivencia. Arch Bronconeumol. 2023;59(2):98-106.

74- Registro Español de Hipertensión Pulmonar (REHP). Informe anual 2024. Disponible en: https://www.rehp.es

75- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Guía de práctica clínica sobre hipertensión pulmonar. Madrid: SEPAR; 2024.

76- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia de Salud Cardiovascular del SNS [Internet]. Madrid: MSCBS; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es

77- Humbert M, et al. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. Eur Heart J. 2022;43(38):3618-3731.

78- Sociedad Española de Nefrología. Nefropatía diabética: epidemiología y factores de riesgo. [Internet]. Madrid: SEN; 2024 [citado 2025 Nov 19]. Disponible en: https://www.senefro.org

79- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia de Salud Cardiovascular del SNS. Madrid: MSCBS; 2023 [citado 2025 Nov 19]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es



80- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha técnica Kerendia 10 mg comprimidos recubiertos con película. Madrid: AEMPS; 2024. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1211616002/FT_1211616002.html

81- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Informe de Posicionamiento Terapéutico de finerenona (Kerendia®) en enfermedad renal crónica asociada a diabetes tipo 2. Madrid: AEMPS; 2024. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2024/IPT-249-Kerendia-finerenona.pdf

82- European Medicines Agency (EMA). Kerendia, INN-finerenone. EMA/6510/2022. EMEA/H/C/005200. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/es/documents/overview/kerendia-epar-medicine-overview_es.pdf

83- Sociedad Española de Neurología. Cifras del Alzheimer en España. 2023. Disponible en: https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link451.pdf

84- Confederación Española de Alzheimer (CEAFA). Informe Censo Alzheimer. 2023. Disponible en: https://www.ceafa.es/files/2023/05/informe-censo-alz-2-web.pdf

85- Lobo A, et al. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en España. Neurología. 2016;31(8):474-480. https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.01.003

86- Being Patient. Leqembi vs Kisunla for Alzheimer's: What You Need to Know. 2024. Disponible en: https://beingpatient.com/leqembi-vs-kisunla-for-alzheimers/

87- European Medicines Agency. Kisunla: EPAR – Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2025 Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/kisunla

88- European Medicines Agency. Leqembi: EPAR – Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2024. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/leqembi

89- Organización Mundial de la Salud. Breast cancer. [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer

90- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Informe SEOM 2024. [Internet]. Madrid: SEOM; 2024 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://seom.org/images/Informe_SEOM_2024.pdf

91- GEICAM. Informe completo SEOM 2024. [Internet]. Madrid: GEICAM; 2024 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.geicam.org/

92- Excelsior. Innovación en cáncer de mama. [Internet]. México: Excelsior; 2024 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.excelsior.com.mx/

93- Revista Médica. Medicina personalizada en cáncer de mama. [Internet]. Madrid: Revista Médica; 2024 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://revistamedica.com/

94- Breastcancer.org. Advances in breast cancer treatment. [Internet]. USA: Breastcancer.org; 2024 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.breastcancer.org/

95- European Medicines Agency. Enhertu: EPAR – Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2025 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/enhertu

96- European Medicines Agency. Trodelvy: EPAR – Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2023 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/trodelvy

97- European Medicines Agency. Datroway: EPAR – Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2025 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/datroway

98- European Medicines Agency. Itovebi: EPAR – Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2025 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/itovebi

99- European Medicines Agency. Truqap: EPAR – Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2024 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/truqap

100- European Medicines Agency. Orserdu: EPAR – Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2023 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/orserdu

101- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2024 [Internet]. Madrid: SEOM; 2024. Disponible en: https://seom.org

102- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia de Salud Pública [Internet]. Madrid: MSCBS; 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es

103- Marín Caba E, Pérez de Rojas J, Soler Iborte E, García Blázquez Pérez C M, Luque Martínez A, Homar Regnault de Maulmin T, Jiménez Moleón J. Coverage and associated factors with cervical cancer screening in Spain. Eur J Public Health. 2023 Oct;33(Suppl_2):ckad160.1706. doi:10.1093/eurpub/ckad160.1706

104- Portero de la Cruz S, Cebrino J. Trends and determinants in uptake of cervical cancer screening in Spain: analysis of national surveys from 2017 and 2020. Cancers (Basel). 2022 May 18;14(10):2481. doi:10.3390/cancers14102481

105- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Cáncer de ovario [Internet]. Madrid: SEOM; 2024. Disponible en: https://seom.org

106- Infosalus. Cáncer de ovario: avances y retos [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.infosalus.com

107- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan Europeo contra el Cáncer [Internet]. Madrid: MSCBS; 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es

108- European Medicines Agency. Elahere: EPAR – Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2024 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/elahere

109- European Medicines Agency. Jemperli: EPAR – Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2023 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/jemperli

110- European Medicines Agency. Tivdak: EPAR – Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2025 [citado 2025 nov 16]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/tivdak

111- Tsokos GC. Systemic lupus erythematosus. N Engl J Med. 2011;365(22):2110-21.

112- Costenbader KH, Kim DJ, Peerzada J, et al. Cigarette smoking and the risk of systemic lupus erythematosus: a meta-analysis. Arthritis Rheum. 2004;50(3):849-57.

113- Mok CC, Lau CS. Pathogenesis of systemic lupus erythematosus. J Clin Pathol. 2003;56(7):481-90.

114- Lupus Foundation of America. Lupus facts and statistics [Internet]. Disponible en: https://www.lupus.org/resources/lupus-facts-and-statistics

115- European Medicines Agency. Lupkynis: EPAR – Product Information [Internet]. EMA; 2022 [citado 2025 nov 23]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/lupkynis-epar-product-information_en.pdf

116- European Medicines Agency. Saphnelo: EPAR – Product Information [Internet]. EMA; 2022 [citado 2025 nov 23]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/saphnelo-epar-product-information_en.pdf

117- Gilhus NE, Tzartos S, Evoli A, et al. Myasthenia gravis. Nat Rev Dis Primers. 2019;5(1):30. Disponible en: https://www.nature.com/articles/s41572-019-0079-y

118- UCB Pharma. Rystiggo (rozanolixizumab): European Public Assessment Report. EMA; 2023 [citado 2025 Nov 19]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/rystiggo

119- FDA. Vyvgart (efgartigimod alfa-fcab): Prescribing Information. 2022 [citado 2025 Nov 19]. Disponible en: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2022/761227s000lbl.pdf

120- Howard JF Jr, Utsugisawa K, Benatar M, et al. Safety and efficacy of zilucoplan in patients with generalized myasthenia gravis: a phase 3 randomized clinical trial. JAMA Neurol. 2023;80(2):135-144.

121- MedlinePlus. Alopecia areata [Internet]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001457.htm

122- European Medicines Agency. Litfulo: EPAR – Product Information [Internet]. EMA; 2024 [citado 2025 nov 23]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/litfulo

123- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN). Guía clínica de manejo de la orbitopatía tiroidea [Internet]. SEEN; 2022 [citado 2025 nov 23]. Disponible en: https://www.seen.es/

124- Bartalena L, Tanda ML. Clinical practice. Graves' ophthalmopathy. N Engl J Med. 2009;360(10):994-1001.

125- European Medicines Agency. Tepezza: EPAR – Product Information [Internet]. EMA; 2023 [citado 2025 nov 23]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tepezza-epar-product-information_en.pdf

126- World Health Organization. Migraine [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders

127- Navarro-Pérez MP, Marín-Gracia M, Bellosta-Diago E, Santos-Lasaosa S. Epidemiology of migraine in Spain and Latin America. Rev Neurol. 2020;71(3):110-118. Disponible en: https://neurologia.com/articulo/2019266/esp

128- Sociedad Española de Neurología. Libro Blanco de la Migraña en España. Madrid: SEN; 2021. Disponible en: https://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2021/11/Libro_Blanco_Migrana_Espana_2021.pdf

129- Fernández-Ferro J, Ordás-Bandera C, Rejas-Gutiérrez J, et al. La carga económica de la migraña: un enfoque nacional del coste de la enfermedad desde la Encuesta Europea de Salud en España en el año 2020. Neurología. 2025;40(6):533-547. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-la-carga-economica-migrana-un-S0213485324001075

130- Istrate RM, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Jiménez-Trujillo MI. Prevalencia de migraña y consumo de medicamentos analgésicos en la población adulta española. Pharmaceutical Care España. 2025;27:e894. Disponible en: http://pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/894

131- Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2022 Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/rayvow:

132- Vyepti: EPAR – Product Information [Internet]. Amsterdam: EMA; 2022. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vyepti-epar-product-information_en.pdf

