

EL SÍNDROME DE YENTL EN EL CORAZÓN DE LA MUJER.

-1-

AUTORÍA

Bernal Pérez Francisca
Enfermera Hospital Universitario de Bellvitge . Instituto
Catalán de la Salud (ICS). Hospitalet de Llobregat.
Barcelona.

RESUMEN

El síndrome de Yentl es un término descrito por la doctora Bernadine Healy en 1991 en donde pone de manifiesto el tratamiento de desigualdad de género que sufre la mujer en todas las esferas: social, laboral e incluso el asistencialismo. La mujer, ante la enfermedad no tiene el mismo trato que el hombre en tanto al diagnóstico, tratamiento y procedimientos a realizar.(1)

Quizás la medicina androcéntrica ha tenido algo que ver en esta realidad invisible para muchos, pero también descubierta por muchos otros que con sus estudios y evidencias científicas están consiguiendo que a la mujer se la estudie por sus propias características universales, no como un factor extrapolable al hombre.

Con este artículo pretendo clarificar el porqué del síndrome de Yentl sobre todo en la patología coronaria que es donde está más inmerso, las características diferentes de la mujer en la enfermedad cardíaca y las conclusiones que se derivan de los últimos estudios para erradicar esta desigualdad.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Yentl, medicina androcéntrica, desigualdad de género, patología coronaria.

TITLE

Yentl syndrome in the Heart of women.

ABSTRACT

The Yentl syndrome is a term described by Dr Bernardine Healy in 1991 shows where the treatment of gender inequality suffered by women in all spheres: social, labor and inclusive wellfarism. The women, before the disease is not treated equally with men in both the diagnosis, treatment and procedures performed.

Perhaps the male-centered medicine has hat something to do whit this reality invisible to many, but also discovered by many others with their studies and scientific evidence are getting the women is studied by its very nature universal, not as a factor extrapolated to men.

This article attempts to clarify the reason for the Yentl syndrome particularly in coronary disease which is where more immersed, the different characteristics of women in heart disease and the conclusions derived from recent studies to eliminate this inequality.

KEYWORDS

Yentl syndrome, medicine androcentric, gender inequality, coronary artery disease.

METODOLOGÍA

Para la realización de este artículo se ha revisado la bibliografía en la base de datos de : Biblioteca Cochrane, Medline, PubMed.

INTRODUCCIÓN

La patología isquémica o coronaria supone la principal causa de mortalidad tanto en mujeres como en hombres (2), aunque todavía existe la creencia que la enfermedad vascular es característica y prioritaria en hombres. Diversos estudios realizados, demuestran lo contrario; las enfermedades cardiovasculares son un problema de salud mayoritario en la mujer, particularmente la cardiopatía isquémica (CI).(3-4) La presentación clínica, el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico es lo que la hace diferente en la mujer y tendríamos que preguntarnos el porqué de este hecho. La invisibilidad de la mujer en las enfermedades cardiovasculares viene determinada por muchas características que se han ido fomentando a lo largo de la historia: (5)

- Riesgo cardiovascular infraestimado debido a la protección de la mujer ante los eventos coronarios. Aunque todavía no se comprende por completo esta protección durante la edad fértil, si que es verdad que la pierden después de la menopausia, por lo que los factores de riesgo de estas personas no son tratados adecuadamente y pueden ser vulnerables al desarrollo de insuficiencia cardíaca, ictus e IAM.
- Presentación clínica diferente al hombre.
- Desconocimiento de la mujer en el riesgo de presentar patología cardíaca, quizás por la creencia errónea que es una enfermedad de hombres.
- Infrapresentación en ensayos clínicos. La mayoría de estudios que se realizan para investigar la eficacia de medicamentos cardiovasculares o intervenciones de revascularización se han ensayado en hombres; la inclusión de mujeres fueron en un número insuficiente para sacar conclusiones definitivas.
- Las medidas de prevención que se realizan en las mujeres en cuanto a la enfermedad coronaria son insuficientes, si lo comparamos a los programas relacionados con el cáncer de mama o la osteoporosis, que son enfermedades de la mujer.

