



COMENTARIOS A ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Sesgos de género y limitación del esfuerzo terapéutico

Gender bias and limitation of therapeutic effort

Comentario

Sundén et al. realizan un análisis retrospectivo donde comparan un grupo de mujeres con otro de hombres ingresados en UCI con diagnóstico de sepsis severa o shock séptico. Los resultados les hacen concluir que hay una atención diferencial por sexo en el servicio de urgencias, pues las mujeres presentan una finalización menor del *bundle* de sepsis; no obstante, esto no es suficiente para explicar la mayor probabilidad de muerte en el grupo de mujeres. A pesar de los posibles sesgos en la selección de la muestra, dado que en Europa solo uno de cada 3 pacientes con diagnóstico de sepsis ingresa en la UCI, y la falta de información sobre comorbilidades y fuentes de infección, obtuvieron como resultados que la asociación entre sexo y mortalidad podría estar mediada por otros factores no medidos, dada la falta de significación estadística en la asociación¹. Trabajos de revisión sobre sepsis y género^{2,3} (aunque, realmente, la variable contemplada en dichos estudios es el sexo), no son concluyentes y presentan disparidad de resultados sobre la atención diferencial y la mayor mortalidad en mujeres.

¿Es suficiente la desagregación por sexo para poder explicar las desigualdades en salud entre mujeres y hombres? Para ello, debemos definir 2 conceptos fundamentales^{4,5}:

- **sexo**, entendido como la expresión biológica de la especie humana sexuada, manifestada a nivel anatómico, cromosómico, fisiológico y entendida a nivel epidemiológico/estadístico como variable dicotómica (mujer/hombre), y
- **género**, definido como una construcción sociocultural que diferencia lo femenino y lo masculino a partir de la manifestación de roles atribuidos socialmente, expresión de identidades, comportamientos y valores que determinan la forma de relación entre las personas.

El modelo biomédico, utilizado tradicionalmente en la investigación y la atención de la enfermedad, parte de una visión androcéntrica: toma como patrón humano el patrón

masculino, invisibilizando las posibles diferencias que pueden existir con la otra mitad de seres humanos, las mujeres. Es cierto que existen similitudes biológicas entre mujeres y hombres, dado que son individuos de la misma especie, pero también existen diferencias en las formas de presentación de las enfermedades, su prevalencia y la respuesta al tratamiento⁵.

Las diferencias estrictamente biológicas, ligadas al sexo, no son las únicas que justifican estas manifestaciones diferenciales. Uno de los principales factores, aunque menos estudiado, aglutina las distintas condiciones de vida, ligadas, en este caso, al género. Las diferencias en el tiempo dedicado a las cargas de cuidado, a las tareas domésticas o al ocio, entre otros elementos, determinan la salud de las personas y generan desigualdades en salud para unas y otros⁴⁻⁶.

Es en este escenario donde actúan los denominados sesgos de género, entendidos como «la diferencia en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud»^{5,7}. Esta atención errónea y desigual viene determinada por:

- no considerar las diferencias biológicas existentes entre ambos sexos y
- la influencia en las formas de experimentar la enfermedad debida a los condicionantes de género^{1,5-7}.

En el primer planteamiento, es importante poder investigar y determinar la existencia o no de diferencias específicas relacionadas con los procesos fisiológicos y que puedan estar mediadas por el sexo. Los conocimientos producidos sobre investigaciones en los hombres blancos se han extrapolado al resto de la humanidad. Se ha avanzado poco desde la prohibición de participación de las mujeres en los ensayos clínicos en 1977 en la Food and Drug Administration, ya que actualmente sigue habiendo una infrarrepresentación de las mujeres en la investigación, que sigue sin poder determinar los efectos de fármacos en relación con el tratamiento durante las etapas del ciclo vital de las mujeres (menarquía, ciclo menstrual activo y sus fases, tras la menopausia) efectos sobre la fertilidad y efectos en mujeres con tratamiento de terapia hormonal sustitutiva⁵⁻⁸. En el caso de la sepsis, según los estudios de revisión^{2,3} las mujeres tienen una representación en los mismos en torno al 30%.

Sundén-Cullberg J, Nilsson A, Inghammar M. Sex-based differences in ED management of critically ill patients with sepsis: a nationwide cohort study. *Int Care Med.* 2020;46:727-736. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05910-9>

Resumen

Objetivo: Comparar el manejo y los resultados en mujeres y hombres en estado crítico por sepsis en los servicios de urgencias extrahospitalarias, los servicios de urgencias hospitalarias y las unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Método: Utilización de los datos de las encuestas suecas National Quality Sepsis Registry y Swedish Intensive Care Registry para identificar una cohorte, a escala nacional, de 2.720 personas ingresadas en una UCI dentro de las 24 h siguientes a la llegada a cualquiera de las 32 unidades de urgencias hospitalarias suecas, con un diagnóstico de sepsis severa o shock séptico, entre 2008 y 2015.

Resultados: del total de pacientes de la muestra, el 44,5% eran mujeres. En los servicios de Urgencias extrahospitalarias un porcentaje mayor en el grupo de los hombres tenía todos los signos vitales registrados (54,4 vs. 49,9%, $p = 0,02$) y recibió líquidos por vía intravenosa y oxígeno (40,0 vs. 34,8%, $p = 0,02$). En el servicio de Urgencias hospitalario, los hombres habían completado el *bundle* de sepsis en la primera hora en el 41,5% de los casos en comparación con el 30,0% en las mujeres ($p < 0,001$) y habían recibido antibióticos en un tiempo menor: 65 (RIQ 30-136) vs. 87 min (RIQ 39-172) ($p = 0,0001$). No hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la carga de trabajo de enfermería en la UCI, la ventilación mecánica o la duración de la estancia en la UCI. En el análisis multivariante ajustado por gravedad, la OR para las mujeres a las que se les aplicó el *bundle* completo, en comparación con los hombres, fue de 0,64 (IC: 0,51-0,81). La mortalidad a los 30 días fue del 25,0% para las mujeres y del 23,1% para los hombres ($p = 0,24$). La OR ajustada para la muerte femenina fue de 1,28 (IC: 1,00-1,64), pero el aumento de la mortalidad no estuvo mediado por la finalización diferencial del *bundle* de sepsis.

Conclusiones: las mujeres y los hombres con sepsis grave o shock séptico recibieron atención diferencial en el servicio de urgencias, pero esto no explica la mayor probabilidad de muerte en las mujeres.

Además, la presentación clínica puede ser diferente en las mujeres y los hombres, pero se ignoran posibles diferencias entre los sexos, denominando presentaciones atípicas, por ejemplo, los síntomas del infarto agudo de miocardio en las mujeres (solo un 30% de las mujeres presentan los síntomas tradicionalmente referenciados del infarto: dolor torácico que irradia a brazo izquierdo, frente a otros más inespecíficos como dolor en el hombro, dolor abdominal, náuseas). Dado que los profesionales no han sido formados en estas diferencias, buscan un patrón clínico androcéntrico, retrasando el diagnóstico y también el tratamiento: el sesgo por menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico se

ve condicionado por no tomar en consideración las posibles diferencias entre los sexos y las distintas formas de experimentar la enfermedad^{5,7}.

En el caso que nos ocupa, la variabilidad de marcadores inflamatorios (factor de necrosis tumoral alfa, interleucina-6 e interleucina-10) en ambos grupos, así como los niveles de hormonas sexuales, también en ambos grupos y desagregados por edad, atendiendo al ciclo fértil en la mujer, podrían arrojar datos a tener en cuenta para considerar la diferencia sexual como elemento determinante sobre la mortalidad de la sepsis².

En el segundo planteamiento, puede haber un comportamiento diferencial por sexos en relación con los procesos de socialización. Los roles de género son modelos de comportamiento socialmente establecidos que marcan las formas en que las personas buscan ayuda o expresan su sintomatología ante el proceso de enfermedad (salud-enfermedad) que están experimentando. También determinan la forma en que las personas acceden a los recursos sanitarios, tanto el nivel asistencial (atención primaria, urgencias, atención especializada) como la interacción y la comunicación con los profesionales sanitarios⁴⁻⁸.

Los roles de género condicionan una presentación distinta de la enfermedad entre las mujeres y los hombres. Por ejemplo, según el rol tradicional de feminidad, las mujeres tienen una mayor autopercepción de los trastornos corporales que traducen en estados anímicos y sensación de enfermedad. Por el contrario, desde la masculinidad tradicional, hay una sensación de invulnerabilidad y la autopercepción de enfermedad se retrasa en el tiempo. Este modelo de comportamiento determina que las mujeres busquen ayuda con más frecuencia que los hombres y en servicios de Atención Primaria frente a los hombres, que buscan ayuda en servicios de Urgencias y Atención especializada cuando la sintomatología es más manifiesta. Así, estas formas de experimentar la enfermedad o de buscar ayuda alimentan estereotipos de género: las mujeres se quejan más y por causas más inespecíficas que los hombres, los hombres consultan cuando están más graves. Estos estereotipos son una de las bases de los sesgos de género en la atención: los profesionales de salud dan mayor credibilidad a la gravedad de los hombres comenzando aquí el menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con las mujeres^{7,9}.

En el trabajo de Suden et al. se objetiva un menor registro de signos vitales en las mujeres, que recibieron también menor tratamiento (líquidos por vía intravenosa y oxigenoterapia) durante su atención de urgencias extrahospitalarias. También la atención en urgencias hospitalarias fue distinta: los hombres tuvieron completo el *bundle* de sepsis en una hora en el 41,5% de los casos frente al 30% de finalización del paquete para las mujeres, que también recibieron antibióticos más tarde. Esto se corroboró al estratificar por grupos de edad a las mujeres y los hombres.

Para evitar obviar estas diferencias de sexo y género, que influyen en la salud y el bienestar de mujeres y hombres, se propone la incorporación de un enfoque de género en la investigación y la atención. Para ello, sería necesaria la implementación transversal de contenidos de género en la formación de los profesionales sanitarios, así como iniciativas para la inclusión activa de la perspectiva de género en la investigación, base del conocimiento^{3,5-9}.

Bibliografía

1. Wilcox ME, Donnelly JP, Lone NI. Understanding gender disparities in outcomes after sepsis. *Intensive Care Med.* 2020;46:796–8.
2. Papathanassoglou E, Middleton N, Benbenisty J, Williams G, Christofi MD, Hegadoren K. Systematic review of gender-dependent outcomes in sepsis. *Nurs Crit Care.* 2017;22:284–92.
3. Failla KR, Connelly CD. Systematic review of gender differences in sepsis management and outcomes. *J Nurs Scholarsh.* 2017;49:312–24.
4. Heidari S, Babor TF, de Castro P, Tort S, Curnoo M. Sex and gender equity in research: Rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Res Integr Peer Rev.* 2016;1:2, <http://dx.doi.org/10.1186/s41073-016-0007-6>.
5. Ruiz-Cantero MT, Tomás-Aznar C, Rodríguez-Jaume MJ, Pérez-Sedeño E, Gasch-Gallén A. Agenda de género en la formación en ciencias de la salud. *Gac Sanit.* 2019;33:485–90.
6. Vázquez-Santiago S, Garrido Peña F. El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria. *Enferm Clin.* 2016;25:76–80.
7. Ruiz-Cantero MT, Blasco-Blasco M, Chilet Rosell E, Peiro AM. Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria. *Farm Hosp.* 2020;44:109–13.
8. Heise L, Greene ME, Opper N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, et al. Gender inequality and restrictive gender norms: Framing the challenges to health. *The Lancet.* 2019;393(10189):2440–54.
9. Ussher JM. Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Fem Psychol.* 2013;23:63–9, <http://dx.doi.org/10.1177/0959353512467968>.

M.-G. Cid-Expósito* y A. Alameda-Cuesta
Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: gema.cid@urjc.es
 (M.-G. Cid-Expósito).