133- European Medicines Agency. Vydura: EPAR – Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2023 Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/vydura

134- European Medicines Agency. Aquipta: EPAR – Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2023 Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/aquipta

135- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Menopausia y síntomas vasomotores [Internet]. semFYC; 2024 [citado 2025 nov 25]. Disponible en: https://www.semfyc.es/menopausia-sintomas-vasomotores

136- Evidencia, Actualización en la práctica clínica. Duración de los síntomas vasomotores en la menopausia [Internet]. evidencia.org; 2024 [citado 2025 nov 25]. Disponible en: https://www.evidencia.org/menopausia-duracion-sintomas

137- Cibersam. Impacto de los síntomas vasomotores en la calidad de vida y productividad laboral [Internet]. Madrid: CIBERSAM; 2024 [citado 2025 nov 25]. Disponible en: https://www.cibersam.es/menopausia-impacto-svm

138- Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), SEMERGEN. Guía de manejo de la menopausia [Internet]. AEEM; 2024 [citado 2025 nov 25]. Disponible en: https://www.aeem.es/guias/menopausia

139- European Medicines Agency. Veoza (fezolinetant): EPAR – Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2024 [citado 2025 nov 25]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/veoza

140- Revista Médica. Miomas uterinos: causas y tratamiento [Internet]. Disponible en: https://revistamedica.com/miomas-uterinos-causas-tratamiento/

141- Revista Sanitaria de Investigación. Miomas uterinos [Internet]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/miomas-uterinos/

142- European Medicines Agency. Yselty: EPAR – Public assessment report [Internet]. Amsterdam: EMA; 2023 [citado 2025 nov 25]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/yselty

143- NICE. Linzagolix for treating uterine fibroids [Internet]. NICE; 2024 [citado 2025 nov 25]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ta899

144- CIMA AEMPS. Yselty (linzagolix) [Internet]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1241511001/FT_1241511001.html

145- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ryeqo: Ficha técnica [Internet]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1241511002/FT_1241511002.html

146- MedlinePlus. Neuromielitis óptica [Internet]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007261.htm

147- Mass General Hospital. Neuromyelitis optica [Internet]. Disponible en: https://www.massgeneral.org/

148- Seminarios de Neurología. Prevalencia de NMO en España [Internet].

149- IMR Press. Neuromyelitis optica spectrum disorder [Internet]. Disponible en: https://www.imrpress.com/journal/

150- Desarrollo Neurología. Epidemiología de NMO [Internet].

151- European Medicines Agency. Uplizna: EPAR – Product Information [Internet]. EMA; 2023 [citado 2025 nov 25]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/uplizna

152- European Medicines Agency. Enspryng: EPAR – Product Information [Internet]. EMA; 2020 [citado 2025 nov 25]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/enspryng

153- Puma-Olguin TC, Mazagatos C, Galindo-Carretero S, et al. Epidemiología y carga de enfermedad por VRS en España. SiVIRA, temporadas 2021-22 y 2022-23. Revista del Instituto de Salud Carlos III.

154- European Medicines Agency. Beyfortus: EPAR - Product Information [Internet]. EMA; 2022 [citado 2025 Nov 14]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/beyfortus-epar-product-information_en.pdf

155- Sanofi. Beyfortus (nirsevimab): Prescribing Information [Internet]. 2023 [citado 2025 Nov 14]. Disponible en: https://www.sanofi.com/en/science-and-innovation/therapeutic-areas/vaccines/beyfortus

156- FDA. ABRYSVO (Respiratory Syncytial Virus Vaccine) [Internet]. U.S. Food & Drug Administration; 2023 [citado 2025 Nov 14]. Disponible en: https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/abrysvo-respiratory-syncytial-virus-vaccine

157- Pfizer. ABRYSVO: Prescribing Information [Internet]. 2023 [citado 2025 Nov 14]. Disponible en: https://www.pfizer.com/products/product-detail/abrysvo

158- GSK. Arexvy: Summary of Product Characteristics [Internet]. European Medicines Agency; 2023 [citado 2025 Nov 14]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/arexvy-epar-product-information_en.pdf



159- FDA. AREXVY (Respiratory Syncytial Virus Vaccine, Adjuvanted) [Internet]. U.S. Food & Drug Administration; 2023 [citado 2025 Nov 14]. Disponible en: https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/arexvy-respiratory-syncytial-virus-vaccine-adjuvanted

