

NO HACER EN PERSPECTIVA DE GÉNERO

Documentos semFYC



**NO
HACER**

en perspectiva
de género

Nº 49



NO HACER
EN PERSPECTIVA DE GÉNERO



© 2025, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfy.com

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Coordinación y dirección editorial:

Congresos y ediciones semFYC

Carrer del Pi, 11, 2.ª planta, of. 13
08002 Barcelona
ediciones@semfy.com

Diseño: falcó

ISBN: 978-84-129828-9-3
Depósito legal: B-10317-2005

Printed in Spain



NO HACER **EN PERSPECTIVA DE GÉNERO**



Coordinación

Luz de Myotanh Vázquez Canales
Almudena Núñez Fernández-Shaw
Miguel García Hernández

Revisión interna

Miguel García Hernández
María Garrido Contreras
Almudena Núñez Fernández-Shaw
Anna Pujol Flores
Yuki Sepúlveda Muro
Luz de Myotanh Vázquez Canales

Revisión externa

Remedios Martín Álvarez

Autoría

Enric Aragonés Benaiges. GdT de Salud Mental de la semFYC
Mencia Benítez Camps. GdT de Hipertensión Arterial de la semFYC
Ana Benito López. GdT de Salud Basada en las Emociones de la semFYC
Txema Coll Benejam. GdT de Seguridad del Paciente de la semFYC
Javier Cornejo Martín. GdT de Diabetes de la semFYC
Ángel Matía Cubillo. GdT de Hipertensión Arterial de la semFYC
Ana Dosio Revenga. GdT de Salud Integral de las Mujeres de la semFYC
María Jesús Fernández Leronés. GdT de Salud Basada en las Emociones de la semFYC
Venus Forero Forero. GdT de Inequidades en Salud y Salud Internacional de la semFYC
Miguel García Hernández. GdT de Medicina Basada en la Evidencia de la semFYC
María Garrido Contreras. GdT de Salud LGTBIQ+ de la semFYC
Marta González Touya. GdT de Neurología de la semFYC
Lucía Gorreto López. GdT de Enfermedades Respiratorias de la semFYC
Fernando León Vázquez. GdT de Enfermedades Reumatológicas y Musculoesqueléticas de la semFYC
María Victoria López Ruiz. Programa PACAP de la semFYC
Miguel Ángel María Tablado. GdT de Diabetes de la semFYC
Enrique Mascarós Balaguer. GdT de Enfermedades Respiratorias de la semFYC
Mar Noguero Álvarez. GdT de Patología Digestiva de la semFYC
Almudena Núñez Fernández-Shaw. Programa PACAP de la semFYC
Rita Ortega Santana. GdT de Bioética de la semFYC
Eduardo Puerta del Castillo. GdT de Bioética de la semFYC
Anna Pujol Flores. GdT de Salud Integral de las Mujeres de la semFYC
Alba Riesgo García. GdT de Urgencias y Atención Continuada de la semFYC
Sandra Robles Pellitero. GdT de Inequidades en Salud y Salud Internacional de la semFYC
Yuki Sepúlveda Muro. GdT de Salud LGTBIQ+ de la semFYC
Elisa Torres Tejera. GdT de Salud Mental de la semFYC
Luz de Myotanh Vázquez Canales. GdT de Salud Mental de la semFYC
Íñigo de la Yeza Ferrón. GdT de Cáncer de la semFYC

Agradecimientos

Al Grupo de Salud Integral de las Mujeres de la semFYC, y, en especial a su coordinadora, Anna Pujol Flores, por su apoyo incondicional. Al Grupo de Salud LGTBIQ+ de la semFYC, con mención a su coordinadora, María Contreras Garrido, y a Yuki Sepúlveda Muro, por permitirnos ampliar la mirada en un horizonte de minorías. Y, por último, a la presidenta de la semFYC, Remedios Martín Álvarez, por ser la catalizadora que impulsó el documento. Todas ellas mujeres y médicas de familia, gracias.

Índice

Prólogo	7
Metodología	9
1. No ignorar la perspectiva de género, interseccional y de equidad en la asistencia sanitaria	11
2. No dirigirse a las personas con un nombre o pronombre que no sean los escogidos por ellas, con independencia de lo que figure en su historial	13
3. No abordar la salud sexual asumiendo exclusivamente el coito vaginal heterosexual, obviando la diversidad de prácticas sexuales en la población	15
4. No ignorar cómo influyen los roles de género dentro de los procesos de salud-enfermedad en los procesos comunitarios y de educación para la salud	18
5. No menospreciar las complicaciones durante la gestación en el riesgo vascular posparto	20
6. No prescribir fármacos como primera opción terapéutica a mujeres cuidadoras de pacientes dependientes que presenten síntomas de posible sobrecarga del cuidador	22
7. No realizar cribado de neoplasias ginecológicas y de mama de forma anual en personas con bajo riesgo de cáncer	25
8. No ignorar el riesgo de suicidio en hombres con depresión ni las barreras de género que dificultan su abordaje	27
9. No descartar la cardiopatía isquémica en mujeres con clínica sugestiva de infarto agudo de miocardio sin evaluación cardiovascular completa	29
10. No olvidar investigar la importancia del hierro en la astenia en mujeres que menstrúan y presentan ferropenia	31
11. No tratar la hipertensión arterial esencial de forma diferente en las mujeres sin deseo gestacional que en los hombres	33
12. No iniciar la terapia hormonal en el período de la menopausia para la prevención de la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares o la demencia	36
Glosario	38

Prólogo

La medicina ha estado históricamente marcada por una visión androcéntrica que excluyó a las mujeres de estudios e investigaciones, estableciendo el género masculino como el «normal» y referente para la definición de riesgos, condiciones y terapias para la salud. Con la superación del concepto de salud-enfermedad como algo dicotómico, la incorporación del enfoque biopsicosocial y de la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, la atención sanitaria ha revisado y cuestionado esa visión reduccionista previa. Yendo un paso más allá, resulta clave tener en cuenta conceptos como la identidad, el género o los derechos humanos desde una perspectiva de género. En 1997, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas definió la adopción de la perspectiva de género como «el proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, inclusive las leyes, políticas o programas, en todos los sectores y a todos los niveles [...] a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad». Para una definición más actualizada, recomendamos consultar nuestro glosario de términos. Evaluar nuestras prácticas bajo esta perspectiva para evidenciar sesgos en el ejercicio clínico, e incluso en el de investigación, nos permitirá llegar a una ciencia médica más actualizada, justa, equitativa y eficiente. Por ello, unas recomendaciones de «No hacer» con perspectiva de género son especialmente necesarias y pertinentes en una Medicina de Familia comprometida con las personas, que busca comprender el contexto en el que ocurre la enfermedad y sus aspectos subjetivos.

Era doblemente importante, tanto en el contexto de la práctica médica como en el de la investigación sobre todo androcéntrica, que este documento se abordase de manera sistemática y basándose en la evidencia científica. Como se abordará y se dejará claro en varios puntos de las recomendaciones, la evidencia científica es a veces escasa en lo que se refiere a la perspectiva de género, lo trans o lo interseccional, por ejemplo. En este sentido, cabe destacar también que la perspectiva de este documento y la de su lenguaje es transinclusivo, feminista y equitativo. En un intento de ser fieles a la evidencia, cuando las categorías de los estudios mencionados eran «mujer»,

sin referencia a si eran trans o cis, se ha mimetizado el lenguaje de la recomendación. Cuando ha sido factible y accesible usar el lenguaje inclusivo, se ha usado. El haber hecho esta distinción muestra que necesitamos más estudios que desagreguen o aborden fenómenos considerando la diversidad de género, además de resaltar la necesidad implícita de un enfoque de género más amplio en la investigación en general.

La perspectiva de género nos obliga a revisar nuestra práctica clínica y, en definitiva, a revisarnos. Este documento pretende ser consultivo en términos de actuaciones y reflexivo en el enfoque. La mayoría de las recomendaciones de «No hacer» aquí presentadas podrían considerarse solo como apelaciones a un uso individualizado de estas, para mejorar así la eficiencia y la calidad en la consulta. Desde aquí, esperamos que su lectura consciente y crítica plante una semilla de duda, o interés, o curiosidad, respecto a la perspectiva de género en el enfoque global de nuestras prácticas.