En Europa la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en las mujeres sobre todo la enfermedad

coronaria y el ictus, pero todavía se las considera como enfermedades características de los hombres.(6) Si hoy en día por diferentes estudios Framingham, Wise, la American Heart Association, (7,8,9) se están desarrollando guías específicas de prevención cardiovascular, cómo es que la mujer y sus características genéticas continúan siendo infravaloradas. Se han estudiado diferentes teorías referentes a esta realidad de género:(10)

- 1. Los estereotipos de género. A menudo no se realiza distinción entre ambos sexos. Existen problemas de salud directamente derivados de problemas de género; un ejemplo de ello sería la violencia de género que podría producir a corto, medio y largo plazo problemas de salud.
- 2. La mujer en su papel de cuidadora principal del hogar y trabajadora no remunerada tiene un impacto negativo en la evolución personal y de salud de las féminas.
- 3. La mujer suele reclamar más asistencia sanitaria y mayor atención. En los centros de Atención Primaria se les suele prescribir tranquilizantes y sedantes, porque se les atribuye problemas de ansiedad, hecho que implica que muchas veces no se le realicen las pruebas necesarias para descartar problemas cardiovasculares. La atribución de problemas psicosomáticos y psicológicos hacen un flaco favor a la mujer.
- 4. La mujer en su sol profesional tiene menor remuneración aún realizando el mismo trabajo que el hombre, menor inserción laboral y mayor empoderamiento. La mujer dispone de menor tiempo para dedicarse a su cuidado personal. Cuando presenta cualquier sintomatología, la forma de expresarse suele ser muy enredada y esto produce escasa valoración de síntomas en las consultas.
- 5. La mujer tiene una mayor esperanza de vida, pero esta esperanza se ve negativizada por una mayor tasa de enfermedad y discapacidad. La cronicidad de enfermedades en la mujer es manifiesta por la mayor prescripción de fármacos y mayor visitas al médico.
- 6. La estadística a veces no existe en el género femenino, no se las suele incluir en las encuestas que hacen referencia a las condiciones de vida y de trabajo como a los hombres. Están relegadas a un segundo plano cuando tendría que ser lo contrario. La mujer soporta sobrecarga de trabajo fuera y dentro de casa.
- 7. Los profesionales sanitarios también tenemos nuestra implicación en la invisibilidad de la mujer, todavía hoy se cataloga a la mujer como una paciente que se queja en exceso. Se cree que la sintomatología masculina es más seria y esta rigidez de miras implica una visión negativa de la sintomatología real del género femenino.

La variable género es una variable predictiva y pronóstica. Las formas de enfermar en hombres y mujeres son diferentes, por eso es imprescindible estudiar a hombres y mujeres por separado.

¿Pero qué es lo que hace diferente la patología coronaria en ambos sexos?.

El estudio WISE hizo referencia a la caracterización diferente de la cardiopatía isquémica entre hombres y mujeres: (11)

- Diferencias anatómicas: El corazón es más pequeño en las mujeres, con las arterias más estrechas. Este hecho dificulta la realización de cateterismo coronario, angioplastias o stents y cirugías de Bypass.
- La sintomatología en las mujeres es más atípica. No siempre existe un dolor precordial, es más típico el ahogo, disnea, dolor mandibular, dolor de espalda y cuello, náuseas, vómitos y dolor abdominal, síntomas todos ellos que dificultan un diagnóstico certero en urgencias.
- La diferencia hormonal. Los estrógenos en la mujer antes de la menopausia tienen un efecto protector.
- La mujer presenta angina de pecho con más frecuencia y los hombres IAM; pero esto no quiere decir que la mujer no pueda presentar también infarto agudo de miocardio. Esta confusión es la que hace que muchas veces se subdiagnostique el IAM en las mujeres.
- El diagnóstico de la cardiopatía isquémica en la mujer es más complejo. Algunas pruebas que se realizan a la mujer como las de esfuerzo no son concluyentes para establecer el diagnóstico de angina, por lo que se debería recorrer a pruebas más complejas que también son más costosas. La coronariografía en las mujeres con angina de pecho a veces no muestran obstrucción coronaria, con lo que el diagnóstico acaba siendo incierto, en estas situaciones se trata con menor intensidad resultando de ello peor pronóstico vital que las mujeres que sí presentan lesiones obstructivas.
- La diabetes Mellitus triplica el riesgo de enfermedad cardiovascular en la mujer, a parte de ser factor de mal pronóstico en la realización de cirugía de revascularización miocárdica y la angioplastia coronaria transluminal percutánea.
- La HTA determina un mayor riesgo de desarrollar enfermedad coronaria en la mujer respecto al hombre; por lo que es fundamental su control y tratamiento.
- Tabaquismo. En las últimas décadas existe una tendencia progresiva de consumo en la mujer e incide de la misma forma en el riesgo cardiovascular. Pero hay que resaltar en el mayor riesgo si la mujer está tomando anticonceptivos orales, sobre todo en mujeres

