LADYDIAB: lo que opinan los profesionales

Pilar Buil Cosiales

Médico de familia. Atención Primaria. Centro de Salud de Azpilagaña (Navarra). Miembro del grupo de trabajo Ladydiab. redGDPS

En los últimos años la relación del género y el sexo (GyS) con la salud ha cobrado una gran importancia. La educación en medicina de género (*gender medicine education*) se considera un tema con suficiente calado como para incluirlo en el currículo académico tanto en el pregrado como en el posgrado. Medicina GyS específica se define como la práctica de la medicina basada en el entendimiento de que la biología (sexo) y los roles sociales (género) son importantes y tienen una implicación en la prevención, el cribado, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad en hombres y mujeres[1]. Dada la importancia del abordaje en su totalidad, a lo largo de todo el artículo nos referiremos siempre de forma conjunta a ellos con el término de GyS.

Hay ya una amplia base científica sobre las diferencias en el abordaje de la diabetes mellitus (DM) tanto desde el punto de vista del sexo como del género[2]. Estas existen en todos los aspectos de la enfermedad, tanto en los psicosociales como en el diagnóstico, en el riesgo cardiovascular y en la diferente respuesta a los tratamientos. No obstante, quedan muchas lagunas en el conocimiento de estas diferencias en todos los apartados.

El estudio LADYDIAB es un estudio más amplio, del que vamos a comentar la parte que tiene como objetivo conocer qué opinan y qué saben sobre el abordaje de GyS en los pacientes con DM los profesionales que atienden a estos pacientes en nuestro entorno. Este estudio consistió en una encuesta de 24 preguntas sobre distintos aspectos de la influencia del GyS en la DM que se envió a través de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS) y que fue contestada por algo más de 1000 profesionales repartidos por todas las comunidades autónomas, tanto por médicos de familia (721) como por endocrinólogos (27), internistas (20), enfermeras (161) y también residentes (34).

Una gran parte (77 %) de los profesionales que la contestaron decían estar más interesados en la DM que la mayoría de sus colegas, hecho esperable debido a la manera de difundir la encuesta (a través de la redGDPS). Sin embargo, tan solo un 47 % (un 51 % de las mujeres y un 42 % de los hombres) contestó que el abordaje según el GyS es importante en el caso de la DM y un 33 % contestó que no tenía una opinión con respecto a este tema.

Los encuestados parecen tener más claro a qué se deben estas diferencias: el 81 % de los participantes contestó que las diferencias tenían que ver tanto con factores biológicos como socioeconómicos o psicológicos, pero llama la atención que casi un 10 % contestara que las diferencias tenían que ver tan solo con aspectos biológicos. Esta respuesta fue similar en ambos sexos. En el caso de la DM, la biología (sexo) parece ser muy importante, pero no debemos olvidar el resto de los condicionantes (género)[3].

Al analizar las respuestas según la especialidad, encontramos que los endocrinólogos son los que consideran el abordaje según el GyS en la DM como más importante (59,2 %), seguidos de los residentes (52,94 %), aunque estas diferencias no tenían significación estadística. Estas diferencias aumentan cuando analizamos a los varones por separado (tabla 1),

Tabla 1. Porcentaje de acuerdo con la importancia del abordaje de género en la diabetes según especialidad. Datos en porcentaje con intervalo de confianza del 95 %

	Endocrinólogos	Internistas	Médicos de familia	Residentes	Enfermera	Otros	p (χ^2)
Total	59 (39-78)	45 (23-68)	47 (43-51)	53 (35-70)	44 (37-52)	41 (24-59)	0,689
Hombres	83 (52-98)	44 (20-70)	41 (36-46)	60 (26-88)	37 (19-58)	40 (19-64)	0,065
Mujeres	40 (16-67)	50 (6-93)	54 (49-60)	50 (29-71)	46 (37-54)	42 (15-72)	0,541

sin conseguir tampoco significación estadística. Esta falta de significación puede deberse a lo pequeño de algunos grupos, lo que ocasiona unos intervalos de confianza muy amplios. Entre las mujeres de las distintas especialidades observamos menos diferencias en las respuestas.