Almudena Núñez Fernández-Shaw

Programa PACAP

Grupo coordinador del documento



Metodología



El grupo encargado de la coordinación, revisión y autoría del documento ha sido seleccionado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

El objetivo de este documento es ofrecer recomendaciones clínicas orientadas a identificar y evitar intervenciones de bajo valor o potencialmente perjudiciales dentro del ámbito de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), en un contexto que integre la atención a las personas con perspectiva de género. Además, este texto pretende evaluar y reflexionar sobre las prácticas vigentes desde esta perspectiva, con el fin de identificar limitaciones en el ejercicio clínico habitual.

Para alinearse con las directrices establecidas por las recomendaciones de «No hacer» de GuíaSalud, este documento se ha centrado en identificar prácticas clínicas que deben ser abandonadas debido a su escaso valor. Este valor se determina cuando una práctica no demuestra beneficios comprobados para pacientes, aumenta el riesgo de daño o contribuye al uso ineficiente de recursos sanitarios o sociales.

El documento se centra en la Atención Primaria de la Salud, aunque aborda aspectos transversales aplicables a otros ámbitos del Sistema Nacional de Salud. Las recomendaciones están sobre todo dirigidas a la MFyC, aunque sus directrices pueden resultar útiles, en general, para profesionales implicados en la atención de pacientes y sus familiares.

Las recomendaciones contenidas en este documento se apoyan en recursos científicos recientes y en la discusión de procedimientos que representan dilemas en la práctica clínica cotidiana. Se ha puesto especial énfasis en garantizar que las recomendaciones sean pertinentes y actuales en el momento de su elaboración.

Es importante señalar que, aunque se anima a que profesionales de la salud incorporen estas directrices en su práctica clínica, las recomendaciones emitidas pueden no ser aplicables en todas las situaciones. Dichas recomendaciones deben ser consideradas con prudencia. La toma de decisiones clínicas

basada en la evidencia debe estar siempre fundamentada en el conocimiento científico relevante, pero también debe integrar la experiencia y habilidad de cada profesional, así como los valores y preferencias particulares de cada paciente. Se deben consultar fuentes adicionales, evaluar las condiciones específicas de cada paciente y, cuando sea necesario, tomar decisiones de manera conjunta con cada persona y sus familiares, considerando además las normativas vigentes sobre medicamentos y tecnologías sanitarias.

Un grupo de personas expertas identificó, en un principio, temas clave relacionados con la atención a la diversidad de género en el ámbito MFyC. Posteriormente, mediante el análisis de consenso, se seleccionaron las recomendaciones más relevantes para este contexto, priorizando aquellas de mayor impacto y relevancia en la práctica clínica.

Las recomendaciones se formularon a partir de preguntas de investigación que responden al principio de «No hacer» siguiendo el formato PICO (población, intervención, comparación y resultado [*outcome*] en salud), lo que permitió estructurar de manera clara las situaciones en las que son aplicables, así como las posibles excepciones.

Para la elaboración de las recomendaciones, se realizó una estrategia de búsqueda en las principales bases de datos biomédicas. Se priorizó la selección de documentos de alta calidad científica, preferiblemente aquellos que utilizaban una metodología explícita y detallaban los métodos de búsqueda, selección y evaluación de la evidencia. Asimismo, se dio preferencia a las publicaciones más recientes disponibles en el momento de la elaboración de este documento.

Se llevó a cabo una síntesis de la evidencia encontrada, con el objetivo de resumir e interpretar de manera coherente las publicaciones especializadas relevantes para las preguntas planteadas. Tanto la síntesis como las recomendaciones fueron elaboradas, discutidas y revisadas en parejas de trabajo, con el apoyo continuo de un grupo de personas expertas en la materia.

El borrador inicial del manuscrito fue elaborado por quienes se encargaron de la coordinación del grupo, que también recopilaron y editaron el contenido elaborado por las personas responsables de la autoría. La versión final del manuscrito fue revisada, editada y aprobada por todo el equipo antes de presentarse para su publicación.

NO HACER en perspectiva de género

1

No ignorar la perspectiva de género, interseccional y de equidad en la asistencia sanitaria

Incorporar la perspectiva de género, la interseccionalidad y la equidad reduce la discriminación sanitaria y mejora los resultados en salud a través de una mayor accesibilidad y mejor prestación de los servicios sanitarios para toda la población, incluidos los grupos poblacionales excluidos, marginados y estigmatizados.

El género, junto con la clase social, el territorio, la edad, el origen y la racialización, es uno de los ejes de desigualdad en el marco conceptual de determinantes sociales de la salud. La distribución de poder, el prestigio social y el acceso a oportunidades y recursos pone en evidencia diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud entre diferentes poblaciones o grupos¹.

En el año 2017, las Naciones Unidas emitieron una declaración conjunta con el objetivo de poner fin a la discriminación en los centros de atención sanitaria. Esta declaración surgió tras haber observado cómo la discriminación en la atención es un fenómeno generalizado que se manifiesta de diferentes formas y que constituye una violación de los derechos humanos. La discriminación sanitaria afecta con mayor intensidad a aquellos grupos poblacionales más marginados y estigmatizados, y surge por diferentes motivos: género, edad, origen, estado de salud, discapacidad, nivel educativo, orientación sexual, nacionalidad, situación migratoria, situación laboral, religión y antecedentes penales, entre otros. Con frecuencia, y en consonancia con el fenómeno de la interseccionalidad, estos motivos se entrecruzan, hecho que agrava la exclusión sanitaria. El resultado final se traduce en obstáculos en la accesibilidad y en las prestaciones de los servicios sanitarios, lo que disminuye la calidad asistencial y refuerza los estigmas y la exclusión tanto sanitaria como social².

Incluso en países con sistemas de salud universales, se observan desigualdades y discriminación en los servicios de salud, incluyendo la Atención Primaria^{3,4}. El acceso al sistema sanitario puede verse afectado por factores interrelacionados como el racismo estructural, la xenofobia, la discriminación racial y de clase, además de las normas sociales que influyen en la intersección del género, la edad y la racialización³. Publicaciones como la del reciente estudio transversal basado en las encuestas poblacionales de salud canadienses de 2015-2019, señalan que la discriminación percibida a lo largo de la vida aumenta el riesgo de que las personas se abstengan de buscar atención médica, lo que añade otra barrera más al acceso al sistema sanitario⁴.

Los servicios sanitarios tienen una capacidad limitada para producir desigualdad en salud. Sin embargo, son capaces de potenciar o disminuir las desigualdades dependiendo de si su acceso, uso y calidad son menores, mayores o iguales entre diferentes grupos sociales, ante una misma necesidad¹. Tener en cuenta estas desigualdades con perspectiva de equidad, interseccional y de género en la asistencia sanitaria disminuye la desigualdad en salud y mejora la salud de toda la población atendida.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. 2015.
2. Naciones Unidas. Declaración conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros sanitarios. [Internet]. 2017 [citado 16 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_es.pdf
3. Hassan M, Öberg J, Wemrell M, Vicente RP, Lindström M, Merlo J. Perceived discrimination and refraining from seeking physician's care in Sweden: an intersectional analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (AIHDA). *Int J Equity Health*. 2024;23(1):199.
4. He JW, Terry AL, Lizotte D, Bauer G, Ryan BL. Understanding intersectional inequality in access to primary care providers using multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy. *PLOS ONE*. 2024;19(1):e0296657.

2

No dirigirse a las personas con un nombre o pronombre que no sean los escogidos por ellas, con independencia de lo que figure en su historial

La creación de un entorno seguro y adaptado a la diversidad de género fomenta la confianza de las personas atendidas en los equipos sanitarios. El desarrollo de protocolos, el impulso a la investigación y una comunicación consciente fortalecerán el vínculo entre quienes reciben y brindan atención en salud.

La comunicación en el ámbito sanitario es fundamental para una atención digna, efectiva y respetuosa, y debe formar parte de nuestra formación profesional como competencia básica. Es esencial reconocer la identidad de género, sobre todo en personas trans y no binarias, evitando errores como el uso del *deadname* (nombre asignado al nacer) o pronombres incorrectos, y adoptar expresiones que reflejen todas las identidades¹. La falta de formación en diversidad de género genera barreras invisibles que pueden derivar en experiencias discriminatorias, desinformación o incluso negación de asistencia. Implementar un lenguaje inclusivo ayuda a reducir la ansiedad y el miedo al buscar atención médica. Las personas trans y no binarias evitan acudir a los centros de salud por temor a los prejuicios del personal o al desconocimiento sobre su realidad². Además, se ha de tener en cuenta que puede existir una discordancia entre los datos que aparecen en su historia clínica y los pronombres que emplean o su apariencia, lo que puede generar confusión o incluso rechazo en profesionales.

