



Perspectiva de género en Cardiogeriatría: ¿podemos mejorar en la atención de la paciente anciana?

Gender perspective in Cardiogeriatrics: can we improve the care of older female patients?

AUTORA

(1,2) Yanira Aranda Rubio
[ORCID: 0000-0003-1901-5811]

FILIACIONES

- (1)** Servicio de Geriatría; Hospital Universitario Central de la Cruz Roja, San José y Santa Adela. MADRID, ESPAÑA.
- (2)** Profesora asociada; Universidad Alfonso X El Sabio. MADRID, ESPAÑA.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

La autora ha realizado la conceptualización, la investigación de la literatura y la redacción del manuscrito. Revisó y aprobó la versión final del documento, garantizando la calidad y la integridad del trabajo presentado.

CORRESPONDENCIA

Yanira Aranda Rubio **Yanira.aranda@salud.madrid.org**
Av. de la Reina Victoria, 22-26. CP 28003. Madrid. España.

CITA SUGERIDA

Aranda Rubio Y. Perspectiva de género en Cardiogeriatría: ¿podemos mejorar en la atención de la paciente anciana? Rev Esp Salud Pública. 2025; 99: 9 de junio e202506030.

FINANCIACIÓN

Este proyecto no ha recibido financiación.

La autora declara que no existe ningún conflicto de intereses

RESUMEN

El síndrome de Yentl fue acuñado en 1991 por Bernadine Healy, directora de los *National Institutes of Health*, quien describe cómo la investigación cardiovascular se focalizaba en la sintomatología del varón, generando juicios clínicos erróneos en el sexo femenino. Dentro de la Cardiogeriatría, la insuficiencia cardíaca constituye una de las patologías más frecuentes, generando un gran consumo de recursos sanitarios, por lo que disponer de la mejor evidencia científica para estas pacientes debería ser prioritario.

PALABRAS CLAVE // Cardiogeriatría; Género; Ancianos; Perspectiva de género.

ABSTRACT

Yentl syndrome was coined in 1991 by Bernadine Healy, director of the National Institutes of Health, who described how cardiovascular research focused on symptoms in men, leading to erroneous clinical judgments in women. Within cardiogeriatrics, heart failure is one of the most common pathologies, generating significant consumption of health-care resources. Therefore, providing the best scientific evidence for these patients should be a priority.

KEYWORDS // Cardiogeriatrics; Gender; Older people; Gender Perspective.

Debemos diferenciar entre sexo (concepto biológico diferencial debido a la expresión genética, el funcionamiento molecular y las diferentes hormonas sexuales) y género (con significado más amplio, influido por la epigenética, normas sociales estereotipadas...). Ambos afectan sobre órganos diana (eje hipotálamo-hipofisario, corazón, músculo...), cobrando especial relevancia en la aterosclerosis y la hipertensión, la insuficiencia cardíaca (IC) o la predisposición a arritmias **(1)**. Dentro del sesgo de género, conviene conocer la calidad de la evidencia científica disponible y, dentro del estudio cardiovascular (CV), incluso en algunos estudios preclínicos en modelos animales, no examinan ambos sexos, por lo que los resultados posteriores pueden no

ajustarse a las necesidades de las mujeres que van a recibir dichas intervenciones **(2)**. La infrarrepresentación en los ensayos clínicos de las mujeres, sumada a la que sufre la población anciana, supone un obstáculo para la aplicabilidad de la evidencia disponible **(3)**. El estudio V-HEFT (de 1986) demostró por primera vez que un régimen terapéutico (isosorbida e hidralazina) era capaz de reducir la mortalidad por IC pero, de sus 642 sujetos, el 100% fueron varones ¿Es seguro extrapolar estos resultados para la población restante no incluida?

Este no constituye un ejemplo anecdótico: el estudio PARADIGM-HF **(4)** (que analizó el tratamiento con sacubitrilo/valsartán para la IC con función sistólica reducida,

aportando una nueva diana terapéutica, disminuyendo hospitalizaciones y mortalidad) contó con la participación de un 23% de mujeres. Posteriormente, el escenario ha mejorado, con la inclusión progresiva en los grandes estudios cardiológicos (alcanzando una representación del 50% en diferentes estudios como el EMPEROR-P **(5)**). Dentro de las patologías cardiovasculares nos encontramos con el concepto de desventaja femenina. Se trata de factores personales (conocimiento sesgado de la salud en la propia mujer), factores de riesgo (el tabaquismo, la diabetes o un nivel socioeconómico bajo, que parecen tener mayor impacto sobre la enfermedad coronaria en mujeres **(6)**) y factores intrínsecos de los profesionales sanitarios que pueden generar una falta de equidad **(7)**. La evidencia epidemiológica sugiere que no hay diferencia en el riesgo CV tras la menopausia, por lo que las mujeres pueden tener un falso optimismo con respecto a su grado de protección debido a los estrógenos y subestimar su riesgo **(8)**.