En la tabla 2 podemos ver cómo se distribuye el porcentaje de profesionales que le dan importancia al abordaje de GyS según aumentan los años de ejercicio; también en el total de la muestra y en los dos subgrupos según el sexo del encuestado. Llama la atención que, aunque sin significación estadística en el test de la χ^2, la creencia en que este abordaje es importante en los pacientes con DM disminuye con los años de ejercicio en el total de la muestra. De la misma manera que en el análisis anterior, estas diferencias aumentan cuando el análisis es solo entre los varones, para disminuir al igual que en el caso anterior cuando analizamos solo a las mujeres.

Al realizar un análisis mediante regresión logística considerando como variable dependiente valorar como importante el abordaje de GyS en la DM, encontramos que al aumentar los años de experiencia profesional disminuye la *odds ratio* (OR) (tabla 3), con una *p* de tendencia de 0,030 que se mantiene al ajustar por especialidad y por interés por la DM, pero desaparece al ajustar por género. Es decir, es el sexo del profesional el predictor de la sensibilidad al abordaje de GyS en esta patología.

Esta falta de conocimiento sobre la importancia que tiene el género en el manejo de la DM puede ayudarnos a explicar (como no nos parece importante este abordaje no nos formamos en él) o ser explicada (como no conocemos las diferencias no creemos que este abordaje sea importante) debido al bajo nivel de conocimientos encontrados en el resto de la encuesta.

Este hecho no ocurre solo en nuestro país, ya que, aunque no hemos encontrado bibliografía sobre la opinión, la sensibilidad o los conocimientos de los profesionales sobre la importancia del GyS en el desarrollo y en el manejo de la DM, sí la hay, aunque escasa, sobre esta relación con la enfermedad cardiovascular o con la enfermedad en general[4]. Así, en un estudio en EE. UU., menos del 50 % de los residentes estaba de acuerdo en que era importante considerar el GyS al atender a los pacientes y, al igual que en nuestro estudio, esta respuesta era más alta entre las mujeres (60 %) que entre los hombres (39 %). Otro estudio realizado también en EE. UU. entre residentes evidenció que, aunque los conocimientos sobre prevención cardiovascular eran buenos, estos disminuían a un 54 % en las preguntas específicas de género. En este trabajo no se encontraron diferencias entre los dos sexos[5]. Estos estudios se basaban en preguntas sobre todo en el área biomédica. En un estudio más reciente llevado a cabo en Holanda[6] y que utilizaba una escala para evaluar la actitud de los residentes ante los temas de GyS previa a la implantación de un programa de formación general al respecto, se describe una sensibilidad mejor que la nuestra, sin diferencias entre los dos sexos. El nivel de conocimientos en este estudio era también muy bajo.

Una forma indirecta de medir la opinión y los conocimientos de los profesionales es estudiar qué es lo que hacemos en la práctica. Varios estudios han constatado que el

Tabla 2. Porcentaje de acuerdo con la importancia del abordaje de género en la diabetes según los años de ejercicio. Datos en porcentaje con intervalo de confianza del 95 %

	Residentes	5-10 años	10-20 años	20-30 años	Más de 30 años	*p* (χ^2)
Total	53 (43-65)	54 (43-64)	52 (44-59)	44 (39-50)	44 (38-50)	0,158
Hombres	57 (34-78)	63 (38-84)	43 (31-55)	37 (29-45)	43 (36-50)	0,127
Mujeres	51 (36-66)	52 (40-64)	57 (47-66)	50 (43-57)	47 (47-58)	0,647

Tabla 3. Relación entre los años de ejercicio y la importancia del abordaje de género (*odds ratio* e intervalo de confianza del 95 %)

	Residente	5-10 años	10-20 años	20-30 años	> 30 años	Tendencia
Análisis crudo	1	1,0 (0,55-1,95)	0,95 (0,54-1,67)	0,71 (0,42-1,20)	0,69 (0,40-1,18)	0,030
Ajuste 1	1	1,01 (0,50-2,02)	0,97 (0,51-1,83)	0,71 (0,38-1,32)	0,68 (0,36-1,27)	0,056
Ajuste 2	1	0,98 (0,48-1,99)	1,03(0,53-1,99)	0,72 (0,38-1,36)	0,66 (0,35-1,26)	0,036
Ajuste 3	1	0,98 (0,48-1,98)	1,07 (0,56-2,08)	0,77 (0,41-1,45)	0,80 (0,42-1,54)	0,261

Ajuste 1: ajustado por especialidad.
Ajuste 2: ajustado por especialidad e interés por la diabetes.
Ajuste 3: ajustado por especialidad, interés por la diabetes y género.

control de los factores de riesgo es peor en las mujeres que en los hombres con DM, sobre todo en el control de la presión arterial y el colesterol, tanto en prevención primaria como secundaria Sin embargo, estos resultado podrían tener relación con las diferencias biológicas entre ambos, ya que podría ser más difícil conseguir estos objetivos en las mujeres. Varios estudios han objetivado que las mujeres tomaban más estatinas que los hombres a pesar de este peor control. Otros[7] han encontrado que las mujeres tenían con menor frecuencia medido el colesterol, tanto en las pacientes sin complicaciones como en las que manifiestan al menos una complicación de su DM, así como menos veces explorados los pies o el fondo de ojo[8].

