



XUNTA
DE GALICIA

CONSELLERÍA
DE SANIDADE

SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE

AXENCIA GALEGA
DE COÑECEMENTO
EN SAÚDE

XVIII XORNADA DE SAÚDE PERINATAL E REPRODUTIVA

Morbilidade diferencial



Lorenzo Armenteros del Olmo

Médico de Familia de atención primaria. Centro de Saúde Illas Canarias. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Morbilidade diferencial

INTRODUCCIÓN

1. Concepto general

Morbilidad diferencial se define como el conjunto de diferencias observables en la **incidencia, prevalencia, curso clínico, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las enfermedades entre mujeres y hombres**, derivadas tanto de factores biológicos (sexo) como sociales, culturales y estructurales (género).

Estas diferencias no son sólo estadísticas: representan manifestaciones concretas de ***desigualdad en salud***, que se expresan ***en cómo se interpretan sus síntomas y cómo son atendidas por el sistema sanitario***.

2. Tipos de morbilidad diferencial

- Diferencias reales de morbilidad (biológicas)

El lupus eritematoso sistémico es 9 veces más frecuente en mujeres por factores inmunogenéticos y hormonales.

Las mujeres presentan mayor incidencia de osteoporosis

- Diferencias derivadas del sesgo clínico o social (de género)

Infradiagnóstico de infarto agudo de miocardio por síntomas atípicos.

Sobrediagnóstico de trastornos de ansiedad ante síntomas inespecíficos..

- Diferencias en respuesta terapéutica o efectos adversos

Las mujeres experimentan hasta un 50 % más de efectos adversos farmacológicos (menor peso corporal, metabolismo hepático, menor representación en ensayos).

Fármacos presentaron mayor toxicidad en mujeres.

2. Tipos de morbilidad diferencial

- Diferencias en resultados en salud

- Las mujeres viven más años, pero con mayor carga de enfermedad crónica, discapacidad y dolor.
- Mayor comorbilidad y consumo farmacéutico, especialmente tras la menopausia.

Evidencias

Fundamentos científicos de la morbilidad diferencial

Evidencia biológica

Los estrógenos y progesterona modulan múltiples sistemas fisiológicos (endotelio, hueso, metabolismo, inmunidad, cerebro).

El cromosoma X contiene genes que regulan la respuesta inmune (TLR7, FOXP3, CD40L), explicando mayor autoinmunidad en mujeres.

Diferencias en volumen de distribución y aclaramiento renal condicionan la dosificación farmacológica.

El ciclo hormonal femenino influye en farmacodinámica (p. ej., variación en la respuesta a benzodiacepinas o opioides).

Las mujeres presentan QT más prolongado y mayor riesgo de torsades de pointes con ciertos antiarrítmicos o antidepresivos.

Evidencias

Fundamentos científicos de la morbilidad diferencial

Evidencia epidemiológica

La OMS y la Unión Europea recomiendan analizar todos los indicadores de salud desagregados por sexo (MSSSI, 2024).

En España, los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2020) muestran que las mujeres declaran peor salud percibida, más enfermedades crónicas y más consumo de fármacos.

Según el Observatorio de Salud y Género (2024):

70 % de las mujeres >50 años tienen ≥ 2 enfermedades crónicas.

30 % presentan dolor persistente o limitación funcional.

60 % consumen al menos un psicofármaco frente a 30 % de los hombres.

Evidencias

Fundamentos científicos de la morbilidad diferencial

Evidencia asistencial

En un estudio del European Heart Journal (Maas et al., 2020), las mujeres con infarto agudo recibieron menos angioplastias y estatinas, pese a igual riesgo cardiovascular.

En salud mental, las mujeres reciben más prescripciones ansiolíticas y antidepresivas, pero menos interconsulta con psicoterapia (Redondo-Sánchez et al., 2022).

En farmacovigilancia (US FDA, 2022), 4 de cada 5 fármacos retirados por efectos adversos graves afectaban desproporcionadamente a mujeres.

Principales diferencias por sistemas

● Sistema cardiovascular:

- Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en la mujer española, superando el cáncer de mama.
- Inicio más tardío (10 años después del varón), pero con mayor mortalidad intrahospitalaria y posinfarto.
- Síntomas atípicos: disnea, astenia, epigastralgia o dolor mandibular, que conducen al retraso diagnóstico.
- Fisiopatología diferente: mayor prevalencia de disfunción microvascular coronaria y síndrome de Tako-tsubo.
- Menor indicación de cateterismo, revascularización y estatinas, y peor control de factores de riesgo.

Principales diferencias por sistemas

Sistema cardiovascular

Estrógenos protegen frente a aterogénesis; su déficit posmenopáusico aumenta la dislipemia y la rigidez arterial.

Claves en Atención Primaria:

Considerar ECV ante disnea o cansancio en mujeres >50 años.

Evaluar riesgo con escalas ajustadas por sexo (SCORE2, REGICOR).

Evitar sesgo diagnóstico por presentación “no típica”.

Principales diferencias por sistemas

Sistema nervioso y salud mental

- La depresión y ansiedad son el doble de frecuentes en mujeres que en hombres.
- Factores psicosociales: sobrecarga de cuidados, doble jornada, desigualdad económica y violencia.
- Síntomas somáticos más frecuentes (cefalea, cansancio, insomnio, dolor generalizado).
- Mayor prescripción de benzodiacepinas y antidepresivos, a menudo sin suficiente soporte psicoterapéutico.
- En la menopausia, la fluctuación hormonal agrava síntomas ansioso-depresivos y trastornos del sueño.
- Riesgo de intento autolítico superior, aunque menor letalidad que en varones.