Este tipo de sesgos no solo genera desigualdades en el acceso y en la calidad de la atención, sino que también pone en riesgo la integridad de las personas al retrasar diagnósticos críticos. Diversos estudios recomiendan la formación en perspectiva de género y en atención a personas trans para profesionales de la salud, así como la elaboración de protocolos clínicos actualizados. Se debe revisar la forma de comunicación actual, heredera de un enfoque paternalista y binario, para transformarla en un enfoque respetuoso y que genere confianza³.

Un estudio observacional por encuestas, realizado por McSky *et al.*⁴ en 2023, analizó las experiencias de personas transgénero y no binarias en los departamentos de emergencia y la formación de profesionales que las atendían. Se observó que permitir a pacientes proporcionar sus pronombres durante el registro se asoció con experiencias más positivas. Asimismo, profesionales que habían recibido formación reglada en atención a personas trans se consideraban más competentes.

A pesar de los avances en la identificación de barreras, persisten desafíos para medir el impacto de estas actitudes en la atención sanitaria. Es crucial fomentar la investigación y normalizar términos como «personas trans», «personas no binarias» y «lenguaje inclusivo» en descriptores normalizados, como los MeSH (términos médicos normalizados), que en su mayoría aún no existen. Esto subraya la necesidad de revisar modelos tradicionales de comunicación e investigación centrados en el binarismo de género. Garantizar un entorno sanitario seguro e inclusivo mediante el respeto a la identidad de género y el uso consciente del lenguaje es un derecho fundamental.

Bibliografía

1. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. East Dundee (IL): WPATH; 2022.
2. Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales (FELGTB). Guía para la atención de las personas trans en el ámbito sanitario. 2021.
3. Hammarström A, Hensing G. Gender bias in health care: examples from clinical practice. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):1-7. doi:10.1186/s12939-020-01191-0.
4. McSky KZ, Lin AL, Tanski ME. Transgender and Gender Nonbinary Patient Experiences in the Emergency Department: A Regional Study. *Transgend Health*. 2023;8(3):238-45. doi: 10.1089/trgh.2021.0040.

3

No abordar la salud sexual asumiendo exclusivamente el coito vaginal heterosexual, obviando la diversidad de prácticas sexuales en la población

La adopción de un enfoque inclusivo y basado en evidencia en la anamnesis de la historia sexual mejora la calidad asistencial, reduciendo barreras de acceso y estigmas en la atención en salud sexual. Implementar un modelo centrado en la persona, que considere la diversidad de prácticas sexuales y la sensibilidad cultural, es clave para diagnósticos más precisos y mejores resultados en salud.

La atención en salud sexual se ha centrado tradicionalmente en un modelo heteronormativo que presupone el coito vaginal como práctica sexual predominante, así como su objetivo último. Este enfoque restrictivo genera importantes brechas en la atención sanitaria, provocando diagnósticos tardíos o fallidos, recomendaciones preventivas inadecuadas y barreras en la comunicación entre profesionales y pacientes. Como consecuencia, se produce un impacto negativo en la calidad asistencial y en los resultados en salud, sobre todo en poblaciones con prácticas sexuales no normativas¹.

Un estudio cualitativo realizado en Suecia² analizó la experiencia del personal de enfermería en Atención Primaria en el abordaje de la salud sexual con pacientes. A través de entrevistas se identificaron barreras como normas sociales, falta de formación y tiempo y actitudes personales que limitaban estas conversaciones. Se observó que el perfil con el que resultaba más cómodo hablar de salud sexual era el de hombres de mediana edad, especialmente aquellos con disfunciones sexuales. Esto se debía, en parte, a que los problemas sexuales masculinos se consideraban más «físicos» y contaban con soluciones médicas claras, como los fármacos para la disfunción eréctil. En cambio, los problemas sexuales femeninos se asociaban más con aspectos emocionales o relacionales, lo que hacía que el personal de enfermería se sintiera menos capacitado para abordarlos.

Las normas sociales que actúan como barreras para discutir la salud sexual están profundamente arraigadas en las desigualdades de género.

La heteronormatividad, los estereotipos de género, los prejuicios sobre la sexualidad en la vejez, los tabúes culturales y la falta de educación con un enfoque de género contribuyen a que profesionales sanitarios sientan inseguridad y eviten el tema. Esto afecta sobre todo a las mujeres, las personas LGBTIQ+ y las personas ancianas, perpetuando las desigualdades en la atención sanitaria. Para superar estas barreras, es necesario implementar una formación en salud sexual que incorpore una perspectiva de género crítica, promoviendo una atención más inclusiva y equitativa. Los estudios sobre intervenciones integrales en salud sexual, que incluyen educación sexual completa, han mostrado mejoras sustanciales en el conocimiento y en el cambio de comportamientos sexuales de riesgo, superando a los enfoques tradicionales limitados³.

El *Journal of Sexual Medicine* publicó un artículo⁴ que propone un procedimiento operativo estándar para la elaboración de la historia sexual, apoyado en una revisión de las publicaciones especializadas y la opinión de expertos. Se presentan directrices estructuradas que incluyen un enfoque centrado en la persona, recomendaciones diagnósticas y terapéuticas basadas en la evidencia y un manejo unificado para todas las personas. El artículo enfatiza la diversidad de comportamientos sexuales, reconociendo que la actividad sexual no se limita al coito y puede incluir estimulación oral o manual, entre otras. Propone un enfoque no penetrativo en la evaluación de la función sexual, asegurando que las preguntas sean inclusivas de diversas prácticas. Además, promueve una atención centrada en la persona, evitando suposiciones sobre su orientación sexual o sus preferencias. También destaca la importancia de la sensibilidad cultural, considerando cómo los factores personales, religiosos y culturales pueden influir en la sexualidad y la comunicación en la consulta.

Por último, la implementación de un abordaje multidisciplinar que considera la diversidad de prácticas sexuales ha evidenciado una reducción significativa en las barreras de acceso y el estigma asociado a la atención en salud sexual⁵.

Bibliografía

1. Brookmeyer K, Coor A, Kachur R, Beltran O, Reno H, Dittus P. Sexual history taking in clinical settings: a narrative review. *Sex Transm Dis*. 2020;47(11):760-4. doi:10.1097/OLQ.0000000000001319.
2. Klaeson K, Hovlin L, Guvå H, Kjellsdotter A. Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses' experiences. *J Clin Nurs*. 2017;26:1545-54. doi:10.1111/jocn.13454.

3. Denford S, Abraham C, Campbell R, Busse H. A comprehensive review of reviews of school-based interventions to improve sexual-health. *Health Psychol Rev.* 2017;11(1):33-52.
4. Althof S, Rosen R, Perelman M, Rubio-Aurioles E. Standard operating procedures for taking a sexual history. *J Sex Med.* 2013;10(1):26-35. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02823.x.
5. Jackson C, Hakky T, Tims-Cook Z, Frank L. Innovative team approach to sexual health counseling; partnership of urology, infectious disease and pelvic floor therapy to increase. Access to Care. *J Sex Med.* 2024; 21(Suppl 1):qdae001.267. doi.org/10.1093/jsxmed/qdae001.267.

4

No ignorar cómo influyen los roles de género dentro de los procesos de salud-enfermedad en los procesos comunitarios y de educación para la salud

Incorporar la perspectiva de género en los procesos comunitarios y en la educación para la salud y, con ello, analizar cómo influyen los roles de género de los procesos de salud-enfermedad contribuye a aumentar la equidad en salud y a mejorar el impacto de los programas de promoción de la salud en la población.

