

LADYDIAB. Encuesta a profesionales

José Manuel Millaruelo Trillo

Médico de familia. Centro de Salud Torrero La Paz. Zaragoza

La enfermedad cardiovascular presenta en la mujer unas características diferenciales que acarrearán, de un modo general, unos peores resultados cuando se produce un evento de ese tipo. Bien es cierto que la enfermedad cardiovascular es menos prevalente en la mujer hasta las últimas décadas de la vida, pero ello no debería ser óbice para intentar estudiar cuál es la razón de ese pronóstico más desfavorable. Y aunque este problema se puso de manifiesto ya en 1983 en un trabajo de referencia en *New England Journal of Medicine*¹, no ha habido un interés especial a pesar de múltiples recomendaciones.

Sabemos que la diabetes representa en la mujer un riesgo relativo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular superior al del varón^{2,3}, y siendo este un paradigma de la situación comentada, nos pareció de gran interés realizar un estudio que diese alguna respuesta a variables que podemos valorar en nuestro medio de Atención Primaria, dejando para otros los aspectos farmacológicos, genéticos o fisiopatológicos que nosotros solo podemos esbozar.

Cuando empezamos a estudiar las características diferenciales de la mujer diabética, sobre las que publicamos un somero resumen en *Diabetes Práctica*, nos dimos cuenta de varias circunstancias:

- Existe una llamativa falta de presencia de la mujer en los estudios cardiovasculares⁴, y tampoco se realiza un análisis de género⁵ de los resultados, con lo que se supone que el efecto de determinada actuación o fármaco es similar en mujeres y varones. A pesar de las recomendaciones de organismos públicos como el National Institutes of Health estadounidense⁶ o la Agencia Europea de Medicamentos, esta situación persiste⁷. Además, existe bibliografía sobre el método que se ha de utilizar⁸ y cómo valorar su aplicación⁹.
- También existe un desconocimiento de estas diferencias y de su repercusión clínica y funcional entre el personal sanitario¹⁰, lo que hace que la valoración de su importancia sea escasa.
- Y a pesar de lo importante que resulta la participación del propio paciente en los cuidados cuando de

una enfermedad crónica se trata^{11,12}, no se conocen ni valoran los aspectos psicosociológicos diferenciales por género en el manejo y vivencias de los pacientes que padecen diabetes.

Todo ello nos llevó a proponer un trabajo con tres partes diferenciadas, que consideramos complementarias:

- Una encuesta sobre conocimientos y creencias y actitudes dirigida a personal sanitario, fundamentalmente de Atención Primaria, pero también a especialistas hospitalarios (endocrinólogos, cardiólogos, internistas, geriatras, etc.) y personal de enfermería.
- Un programa de grupos nominales con varones y mujeres diabéticas para analizar sus diferencias respecto al afrontamiento, manejo y vivencias relacionadas con la enfermedad.
- Un estudio transversal sobre el manejo en condiciones de práctica real de los factores de riesgo cardiovascular en varones y mujeres con diabetes, así como la epidemiología de las complicaciones que puedan presentar y los posibles factores que expliquen diferencias, con especial atención a la adherencia al tratamiento (figura 1).

Nos corresponde en esta ocasión comunicar los primeros resultados de la encuesta, cuya inclusión de profesionales finalizó a mitad de junio del presente año y en la que muchos de los lectores, estamos seguros, tuvieron una participación que agradecemos muy sinceramente.

Presentamos inicialmente un análisis demográfico sencillo con los siguientes datos de los participantes:

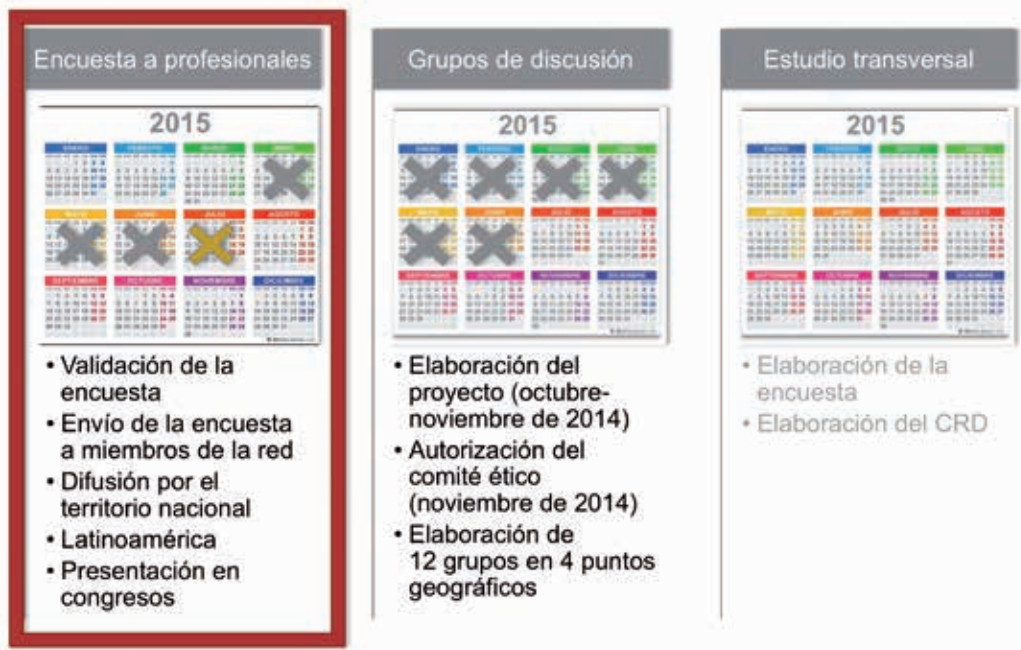
- Edad: mayoritariamente profesionales de entre 40 y 60 años.
- Sexo: el 53 % de mujeres y el 47 % de varones.
- Interés por la diabetes: casi un 80 % señaló tener un especial interés por la diabetes, en mayor o menor grado, lo que resulta lógico, dado que la información y las peticiones de participación surgieron de la página web de la redGDPS o de reuniones relacionadas con la diabetes. Ello nos hace pensar que

personas menos interesadas hubiesen sido menos competentes para contestar adecuadamente los ítems de conocimientos.

- Años desde la finalización de los estudios: la mayoría tenía muchos años de profesión, entre 10 y más de 30 años (figura 2).

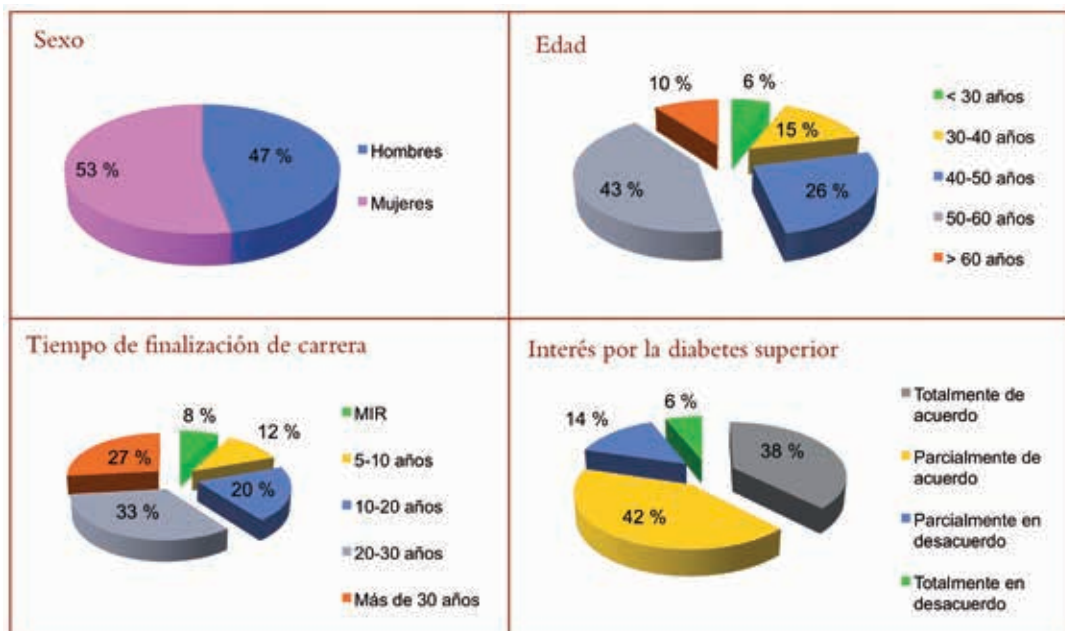
También queremos señalar la participación de los distintos profesionales y comunidades, teniendo en cuenta que debería influir la población de estas, y enfatizar y agradecer la labor de algunos compañeros que han conseguido una participación muy numerosa en las suyas. Ignoraremos la situación contraria, que también se ha producido (figura 3).