mayores de 35 años. Además hemos de pensar que el tabaquismo induce a una menopausia precoz, siendo un factor de riesgo cardiovascular adicional.

- Dislipemias. En la mujer existen cambios específicos en los niveles de colesterol. En la menopausia disminuye las lipoproteínas de alta densidad, lo que contribuye al desarrollo de enfermedad coronaria. Alteraciones hemostáticas. La trombofilia es un importante factor de riesgo para el desarrollo del IAM principalmente en mujeres jóvenes.
- La actividad física. El efecto beneficioso de éste en las mujeres tiene un menor impacto, por un menor incremento del colesterol HDL y una pérdida de peso más reducida.
- Factores psicosociales. Algunos trastornos en la salud mental como la depresión, ansiedad inciden en el riesgo cardiovascular.
- Anticonceptivos orales. Sus efectos adversos, como la elevación del colesterol LDL, disminución del HDL, resistencia a la insulina, elevación de los niveles de angiotensinógeno potencian el riesgo trombogénico. Si además la mujer es fumadora, hipertensa y dislipémica el riesgo adicional que ello implica eleva el riesgo de cardiopatía isquémica.

Tratamiento de género

A lo largo de los años se ha estado extrapolando los ensayos clínicos en cuanto a los tratamientos de la cardiopatía isquémica de los hombres en las mujeres, fundamentalmente por varios motivos:

1. La participación de la mujer en estos estudios es infraestimada, por lo que los resultados científicos que de ellos se deriven no son concluyentes.

2. Los costes económicos de inclusión de la mujer en estos ensayos es mayor, por la condición biológica diferente: menstruación, embarazo, menopausia. Los efectos teratogénicos inciden más en que los estudios en las mujeres se paralicen con el objetivo ficticio de no perjudicar al sexo femenino.

¿Pero en qué difiere las diferencias entre ambos sexos en cuanto a los tratamientos para la cardiopatía isquémica?. Presentaremos las más importantes en cuanto a opciones terapéuticas tanto farmacológicas como quirúrgicas y demostraremos que no se utilizan las mismas intervenciones dependiendo del sexo:(12)

- a) Farmacocinética no estudiada. Diversos medicamentos como los antihipertensivos, estatinas y aspirina como uso preventivo no han sido evaluadas en ensayos con mujeres. Los antiarrítmicos actúan de una manera diferente en las mujeres porque éstas tienen una bomba de potasio diferente en sus células cardíacas .
- b) Pruebas ergométricas graduadas. En la mujer se hace necesario la realización de un pretest combinando las variables: edad, factores de

riesgo cardiovascular y las características del cuadro clínico (angor típico, atípico o dolor torácico).(13)