Los roles de género no solo determinan el comportamiento de las personas, sino que también construyen una identidad subjetiva en torno a ellos. Estos roles sitúan a las personas en posiciones sociales diferenciadas: tradicionalmente, las mujeres han sido relegadas al ámbito privado y encargadas de los llamados «trabajos invisibles» (cuidados y tareas domésticas), mientras que los hombres han ocupado la esfera pública, con acceso a empleos remunerados y participando en la economía productiva. Esto genera diferencias en el acceso a los recursos materiales que determinan la salud (los llamados «determinantes intermedios de la salud») y, en consecuencia, una exposición desigual a diversos factores. Además, esta falsa dicotomía lleva consigo la adquisición de pautas de socialización diferenciadas, orientando a los hombres hacia el reconocimiento social y la autonomía, y a las mujeres hacia la dependencia y la invisibilidad social. Esto desemboca en una construcción de identidad, por parte de las mujeres, siempre en relación con los demás, lo que constituye en sí mismo un dispositivo de dominación social¹.

Los estudios señalan que la adquisición de los roles de género por parte de las personas tiene una gran influencia en la elección de hábitos de vida, así como en las condiciones que los determinan, generando diferencias en la forma de afrontar los procesos de salud-enfermedad² y en la efectividad de las políticas y programas de promoción de la salud³. De esta manera, diseñar intervenciones que tengan en cuenta el tiempo y la sobrecarga de cuidados ayuda a reducir las inequidades en salud, al igual que aquellas orientadas a la deconstrucción del rol de sustentador asignado a los hombres¹. De igual forma, incorporar la perspectiva de

género de manera transversal en los programas comunitarios ha demostrado tener un mayor impacto en la equidad y una mayor efectividad. Para ello, se debe^{1,3-5}: a) partir de una investigación con perspectiva de género y desglosar los resultados, el análisis o la presentación de datos por género, para evitar sesgos sistemáticos; b) incluir diversidad de género en los grupos motores*; c) incorporar a agentes comunitarios en las intervenciones o trabajar con pares; d) utilizar metodologías adecuadas que contemplen las diferencias según el género en relación con los determinantes sociales de la salud; y e) implicar a la comunidad, teniendo en cuenta su diversidad, en todas las fases del proceso.

Por todo lo expuesto, puede concluirse que las intervenciones que tienen en cuenta los distintos roles de género y las diferencias que estos generan logran mayor impacto en la equidad y, con ello, un impacto positivo en la salud de la población.

* Los grupos motores están formados por diversos agentes de la comunidad y presentan una composición heterogénea, que incluye desde personas con perfil técnico o institucional hasta gestores o representantes del ámbito político o de la ciudadanía. Son los encargados de liderar y dinamizar el proceso comunitario.

Bibliografía

1. Artazcoz L, Chilet E, Escartín P, Fernández A. Incorporation of the gender perspective in community health. *SESPAS Report 2018*. *Gac Sanit*. 2018;32:92-7. doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.006.
2. Sánchez-López MP, Cuéllar-Flores I, Dresch V. The Impact of Gender Roles on Health. *Women Health* 2012;52:182-96. doi.org/10.1080/03630242.2011.65235.
3. Migliorini L, De Piccoli N. Challenging gender perspective in the community to promote well-being and health. *J Prev Interv Community*. 2020;48:121-31. doi.org/10.1080/10852352.2019.1624352.
4. Heymann J, Levy JK, Bose B, Ríos-Salas V, Mekonen Y, Swaminathan H, et al. Improving health with programmatic, legal and policy approaches to reduce gender inequality and change restrictive gender norms. *Lancet*. 2019;393:2522-34. doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30656-7.
5. Ostlin P, Eckermann E, Mishra US, Nkowane M, Wallstam E. Gender and health promotion: a multisectoral policy approach. *Health Promot Int*. 2006;21 Suppl 1:25-35. doi.org/10.1093/heapro/dal048.

5

No menospreciar las complicaciones durante la gestación en el riesgo vascular posparto

Es importante tener en cuenta, en la valoración de riesgo vascular en las mujeres, haber sufrido complicaciones durante la gestación, como los trastornos hipertensivos del embarazo, la diabetes gestacional, los abortos de repetición, los partos prematuros o el nacimiento de fetos muertos.

Los factores de riesgo tradicionales, como la diabetes mellitus, la hipertensión, la obesidad o el tabaquismo, han sido ampliamente estudiados y son las variables que, en la actualidad, nos permiten calcular el riesgo cardiovascular mediante escalas como la REGICOR en nuestro entorno. Sin embargo, la evidencia actual ha mostrado la importancia de otros factores no tradicionales y concretos en la mujer, que a menudo acontecen en momentos específicos del ciclo vital, en especial durante el embarazo y el período periparto. En este sentido, antecedentes como los estados hipertensivos del embarazo (hipertensión, preeclampsia, eclampsia), la diabetes gestacional, los abortos de repetición o los partos prematuros se consideran, actualmente, modificadores de riesgo vascular^{1,2}.

Los estudios actuales demuestran que las mujeres con antecedentes de trastornos hipertensivos durante el embarazo tienen mayor riesgo relativo de evento vascular (EV) en comparación con las mujeres sin estas afecciones. En el caso de la preeclampsia, por ejemplo, conocemos que duplica el riesgo de EV y cuadruplica la probabilidad de desarrollar insuficiencia cardíaca en el futuro³. Además, las mujeres con antecedentes de trastornos hipertensivos durante el embarazo presentan mayor prevalencia de hipertensión crónica en comparación con aquellas sin antecedentes, lo que aumenta su riesgo de EV⁴.

Respecto a la diabetes gestacional, se asocia con un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia, parto por cesárea o macrosomía¹. También aumenta el riesgo relativo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, o dislipemia, así como enfermedad cardiovascular precoz o infarto agudo de miocardio, manteniéndose el riesgo aun en el caso de

no desarrollar una diabetes mellitus tipo 2, en relación con la elevación de marcadores inflamatorios, disfunción endotelial o factores epigenéticos⁵.

Por otro lado, los abortos recurrentes condicionan también un aumento del riesgo vascular, probablemente por el estado procoagulante y proinflamatorio asociado, así como por la posible existencia de anomalías vasculares o trombofilias. También, los partos prematuros, relacionados con frecuencia con restricciones del crecimiento fetal o preeclampsia, han evidenciado un aumento del riesgo vascular⁶.

En este sentido, diversas sociedades científicas, como la International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy y la International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups, recomiendan no solo el seguimiento estrecho, sino también el abordaje prematuro de estas pacientes debido a su mayor riesgo de EV. Por todo ello, es necesario que desde Atención Primaria se empiecen a tener en cuenta todos estos factores de riesgo asociados a complicaciones en el período obstétrico, otorgándoles el valor que se merecen, integrándolos en las historias clínicas y promoviendo nuevos estudios que permitan optimizar las actuales escalas de riesgo vascular en las mujeres.

Bibliografía

1. Sambola A, Campuzano R, Castro A, Goya M, Coronado P, Fernández-Olmo R, et al. Primary and secondary cardiovascular prevention through life cycles in women. Consensus document of the SEC-WG CVD in Women, SEC-ACP, SEGO, AEEM, SEEN, semFYC, SEMERGEN, AEP and AEm. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2025;S1885-5857(25)00022-2. Inglés y español. doi.org/10.1016/j.rec.2025.01.005.
2. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al; Grupo de ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J*. 2024;45(38):3912-4018 doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178.
3. Wu P, Haththotuwa R, Kwok CS, Babu A, Kotronias RA, Rushton C, et al. Preeclampsia and future cardiovascular health: A Systematic review and meta-analysis. *circ cardiovasc qual outcomes*. 2017;10:e003497.
4. Honigberg MC, Zekavat SM, Aragam K, Klarin D, Bhatt DL, Scott NS, et al. Long-Term Cardiovascular Risk in Women With Hypertension During Pregnancy. *J Am Coll Cardiol*. 2019;74(22):2743-54. doi:10.1016/j.jacc.2019.09.052.
5. Nguyen AH, Hurwitz M, Sullivan SA, Saad A, Kennedy JLW, Sharma G. Update on sex specific risk factors in cardiovascular disease. *Front Cardiovasc Med*. 2024;11:1352675. doi:10.3389/fcvm.2024.1352675.
6. Heida KY, Bots ML, D Groot CJ, Van Dunné FM, Hammood NM, Hoek A, et al. Cardiovascular risk management after reproductive and pregnancy-related disorders: A Dutch multidisciplinary evidence-based guideline. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23(17):1863-79. doi:10.1177/2047487316659573.