Figura 1. Partes del proyecto



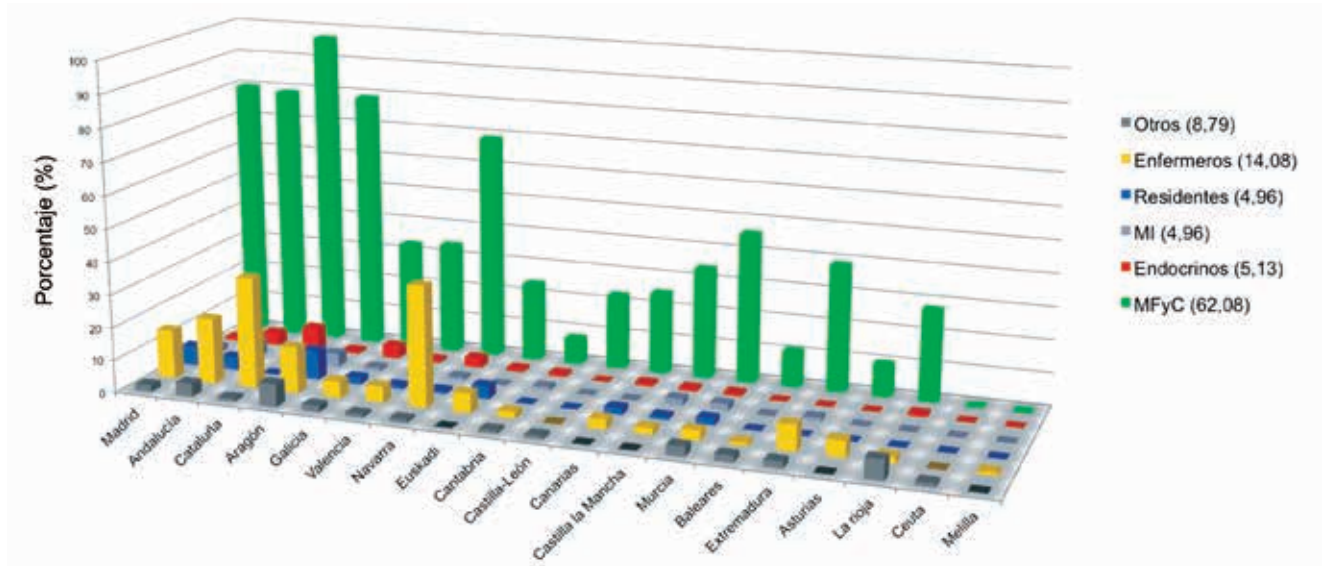
CRD: cuaderno de recogida de datos.

Figura 2. Resultados



Total: 1.250 encuestados. Latinoamérica: 248

Figura 3. Comunidad autónoma-especialidad



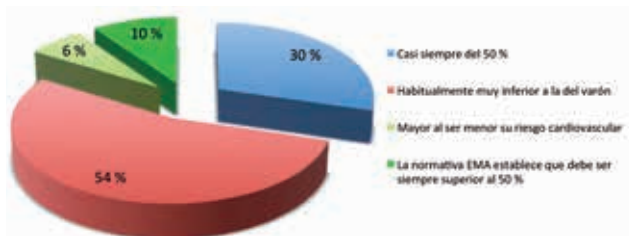
MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria; MI: Medicina Interna.

Dada la complejidad del análisis de todas las respuestas en esta fase inicial, decidimos valorar las que, por común acuerdo de los coordinadores del estudio, pensamos que eran las que con mayor precisión contestaban a los temas preguntados, y elegimos 6 del total de 24 para este primer análisis, cuyos resultados comentamos brevemente, con su exposición y el porcentaje de contestaciones que consideramos correctas.