- c) Ecocardiografía y estudios de medicina nuclear. Ambos nos proporcionan información sobre la función ventricular sistólica y diastólica. Tiene una sensibilidad del 81% que llega al 89% cuando se trata de enfermedad multivasa. La prueba de esfuerzo con (SPECT) tiene una ligera limitación en la mujer debido a la atenuación de las mamas, pero si se utiliza ^{99mT}-sestamibi este problema desaparece.(14)
- d) La angiografía coronaria constituye el pilar fundamental para la realización de cualquier procedimiento de revascularización miocárdica. La infrautilización de esta prueba en la mujer se debe a que angiográficamente en el género femenino se evidencia la ausencia de lesiones obstructivas en un porcentaje significativamente mayor que en los hombres. Hemos de indicar que la ausencia de lesiones obstructivas no necesariamente significa adecuada perfusión miocárdica, y por ende no descarta el diagnóstico de cardiopatía isquémica en la mujer.(15)
- e) La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) se realiza con menor frecuencia en las mujeres, porque inicialmente la ACTP con balón mostraba una menor tasa de éxitos y mayores complicaciones y mortalidad en el sexo femenino. Sin embargo a mediano y largo plazo las diferencias se reducían o tendían a desaparecer. Con los nuevos avances, se incluyeron los dispositivos endovasculares (stents), con lo que la ACTP mejoró significativamente. Aunque la reestenosis tiende a ser mayor en las mujeres, debido al menor tamaño de los vasos, mayor frecuencia de la diabetes y disfunción endotelial. Todo ello se está corrigiendo con los stents liberadores de drogas que han reducido la reestenosis y la necesidad de cirugía de revascularización miocárdica.
- f) Cirugía de revascularización miocárdica. Sólo entre el 20% y 30% de las revascularización miocárdica se realizan en el sexo femenino. Aunque las guías clínicas establecen las mismas recomendaciones para ambos sexos. La mortalidad en la mujer es más elevada por la coexistencia de otros factores como la edad avanzada, DM,HTA, insuficiencia cardíaca , arterias coronarias de menor tamaño o urgencia de la intervención. Sin embargo la supervivencia a largo plazo es similar o incluso mejor a la de los varones.(16)
- g) Tratamiento hormonal sustitutivo. Las hormonas femeninas actúan como factor protector en la enfermedad coronaria porque modifica el metabolismo lipídico, el de los carbohidratos, el efecto sobre la función endotelial, el rol antiinflamatorio y la regulación

de la hemostasia secundaria. Es por esto que las mujeres premenopáusicas presentan menor riesgo cardiovascular que las postmenopáusicas.(17)

CONCLUSIONES

Con todo lo expuesto anteriormente se hacen básicas unas recomendaciones:

- Resulta imprescindible la investigación dirigida de forma específica a las mujeres, incluyéndolas en estudios y elaborando ensayos de forma exclusiva en las féminas referentes a medicación, pruebas funcionales y diagnósticas.
- Mejorar el conocimiento de la patología y fisiopatología de la cardiopatía isquémica: factores de riesgo, síndrome metabólico, fisiología de las hormonas reproductoras, papel del endotelio, factores genéticos, ciclo hormonal, umbral de percepción del dolor, factores ambientales y psicosociales.
- Mejorar el entendimiento de la sintomatología y del arsenal diagnóstico de que disponemos.
- Promover las investigaciones clínicas por sexo.
- Investigar los mecanismo por los que se producen eventos cardiovasculares adversos en la fase precoz del tratamiento hormonal.
- Mejorar la educación de la comunidad científica y de la sociedad.
- Extender esta preocupación a la población general, a los profesionales sanitarios, instituciones científicas y a la Administración.
- Optimización de los recursos diagnósticos y terapéuticos existentes.

Las estrategias a realizar se basarán a nivel: (18)

- a) Poblacional o de salud pública. El objetivo será disminuir el riesgo cardiovascular en la mujer con políticas de educación de estilos de vida saludables y actuando sobre los factores sociales y económicos que son causas subyacentes de enfermedad cardiovascular.
- b) De alto riesgo , con el objetivo de proporcionar consejos, medidas preventivas basadas en evidencias científicas para las personas con alto riesgo a través de los servicios de Atención Primaria.
- c) Prevención secundaria. Evitando recidivas y la progresión hacia formas más graves.

La distinción entre sexo y género se hace necesaria, el enfoque del género en salud debe incluir también el sexo debido a las múltiples interacciones que se dan entre biología y sociedad.