6

No prescribir fármacos como primera opción terapéutica a mujeres cuidadoras de pacientes dependientes que presenten síntomas de posible sobrecarga del cuidador

La sobrecarga del cuidador se manifiesta a menudo en forma de estrés, pérdida de autonomía y malestar emocional, lo que lleva principalmente a las mujeres a frecuentar las consultas de Atención Primaria. El uso de psicofármacos para el manejo de estos problemas emocionales, sin abordar el origen real del malestar, a pesar de producir un alivio rápido de los síntomas, no está exento de yatrogenia, pudiendo tener un impacto negativo en los cuidados proporcionados.

El cuidado informal, entendido como actividad de asistencia no retribuida de las personas ancianas, enfermas y dependientes, continúa siendo una función básicamente femenina. El perfil predominante de las cuidadoras informales en España es el de una mujer de 45-64 años, en la mayoría de los casos la esposa o hija del paciente. Asimismo, el tiempo dedicado a los cuidados y el tipo de tareas que realizan las cuidadoras son diferentes en función del género, asumiendo las mujeres con más frecuencia tareas relacionadas con la atención personal, que conllevan mayor dedicación horaria y una vinculación más próxima con la persona cuidada. En este contexto, es necesario entender que las mujeres tienen más predisposición que los hombres a tener lo que se conoce como «síndrome de sobrecarga del cuidador» o del «cuidador quemado». En España, la prevalencia de la sobrecarga en los cuidados es del 81% en mujeres y del 67,9% en hombres¹.

El síndrome de sobrecarga del cuidador suele aparecer después de estar un tiempo prolongado cuidando de una persona dependiente. Las publicaciones especializadas informan de manera consistente de que las personas con sobrecarga del cuidador tienen mayor riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos. La ansiedad (46,5%) es el trastorno que con más prevalencia se da en un contexto de cuidados informales, seguida de la depresión (42,3%). La ansiedad puede afectar la vida diaria y suele

estar acompañada de sentimientos de miedo, preocupación y, en última instancia, interferir en los cuidados de la persona dependiente².

La brecha de género que existe en las labores de cuidados determina que haya tendencia a una mayor medicalización de algunas situaciones cuando estas son relatadas por las mujeres, como sucede en otras entidades de salud mental con algunas manifestaciones del estado de ánimo o ciertos acontecimientos vitales. Las mujeres tienden más a comunicar de forma verbal y a expresar su malestar a través de conductas como el llanto y las quejas de tristeza, ya que están más alerta a sus emociones y son más propensas a buscar ayuda, mientras que los hombres consultan menos y responden a esta situación con problemas más físicos o con el consumo de tóxicos. Esto influye en la actitud de profesionales, quienes tienden al sobrediagnóstico de problemas de índole psicológica en las mujeres, con el consiguiente sobretatamiento³. En Finlandia se han realizado dos estudios sobre el consumo de benzodiacepinas (BZD) en personas cuidadoras. En el caso del consumo de BZD, se han utilizado sobre todo como hipnótico, observándose que el consumo por persona-año (intervalo de confianza [IC] 95%) es más frecuente en mujeres (11,9%) que en hombres (10,4%), con una diferencia estadísticamente significativa. Además, existe un incremento exponencial en su consumo cuanto más mayores son las personas cuidadoras. Esto es interesante tenerlo en cuenta por los importantes efectos secundarios que producen las BZD en las personas ancianas⁴.

Hoy en día, las estrategias para el abordaje de la sobrecarga del cuidador se han centrado sobre todo en medidas no farmacológicas orientadas al abordaje mediante terapia psicológica y afrontamiento activo para reducir los niveles de estrés y de ansiedad. Existe una importante heterogeneidad en la mayor parte de las revisiones sistemáticas revisadas para este documento, lo que impide esclarecer un nivel de evidencia⁵.

A la vista de la revisión realizada para esta recomendación, desde la consulta de Atención Primaria se debería prestar más atención al contexto (factores culturales, emocionales y sociales) que se vincula con la sobrecarga del cuidador. La solución no debería centrarse en la medicalización de los síntomas, sino en el abordaje y la comprensión de la experiencia del cuidado desde la perspectiva de género, fomentando un espacio para la escucha activa, la aportación de herramientas y el desarrollo de habilidades de gestión emocional.

Bibliografía

1. García-Martín V, De Hoyos-Alonso MC, Delgado-Puebla R, Ariza-Cardiel G, Del Cura-González I. Burden in caregivers of primary care patients with dementia: influence of neuropsychiatric symptoms according to disease stage (NeDEM project). *BMC Geriatr.* 2023;23(1):525. doi.org/10.1186/s12877-023-04234-0.
2. Del Pino-Casado R, Priego-Cubero E, López-Martínez C, Orgeta V. Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2021 Mar 1 [citado 2025 Mar 9];16(3):e0247143. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7920375/>.
3. Bacigalupe A, Cabezas A, Bueno MB, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020 [Gender as a determinant of mental health and its medicalization. SESPAS Report 2020]. *Gac Sanit.* 2020;34 Suppl 1:61-67. Español. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.06.013. Epub 6 de septiembre de 2020.
4. Mikkola TM, Mänty M, Kautiainen H, Von Bonsdorff MB, Koponen H, Kröger T, et al. Use of prescription benzodiazepines and related drugs in family caregivers: a nation-wide register-based study. *Age Ageing.* 2022;51(12):afac279. doi: 10.1093/ageing/afac279.
5. Legg LA, Quinn TJ, Mahmood F, Weir CJ, Tierney J, Stott DJ, et al. Non-pharmacological interventions for caregivers of stroke survivors. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet]. 2011 Oct 5 [citado 2025 Mar 10];2011(10). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008179.pub2/full>.

7

No realizar cribado de neoplasias ginecológicas y de mama de forma anual en personas con bajo riesgo de cáncer

No se han encontrado evidencias que sustenten, en personas con bajo riesgo de cáncer, realizar cribado de neoplasias de cuello uterino, endometrio, ovario y mama con periodicidad anual frente a un cribado poblacional, oportunista o adecuado a su perfil de riesgo, para la disminución de la mortalidad por todas las causas o disminución de la mortalidad específica por cáncer.

El cáncer es una de las principales causas de muerte junto a la enfermedad cardiovascular, y se espera aumento de su presencia en los próximos años¹, lo que supone una barrera significativa para la mejora de la esperanza de vida en el mundo². A pesar de ello, en el último siglo se ha observado una disminución en la mortalidad, en la que la implementación de estrategias de cribado ha podido contribuir sensiblemente¹. Esto remarca la importancia de desarrollar estrategias y políticas sanitarias destinadas a la detección temprana para reducir la incidencia y mortalidad por cáncer, de forma que se aumenten las tasas de supervivencia y calidad de vida de las personas.

Las recomendaciones de cribado están destinadas a maximizar los beneficios de la detección temprana del cáncer, al tiempo que minimicen los tratamientos innecesarios, la angustia, las interrupciones de la vida y los costes. Sin embargo, existe cierta tendencia a recomendar a las pacientes sin alto riesgo de cáncer ginecológico o mama una revisión ginecológica anual para prevenir el cáncer³. Además, se ha observado que la preferencia de las pacientes podría inclinarse ligeramente hacia el cribado anual⁴. Sin embargo, este tipo de recomendaciones, sin una evaluación de la evidencia que lo justifique, podría generar una falsa percepción de aumento de la supervivencia, sin que ello produzca un verdadero cambio, ni se obtenga resultado respecto a la mortalidad, funcionalidad o calidad de vida de las personas.

Según la última actualización de las recomendaciones realizadas por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), publicadas en 2024², para el cribado de cáncer de cuello uterino, endometrio, ovario y mama, no se precisan pruebas de detección con una periodicidad anual para mujeres con un perfil de riesgo bajo, puesto que no se ha observado una disminución de la mortalidad por todas las causas ni una reducción de la mortalidad específica por cáncer, mientras que podrían atribuirse efectos adversos no ajenos al cribado². De este modo, la recomendación mencionada aboga por una estrategia de decisión personalizada, basada en la edad, el perfil de riesgo de la persona o la presencia de síntomas de alarma, siendo la función del profesional la de orientar el cribado según estas variables².