PREGUNTAS

La presencia de la mujer en los estudios de prevención o tratamiento de la enfermedad cardiovascular... (figura 4)

Figura 4. Porcentaje de contestaciones que consideramos correctas: 54 %



Ninguna de las variables estudiadas presenta significación estadística (especialidad, tiempo de ejercicio, género, interés por la diabetes)

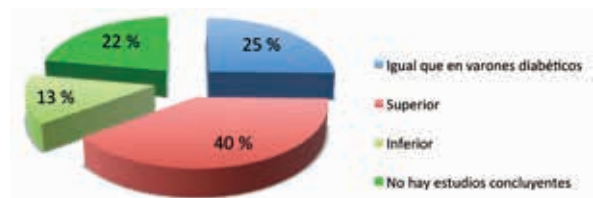
EMA: Agencia Europea de Medicamentos.

1. Es casi siempre del 50 %.
2. Es habitualmente muy inferior a la del varón.
3. Es mayor al ser menor su riesgo cardiovascular.
4. La normativa de la EMA establece que debe ser siempre superior al 50 %.

Uno de los principales problemas a los que nos enfrentamos al valorar las características de la enfermedad cardiovascular en la mujer diabética es la escasa presencia de la mujer en estos estudios, habitualmente del 20 %. Es preocupante que casi la mitad de las respuestas tenga desconocimiento de este hecho, porque ello impide la valoración crítica de la mayoría de los estudios y reduce las posibilidades de otros enfoques para la investigación.

El incremento de riesgo cardiovascular asociado a la diabetes, en el caso de las mujeres diabéticas... (figura 5)

Figura 5. Porcentaje de contestaciones que consideramos correctas: 40 %



Solo el menor interés en diabetes tiene relación con una OR de 0,47 y 0,46

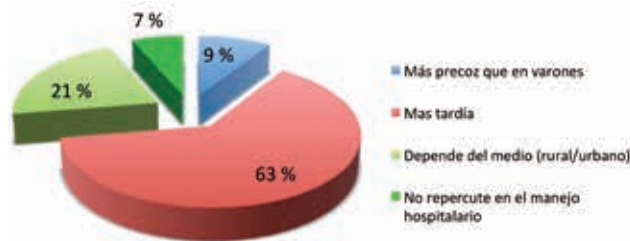
OR: odds ratio.

1. Es igual que en el caso de los varones diabéticos.
2. Es mayor que en el caso de los varones diabéticos.
3. Es menor que en el caso de los varones diabéticos.
4. No hay estudios suficientes para una respuesta concluyente.

La idea general es que la enfermedad cardiovascular es cosa de varones, y en parte es cierto hasta las edades medias de la vida, pero existen suficientes evidencias del mayor peso de la diabetes como factor de riesgo cardiovascular en las mujeres. Si no lo tenemos presente ante una mujer con diabetes, probablemente nuestra conducta clínica no sea la adecuada.

La llegada a los servicios de urgencia de las mujeres con cardiopatía isquémica... (figura 6)

Figura 6. Porcentaje de contestaciones que consideramos correctas: 63 %



Género: OR de 1,75 (1,25-2,44)
 Tiempo de ejercicio: OR de 3,04 (1,39-6,65);
 2,09 (1,05-4,15); 3,60 (1,84-7,05); 2,95 (1,48-5,89)

OR: odds ratio.

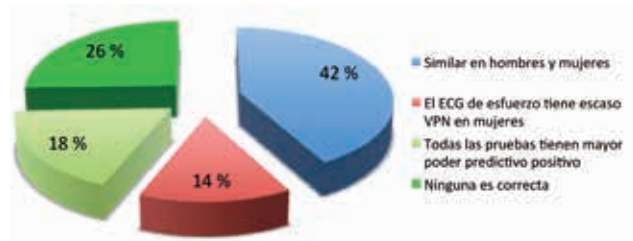
1. Es más precoz que en los varones porque se asustan más.
2. Es más tardía porque valoran menos la probabilidad del problema que padecen.
3. Depende del medio rural o urbano en que habiten.
4. No tiene una repercusión importante en el manejo intrahospitalario de la enfermedad.

