



Revista Uruguaya de Cardiología
ISSN: 0797-0048
ISSN: 1688-0420
bibliosuc@adinet.com.uy
Sociedad Uruguaya de Cardiología
Uruguay

Michelis, Virginia
Carta al editor
Revista Uruguaya de Cardiología, vol. 34, núm. 2, 2019, Abril-Junio, pp. 223-224
Sociedad Uruguaya de Cardiología
Uruguay

DOI: <https://doi.org/10.29277/cardio.34.2.18>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=479760033018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Dra. María del Pilar Aguilar,
Editora-jefe de la Revista Uruguaya de Cardiología

¿Cómo estando delante nuestro pasó desapercibido tanto tiempo? ¿Cómo no vimos dónde estaba el tan crítico punto G? ¿Será que inmersos en los debates de la ciencia, con sus múltiples aspectos, sus enormes conquistas y avances tecnológicos, o distraídos entre hermosas imágenes y softwares que ni siquiera sabemos para qué usar (porque avanzan más rápido que la evidencia), innovadores tratamientos, dispositivos y fármacos, no supimos diagnosticarlo antes? ¿Será como en *El Principito*, que lo esencial es invisible a los ojos?

De los tontos, puede contestar algún soberbio con poca poesía. Qué necesidad hay de ofender si para cada uno es normal lo que vive. Un burka puede ser incuestionable para quienes nacieron en determinadas coordenadas témporo-espaciales de inequidad. Le llaman sesgos cognitivos.

Ni siquiera fue evidente para las que trabajamos en el tema de la cardiopatía en la mujer desde el inicio. La inconciencia nos hace cómplices de la asimetría subyacente, quizá otro ejemplo de violencia simbólica.

Se denomina punto crítico a un momento o situación difícil y comprometida en la que es preciso hacer algo para que se produzca una inflexión necesaria en el desarrollo de los acontecimientos.

¿Será que por años se extrapoló la investigación cardiológica en hombres a las mujeres? Empezando por los síntomas: el ángor típico fue descrito por Heberden en 1768 en una población de 96 hombres y 3 mujeres, y hasta el momento actual continuamos con una menor inclusión de mujeres en los estudios de investigación o extrapolando conclusiones poco cuestionadas metodológicamente.

Y hasta hace muy poco escuchábamos cuando volvía una paciente con isquemia demostrada de un cateeterismo: “Mis coronarias están normales en el cateterismo, no tengo nada”.

Entonces, con angustia y resignación, asumimos ese misterio que la medicina habitualmente resuelve como viral, cuando más elaborado autoinmune, y respondemos en forma categórica y científica: “...Siendo un misterio femenino: obviamente es estrés”.

Antes hasta nos llamaban locas, ahora por suerte MINOCAS (acrónimo inglés de Myocardial Infarction With no Obstructive Coronary Atherosclerosis). El conocimiento ilumina la evolución.

Y el punto G está presente en todas las fases de la enfermedad, y no lo vimos. El *gender gap*, brecha de género, también se evidencia en la cardiología.

Está en la falta de percepción de riesgo, síntomas y enfermedad, y también en el desconocimiento de la comunidad médica. Como sucede en otros aspectos, como los financieros, o de representación política, de segregación jerárquica laboral, lamentablemente en salud cardiovascular (CV) se evidencia una brecha.

Desde el Comité de cardiopatía en la mujer lo hemos investigado y documentado. Las mujeres no se dan cuenta de que la principal causa de muerte en Uruguay es la CV y que mueren 14 uruguayas por día. Mal de muchos, en el primer mundo pasa lo mismo. Desconsuelo de pocos, en otros mundos todavía es peor, todos los derechos les son negados.

Un hombre con dolor en una puerta de emergencia dispara un protocolo reflejo de electrocardiograma, enzimas, lo que no ocurre de rutina en el caso de una mujer. Muchas veces hemos vivido casos de mujeres que peregrinaron por diferentes servicios con síndromes coronarios y hasta con infartos y son tratadas con benzodicepinas y antiácidos.

Los datos del Fondo Nacional de Recursos (FNR), en cuanto al punto duro mortalidad, fueron analizados por nuestro comité y evidenciaron mayor mortalidad posangioplastia en la mujer, a las 24 horas, 1 mes, 3 meses, 1 año, y 5 años de evolución.

Y también el *gender gap* continúa presente en el tratamiento farmacológico, en la prevención secundaria, aquí y en el resto del mundo. El menor éxito de la prevención primaria y secundaria se da en las mujeres, excepto en un exitoso programa multidisciplinario e intensivo del FNR que nos cuestiona y replantea las estrategias.