Bibliografía

1. Wu Z, Xia F, Lin R. Global burden of cancer and associated risk factors in 204 countries and territories, 1980-2021: a systematic analysis for the GBD 2021. *J Hematol Oncol* [Internet]. 29 de noviembre de 2024 [citado 6 Abr 2025];17(1):119. Disponible en: <https://jhoonline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13045-024-01640-8>.
2. Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vela-Vallespín C, Arana-Ballestar S, Gallego M, Navarro J, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2024. *Aten Primaria* [Internet]. 1 de noviembre de 2024 [citado 6 Abr 2025];56:103128. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656724002701>.
3. Roland KB, Benard VB, Soman A, Breen N, Kepka D, Saraiya M. Cervical cancer screening among young adult women in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* [Internet]. 1 de abril de 2013 [citado 6 Abr 2025];22(4):580-8. Disponible en: <https://aacrjournals.org/cebip/article/22/4/580/69901/Cervical-Cancer-Screening-Among-Young-Adult-Women>.
4. Schrier E, Holt HK, Kuppermann M, Sawaya GF. Changing preferences for a cervical cancer screening strategy: Moving away from annual testing. *Women's Health Rep* [Internet]. 1 de agosto de 2022 [citado 6 Abr 2025];3(1):709-17. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/whr.2022.0007>.

8

No ignorar el riesgo de suicidio en hombres con depresión ni las barreras de género que dificultan su abordaje

No abordar el riesgo de suicidio con una perspectiva de género perpetúa la inequidad en salud mental, disminuye la efectividad de las intervenciones clínicas y aumenta la probabilidad de que los hombres con depresión y riesgo de suicidio no reciban el abordaje clínico más adecuado. Un enfoque clínico sensible al género mejora la identificación del riesgo suicida y contribuye a una atención más justa y eficaz en salud mental. La Atención Primaria desempeña un papel clave al promover un abordaje más inclusivo y adaptado a las necesidades específicas de cada paciente.

En el abordaje de pacientes con depresión en Atención Primaria se recomienda evaluar sistemáticamente el riesgo de suicidio¹. Los hombres presentan un mayor riesgo de suicidio que las mujeres debido a una combinación de factores, entre los que se incluye el estigma asociado a la salud mental o los estereotipos de género asociados a formas de masculinidad tradicional (que dificultan la búsqueda de ayuda)². La manifestación propia de la depresión en hombres puede enmascarar los síntomas depresivos más habituales². Además, los hombres recurren con menor frecuencia a la ayuda profesional y pueden emplear estrategias de afrontamiento desadaptativas, como el abuso de sustancias, el aislamiento o la agresividad³. Por ello, es necesario un enfoque clínico sensible al género que contemple, además de los síntomas tradicionales de la depresión, sus manifestaciones menos evidentes en los hombres. La falta de identificación de estas diferencias contribuye al infradiagnóstico y subtratamiento, lo que puede dificultar un manejo adecuado e incrementar el riesgo de suicidio.

Por otro lado, en la profesión médica tampoco estamos libres de prejuicios y estereotipos de género⁴. Esto puede afectar de manera considerable a la forma en que abordamos y comprendemos la depresión, por ejemplo, pasando por alto o malinterpretando algunas manifestaciones clínicas en los hombres, u ofreciendo abordajes terapéuticos diferentes según el género, basados en estereotipos.

Además, para garantizar una atención equitativa y efectiva es recomendable un enfoque de género en la evaluación y manejo del riesgo suicida⁵. Esta estrategia debería incluir la evaluación sistemática y proactiva del riesgo suicida en todos los pacientes con depresión, considerando factores específicos de género, así como la sensibilización y capacitación del personal sanitario sobre los sesgos de género y su impacto en la detección y el abordaje de la depresión y del riesgo de suicidio.

Por tanto, la capacitación en los factores de género que inciden en la expresión clínica, en el acceso al sistema sanitario y en la solicitud de ayuda profesional de los pacientes con depresión y riesgo de suicidio es clave para mejorar su detección y tratamiento. Aunque no existen estudios concluyentes que demuestren que un enfoque con perspectiva de género sea más eficaz que el abordaje tradicional en la atención a la depresión y el riesgo de suicidio, esta recomendación se basa en datos indirectos y en el consenso de expertos.

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/depresion-adulto/>.
2. Coleman D, Feigelman W, Rosen Z. Association of High Traditional Masculinity and Risk of Suicide Death: Secondary Analysis of the Add Health Study. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(4):435-37. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.4702.
3. Seidler ZE, Rice SM, Kealy D, Oliffe JL, Ogrodniczuk JS. The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2019;74:101775. doi: 10.1016/j.cpr.2019.101775.
4. Chapman EN, Kaatz A, Carnes M. Physicians and implicit bias: how doctors may unwittingly perpetuate health care disparities. *J Gen Intern Med*. 2013;28(11):1504-10. doi: 10.1007/s11606-013-2441-1.
5. Struszczyk S, Galdas PM, Tiffin PA. Men and suicide prevention: a scoping review. *J Ment Health*. 2019;28(1):80-8. doi: 10.1080/09638237.2017.1370638.

No descartar la cardiopatía isquémica en mujeres con clínica sugestiva de infarto agudo de miocardio sin evaluación cardiovascular completa

En mujeres con clínica sugestiva de infarto agudo de miocardio es frecuente que sus síntomas se atribuyan a causas inespecíficas, lo que lleva a descartar el diagnóstico de cardiopatía isquémica sin una evaluación cardiovascular completa. Esto perpetúa una desigualdad en la atención cardiovascular con consecuencias potencialmente mortales. Es imprescindible que se adopte un enfoque basado en la evidencia con perspectiva de género, asegurando el acceso equitativo a pruebas y tratamientos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son una de las principales causas de muerte a escala mundial. Las ECV son la principal causa de muerte entre las mujeres, y tienen una tasa de supervivencia menor después de un evento cardiovascular agudo en comparación con los hombres. En 2019, las ECV representaron el 35% del total de muertes mundiales entre mujeres, lo que aumenta aún más su riesgo relativo de morbilidad y mortalidad por ECV¹. En España, en el año 2023, entre las tres primeras causas de muerte se encontraba el infarto agudo de miocardio (IAM) en hombres y la insuficiencia cardíaca en mujeres.

Tradicionalmente, la ECV se ha considerado una enfermedad «masculina» debido a su mayor incidencia en hombres, y la investigación médica se ha centrado con frecuencia en pacientes varones, excluyendo a las mujeres. Esto ha provocado una falta de reconocimiento de los síntomas más comunes en mujeres, como sudores fríos, náuseas, vómitos y cansancio inusual. Los síntomas definidos clásicamente como «típicos» en el infarto de miocardio (molestias en el pecho, dolor en uno o ambos brazos y dificultad para respirar) son comunes en el hombre, pero no en la mujer. Además, en el año 2021 la Comisión *The Lancet*² destacó que el mayor riesgo relativo de mortalidad por ECV entre las mujeres se debe en gran medida a enfermedades poco estudiadas, poco reconocidas, poco diagnosticadas y tratadas a escala mundial. A lo largo del tiempo, las mujeres han sido excluidas de los

ensayos clínicos cardiovasculares, lo que dificulta la capacidad de medir la eficacia de los tratamientos para ellas o de identificar diferencias de género en los resultados en salud.

La evidencia ha demostrado que las mujeres con IAM reciben menor atención precoz, y esta no se ajusta a las guías de práctica clínica, por lo que se realizan menos angiografías coronarias y menos tratamientos de revascularización en comparación con los hombres^{3,4} a pesar de tener tasas similares de eventos cardiovasculares adversos mayores. Un estudio de cohortes⁴ expone que, aunque los resultados en salud fueron mejores para las mujeres tras presentarse con dolor torácico en urgencias, la mortalidad a corto y largo plazo fue mayor en mujeres con IAM con elevación del ST. También se ha observado que tienen menos probabilidades de ser remitidas a rehabilitación cardíaca tras un evento cardiovascular, lo que limita su recuperación y disminuye su calidad de vida⁵.

Por tanto, el balance riesgo-beneficio de una evaluación equitativa y ajustada por género parece claro: la detección precoz, las pruebas diagnósticas necesarias así como su tratamiento en mujeres con IAM reducirían la mortalidad y mejorarían los resultados clínicos. La implementación de estrategias preventivas, de diagnóstico y tratamiento que consideren la perspectiva de género, el uso de escalas de riesgo adaptadas (como la HEART Score) y la sensibilización médica son claves para cerrar esta brecha asistencial en la atención cardiovascular del IAM. El género, más allá del sexo puramente biológico, puede influir en múltiples aspectos de la salud, así que la integración de factores socio-culturales en la atención médica del IAM es necesaria para mejorar los resultados clínicos en mujeres.