Una de las herramientas que podrían ayudar a cambiar esta percepción sería incluir en las guías de práctica clínica el abordaje de GyS. En los últimos años la American Heart Association ha publicado dos revisiones de una guía para la prevención de la enfermedad cardiovascular en mujeres[9]. No obstante, las guías sobre el seguimiento y el tratamiento de la DM raramente ofrecen recomendaciones específicas según el sexo en el tratamiento[3]. Aunque todas hablan de que debemos realizar un abordaje individualizado del paciente con DM según la edad, comorbilidad, etc., a todas ellas se les olvida añadir el GyS a esta lista[2]. Así, en los estándares de la ADA 2017 se utiliza el término *women* en 153 ocasiones, la mayoría de ellas en relación con la DM gestacional.

Tampoco los investigadores han dado importancia a estas diferencias; así, durante muchos años en los estudios se han ajustado los datos según el sexo, pero sin aportar datos independientes para cada uno de ellos, por lo que no han añadido mucho conocimiento a lo que ya se conocía: que el sexo era un determinante de enfermedad. Esto podría estar cambiando. En 2015 los National Institutes of Health (NIH) estadounidenses y la Comisión Europea decidieron promover los factores relacionados con el GyS en la investigación biomédica, ya desde la investigación básica, y los incluyeron en los impresos de solicitud de fondos, lo que se ha visto como un gran avance en la investigación biomédica. Esperemos que se den pasos importantes también en otros aspectos de estas diferencias y que, igualmente, estos conocimientos lleguen a la práctica.

PUNTOS CLAVE

- Los conocimientos en cuanto a la importancia de considerar el GyS en la atención a los pacientes en general y a la DM en particular son bajos.
- La percepción sobre la importancia de este tema es mayor en las profesionales mujeres.
- Deberían incluirse pautas para este abordaje en las guías de práctica clínica.
- Se debe seguir investigando en las respuestas a la enfermedad y al tratamiento según GyS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jenkins MR, Herrmann A, Tashjian A, Ramineni T, Ramakrishnan R, Raef D, et al. Sex and gender in medical education: a national student survey. Biol Sex Differ 2016;7:45.
2. Kautzky-Willer A, Harreiter J. Sex and gender differences in therapy of type 2 diabetes. Diabetes Res Clin Pract 2017;131:230-41.
3. The Lancet Diabetes & Endocrinology. Sex disparities in diabetes: bridging the gap. Lancet Diabetes Endocrinol 2017;5:839.
4. Kling JM, Rose SH, Kransdorf LN, Viggiano TR, Miller VM. Evaluation of sex- and gender-based medicine training in post-graduate medical education: a cross-sectional survey study. Biol Sex Differ 2016;7:38.
5. Rowe DO, DeFilippis A, Dantzler DM, Kripalani S, Doyle J, Sperling L. Assessment of gender-specific preventive cardiovascular knowledge among house staff: Potential impact on cardiovascular management. Gend Med 2009;6:471-8.
6. Dielissen P, Verdonk P, Waard MW, Bottema B, Lagro-Janssen T. The effect of gender medicine education in GP training: a prospective cohort study. Perspect Med Educ 2014;3:343-56.
7. Yu MK, Lyles CR, Bent-Shaw LA, Young BA. Sex disparities in diabetes process of care measures and self-care in high-risk patients. J Diabetes Res 2013;2013.
8. Rossi MC, Cristofaro MR, Gentile S, Lucisano G, Manicardi V, Mulas MF, et al. Sex disparities in the quality of diabetes care: biological and cultural factors may play a different role for different outcomes: a cross-sectional observational study from the amd annals initiative. Diabetes Care 2013;36:3162-8.
9. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women-2011 update. J Am Coll Cardiol 2011;57:1404-23.