Se deben realizar campañas específicas para la mujer, en cuanto a temas cardiovasculares se refiere. La mujer debe corregir la creencia errónea de que la enfermedad coronaria es cosa de hombres, para ello se hace necesario estas campañas de información tanto a niveles sanitarios como de mas-media. Se hace imprescindible no relegar los síntomas a problemas psicológicos o psicosomáticos. Todo ello debería estar amparado y evidenciado en el estudio de las condiciones de vida y trabajo, causas sociales y culturales, la discriminación social y la laboral y la violencia de género.

BIBLIOGRAFÍA

1. Healy,MD.: " The Yentl síndrome", N Engl J Med 1991; 325:221-225.
2. Mosca L,Ferris A, Fabunmi R, Robertson RM. Tracking women's awareness of heart disease.An American Heart Association National Study. Circulation 2004;109:573-9.
3. Bello N, Mosca L. Epidemiology of coronary heart disease in women. Prog Cardiovasc Dis.2004;46:87-95.
4. Stramba Badiale M, Priori SG. Estrategias actuales para reducir el impacto de las enfermedades cardiovasculares en la mujer. Rev Esp Cardiol 2006;59: 1190-1193 ISSN: 1579-22421.
5. Stramba Badiale M,Fox KM, Priori SG, Collins P, Daly C, Graham I, et al., Cardiovascular disease in women: a statement from the policy conference of the ESC. Eur Heart J.2006; 27: 994-1005.
6. Petersen S,Peto V, Scarborough P, Rayner M; British Heart Foudation Healt Prmotion Research Group. Coronary heart disease statistics 2005.
7. Eaker ED,Castelli WP: Coronary heart disease and its risk factors among women in the Framingham Study. In Eaker ED,Packer B, Wenger N, et al. (eds): Coronary heart disease in women. New York, Haymarket Doyma, 1987,122.
8. Lerman A, Sopko G. Women and Cardiovascular heart disease: Clinical implications from the Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) study: are we smarter? J Am Coll Cardiol 2006;47(suppl S):59S-62S.
9. Mosca L,Appel LJ, Benjamin EJ, Berro K, Chandra-Strobos N, Fabunmi RP et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. Circulation.2004;109:672-93.
10. Valls-Llobet, Carme: Mujeres y hombres, salud y diferencias. Ed Folio. Barcelona ,1996.
11. Valverde Marcelo: Características de la cardiopatía isquémica en la mujer.Arch Med Int v 31 n° 2-3.Montevideo jun 2009.
12. Merkatz, Ruth B, et al: Women in clinical trials of new drugs. A chnge in food and drug administration policy, N Engl J Med 1993;329:292-296.
13. Gulati M, Pandey DK, Arnsdorf MF,Lauderdale DS, Thisted RA, Wicklund RH, et al Exercise capacity and the risk of death in women: St James Women Take Heart Project. Circulation 2003; 108: 1554-9.

14. Mieres JH, Shaw LJ, Hendel RC, Miller DD, BonowRO, Berman DS, et al; Writing Group on Persion Imaging² in Women. American Society of Nuclear Cardiology consensus statement: Task Force on Women and coronary artery disease-the role of myocardial perfusion imaging in the clinical evaluation of coronary artery disease in women. J Nucl Cardiol 2003; 10:95-101.
15. Silber S, Albertsson P, Aviles FF, Camici PG, Colombo A, Hamm C, et al. Grupo de trabajo de la sociedad europea de Cardiología. Guías de práctica clínica sobre intervención coronaria percutánea. Rev Esp Cardiol, 2005; 58: 679-728.
16. Abramov D, Tamariz MG, Sever JY, Christakis GT, Heenan AL, et al. The influences of gender on the outcome of coronary artery Bypass surgery. Ann Thorac Surg.2000; 70:800-5.
17. Grady D, Herrintong D, Bittner V, Blumenthal R, Davidson M, Hlatky M, et al, for the HERS Research Group. Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy; Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II).JAMA.2002;288:49-57.
18. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Ministerio de Sanidad, Madrid, 2005.