160- Moderna. mResvia: RSV Vaccine Candidate [Internet]. Moderna; 2024 [citado 2025 Nov 14]. Disponible en: https://www.modernatx.com/en-US/pipeline/mresvia.html

161- European Medicines Agency. mResvia: Assessment Report [Internet]. EMA; 2024 [citado 2025 Nov 14]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/mresvia-epar-public-assessment-report_en.pdf

162- Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud de España 2023. Madrid: MSCBS; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/

163- SEEN. Obesidad de origen genético. Disponible en: https://www.seen.es/

164- Fundación Weber. Impacto económico y social de la obesidad en España. Disponible en: https://www.weber.org.es/

165- Sierra-Ruelas E, Vizmanos B, De Luis D, Martínez JA. Obesidad y genética en la práctica clínica: posibilidades traslacionales. Nutr Clin Med. 2025;19(1):1-18.

166- Jastreboff AM, le Roux CW, Stefanski A, et al. Tirzepatide for Obesity Treatment and Diabetes Prevention. N Engl J Med. 2024. Disponible en: https://www.livemed.in/canales/diabetes-en-la-red/bibliografia-internacional/tirzepatida-tratamiento-obseidad-prevencion-diabetes.html

167- Hernández Rodríguez J. Utilidad de la tirzepatida para el tratamiento de la diabetes mellitus y la obesidad. Medisan. 2024;64:e3670. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/med/v64/1561-302X-med-64-e3670.pdf

168- EMPS. Informe de Posicionamiento Terapéutico de setmelanotida (Imcivree®) en el tratamiento de la obesidad por deficiencia de POMC o LEPR. 2023. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2023/IPT-159-Imcivree-setmelanotida-obesidad.pdf

169- Sierra-Ruelas E, Vizmanos B, De Luis D, Martínez JA. Obesidad y genética en la práctica clínica: posibilidades traslacionales. Nutr Clin Med. 2025;19(1):1-18. Disponible en: https://nutricionclinicaenmedicina.com/pdf/NCM.2025.19.1.0005.pdf

170- AEMPS. Informe de Posicionamiento Terapéutico de setmelanotida (Imcivree®) en el tratamiento de la obesidad por deficiencia de POMC o LEPR. 2023. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2023/IPT-159-Imcivree-setmelanotida-obesidad.pdf

171- Sierra-Ruelas E, Vizmanos B, De Luis D, Martínez JA. Obesidad y genética en la práctica clínica: posibilidades traslacionales. Nutr Clin Med. 2025;19(1):1-18. Disponible en: https://nutricionclinicaenmedicina.com/pdf/NCM.2025.19.1.0005.pdf

172- Quintanilla Domínguez E, Manríquez Urbina J. Insomnio crónico: un problema de salud pública. Rev Med Chile. 2024;152(8):937–9.

173- Mayo Clinic. Insomnio – síntomas y causas. 2025. https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/insomnia/symptoms-causes/syc-20355167

174- Ocronos. Relación entre el sueño y la salud: impacto en la calidad de vida y prevención de enfermedades. Ocronos. 2025;8(2):841.

175- 65ymás. El coste económico del insomnio crónico en España: pérdidas de 10.703 millones al año.

176- Alianza por el Sueño. Abordaje clínico-práctico personalizado del paciente adulto con insomnio crónico en el contexto sanitario español.

177- SEMERGEN. Abordaje terapéutico del insomnio.

178- Ministerio de Sanidad. Tratamiento del insomnio.

179- CIMA AEMPS. Ficha técnica Quviviq (daridorexant).

EDITAN

ODS Observatorio de Salud

ESTUDIO DE COMUNICACIÓN

APOYAN

PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES

FEP foro español de pacientes

OMC

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

Farmacéuticos

Fundación ONCE

farmaindustria

anefp Autocuidado de la Salud

COLABORAN

AMGEN

GSK

Incyte

Lilly A MEDICINE COMPANY

MERCK

NOVARTIS | Reimagining Medicine

sobi

Theramex For Women, For Health

ucb

Johnson & Johnson

Daiichi-Sankyo

GILEAD

sanofi

Pfizer

Daiichi-Sankyo | AstraZeneca

Takeda

SANDOZ