Dentro de la atención médica ejercida por los profesionales sanitarios, es importante la repercusión en los errores diagnósticos, especialmente cuando son tiempo-dependientes, como en la patología isquémica (en algunos estudios se constata un diagnóstico erróneo de hasta el 36% en las mujeres respecto a los hombres **(9)**). El síndrome de Yentl fue acuñado en 1991 por Bernadine Healy, directora de los National Institutes of Health, quien describe como la investigación CV se focalizaba en la sin-

tomatología del varón, generando juicios clínicos erróneos en el sexo femenino. Dentro de la cardiogeriatría, la IC constituye una de las patologías más frecuentes, generando un gran consumo de recursos sanitarios. A nivel mundial, es una de las principales causas de muerte en las mujeres (tras los eventos cerebrovasculares, la demencia y la cardiopatía isquémica), por lo que supone un reto diario para el geriatra, al aumentar su prevalencia con la edad **(7)**, teniendo las mujeres mayor supervivencia global, ya que con el mismo diagnóstico pueden vivir diez años más que los hombres **(10)**. Dentro de sus características, en la mujer anciana debemos destacar la importancia del síndrome metabólico, la existencia de hipotiroidismo subclínico y su importancia en el engrosamiento endotelial de las coronarias, la prevalencia del síndrome de Tako-tsubo, la IC con fracción de eyección preservada y la posibilidad de cardiotoxicidad en aquellas que han padecido cáncer de mama (como la miocardiopatía inducida por antracíclicos) **(3)**. Además, tienen mayor afectación de la función endotelial, mayor predisposición de déficit de hierro y marcada tendencia a desarrollar hipertensión pulmonar primaria. En su sintomatología impera la sensación disneica y la fatiga **(11)** (en ocasiones, con difícil diagnóstico diferencial al acompañarse de desacondicionamiento e intolerancia al ejercicio).

A pesar de todo lo anterior, algunos estudios señalan que las pruebas diagnósticas, tanto invasivas como no invasivas, se realizaban con menos frecuen-

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciente lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

cia en mujeres y, dentro del tratamiento, a excepción paradójicamente de la digoxina, la cual no ha demostrado beneficio en supervivencia e incluso en algunas series aumenta la probabilidad de fallecimiento, el resto de los fármacos de la IC (furosemida, beta bloqueantes, nitratos, estatinas...) eran pautados con mayor frecuencia a los varones (12).

A día de hoy, tenemos la oportunidad de concienciar sobre la necesidad de analizar estos déficits, buscando una medicina personalizada y segura para las usuarias. Desde Geriatría, trabajamos para crear nuestra propia evidencia científica, aportando una atención de calidad adaptada a cada paciente. 

BIBLIOGRAFÍA

1. Ventura-Clapier R, Dworatzek E, Seeland U, Kararigas G, Arnal JF, Brunelleschi S, Carpenter TC, Erdmann J, Franconi F, Giannetta E, Glezerman M, Hofmann SM, Junien C, Katai M, Kublickiene K, König IR, Majdic G, Malorni W, Mieth C, Miller VM, Reynolds RM, Shimokawa H, Tannenbaum C, D'Ursi AM, Regitz-Zagrosek V. *Sex in basic research: concepts in the cardiovascular field*. *Cardiovasc Res*. 2017 Jun 1;113(7):711-724. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/cvr/cvx066>
2. Man JJ, Beckman JA, Jaffe IZ. *Sex as a Biological Variable in Atherosclerosis*. *Circ Res*. 2020 Apr 24;126(9):1297-1319. doi: <https://dx.doi.org/10.1161>
3. Santema BT, Lam CSP. *Heart Failure in Women: Risk Across a Woman's Adult Life*. *J Card Fail*. 2017 May;23(5):379-381. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2017.03.006>
4. McMurray JJV, Packer M, Desai AS et al. *Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure*. *N Engl J Med*. 2014;371(11):993-1004. doi: <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1409077>
5. Packer M, Butler J, Filippatos G et al. *Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction*. *N Engl J Med*. 2021;385(16):1451-1461. doi: <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2107038>
6. Garcia M, Mulvagh SL, Merz CN, Buring JE, Manson JE. *Cardiovascular Disease in Women: Clinical Perspectives*. *Circ Res*. 2016 Apr 15;118(8):1273-1293. doi: <https://dx.doi.org/10.1161/CIRCRESA-HA.116.307547>
7. Woodward M. *Cardiovascular Disease and the Female Disadvantage*. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 1;16(7):1165. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph16071165>
8. Boardman HM, Hartley L, Eisinga A, Main C, Roqué i Figuls M, Bonfill Cosp X, Gabriel Sanchez R, Knight B. *Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in postmenopausal women*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Mar 10;(3):CD002229. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002229>
9. Wu J, Gale CP, Hall M, Dondo TB, Metcalfe E, Oliver G, Batin PD, Hemingway H, Timmis A, West RM. *Impact of initial hospital diagnosis on mortality for acute myocardial infarction: A national*

cohort study. *Eur. Heart J. Acute Cardiovasc. Care.* 2018;7:139-148. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/2048872616661693>

10. Laribi S, Aouba A, Nikolaou M, Lassus J, Cohen-Solal A, Plaisance P, Pavillon G, Jois P, Fonarow GC, Jouglu E, Mebazaa A; GREAT network. *Trends in death attributed to heart failure over the past two decades in Europe.* *Eur J Heart Fail.* 2012 Mar;14(3):234-239. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/eurjhf/hfr182>

11. Adams KF Jr, Fonarow GC, Emerman CL, LeJemtel TH, Costanzo MR, Abraham WT, Berkowitz RL, Galvao M, Horton DP;

ADHERE Scientific Advisory Committee and Investigators. *Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: rationale, design, and preliminary observations from the first 100,000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE).* *Am Heart J.* 2005 Feb;149(2):209-216. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2004.08.005>

12. Opasich *et al.* *The 'real' woman with heart failure. Impact of sex on current in hospital management of heart failure by cardiologists and internists.* *The European Journal of Heart Failure* 6 (2004) 769-779.