Tal vez por nuestra experiencia clínica sabemos que es así, y una vez que el conocimiento es correcto, el esfuerzo deberá estar encaminado a mentalizar a las mujeres para que eviten esa situación. Existen numerosas encuestas en las que, al ser preguntadas, la situación que ellas consideran de mayor riesgo de muerte es el cáncer de mama y, como sabemos, no es cierto.

En el diagnóstico de cardiopatía isquémica, el rendimiento de las pruebas diagnósticas habituales

(electrocardiograma de esfuerzo, ecocardiograma de estrés, coronariografía, etc.), teniendo en cuenta el valor predictivo positivo o negativo... (figura 7)

Figura 7. Porcentaje de contestaciones que consideramos correctas: 14 %



Ninguna de las variables estudiadas presenta significación estadística (especialidad, tiempo de ejercicio, género, interés por la diabetes)

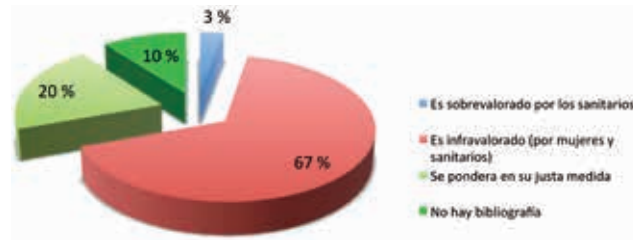
ECG: electrocardiograma de esfuerzo; VPN: valor pronóstico negativo.

1. Es similar en hombres o mujeres.
2. El electrocardiograma de esfuerzo tiene un escaso valor predictivo negativo en la mujer.
3. Todas las pruebas tienen mayor poder predictivo positivo en la mujer, la menor prevalencia de cardiopatía isquémica.
4. Ninguna respuesta es cierta.

Tal vez sea una pregunta un poco compleja, pero lo cierto es que el electrocardiograma de esfuerzo es una prueba mucho menos valiosa en la mujer que en el varón. Pero no podemos quedarnos ahí, debemos encontrar de qué manera podemos valorar mejor el riesgo de evento coronario en la mujer diabética antes de que se produzca. Los cardiólogos tendrían mucho que decir.

Respecto al riesgo cardiovascular en general y al que acarrea la diabetes en las mujeres... (figura 8)

Figura 8. Porcentaje de contestaciones que consideramos correctas: 67 %



Género: OR de 1,82 (1,29-2,55)
 Tiempo de ejercicio: OR de 1,44 (0,67-3,12);
 2,73 (1,33-5,61); 2,00 (1,02-3,94); 2,29 (1,13-4,60)

OR: odds ratio.

1. Es sobrevalorado por los sanitarios.
2. Es infravalorado por las mujeres y los propios sanitarios.
3. Es ponderado en su justa medida por todos.
4. No existe bibliografía que aclare esta respuesta.

En este caso, hecho el énfasis en una pregunta anterior en el protagonismo de la mujer, de su educación sanitaria para reconocimiento precoz de síntomas y de su actitud muchas veces resignada, es preciso también mejorar los conocimientos y la actitud de profesionales que no valoran adecuadamente unos signos que muchas veces son mas inespecíficos que en el varón.

El pronóstico de un evento cardiovascular en la mujer con diabetes... (figura 9)

Figura 9. Porcentaje de contestaciones que consideramos correctas: 41 %



1. Es peor que en el varón diabético.
2. Es mejor que en el varón diabético.
3. Es mejor a corto plazo pero peor a largo plazo.
4. Solo es peor en caso de insuficiencia cardíaca.

Probablemente influido por la mayor edad y comorbilidad, el pronóstico es peor en las mujeres. También hay razones anatómicas, fisiopatológicas o farmacológicas que pueden explicarlo.

CONCLUSIÓN

Este primer análisis nos pone de manifiesto que existen muchas oportunidades de mejora para revertir conceptos que resultan inadecuados para la correcta atención a la mujer con diabetes, objetivo del estudio.

Por supuesto, está previsto realizar análisis más complejos de tipo bivariante y multivariante que nos den más luz acerca de los temas de estudio y que prevemos publicitar en las revistas más adecuadas, así como en reuniones nacionales y congresos el próximo año.