Bibliografía

1. Mendis S, Puska P, Norrving B. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. World Health Organ 2011:2-14.
2. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. Lancet. 2021;397(10292):2385-438.
3. Aggarwal NR, Patel HN, Mehta LS, et al. Sex differences in ischemic heart disease: advances, obstacles and next steps. Circulation: Cardiovasc Qual Outcomes. 2018;11(2):e004437.
4. Dawson LP, Nehme E, Nehme Z, Davis E, Bloom J, Cox S, et al. Sex differences in epidemiology, care, and outcomes in patients with acute chest pain. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2023 [citado 6 Abr 2025];81(10):933-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2022.12.025>.
5. Colella TJF, Gravely S, Marzolini S, Grace SL, Francis JA, Oh P, et al. Sex bias in referral of women to outpatient cardiac rehabilitation? A meta-analysis. Eur J Prev Cardiol [Internet]. 2015;22(4):423-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/2047487314520783>.

10

No olvidar investigar la importancia del hierro en la astenia en mujeres que menstrúan y presentan ferropenia

La evidencia sobre el efecto del hierro oral en la capacidad física de las personas con déficit de hierro sin anemia es contradictoria. No se han encontrado diferencias significativas en la calidad de vida, y en algunos casos se ha observado un posible aumento de los efectos adversos. La falta de investigación con perspectiva de género resalta la necesidad de abordar el déficit de hierro en mujeres menstruantes de manera más específica.

La astenia constituye uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria. Su etiología puede ser diversa, siendo la anemia ferropénica una de las principales causas, sobre todo en mujeres menstruantes. La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más común y la causa de la anemia en todo el mundo¹. Sin embargo, el impacto de la deficiencia de hierro sin anemia en la función física no está tan bien definido. El déficit de hierro puede presentarse a través de una variedad de síntomas, o puede ser asintomático², de modo que sigue representando una causa poco reconocida de astenia en mujeres.

Aunque la reposición del déficit podría realizarse mediante el tratamiento con hierro oral o intravenoso, es importante señalar que la insuficiente investigación con perspectiva de género nos impide ofrecer una recomendación con evidencia o resultados claros que resuelvan el dilema. Al menos dos metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados^{3,4} evaluaron el tratamiento con hierro, tanto oral como intravenoso, frente al placebo, en población con déficit de hierro sin anemia, obteniéndose resultados contradictorios en cuanto al impacto en la capacidad física. Además, no se observaron diferencias en cuanto a la calidad de vida y un posible aumento de efectos adversos, destacando la baja calidad de los estudios incluidos³⁻⁵.

Es fundamental resaltar la necesidad de incluir la perspectiva de género en la atención a las mujeres menstruantes con astenia, teniendo en cuenta el déficit de hierro sin anemia como posible causa, con el fin de evitar sesgos de género que atribuyen la astenia a otras causas, como

pueden ser estresores vitales o problemas emocionales. Las lagunas del conocimiento identificadas en esta recomendación ponen de manifiesto la necesidad de destinar futuras investigaciones al respecto.

Bibliografía

1. Vaucher P, Druais PL, Waldvogel S, Favrat B. Effect of iron supplementation on fatigue in nonanemic menstruating women with low ferritin: a randomized controlled trial. *CMAJ* [Internet]. 2012 [citado 6 Abr 2025];184(11):1247-54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.110950>.
2. Merz LE, Siad FM, Creary M, Sholzberg M, Weyand AC. Laboratory-based inequity in thrombosis and hemostasis: review of the evidence. *Res Pract Thromb Haemost* [Internet]. 2023 [citado 6 Abr 2025];7(2):100117. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpth.2023.100117>.
3. Guyatt GH, Oxman AD, Ali M, Willan A, McIlroy W, Patterson C. Laboratory diagnosis of iron-deficiency anemia: an overview. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1992 [citado 6 Abr 2025];7(2):145-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/bf02598003>.
4. DynaMed. Tratamiento de la deficiencia de hierro sin anemia en adultos. [Internet]. Servicios de información de EBSCO. Noviembre 2024 [consultado 16 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.dynamed.com/management/treatment-of-iron-deficiency-anemia-in-adults#GUID-D1246°C5D-525D-4931-96°CO-7E58AF1D1525>.
5. Verdon F, Burnand B, Stubi C-LF, Bonard C, Graff M, Michaud A, et al. Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anaemic women: double blind randomised placebo controlled trial. *BMJ* [Internet]. 2003 [citado 6 Abr 2025];326(7399):1124. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7399.1124>.

No tratar la hipertensión arterial esencial de forma diferente en las mujeres sin deseo gestacional que en los hombres

En las mujeres, la hipertensión arterial aumenta el riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares de manera parecida a los hombres, aunque es probable que este riesgo sea superior en mujeres. El beneficio del tratamiento antihipertensivo se observa de forma parecida en hombres y mujeres, y la respuesta en el descenso de la presión arterial es también parecida. Hoy por hoy, no hay evidencia que justifique un abordaje distinto de este factor de riesgo entre hombres y mujeres. Aunque el deseo gestacional puede condicionar el uso de algunos grupos farmacológicos, la decisión de tratamiento se debería consensuar con la mujer sin utilizar la probabilidad de embarazo como contraindicación del tratamiento.

La elevación de la presión arterial (PA) supone un riesgo de presentar morbimortalidad cardiovascular tanto en hombres como en mujeres. A mayores cifras de PA, el riesgo aumenta. La revisión de las publicaciones especializadas ha permitido encontrar algunas diferencias del efecto de la hipertensión arterial (HTA) entre hombres y mujeres, aunque hay que tener presente que las mujeres están infrarrepresentadas en los estudios sobre HTA.

Por un lado, las cifras elevadas de PA comportan mayor riesgo de eventos en las mujeres que en los hombres. En general, los hombres presentan mayor incidencia de eventos cardiovasculares, pero a igualdad de cifras de PA, las mujeres presentan más riesgo de hipertrofia ventricular izquierda, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. El riesgo de eventos cardíacos aumenta en las mujeres a partir de cifras de PA más bajas (cifras de PA sistólica 130-139 mmHg normal-alta), aunque este efecto desaparece al ajustarse mediante tratamiento farmacológico antihipertensivo, posiblemente porque este se utiliza menos en mujeres¹.

Además de que las mujeres reciben con menos frecuencia tratamiento antihipertensivo, existen diferencias en la prescripción de los distintos grupos farmacológicos. Se prescriben menos inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina/antagonistas de la angiotensina II

(IECA/ARA II) en las mujeres que en los hombres, y en aquellas se suelen prescribir más diuréticos. Los riesgos de teratogenia asociados al uso de IECA/ARA II durante la gestación podrían influir directamente en esta diferencia en la prescripción de estos fármacos^{2,3}. Algún estudio de calidad baja refiere que las mujeres suelen presentar más efectos adversos asociados a los antihipertensivos.

La reducción de la PA disminuye el riesgo de eventos tanto en mujeres como en hombres de forma parecida, con independencia del tratamiento. Por una reducción de 5 mmHg de PA sistólica, el *hazard ratio* (HR) para la reducción de eventos vasculares fue de 0,92 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,89-0,95) en mujeres, frente a 0,90 (IC 95%: 0,88-0,93) en hombres³. Por lo general, en el tratamiento farmacológico de la HTA no parecen existir diferencias por sexo en el control de la PA. En un subanálisis de un ensayo clínico aleatorizado (ECA)⁴ se observó que el amlodipino podría ser más eficaz que el valsartán en mujeres. Asimismo, un análisis *post hoc* de otro ECA⁵ sugiere que un diurético tiazídico asociado con losartán podría ser más efectivo que asociado con atenolol para prevenir desenlaces de enfermedad cardiovascular en mujeres con hipertrofia ventricular izquierda.

Aunque es probable que el riesgo cardiovascular sea mayor en mujeres con HTA, no existe evidencia que justifique actualmente un abordaje de las cifras objetivo de PA y terapéutico diferente en las mujeres, salvo que la mujer manifieste su deseo gestacional, en cuyo caso habría que individualizar su tratamiento farmacológico.