Pero esto que atañe al menos al 50% de la población, y que denota una vulnerabilidad asociada al género femenino, y que debería por lo tanto tener mayor jerarquía en la formación de los futuros cardiólogos, fue evidente para quienes elaboraron The Global Gender Gap Report. Se trata de un reporte que realiza el Foro Económico Mundial, creado por Kofi Annan.

Es un informe detallado de distintas variables aplicado a 149 países, creando el Gender Gap Index. En una escala de 0 a 1, siendo 1 la paridad deseable, Uruguay se sitúa en 0,72 en 2018.

Si analizamos la variable mortalidad CV, el score en Uruguay fue de 0,5 en 2016. Ellos toman en cuenta, además, que las mujeres somos más longevas y utilizan la mortalidad anualizada.

Mueren aproximadamente dos mujeres más por día que hombres. Si resolviéramos el “factor G”, ¿cuántas mujeres menos morirían? Seguramente algún estadístico podría aproximarnos, pero tomando un mínimo de una por día, serían 365 mujeres al año, también llamadas mamá, abuela, hija, compañera de vida. ¿De cuántos hogares estaríamos hablando?

¿Cómo cambiar esta realidad? No podemos esperar 100 años, que es lo que se ha estimado. Este paradigma de exclusión hace mucho daño a la sociedad toda, tanto a hombres como a mujeres, y es perpetuado por algunos hombres y algunas mujeres. El poder está en cada uno de nosotros desde su lugar y en cada pequeña acción que se realice: derribando barreras culturales, resistencia al cambio, y perturbando necesariamente sistemas y estructuras rígidas de pensamiento. Hacer evidente la real desigualdad conduce a descubrir lo negado y derrumba la concepción liberal e idealista, que avala la creencia de que la igualdad establecida en la Constitución sucede en la realidad.

En medicina existen tratamientos etiológicos, sintomáticos o paliativos, y en este problema no atendemos las causas, desoímos síntomas y solamente paliamos y mal las consecuencias.

Se trata de tomar conciencia, poner conocimiento y responsabilidad sobre la cardiopatía en la mujer, para transformar la realidad, en una estrategia multidimensional. ¿Cómo catalizar los cambios? En mi opinión, para quitar los sesgos y hacer que lo esencial sea visible se requiere conocimiento, tolerancia, perseverancia, amor y políticas públicas.

Desde empoderar a la mujer como primera responsable de su salud y por eso nuestro *#yomujercuidomiconcorazon*, comprometer instituciones y a los responsables de delinear las políticas de salud, para abatir una desventaja que no debería existir.

Tan simple y difícil a la vez, incorporando cambios y cambiando actitudes. Porque las ideas sin acciones son inútiles. Asumir una perspectiva de género requiere esfuerzo y conduce a una revolución intelectual interna personal y colectiva, que se está constituyendo hoy día en una gran revolución cultural y de pensamiento.

En línea con los macroobjetivos nacionales e internacionales, están invitados quienes quieran unirse en esta cruzada, a la que hemos logrado dar fuerza de ley, con el apoyo de la bancada bicameral femenina, integrada por mujeres de todos los partidos políticos, que entendieron que este problema de salud pública requiere un compromiso político, aunque no partidario, para el bien común de la sociedad.

Ley N° 19.744: se declara el día 9 de marzo de cada año DÍA NACIONAL DE CONCIENTIZACIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE LA MUJER; elegimos la fecha en honor a la primera médica graduada en Uruguay, en 1908, la Dra. Paulina Luisi, activista por los derechos de la mujer, que recién pudo votar en 1927, inaugurando el voto femenino en América del Sur.

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, sancionaron:

Artículo 1º. Declárase el 9 de marzo de cada año, Día Nacional de Concientización de la Salud Cardiovascular de la Mujer.

Artículo 2º. Las instituciones y organismos vinculados a la temática organizarán y promocionarán en forma coordinada acciones y actividades destinadas a difundir el conocimiento y sensibilizar sobre las enfermedades cardiovasculares de la mujer, actualmente primera causa de muerte.

Las diferencias biológicas deben ser estudiadas para ser tratadas en forma diferencial. Este año, por primera vez, habrá una premiación al mejor trabajo del congreso uruguayo que considere la temática cardiovascular y de género, como forma de promover la investigación en la mujer.

Quizás algún lector esperaba que este texto hablara sobre otro punto. Se utilizó un recurso trillado pero efectivo, al que recurre tantas veces la publicidad y el sistema, tomando la sensualidad, en especial femenina, para vender las cosas más banales. Me justifico, esta vez fue con el noble fin de visibilizar el más crítico punto de la cardiopatía femenina.

Dra. Virginia Michelis
Comité de cardiopatía en la mujer, Sociedad Uruguaya de Cardiología.

Virginia Michelis, <https://orcid.org/0000-0003-1879-987X>