Recomendaciones:

Cribar depresión y ansiedad con escalas validadas (PHQ-9, GAD-7).

Priorizar intervenciones psicológicas, grupales y comunitarias.

¹¹ Vigilar uso prolongado de psicofármacos.

Principales diferencias por sistemas

Sistema metabólico y endocrinológico

- En la mujer posmenopáusica aumenta la resistencia insulínica y la grasa abdominal, favoreciendo el síndrome metabólico.
- La diabetes tipo 2 se diagnostica más tarde y con peor control glucémico.
- Mayor riesgo de complicaciones macrovasculares pese a igual HbA1c.
- Hipotiroidismo y tiroiditis autoinmunes (Hashimoto) 7-10 × más frecuentes en mujeres.
- Mayor susceptibilidad a efectos secundarios de fármacos hipoglucemiantes o tiroideos.

Recomendaciones:

Cribar dislipemia y glucemia cada 3-5 años en mujeres >45 años.

Ajustar dosis de levotiroxina y fármacos según peso y metabolismo.

Promover ejercicio y reducción de perímetro abdominal (<88 cm).

Principales diferencias por sistemas

Cáncer

- El cáncer de mama es el más frecuente (≈ 34 % de los cánceres femeninos).
- Cáncer de pulmón en mujeres no fumadoras aumenta, asociado a exposición pasiva y biomarcadores específicos (mutaciones EGFR).
- Cáncer colorrectal y endometrial crecen con la edad posmenopáusica.
- Supervivencia mayor que en hombres, pero con peores secuelas funcionales y psicológicas.

Prevención primaria y cribado:

Mantener programas poblacionales de cribado (mama 50-69 años; colon 50-74 años).
Abordar adherencia y barreras culturales al cribado.
Evitar medicalización innecesaria de lesiones benignas.

Principales diferencias por sistemas

Sistema musculoesquelético

- La osteoporosis posmenopáusica afecta a una de cada tres mujeres >50 años; las fracturas vertebrales o de cadera generan gran pérdida funcional.
- Artrosis más prevalente en rodillas, manos y columna, con mayor dolor e impacto funcional que en varones.
- Fibromialgia y síndrome de dolor crónico generalizado tienen predominio femenino (80-90 %).
- Factores hormonales, inflamatorios y de percepción del dolor explican las diferencias.
-

Atención Primaria:

- Evaluar riesgo de fractura con FRAX® y realizar densitometría según edad y factores de riesgo.
- Promover ejercicio de fuerza, vitamina D y dieta rica en calcio.
- En dolor crónico, integrar abordaje biopsicosocial.

Principales diferencias por sistemas

Sistema respiratorio

- El asma es más prevalente y sintomático en mujeres adultas; la respuesta a corticoides inhalados puede variar por ciclo menstrual.
- En EPOC, a igual exposición tabáquica, las mujeres presentan mayor deterioro funcional y síntomas ansioso-depresivos asociados.
- Mayor subdiagnóstico por estereotipo de “enfermedad masculina”.

Atención Primaria:

Realizar espirometría ante tos crónica o disnea, incluso sin historia tabáquica intensa. Promover abandono del tabaco y cribado de cáncer de pulmón en mujeres exfumadoras de alto riesgo.

Principales diferencias por sistemas

Autoinmunidad y dolor

- Lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple, artritis reumatoide y tiroiditis autoinmunes tienen clara preponderancia femenina.
- Mecanismos: influencia de estrógenos, expresión de genes del cromosoma X y diferencias en microbiota intestinal.
- Mayor respuesta inmunológica a vacunas e infecciones, pero también mayor riesgo de reacciones adversas.

Implicaciones:

- Individualizar tratamiento inmunomodulador y vigilancia de efectos secundarios.
- Integrar manejo multidisciplinar (reumatología, AP, salud mental).

Principales diferencias por sistemas

Implicaciones para la Atención Primaria

Historia clínica con perspectiva de género: incluir roles sociales, carga de cuidados, violencia, síntomas psicosomáticos.

Guías clínicas revisadas por sexo y género.

Formación profesional en medicina con enfoque diferencial.

Intervenciones comunitarias para reducir desigualdades (programas de ejercicio, grupos de autocuidado, redes vecinales).

Datos desagregados por sexo en registros y sistemas de información.

Uso racional de psicofármacos y opioides, vigilando sobremedicalización femenina.

Investigación con paridad en ensayos clínicos y análisis diferenciado de resultados por

Principales diferencias por sistemas

Enfoque clínico diferencial a partir de la menopausia

Evaluación cardiovascular	Incluir síntomas atípicos y riesgo posmenopáusico.
Salud ósea y muscular	Densitometría y prevención de caídas.
Metabolismo y peso	Vigilancia de resistencia insulínica, perímetro abdominal y lípidos.
Salud mental	Evaluar soledad, carga de cuidados y síntomas somáticos de depresión.
Prevención oncológica	Actualizar cribados según edad (mama, cervix, colon).
Enfoque integral	Incorporar perspectiva de género en historia clínica, guías y formación profesional.

Principales diferencias por sistemas

Conclusiones

Las mujeres presentan mayor esperanza de vida, pero más años vividos con enfermedad y discapacidad.

Las diferencias no se deben solo a la biología, sino a factores estructurales y sociales.

El enfoque de género en Atención Primaria mejora la calidad, equidad y resultados en salud.

Incorporar esta mirada es una obligación ética y científica.

Principales diferencias por sistemas

“La equidad en salud empieza cuando diagnosticamos con los ojos abiertos al género, tratamos sin sesgos y escuchamos con la misma atención a todos los cuerpos y voces. Sin perspectiva de género, la medicina es incompleta.”