Bibliografía

1. Pana TA, Luben RN, Mamas MA, Potter JF, Wareham NJ, Khan KT, et al. Long term prognostic impact of sex-specific longitudinal changes in blood pressure. The EPIC-Norfolk Prospective Population Cohort Study. *Eur J Prev Cardiol.* 2022;29(1):180-191. doi: 10.1093/eurjpc/zwab104.
2. Zhao M, Woodward M, Vaartjes I, Millet ERC, Kipstein-Grobusch K, et al. Sex differences in cardiovascular medication prescription in primary care: a systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc.* 2020;9(11):e014742. doi: org/ 10.1161/JAHA.119.014742.
3. Bidel Z, Nazarzadeh M, Canoy D, Copland E, Gerdtz E, Woodward M, et al; Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Sex-Specific Effects of Blood Pressure Lowering Pharmacotherapy for the Prevention of Cardiovascular Disease: An Individual Participant-Level Data Meta-Analysis. *Hypertension* 2023;80:2293-302. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21496. Epub 24 de julio de 2023.

4. Zanchetti A, Julius S, Kjeldsen S, McInnes GT, Hua T, Weber M, et al. Outcomes in subgroups of hypertensive patients treated with regimens based on valsartan and amlodipine: An analysis of findings from the VALUE trial. *J Hypertens.* 2006;24(11):2163-8. doi: 10.1097/01.hjh.0000249692.96488.46.
5. Os I, Franco V, Kjeldsen SE, Manhem K, Devereux RB, Gerds E, et al. Effects of losartan in women with hypertension and left ventricular hypertrophy: results from the losartan intervention for endpoint reduction in hypertension study. *Hypertension.* 2008;51(4):1103-8.

12

No iniciar la terapia hormonal en el período de la menopausia para la prevención de la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares o la demencia

La menopausia es un momento natural en la vida de la mujer en torno al cual las mujeres pueden experimentar desde molestias leves, manejables con cuidados generales, hasta síntomas vasomotores o genitourinarios graves que afectan a su calidad de vida. En algunos de estos casos pueden requerir terapia hormonal de la menopausia para su alivio.

La finalidad de la terapia hormonal de la menopausia (THM) es aliviar los síntomas climatéricos, como sofocos o atrofia vulvovaginal, de moderados a intensos, en mujeres menores de 60 años o antes de 10 años tras la menopausia, después de realizar una evaluación individualizada. La tendencia a medicalizar este proceso natural exige reevaluar su uso en la prevención de enfermedades cardiovasculares, osteoporosis o demencia.

En el caso de la osteoporosis, la THM redujo las fracturas de cadera en un 33% durante la intervención en comparación con placebo (0,11% frente a 0,17%; cociente de riesgos instantáneos [HR] 0,67; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,47-0,95). Sin embargo, este efecto no se mantuvo tras su retirada². Entre los riesgos que conlleva el tratamiento combinado de estrógeno y gestágeno, se observaron 9 eventos adicionales de cáncer de mama por cada 10.000 mujeres al año y otros 9 eventos más de enfermedad tromboembólica. En mujeres tratadas con estrógenos solos, aparecen 11 eventos adicionales de cáncer de mama y 4 de enfermedad tromboembólica¹. Por todo ello, deben considerarse otras alternativas específicas y mejor establecidas para las patologías que se comentan en esta recomendación.

Por otro lado, otra indicación para la que se ha utilizado la THM es para la prevención de enfermedades cardiovasculares. El uso combinado de estrógeno y progestágeno se asoció con un aumento significativo del riesgo de accidente cerebrovascular. Se observaron 9 eventos adicionales por cada 10.000 mujeres al año, pasando de un 0,33% a un 0,24%;

HR: 1,37; IC 95%: 1,07-1,76), pero no con un aumento significativo en la enfermedad coronaria en comparación con placebo¹. En el grupo de estrógenos solos se observó un riesgo de 11 eventos adicionales de ictus, pero con una disminución del 6% en la enfermedad coronaria y un 3% en el infarto de miocardio, aunque estas dos diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Por último, en relación con la demencia, la evidencia proveniente de los estudios WHI Memory Study (WHIMS) y otros análisis posteriores indica que la THM no mejora la puntuación en el Mini Mental State Examination (MMSE) ni previene la demencia y, en algunos casos, puede incluso acelerar el declive cognitivo en mujeres mayores³.

En conclusión, no se recomienda comenzar la THM con el objetivo de prevenir la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares o la demencia, ya que los beneficios no superan a los riesgos.⁴

Bibliografía

1. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, Aragaki AK, Rossouw JE, Prentice RL, et al. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA* [Internet]. 2013 Oct 2 [citado 2025 Abr 6];310:1353. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1745676>.
2. Barrionuevo P, Kapoor E, Asi N, Alahdab F, Mohammed K, Benkhadra K, et al. Efficacy of pharmacological therapies for the prevention of fractures in postmenopausal women: A network meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2019 May 1 [citado 2025 Abr 6];104(5):1623-30. Disponible en: <https://academic.oup.com/jcem/article/104/5/1623/5418882?login=false>.
3. Zhou C, Wu Q, Wang Z, Wang Q, Liang Y, Liu S. The effect of hormone replacement therapy on cognitive function in female patients with alzheimer's disease: A meta-analysis. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* [Internet]. 2020 Ene-Dic [citado 2025 Abr 6];35:1533317520938585. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10624041/>.
4. Manson JE, Crandall CJ, Rossouw JE, Chlebowski RT, Anderson GL, Stefanick ML, et al. The women's health initiative randomized trials and clinical practice: A review. *JAMA*. 2024;331(20):1748-60.

Glosario

- **Cis/cisgénero:** persona cuya identidad de género coincide con su sexo asignado al nacimiento.
- **Diversidad de género:** hace referencia a todas las posibilidades en cuanto a características sexuales, identidades de género, expresiones de género y orientaciones sexuales que aparecen en las distintas personas, sin jerarquizarlas en términos de «normalidad».
- **Estereotipos de género:** ideas preconcebidas y generalizadas sobre cómo deben comportarse, actuar o ser las personas en función de su género.
- **Género:** ideas, cualidades y expectativas que la sociedad atribuye a las personas en función de su percepción social como hombres o mujeres. Se trata de un constructo social y cultural no determinado biológicamente, que puede variar según el contexto histórico, cultural y social.
- **Heteronormatividad:** régimen social y cultural que impone que la heterosexualidad sea vista como la forma de sexualidad natural de los seres humanos y por tanto definitoria de la «normalidad».
- **Identidad de género:** es la percepción que un individuo tiene sobre su propio género, que puede coincidir o no con el sexo que se le asignó al nacer. Es una condición de la persona que no puede ser diagnosticada, sino que debe ser expresada por la persona.
- **Interseccionalidad:** concepto descrito desde el feminismo afroamericano por Kimberlé Crenshaw (1989), que define el fenómeno por el cual las personas sufren opresión u ostentan privilegio en función de múltiples categorías que les atraviesan (por ejemplo, el género, la raza, la situación socioeconómica, la orientación sexual, etc.).
- **No binarismo/género no binario:** conjunto de identidades de género en las que se ubican personas que no se autoperciben ni como hombres ni mujeres.
- **Orientación sexual:** tipo de atracción sexual que una persona siente según el género de las personas por las que se siente atraída.
- **Perspectiva de género:** enfoque crítico desarrollado en diversos campos de conocimiento que se caracteriza por reconocer las relaciones de poder, fruto de una sociedad patriarcal, entre hombres y mujeres y otras identidades de género. Estas relaciones generan discriminación hacia

las mujeres y otras identidades de género. Asimismo, reconoce que estas relaciones de poder se han establecido social e históricamente (no de forma natural), instaurándose y reproduciéndose en la realidad cotidiana.

- **Sesgos de género:** acción o tendencia que resulta en un trato desigual hacia un género. Puede ser producto de los estereotipos o roles de género.
- **Sexo:** en términos teóricos, se refiere a las características biológicas (como los genitales, cromosomas y hormonas sexuales) utilizadas para clasificar a una persona como hombre, mujer o intersexual. Sin embargo, en términos prácticos, cuando hablamos del sexo de una persona, realmente nos referimos al sexo asignado como categoría clínica al nacer, dado que esta asignación se realiza únicamente a través de la inspección de los genitales externos sin tener en cuenta las posibles distintas combinaciones de características biológicas sexuales que se dan en la especie humana.
- **Trans:** personas cuya identidad de género no coincide con el sexo asignado al nacimiento.



semFYC

Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria