

PONENCIAS

Diferències entre dones i homes en la letalitat a curt termini per infart agud de miocardi

Jaume Marrugat

Unitat de Lípids i Epidemiologia Cardiovascular.
Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Barcelona.

La incidència d'infart agud de miocardi (IAM) és més elevada en els homes que en les dones. A Catalunya els anys 1988-1992 va ser de 210 i 47 per 100.000 habitants de 25 a 74 anys respectivament. La mortalitat per aquesta causa a Espanya l'any 1992 va ser de 103 i 46 per 100.000 respectivament en totes les edats.

El debat sobre les possibles diferències en la letalitat precoç per IAM entre homes i dones s'ha emmarcat principalment en els resultats dels pacients que són tractats en Unitats de Coronàries. La controvèrsia també inclou una possible inadequació de l'esforç terapèutic i diagnòstic segons el sexe del pacient.

El propòsit d'aquesta presentació és aportar alguns elements per aclarir quina és la situació en el nostre entorn de la letalitat i de l'esforç diagnòstic i terapèutic en l'IAM segons el gènere.

Es presenten els resultats de diferents fases de desenvolupament de dos estudis realitzats a Catalunya REGICOR (REGistre Gironí del COR) (a nivell Hospitalari i Poblacional), el RESCATE (Recursos Emprats en la Síndrome Coronària Aguda i Temps d'Espera) i d'una a l'estat Espanyol PRIAMHO (Proyecto de Registro de Infarto Agudo de Miocardio HOspitalario).

Les característiques que poden influir sobre la letalitat diferencial entre homes i dones després de l'IAM estan relacionades amb la comorbiditat: hi ha un acord substancial en que les dones són més grans, més diabètiques i més hipertenses quan presenten l'IAM que els homes. Aquest fet es confirma en tots els estudis que es presenten. D'altra banda, la localització de l'infart i els antecedents de cardiopatia isquèmica poden igualment condicionar l'evolució de la malaltia. En els resultats presentats no s'observen diferències entre sexes ni en la localització de l'IAM, ni en els antecedents de cardiopatia isquèmica que perjudiquin la dona. Tampoc hi ha diferències en la presència d'IAM no Q. Les dones presenten sempre graus de Killip (mesura clínica de la gravetat) més elevats que els homes en tots els estudis.

Queda clar, doncs, que en analitzar si existeix una major letalitat en les dones cal ajustar l'efecte

Diferencias entre mujeres y hombres en la letalidad a corto plazo por infarto agudo de miocardio

Jaume Marrugat

Unitat de Lípids i Epidemiologia Cardiovascular.
Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Barcelona.

La incidencia de infarto agudo de miocardio (IAM) es más elevada en los hombres que en las mujeres. En Cataluña entre los años 1988-1992 fue de 210 y 47 por 100.000 habitantes de 25 a 74 años, respectivamente. La mortalidad en España por esta causa el año 1992 fue de 106 y 46 por 100.000 habitantes respectivamente en todas las edades.

El debate sobre las posibles diferencias en la letalidad precoz por IAM entre hombres y mujeres se ha enmarcado principalmente en los resultados de los pacientes que son tratados en unidades coronarias. La controversia también incluye una posible inadecuación del esfuerzo terapéutico y diagnóstico según el sexo del paciente.

El propósito de esta presentación es aportar algunos elementos para esclarecer cual es la situación en nuestro entorno de la letalidad y del esfuerzo diagnóstico y terapéutico en IAM según el género.

Se presentan los resultados de diferentes fases de desarrollo de dos estudios realizados a Cataluña REGICOR (Registre Gironí del COR) (a nivel hospitalario y poblacional), el RESCATE (Recursos Emprats en la Síndrome Coronaria Aguda i Temps d'Espera) y de un estudio al estado español PRIAMHO (Proyecto de Registro de Infarto Agudo de Miocardio HOspitalario).

Las características que pueden influir sobre la letalidad diferencial entre hombres y mujeres después del IAM están relacionadas con la comorbilidad: hay un acuerdo sustancial en que las mujeres son mayores, más diabéticas y más hipertensas cuando presentan el IAM que los hombres. Este hecho se confirma en todos los estudios que se presentan. Por otra parte, la localización del infarto y los antecedentes de cardiopatía isquémica pueden igualmente condicionar la evolución de la enfermedad. En los resultados presentados no se observan diferencias entre sexos ni en la localización del IAM, ni en los antecedentes de cardiopatía isquémica que perjudiquen a la mujer. Tampoco hay diferencias en la presencia de IAM no Q. Las mujeres presentan siempre grados de Killip (medida clínica de la gra-

del fet de ser dona pels factors esmentats que presenten diferències entre sexes.

Cal aclarir que la perspectiva hospitalària de l'IAM està lleugerament biaixada ja que, al voltant del 15% dels pacients que presenten aquesta patologia moren abans d'arribar a ser atesos en cap hospital (una mica menys de la meitat d'aquestes morts són dones).

El REGICOR disposa d'un registre poblacional d'IAMs que inclou la totalitat de residents a Girona entre 25 i 74 anys d'edat que presenten un IAM amb un grau de sospita suficient. S'utilitzen els mètodes de l'estudi MONICA de la OMS per tal d'establir la incidència de la malaltia a Girona. Els seus resultats indiquen que entre 1988 i 1992 les 333 dones de 25 a 74 anys van presentar una letalitat significativament més alta que els 1.266 homes, dintre dels 28 dies següents a l'inici dels símptomes ajustant per edat i any de registre. L'excés de risc va ser del 33%.

En la part hospitalària del registre REGICOR es recullen les característiques clíniques, demogràfiques i d'antecedents de tots els primers IAM trasmurals arribats vius a l'hospital Josep Trueta de Girona en residents a les Comarques de Girona de 25 a 74 anys d'edat. En aquest estudi queda palès que el sexe és un factor de risc independent de morir a 28 dies. L'excés de risc en les malaltes reclutades entre 1978 i 1992 ($n = 1.928$) va ser del 49% ($p < 0,05$).

L'estudi RESCATE va registrar 1.460 primers IAM trasmurals o no fins a 80 anys arribats vius consecutivament a 4 hospitals de Catalunya (Hospitals Clínic, Germans Trias, del Mar i Josep Trueta). L'excés de risc ajustat per la comorbiditat de morir en els 6 mesos que seguiren a l'inici dels símptomes de l'IAM de les dones va ser en aquest estudi del 84%.

El PRIAMHO va registrar a 33 centres hospitalaris d'Espanya tots els IAM ingressats a la UC. L'excés de risc ajustat per comorbiditat de les dones va ser en aquest estudi ($n = 6.740$) del 49%.

En cap dels estudis no hi ha hagut diferències estadísticament significatives en el tractament amb trombolítics, revascularització o en el nombre de cateterismes coronaris realitzats. En alguns casos fins i tot se n'han fet més en les dones. El retard en l'assistència ha estat aproximadament una hora superior en les dones (3,3 hores de mediana) que en els homes (2,3 hores de mediana) en l'estudi RESCATE.

A tall de conclusió creiem que val a dir que els resultats dels estudis que registren amb menys biaix els casos d'IAM posen de manifest excessos de risc en la mortalitat de les dones més grans i consistents que aquells que es limiten a les UC. També cal destacar que els estudis que utilitzen intervals d'edat més amples en la part superior obtenen riscos relatius més grans que la resta. Un altre factor que distorsiona els resultats és la presència de pacients

vedad) más elevados que los hombres en todos los estudios.

Queda claro, entonces, que al analizar si existe una mayor letalidad en las mujeres es necesario ajustar el efecto del hecho de ser mujer por los factores citados que presentan diferencias entre sexos.

Debemos aclarar que la perspectiva hospitalaria del IAM está ligeramente sesgada ya que cerca del 15% de los pacientes que presentan esta patología mueren antes de llegar a ser atendidos en ningún hospital (un poco menos de la mitad de estas muertes son mujeres).

El REGICOR dispone de un registro poblacional de IAMs que incluye la totalidad de residentes en Gerona entre 25 y 74 años de edad que presentan un IAM con un grado de sospecha suficiente. Se utilizan los métodos del estudio MONICA de la OMS para establecer la incidencia de la enfermedad en Gerona. Sus resultados indican que entre 1988 y 1992 las 333 mujeres de 25 a 74 años presentaron una letalidad significativamente más alta que los 1.266 hombres dentro de los 28 días siguientes al inicio de los síntomas ajustando por edad y año de registro. El exceso de riesgo fue del 33%.

En la parte hospitalaria del registro REGICOR se recogen las características clínicas, demográficas y de antecedentes de todos los primeros IAM trasmurales llegados vivos al hospital Josep Trueta de Gerona en residentes en las comarcas de Gerona de 25 a 74 años de edad. En este estudio queda patente que el sexo es un factor de riesgo independiente de morir en 28 días. El exceso de riesgo en las enfermas reclutadas entre 1978 y 1992 ($n = 1.928$) fue del 49% ($p < 0,05$).

El estudio RESCATE registró 1.460 primeros IAM trasmurales o no hasta 80 años llegados vivos consecutivamente en 4 hospitales de Cataluña (Hospitales Clínic, Germans Trias, del Mar y Josep Trueta). El exceso de riesgo ajustado por la comorbilidad de morir en los 6 meses que siguieron al inicio de los síntomas de IAM de las mujeres fue en este estudio del 84%.

El PRIAMHO registró en 35 centros hospitalarios de España todos los IAM ingresados a la UC. El exceso de riesgo ajustado por comorbilidad de las mujeres fue en este estudio ($n = 6.740$) del 49%.

En ninguno de los estudios no ha habido diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento con trombolítics, revascularización o en el número de cateterismos coronarios realizados. En algunos casos incluso se han hecho más en las mujeres. El retraso en la asistencia ha sido aproximadamente 1 hora superior en las mujeres (3,3 horas de media) que en los hombres (2,3 horas de media) en el estudio RESCATE.

A modo de conclusión creemos que cabe decir que los resultados de los estudios que registran con más sesgo los casos de IAM ponen de manifiesto

amb antecedents d'IAM previ. En l'estudi, doncs, del paper del gènere sobre la supervivència cal tenir en compte els aspectes metodològics esmentats. Les dones, doncs, presenten una letalitat per IAM a curt termini més gran que els homes.

La dona i la seva relació amb les begudes alcohòliques. Patró de comportament per l'home?

Albert Ledesma i Castelltort

L'estreta relació entre l'alcohol i l'espècie humana és relativament antiga, si ens fixem com a límit l'època en que l'home deixa constància escrita de la seva història o bé, a partir de rastres seus, que permeten intuir amb certa seguretat l'existència d'aquesta relació. Aquesta simbiosi, o potser millor saprofitosi?, o poster ambdues coses a la vegada?, va convertir en normal una relació iniciada des de l'interès que despertien les coses desconegudes i que s'ha mantingut i ampliat, gràcies, per un costat als misteriosos efectes de l'alcohol en els animals i per altre a l' ilimitat afany d'aventura i disposició al plaer que té l'home com espècie.

En el llarg abans, de la frontera que delimitava al començament de la intervenció, la convivència entre l'home de les societats vitivinícoles i les begudes alcohòliques va esdevenir fins a cert punt equilibrada, les pautes per al seu consum estaven establertes i les fronteres entre el seu ús relacionat amb l'alimentació i els altres eren presents en el comportament individual i social.

Des d'un primer moment, aquesta relació no ha estat igual pel conjunt d'homes i molts factors individual, familiars i social l'han modulats fent-la més o menys estreta. Entre els factors individuals el primer que permet fer un abordatge diferenciat per la meitat de la població es el del sexe, i aquí i avui és el que més ens interessa. Es pot afirmar que el sexe condiciona la relació dels homes amb l'alcohol?

Les dades que s'apunten a continuació venen a posar de palès una situació que tots, d'una forma conscient o inconscient tenim molt clara, la relació de la dona amb l'alcohol sempre ha estat diferent a la del home, potser la podríem qualificar de menys intensa, almenys qualitativament.

Les dades que els hi presento a continuació tenen com àmbit geogràfic l'estat espanyol, on es

excesos de riesgo en la mortalidad de las mujeres más grandes y consistentes que aquellos que se limitan en las UC. También se debe destacar que los estudios que utilizan intervalos de edad más amplios en la parte superior obtienen riesgos relativos más grandes que el resto. Otro factor que distorsiona los resultados es la presencia de pacientes con antecedentes de IAM previo. En el estudio del papel del género sobre la supervivencia cabe tener en cuenta los aspectos metodológicos mencionados. Las mujeres entonces presentan una letalidad por IAM a corto plazo más grande que los hombres.

La mujer y su relación con las bebidas alcohólicas. ¿Patrón de comportamiento para el hombre?

Albert Ledesma i Castelltort

La estrecha relación entre el alcohol y la especie humana es relativamente antigua si nos fijamos como límite la época en que el hombre deja constancia escrita de su historia o bien a partir de rastros que permiten intuir, con cierta seguridad, la existencia de esta relación. Esta simbiosis, ¿o quizá mejor saprofitosis?, ¿o quizá ambas a la vez?, convirtió en normal una relación iniciada desde el interés que despertan las cosas desconocidas, que se ha mantenido y ampliado gracias, por una parte, a los misteriosos efectos del alcohol en los animales, y por la otra, al ilimitado afán de aventura y disposición al placer de la especie humana.

En el período anterior a la frontera que delimitaba el inicio de la intervención, la convivencia entre el hombre de las sociedades vitivinícolas y las bebidas alcohólicas era hasta cierto punto equilibrada, las pautas para su consumo estaban bien establecidas y la frontera entre el uso relacionado con la alimentación y las otras estaban presentes en el comportamiento individual y social.

Desde el primer momento esta relación no ha sido la misma para el conjunto de hombres, y muchos factores de tipo individual, familiar y social la han modelado haciéndola más o menos estrecha. Entre los factores individuales el primero que nos permite un abordaje diferenciado para la mitad de la población es el del sexo, que aquí es hoy el que más nos interesa. ¿Se puede afirmar que el sexo condiciona la relación de los seres humanos con el alcohol?

Los datos que se apuntan a continuación vienen a poner en evidencia una situación que todos, de una forma consciente o inconsciente, tenemos muy clara: la relación de la mujer con el alcohol siempre ha sido diferente a la del hombre; quizá podríamos calificarla de menos intensa, al menos en el aspecto cualitativo.

Los datos que les presento a continuación tienen

comparteixen alguns factors però, on hi han trets diferencials entre les diferents comunitats. En l'àmbit rural de la comarca d'Osona, Fernández E i col.l. troben l'any 1994, entre la població demandant de més de 14 anys (mostra estadísticament representativa de 260 HCAP) que el consum mig d'alcohol en aquest grup de població és de 16,7 g/día i l'edat mitjana de 45,2 anys. En analitzar els consums de les 206 persones registrades com a consumidors excessius (> 560 g/set a l'home i 280 g/set a la dona) de begudes alcohòliques constaten que el 88,8% són homes i el 11,2% dones. L'edat mitjana d'aquest grup era de 54,4 anys i el consum mig de 86,9 g/día. A Valls, l'any 1993 en una enquesta telefònica a 327 persones entre 15 i 90 anys, troben que el consum mig d'alcohol de dilluns a divendres en els homes és de 23 g/dia i en les dones de 5,1 g/dia. Els divendres i dissabtes el consum diari és en homes i dones de 42,9 g i 18,1 g respectivament. Entre els consumidors de risc (> 60 g/dia en l'home i 40 g/dia en la dona) detecta que un 12,4% dels homes fan un consum d'aquest tipus de dilluns a divendres i només un 4,8% de les dones. El dissabtes i diumenges el percentatge en homes i dones augmenta fins al 32,3% i 19,5% respectivament. L'any 1988 a Sevilla un 8% dels homes eren abstemis per un 21,7% de les dones. A Madrid el mateix any les xifres eren de 4 i 17% respectivament.

A Catalunya l'any 1990, l'enquesta sobre consum i actituds respecte al tabac, alcohol i altres drogues, feta pel Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya troba les següents dades: en la població general (15-64 anys) el consum d'alcohol setmanal en l'home és de 185,4 g i a la dona de 53,8 g. Entre els joves de 15 a 29 anys els consums setmanals respectius són de 208,7 i 67,6 g. El consum de més de 60 g/dia a la població general es donà en el 7,1% de la mateixa. Per sexes el fan el 12,5% dels homes i el 2,5% de les dones. Entre els joves el percentatge puja al 9,7%, per sexes els percentatges respectius són de 16,3 i 3,3. Com a conclusions d'aquestes dades podríem citar el menor consum d'alcohol entre les dones a totes les edats, aquest fet es repeteix a tots els àmbits geogràfics estudiats. També cal destacar que les diferències en el consum d'alcohol entre l'home i la dona es va reduint progressivament, a expenses d'un augment del consum de la dona en els grups d'edat més joves i especialment els caps de setmana durant el temps de lleure.

La menor consistència d'aquest vincle condiciona la forma de ser i de viure de la dona?, o és la forma de ser i viure de la dona que fan que sigui diferent?, o potser és la distribució de rols entre home i dona qui ho ha condicionat tot? Se'm fa impossible destriar entre tots aquests factors, segurament cap d'ells és determinant per sí sol, i és el conjunt de tots els que es donen, en aquesta apassionant aventura

como ámbito geográfico el estado español, donde se comparten algunos factores, pero donde también se pueden observar características diferenciales entre las diferentes comunidades. En el ámbito rural de la comarca de Osona, Fernández y col. encuentran, en el año 1994, entre la población demandante mayor de 14 años (muestra estadísticamente representativa de 260 HCAP) que el consumo medio de alcohol en este grupo de población es de 16,7 g/día y la edad media de 45,2 años. Al analizar los consumos de las 206 personas registradas como consumidores excesivos (> 560 g/sem para el hombre y 280 g/sem para la mujer) de bebidas alcohólicas, constatamos que el 88,8% son de sexo masculino y el 11,2% femenino. La media de edad de este grupo era de 54,4 años y el consumo medio de 86,9 g/día. En Valls, en el año 1993, en una encuesta telefónica a 327 personas entre 15 y 90 años, se encontró que el consumo medio de alcohol de lunes a viernes es para los hombres de 23 g/día y en las mujeres de 5,1 g/día. Los viernes y sábados el consumo diario es de 42,9 g para los hombres y de 18,1 g para las mujeres. Entre los consumidores de riesgo (> 60 g diarios en los hombres y 40 g en las mujeres) se detecta que el 12,4% de los hombres presentan este tipo de consumo entre lunes y viernes, contra sólo el 4,8% de las mujeres. Los fines de semana el porcentaje aumenta en hombres y mujeres hasta el 32,3 y 19,95%, respectivamente. En Sevilla el año 1988 el 8% de los hombres eran abstemios contra el 21,7% de las mujeres. En Madrid el mismo año las cifras eran del 4 y 17%, respectivamente.

En Cataluña, en el año 1990, la encuesta sobre consumo y actitudes respecto al tabaco, alcohol y otras drogas realizada por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya presenta los datos siguientes: en la población general (15-64 años) el consumo de alcohol semanal entre los hombres es de 185,4 g y entre las mujeres de 53,8 g. En los jóvenes de 15 a 29 años los consumos semanales respectivos son de 208,7 y 67,6 g. El consumo de más de 60 g/día entre el total de la población se da en el 7,1% de la misma. Por sexos corresponde al 12,5% de los hombres y al 2,5% de las mujeres. Entre los jóvenes el porcentaje sube hasta el 9,7%; por sexos, los porcentajes respectivos son del 16,3 y el 3,3%. Como conclusión a estos datos podríamos citar el menor consumo de alcohol entre las mujeres en todas las edades, hecho que se repite en todos los ámbitos geográficos estudiados. También podemos destacar que las diferencias de consumo entre hombres y mujeres se van reduciendo progresivamente, a expensas de un aumento del consumo entre las mujeres más jóvenes, especialmente los fines de semana y en tiempo de ocio.

¿La menor consistencia de este vínculo condiciona la forma de ser y vivir de la mujer?, ¿o es la

de viure, qui realment ho fa. Els condicionants genètics, i la seva expressió funcional en els cossos de la dona i home, són un primer mecanisme diferenciador, obstacle o protecció? La capacitat de tolerar, en idèntiques circumstàncies i paràmetres somatòmètrics bàsics, la presència d'alcohol en el cos és diferent en un i altre, ella té, o potser gaudeix?, d'una menor capacitat de metabolització de l'alcohol. L'home té, sexualment vedada, la possibilitat de gestar, parir i donar el pit a infants, la impossibilitat de viure aquestes situacions no li permeten sentir estats de plaer i dolor reservats per a la dona. Aquests estats fisiològics condicionen la forma de viure de la dona en general, i també la seva relació amb l'alcohol, en situacions d'ús normal de begudes alcohòliques té una tendència natural a disminuir o evitar el seu consum.

Més enllà dels condicionants genètics lligats al sexe hi han factors fenotípics que han influït de forma determinant sobre els models de consum de begudes alcohòliques d'homes i dones. Per intentar citar els més transcendents és necessari considerar des d'una perspectiva històrica els rols de l'home i la dona, en els àmbits individual, familiar i social. La dona ha tingut un paper molt lligat a la família, en la què les funcions de reproducció, atenció als fills, alimentació, vestit i cura de la llar han ocupat el centre de la seva activitat. Sense oblidar que sempre ha tingut un menor reconeixement dels seus drets com a persona, ja sigui per una legislació escrita o per una situació de fet implícitament reconeguda per tothom. L'home ha tingut un rol amb més drets personals, bàsicament adreçat a les relacions externes a la llar.

L'alcohol i l'home han tingut i tenen unes relacions estretament lligades a la forma de vida d'aquest. En el consum lligat a l'alimentació les diferències de consum entre ambdós sexes no eren massa importants, en el moment que el consum passa a tenir un lligam amb altres aspectes quotidians les diferències es fan molt grans: treball, diversió, relació amb els amics, sexe fora de la parella, etc. És evident, per les dades publicades i la simple observació de la realitat actual, que el consum d'alcohol tendeix a igualar-se entre el dos sexes. És aquest el preu que les dones han de pagar per aconseguir l'equiparació de drets amb l'home? El camí és copiar mimèticament els comportaments de l'home? Com a representant masculí de l'espècie no crec que hagi de respondre aquesta qüestió, no obstant comparteixo l'opinió de Simone de Beauvoir quan deia que la dona no serà protagonista fins que sigui capaç d'escriure i representar el seu propi paper.

forma de ser y vivir de la mujer los que hacen que sea distinta? ¿Quizá sea la distribución de roles entre sexos lo que condiciona todo? Se me hace imposible escoger entre todos estos factores, probablemente ninguno de ellos es determinante por sí solo y es el conjunto de todos ellos, que se presentan en la apasionante aventura de vivir, el que lo hace. Los condicionantes genéticos y su expresión funcional en los cuerpos de la mujer y el hombre, ¿son un primer mecanismo diferenciador, obstáculo o protección? La capacidad de tolerar, en idénticas circunstancias y parámetros somatométricos básicos, la presencia de alcohol en el cuerpo es diferente en unos y otras, ellas tienen, ¿o quizá disfrutan?, de una menor capacidad de metabolización del alcohol. Los hombres tienen sexualmente vedada la posibilidad de gestar, parir y dar el pecho a sus hijos, la imposibilidad de vivir estas situaciones no le permiten sentir estados de placer y dolor reservadas a la mujer. Estos estados fisiológicos condicionan la forma de vivir de las mujeres en general y también su relación con el alcohol; en situaciones de uso normal de bebidas alcohólicas tienen una tendencia natural a disminuir o evitar su consumo.

Más allá de los condicionantes genéticos ligados al sexo hay factores fenotípicos que han influido determinantemente sobre los modelos de consumo de bebidas alcohólicas entre hombres y mujeres. Para citar los más relevantes es necesario considerar desde una perspectiva histórica los roles del hombre y la mujer en los ámbitos individual, familiar y social. La mujer ha tenido un papel muy atado a la familia, en el que las funciones de reproducción, atención a los hijos, alimentación y cuidado del hogar han ocupado el centro de su actividad. Sin olvidar que siempre ha tenido un menor reconocimiento de sus derechos como persona, ya sea por la legislación escrita o por una situación de hecho implícitamente reconocida por todos. Los hombres han tenido un rol con más derechos personales, básicamente dirigido a las relaciones externas al hogar.

El alcohol y el hombre han tenido y tienen una relación estrechamente ligada a las formas de vida de éste. En el consumo ligado a la alimentación las diferencias de consumo entre ambos sexos no eran demasiado importantes, es en el momento en que el consumo aparece ligado a otros aspectos cotidianos en que las diferencias se hacen muy grandes: trabajo, diversión, relación con los amigos, sexo fuera de la pareja, etc. Es evidente, por los datos publicados y la simple observación de la realidad actual, que el consumo de alcohol tiende a igualarse entre los dos sexos. ¿Es éste el precio de pagar para conseguir la equiparación de derechos con el hombre? Como representante masculino de la especie no creo que deba responder a esta cuestión; no obstante, comparto la opinión de Simone de Beauvoir cuando decía que la mujer no será protagonista hasta que no sea capaz de escribir y representar su propio papel.

Dones i homes. Dues realitats de salut? Patologia osteoarticular

Adolf Díez

Servei de Medicina Interna i Malalties Infeccioses. Barcelona.

Consideracions generals

En línies generals podem fer una afirmació genèrica a la vista de les dades epidemiològiques sobre malalties osteoarticulares i influència del sexe. Les dones estan clarament més afectades. Tot i això, tenen una esperança de vida més llarga, el que abona la poca repercussió d'aquest grup de malalties sobre la mortalitat. Però aquest fenomen condiciona també que quan estudiem aquestes malalties des del punt de vista de la prevalença, especialment les que estan lligades a l'envelliment, gravem negativament el sexe femení ja que, vivint més, tenen més possibilitats d'adquirir processos involutius. L'altre aspecte és que hi ha un fet biològic diferencial molt acusat entre dones i homes, que és la forma de declivi hormonal. La menopausa es produeix de forma aguda al voltant dels cinquanta anys a les dones mentre que l'andropausa és lenta i progressiva al llarg de diverses dècades. Alguns processos osteoarticulares lligats a la deprivació hormonal es veuen així sobredimensionats a les dones. Si afegim que l'edat de la menopausa gairebé no ha canviat en els darrers dos segles mentre l'esperança de vida ha progressat clarament, les dones pateixen més anys de «manca» hormonal.

Malalties òssies

La més important per la seva prevalença i repercussió és, sens dubte, l'*osteoporosi*. Produeix un deteriorament de la quantitat i estructura de l'os que l'hi confereix una fragilitat augmentada amb gran susceptibilitat a les fractures davant de traumatismes banals. Les dones estan molt més afectades que els homes tant si estudiem la massa òssia com si analitzem les fractures. Fins a la 5.^a-6.^a dècades de la vida les fractures tenen unes incidències similars a ambdós sexes, fins i tot amb un discret predomini masculí, reflectint que són conseqüència de traumatismes sobre os sa. A edats posteriors, però, les dones ultrapassen substancialment als homes en una proporció de 2:1 fins a 8:1 ja que el procés osteoporòtic que induïx un augment exponencial de les fractures a tota la població, es manifesta abans i més acusadament a la dona. Aquesta observació és vàlida per a totes les fractures típiques de l'osteoporosi, bàsicament les del radi distal, vertebral i del fèmur proximal.

Mujeres y hombres. ¿Dos realidades de salud? Patología osteoarticular

Adolf Díez

Servei de Medicina Interna i Malalties Infeccioses. Barcelona.

Consideraciones generales

En líneas generales podemos hacer una afirmación genérica a la vista de los datos epidemiológicos sobre enfermedades osteoarticulares y la influencia del sexo. Las mujeres están claramente más afectadas. A pesar de ello tienen una esperanza de vida más larga, lo cual abona la poca repercusión de este grupo de enfermedades sobre la mortalidad. Pero este fenómeno condiciona también que cuando estudiamos estas enfermedades desde el punto de vista de su prevalencia, especialmente las que van ligadas al envejecimiento, gravamos negativamente al sexo femenino ya que viviendo más tienen más posibilidades de adquirir procesos involutivos. Otro aspecto es que hay un hecho biológico diferencial muy acusado entre ambos sexos, que es la forma de declive hormonal. La menopausia se produce de forma aguda alrededor de los 50 años, mientras que la andropausia es lenta y progresiva a lo largo de varias décadas. Algunos procesos osteoarticulares ligados a la deprivación hormonal se ven así sobredimensionados en las mujeres. Si añadimos que la edad de la menopausia casi no ha variado en los dos últimos siglos mientras que la esperanza de vida ha progresado claramente, las mujeres padecen más años de falta de hormonas.

Enfermedades óseas

La más importante por su prevalencia y repercusión es sin duda la *osteoporosis*. Produce un deterioro de la cantidad y estructura del hueso que le confiere una fragilidad aumentada con una gran susceptibilidad a las fracturas ante traumatismos banales. Las mujeres están mucho más afectadas que los hombres, tanto si estudiamos la masa ósea como las fracturas. Hasta la 5.^a-6.^a década de la vida las fracturas presentan incidencias similares por sexos con una ligera preminencia masculina, lo cual refleja que son consecuencia de traumatismos sobre hueso sano. Sin embargo, en edades posteriores las mujeres superan sustancialmente a los hombres en una proporción de 2:1 hasta 8:1 ya que el proceso osteoporótico que induce un aumento exponencial de las fracturas a toda la población se manifiesta antes y más acusadamente en las mujeres. Esta observación es válida para todas las fracturas típicas de la osteoporosis, básicamente las de radio distal, vertebral y fémur proximal.

L'osteomalàcia, important a països més septentrionals, està molt poc estesa entre nosaltres. Factors climàtic-ambientals, fonamentalment l'exposició al sol i la seva influència sobre els nivells de vitamina D, s'han invocat com explicació d'aquestes variacions regionals. Tanmateix, els nivells de vitamina D són molt baixos en la nostra gent gran, amb nivells semblants als deb països nòrdics. Probablement factors genètics o altres elements ambientals que desconeixem marquen diferències. Per últim, és possible que déficits de vitamina D a nivells no detectables per la nostra capacitat de diagnosticar osteomalàcia, fins i tot a nivell histològic, incideixin a la malaltia osteoporòtica.

La *malaltia de Paget òssia* és un altre procés que apareix amb l'envelliment. Constituïda fonamentalment per un trastorn de desacoplament en el remodelatge ossi, afecta fins a un 4,6% de la població a diferents països. A Espanya s'ha descrit en un 1,3% de la població i afecta de forma semblant a ambdós sexes, amb lleuger predomini masculí.

Malalties articulars

L'*osteoartrosi*, o malaltia degenerativa articular és la més freqüent constituïnt més del 70% dels processos articulars. La forma clàssica, amb degeneració articular, osteofitosis i nòduls predomina en dones i afecta sobre tot a al genoll i a la resta de l'extremitat inferior. La presentació més purament degenerativa no té predomini de sexe, afectant sobre tot a coxofemoral, es dona més als homes. A dones de menys de 45 anys d'edat es pot trobar en un 2% de la població, prevalença que puja a un 30% entre els 45 i 64 i al 68% per sobre dels 65.

L'*artritis reumatoide* afecta fins a un 13% de població amb problemes articulars i predomina clarament al sexe femení, en una proporció 3:1 encara que els casos que apareixen molt precoçment o a la gent gran l'afectació d'ambdós sexes s'igualen.

La *gota úrica* afecta predominantment a la dona postmenopàusica, observació ja feta per Hipòcrates. La *condrocalcinosi* articular coneix dos patrons diferents. Les formes hereditàries, rares, es presenten sobre tot en l'home, mentre les formes esporàdiques pseudoartròsiques predominen a la dona.

L'*espondilitis anquilosant* és més pròpia de l'adult jove i no té preponderància de sexe.

Malalties sistèmiques

La *polimiàlgia reumàtica - arteritis de la temporal* és una malaltia clarament lligada a l'envelliment que afecta predominantment a la dona. El *lupus eritematós sistèmic* té predomini del sexe femení a totes les edats, aproximadament de 3 a 1. La malaltia de

La *osteomalàcia*, important en països més septentrionals, està poc estesa entre nosaltres. Como explicación se han involucrado factores climáticos y ambientales, fundamentalmente la exposición al sol y su influencia sobre los niveles de vitamina D. No obstante, los niveles de esta vitamina son muy bajos entre nuestros mayores con niveles parecidos a los países nórdicos. Probablemente otros factores, genéticos o ambientales, que desconocemos marquen las diferencias. Por último es posible que déficit, de vitamina D a niveles no detectables por nuestra capacidad de diagnosticar osteomalacia, incluso a nivel histológico, puedan incidir en la enfermedad osteoporótica.

La *enfermedad de Paget ósea* es otro proceso propio del envejecimiento, constituida principalmente por un trastorno de desacoplamiento en el remodelaje óseo que afecta al 4,6% de la población de diferentes países. En España se ha descrito en el 1,3% de la población, con un ligero predominio masculino.

Enfermedades articulares

La *osteoartrosis*, o enfermedad degenerativa articular, es la más frecuente, constituyendo más del 70% de los procesos articulares. La forma clásica, con degeneración articular, osteofitosis y nódulos es predominante en las mujeres y afecta especialmente a la rodilla y resto de la extremidad inferior. La presentación más puramente degenerativa no tiene predominio de sexo, afectando principalmente a coxofemoral, se da más entre los hombres. En mujeres menores de 45 años se puede encontrar en un 2% de la población, prevalencia que sube hasta el 30% entre los 45 y 64 años y al 68% entre los mayores de 65 años de edad.

La *artritis reumatoide* afecta hasta un 13% de la población con problemas articulares, y es predominante en el sexo femenino en una proporción 3:1. En los casos que aparecen muy precozmente y entre los ancianos se iguala la afectación entre ambos sexos.

La *gota úrica* afecta principalmente a la mujer postmenopáusica, observación ésta ya hecha por Hipócrates. La *condrocalcinosis* articular conoce dos patrones diferentes. Las formas hereditarias raras, que se presentan más en los varones, y las formas esporádicas pseudoartrósicas, que predominan entre las mujeres.

La *espondilitis anquilosante* es más propia del adulto joven y no tiene preponderancia de sexo.

Enfermedades sistémicas

La *polimiàlgia reumàtica-arteritis de la temporal* es una enfermedad clarament lligada al envejecimiento, que afecta predominantment a la dona. El *lu-*

Sjögren afecta molt més a la dona envers l'home en una proporció de 9:1. Altres malalties sistèmiques com la crioglobulinèmia, les vasculitis, Wegener, etc., solen presentar-se més freqüentment a les dones.

L'hiperparatiroidisme primari és una altra de les malalties osteoarticulares sistèmiques relativament freqüents, amb una prevalença d'entre 1/500 i 1/1.000 habitants, amb una relació dona-home de 3:2. És una malaltia que ha pujat espectacularment les seves taxes de prevalença d'ençà que s'han introduït els autoanализadors a la rutina assistencial, capaços de detectar casos assintomàtics.

Obviament hi ha altres patologies osteoarticulares, menys freqüents i representatives però la seva raresa les fa motiu de curiositat clínica més que mereixedores d'anàlisi epidemiològic. Valgui, per últim, només esmentar les malalties òssies metastàsiques, cas particular de malaltia osteoarticular que surt de l'objecte de la present revisió.

Dones i homes. Dues realitats de salut? Càncer

Silvia de Sanjosé

El càncer a Catalunya per a ambdós sexes és la segona causa en importància de mort. En els homes, 31 de cada 100 morts són degudes al càncer mentre que, en les dones, ho són 22 de cada 100. Les diferències en el càncer segons el sexe s'analitzen des de dos punts de vista: la perspectiva etiològica i la de Salut Pública.

Les diferències etiològiques del càncer en ambdós sexes es poden explicar principalment segons diferències hormonals i de susceptibilitat. Es presentaran dades sobre l'efecte del tabac en el càncer de pulmó per a ambdós sexes, i així urem com en les dones, a igual dosi de tabac fumat, aquestes són més vulnerables que els homes a desenvolupar càncer de pulmó.

La perspectiva salubrista mostra una realitat molt diferencial de l'impacte del càncer en cada sexe actualment en la nostra societat. La localització de càncer més important en els homes és el pulmó i en les dones la mama. Les possibilitats de prevenció primària i secundària així com la supervivència d'aquets dos càncers són molt diferents. El càncer de pulmó representa un 20% de tots els càncers en l'home, és un tumor del qual es coneix la causa principal, i per tant possible de prevenir primàriament, i finalment, té una supervivència molt curta. En la dona, el càncer de mama representa aproximadament un 27% de tots els càncers, la detecció precoç de lesions

pus eritematoso sistémico tiene predominio entre el sexo femenino en todas las edades, aproximadamente 3:1. La enfermedad de *Sjörgen* afecta también más a las mujeres 9:1; otras enfermedades sistémicas como la crioglobulinemia, las vasculitis, Wegener, etc., también son más frecuentes en las mujeres.

El *hiperparatiroidismo primario* es otra de las enfermedades osteoarticulares sistémicas relativamente frecuentes, con una prevalencia de entre 1/500 y 1/1.000 habitantes; la relación mujer-hombre es de 3:2. Las tasas de prevalencia de esta enfermedad han subido espectacularmente desde que se han introducido los autoanализadores, capaces de detectar casos asintomáticos en la rutina asistencial.

Obviamente hay otras patologías osteoarticulares, menos frecuentes y representativas, pero su rareza las hace motivo de curiosidad clínica más que merecedoras de un análisis epidemiológico. Sólo señalar las enfermedades óseas metastásicas, que representan un caso particular de enfermedad osteoarticular que sale del objeto de la presente revisión.

Mujeres y hombres. ¿Dos realidades de salud? Cáncer

Silvia de Sanjosé

En Cataluña el càncer es para ambos sexos la segunda causa de muerte. Entre los hombres, 31 de cada 100 muertes son debidas al càncer, mientras que entre las mujeres lo son 22 de cada 100. Las diferencias en el càncer según el sexo se analizan desde dos puntos de vista: la perspectiva etiológica y la de la salud pública.

Las diferencias etiológicas del càncer en ambos sexos se pueden explicar principalmente según diferencias hormonales y de susceptibilidad. Se presentarán datos sobre el efecto del tabaco en el càncer de pulmón para ambos sexos, así veremos cómo las mujeres, a igual dosis de tabaco fumado, son más vulnerables que los hombres a desarrollar càncer de pulmón.

La perspectiva salubrista muestra una realidad diferencial del impacto del càncer por sexos actualment en nuestra sociedad. La localización de càncer más importante entre los hombres es el pulmón y en las mujeres la mama. Las posibilidades de prevenció primaria y secundaria, así como la supervivencia de estos dos cànceres son muy diferentes. El càncer de pulmón representa el 20% de todos los cànceres en el hombre, es un tumor del que se conoce la causa principal y, por tanto, la posibilidad de prevenció primaria y que tiene una supervivencia muy corta. Entre las mujeres, el càncer de mama representa aproximadamente el 27% de todos los cán-

pre-canceroses és l'únic mitjà que tenim per una possible prevenció, i presenta una supervivència perllongada que implica una gran utilització dels recursos sanitaris.

Es conclou que les realitats sanitàries del càncer en els homes i les dones són molt diferents i que aquestes diferències venen determinades principalment per les localitzacions; el pulmó en els homes i la mama en les dones. Aquesta realitat és, però, dinàmic i ens alerta que, si seguim el patró observat en d'altres països industrialitzats, el càncer de pulmó es podria convertir en el càncer més important en les dones.

Activitat física i salut pública. Homes i dones: Dues maneres de viure, dues realitats diferents?

Roberto Elosua Llanos

Institut Municipal d'Investigació Mèdica
Barcelona.

La pràctica regular d'activitat física (AF) és un element important d'un estil de vida saludable. Existeixen moltes evidències que recolzen la relació entre l'AF i una gran varietat d'efectes beneficiosos sobre la salut.

En aquesta presentació ens centrarem en les diferències en la pràctica d'AF i als aspectes fisiològics entre sexes, així com els efectes beneficioses que exerceix l'AF sobre la salut i les recomanacions actuals sobre la pràctica d'AF.

Pràctica d'activitat física

Segons una enquesta realitzada a la població catalana (1989) per el «Consell assessor sobre l'activitat física i promoció de la salut» de la Generalitat de Catalunya, un 41% dels catalans declaraven practicar exercici de forma regular. En analitzar-ho per sexes es va observar l'existència de diferències notables, mentre que un 51% dels homes realitzaven exercici en el seu temps lliure, aquest percentatge disminuïa fins arribar al 31% en dones. Aquestes dades coincideixen amb estudis realitzats en d'altres poblacions, en les que també s'observa que les dones practiquen menys exercici en el seu temps lliure que els homes.

Analitzant els motius per a la pràctica d'exercici, tant els homes com les dones referien com els més importants la diversió i el fet d'estar en forma física, encara que cal senyalar que en les dones la reco-

ceres; la detecció precoz de lesions precanceroses es el único medio que tenemos para una posible prevención. Presenta una supervivencia prolongada que implica una gran utilización de recursos sanitarios.

Se concluye que las realidades sanitarias del cáncer en el hombre y en la mujer son muy diferentes y que las diferencias vienen determinadas por la localización: pulmón en el hombre y mama en la mujer. Esta realidad es, sin embargo, dinámica y nos alerta que si seguimos el patrón observado en otros países industrializados, el cáncer de pulmón podría convertirse en el cáncer más importante en las mujeres.

Actividad física y salud pública. Hombres y mujeres: ¿Dos formas de vivir, dos realidades diferentes?

Roberto Elosúa Llanos.

Institut Municipal d'Investigació Mèdica
Barcelona.

La práctica regular de actividad física (AF) es un elemento importante de un estilo de vida saludable. Existen muchas evidencias que apoyan la relación entre la AF y una gran variedad de efectos beneficiosos sobre la salud.

En esta presentación nos centraremos en las diferencias en la práctica de AF y en los aspectos fisiológicos entre sexos, así como los efectos beneficiosos que ejerce la AF sobre la salud y las recomendaciones actuales sobre la práctica de AF.

Práctica de actividad física

Según una encuesta realizada en la población catalana (1989) por el «Consejo Asesor sobre la Actividad Física y Promoción de la Salud» de la Generalitat de Catalunya, un 41% de los catalanes declaraban practicar ejercicio de forma regular. Al analizar por sexos se observó la existencia de diferencias notables, así mientras que un 51% de los hombres realizaban ejercicio en su tiempo libre, este porcentaje descendía hasta el 31% en mujeres. Estos datos coinciden con estudios realizados en otras poblaciones, en las que también se observa que las mujeres practican menos ejercicio en su tiempo libre que los hombres.

Analizando los motivos para la práctica de ejercicio, tanto los hombres como las mujeres refirieron como los más importantes la diversión y el estar en forma física, aunque hay que señalar que en las mujeres la recomendación por parte del médico tam-

manació per part del metge també fou una raó important. Estudis realitzats en d'altres poblacions (la majoria a Estats Units) senyalen a més que altres motius importants són l'esperit competitiu en els homes i el control de pes en les dones.

Diferències fisiològiques entre sexes

A més de les diferències en la motivació o comportament davant l'AF, existeixen diferències fisiològiques entre homes i dones. Fins a la pubertat tant la composició corporal com el funcionament fisiològic en general són molt similars en ambdós sexes. Les diferències s'inicien en el moment del pic de màxim desenvolupament que en les nenes es produeix entre els 10,5 i els 13 anys i en els nens entre els 12,5 i els 15 anys. La maduresa sexual es produeix entre els 6 mesos i l'any posterior a aquest pic de desenvolupament, apareixent a partir d'aquest moment diferències fisiològiques significatives i importants. A les dones es produeix un augment del component greixós del pes corporal, això fa que, a igual pes els homes tinguin uns paràmetres de rendiment físic un 10-30% superiors a les dones. Si traguéssim el greix corporal, a igual massa magra aquest percentatge es reduiria a un 5-10%. Aquesta petita diferència s'explica pel fet que les dones tenen uns nivells d'hemoglobina i massa muscular inferiors als homes.

Altres diferències amb importants conseqüències per a la salut són secundàries a la menor massa òssia i la major amplada pèlvica de les dones, el que s'associa a un major risc d'osteoporosi i problemes osteoarticulars. Per altra banda, els nivells elevats d'estrògens a la sang, semblen ser un dels factors que protegeixen a les dones de la cardiopatia isquèmica.

Efectes beneficiosos de l'activitat física

Molts estudis tant observacionals (transversals i de cohorts) com experimentals han demostrat, tant en homes com en dones, els efectes beneficiosos associats a l'AF. S'ha observat que les persones més actives presenten una menor mortalitat i una menor incidència de cardiopatia isquèmica, hipertensió, dislipèmies, diabetes mellitus tipus II, càncer de colon i osteoporosi entre altres.

La relació entre l'AF i la cardiopatia isquèmica és una de les millors estudiades. Tant l'American Heart Association com la Organització Mundial de la Salut han reconegut que el sedentarisme és un factor de risc independent de cardiopatia isquèmica. La magnitud del risc de cardiopatia isquèmica associat al sedentarisme, utilitzant com a mesura el risc relatiu, es 1,9. No sembla existir diferències entre sexes,

bién fue una razón importante. Estudios realizados en otras poblaciones (la mayoría en Estados Unidos) señalan además que otros motivos importantes son el espíritu competitivo en los hombres y el control de peso en las mujeres.

Diferencias fisiológicas entre sexos

Además de las diferencias en la motivación o comportamiento ante la AF, existen diferencias fisiológicas entre hombres y mujeres. Hasta la pubertad tanto la composición corporal como el funcionamiento fisiológico en general son muy similares en ambos sexos. Las diferencias se inician en el momento del pico de máximo desarrollo que en las niñas se produce entre los 10,5 y los 13 años y en los niños entre los 12,5 y los 15 años. La madurez sexual se produce entre los 6 meses y el año posterior a ese pico de desarrollo, apareciendo a partir de este momento diferencias fisiológicas significativas e importantes. En las mujeres se produce un aumento del componente graso del peso corporal, esto hace que, a igual peso, los hombres tengan unos parámetros de rendimiento físico un 10-30% superiores a las mujeres. Si quitáramos la grasa corporal, a igual masa magra este porcentaje se reduciría a un 5-10%. Esta pequeña diferencia se explica ya que las mujeres tienen unos niveles de hemoglobina y una masa muscular inferiores a los hombres.

Otras diferencias con importantes consecuencias para la salud son secundarias a la menor masa ósea y la mayor anchura pèlvica de las mujeres, lo que se asocia a un mayor riesgo de osteoporosis y problemas osteoarticulares. Por otra parte, los niveles elevados de estrógenos en sangre parecen ser uno de los factores que protegen a las mujeres de la cardiopatia isquèmica.

Efectos beneficiosos de la actividad física

Muchos estudios tanto observacionales (transversales y de cohortes) como experimentales han demostrado, tanto en hombres como en mujeres, los efectos beneficiosos asociados a la AF. Se ha observado que las personas más activas presentan una menor mortalidad y una menor incidencia de cardiopatia isquèmica, hipertensión, dislipemias, diabetes mellitus tipo II, càncer de colon y osteoporosis, entre otros.

La relación entre la AF y la cardiopatia isquèmica es una de las mejor estudiadas. Tanto la American Heart Association como la Organización Mundial de la Salud han reconocido que el sedentarismo es un factor de riesgo independiente de cardiopatia isquèmica. La magnitud del riesgo de cardiopatia isquèmica asociado al sedentarismo, utilizando como

encara que com ja hem esmentat anteriorment, la incidència d'infart de miocardi en les dones premenopàusiques és menor que en els homes de la seva mateixa edat.

També s'han realitzat molts estudis sobre la relació entre l'AF i la concentració plasmàtica de lípids. Recentment hem documentat que, en homes únicament les AF d'intensitat moderada-intensa (despesa energètica durant la seva pràctica > 7 kcal/min) estan relacionades amb un millor perfil lipídic, hem observat a més que cada 100 kcal/d gastades en AF (Ex: corre 8 min/dia) s'associen amb un increment de la concentració d'HDL de 2 mg/dl. Altres investigadors han trobat resultats similars en dones.

Referent a l'osteoporosi, patologia més freqüent en dones sobre tot després de la menopausa, encara no està demostrat que la pràctica d'AF augmenti la massa òssia sí que es coneix que la inactivitat produeix una pèrdua de la mateixa. Per tant, l'AF es aconsellable com a mètode per evitar aquesta pèrdua de massa òssia.

Un aspecte exclusiu de les dones és el referent a l'AF durant l'embaràs i la lactància. La pràctica d'una AF aeròbica durant la gestació no està relacionada amb l'edat de gestació, ni amb l'augment de pes durant l'embaràs, ni amb el pes del nen/a en néixer. Malgrat tot, les dones que practiquen AF refereixen menys molèsties durant l'embaràs. En les gestants es recomana realitzar una AF aeròbica, 3 d/setmana, durant 30-45 min/dia mantenint la freqüència cardíaca per sota de 130/140 lat/min. Referent a la lactància hi ha treballs que han demostrat que en realitzar una AF aeròbica no modifica ni la quantitat ni la composició de la llet materna.

Recomanacions sobre la pràctica d'activitat física

Respecte a la recomanació a la població general sobre la pràctica d'AF, es recomana realitzar un mínim de 30 minuts al dia, a poder ser tots els dies de la setmana, d'una AF d'intensitat moderada o intensa (caminar ràpid, passejar en bicicleta, nedar, córrer...). Aquests minuts no cal que siguin en una única sessió, donat que la pràctica intermitent d'AF produeix els efectes beneficiosos desitjats. Aquestes recomanacions són vàlides tant per a homes com per a dones. L'únic punt diferencial és que s'aconsella que els homes de més de 40 anys i les dones de més de 50 anys que vagin a realitzar un programa d'AF intens s'assessorin prèviament pel seu metge per a la realització d'una revisió general.

medida el riesgo relativo, es 1,9. No parecen existir diferencias entre sexos, aunque como ya hemos comentado anteriormente la incidencia de infarto de miocadio en las mujeres premenopáusicas es menor que en hombres de su misma edad.

También se han realizado muchos estudios sobre la relación entre la AF y la concentración plasmática de lípidos. Recientemente hemos documentado que en hombres únicamente las AF de intensidad moderada-intensa (gasto energético durante su práctica > 7 kcal/min) están relacionadas con un mejor perfil lipídico, hemos observado además que cada 100 kcal/día gastadas en AF (ejemplo: correr 8 minutos/día) se asocian con un incremento de la concentración de HDL de 2 mg/dl. Otros investigadores han encontrado resultados similares en mujeres.

En lo referente a la osteoporosis, patología más frecuente en mujeres sobre todo después de la menopausia, aunque no está demostrado que la práctica de AF aumente la masa ósea, sí que se sabe que la inactividad produce una pérdida de la misma. Por tanto, la AF es aconsejable como método para evitar esa pérdida de masa ósea.

Un aspecto exclusivo de las mujeres es el referente a la AF durante el embarazo y la lactancia. La práctica de una AF aeróbica durante la gestación no está relacionada con la edad de gestación, ni con la ganancia de peso durante el embarazo, ni con el peso del niño/a al nacer. Sin embargo, las mujeres que practican AF refieren menos molestias durante el embarazo. En las gestantes se recomienda realizar una AF aeróbica, 3 días/semana, durante 40-45 minutos/día, manteniendo la frecuencia cardíaca por debajo de 130-140 latidos/minuto. En lo referente a la lactancia hay trabajos que han demostrado que el realizar una AF aeróbica no modifica ni la cantidad ni la composición de la leche materna.

Recomendaciones sobre la pràctica de actividad física

En cuanto a la recomendación a la población general sobre la práctica de AF, se recomienda realizar al menos 30 minutos al día, a poder ser todos los días de la semana, de una AF de intensidad moderada o intensa (andar deprisa, pasear en bicicleta, nadar, correr...). Estos 30 minutos no hace falta que sean en una única sesión, ya que la práctica intermitente de AF ya produce los efectos beneficiosos deseados. Estas recomendaciones son válidas tanto para hombres como para mujeres. El único punto diferencial es que se aconseja que los hombres de más de 40 años y las mujeres de más de 50 que vayan a realizar un programa de AF intenso acudan previamente a su médico para realizar una revisión general.

Tabac i gènere

Carme Borrell

Servei d'Informació Sanitària.
Institut Municipal de la Salut. Barcelona.

El consum de tabac és la principal causa de mortalitat evitable a Espanya, on s'han atribuït 40.000 morts anuals. En els països desenvolupats, els homes sempre han fumats més que les dones, de tota manera l'evolució del consum en els últims anys ha mostrat un patró diferencial en els homes i en les dones. Així per exemple, a la ciutat de Barcelona l'any 1983 fumaven un 54,6% dels homes de més de 15 anys i un 20,9% de les dones, percentatges que per l'any 1992 van ser de 46,2% i 25,4%, augmentant sobretot el consum en les dones de 25 a 44 anys. Els canvis en els homes han estat principalment deguts a la reducció del consum en les classes altes i en les dones a l'augment del consum en les classes baixes, tot i que encara fumen més les dones de més nivell socio-econòmic. Aquestes tendències són similars a les descrites per a tot l'Estat Espanyol. A Barcelona, l'edat d'inici declarat del consum de tabac és de 18 anys en les dones i 17 en els homes. A un 53% de les dones i a un 54% dels homes fumadors els hi agradaria deixar de fumar, però només ho han fet un 34% i un 33% respectivament.

Per entendre el consum de tabac en les dones cal tenir en compte:

1. *Les estructures de poder i el gènere.* La introducció del consum de tabac es va produir per part dels homes, considerant-se «no ben vist» que les dones fumessin; valors que han anat canviant amb el pas dels anys. A més, el tabaquisme està estretament lligat a les desigualtats socials, essent la gent de classe baixa la que fuma més en la majoria de països desenvolupats tot i que en països sud-europeus són les dones de classes altes les que fumen més. Tampoc es pot perdre de vista el paper de la indústria del tabac que en disminuir el consum en els homes s'ha centrat molt més en les dones i les minories ètniques.

2. *La divisió del treball i el gènere.* La divisió del treball entre homes i dones sempre ha estat diferent. Actualment encara hi ha una proporció elevada de dones que són mestresses de casa. A la ciutat de Barcelona, les dones que treballen també fora de casa declaren fumar més. Cal tenir en compte que a més, la majoria de les dones realitzen el treball reproductiu, o sigui el treball domèstic la cura de nens i persones grans.

3. *La dona com a objecte sexual.* Tant la indústria com els mitjans de comunicació acostumen a tractar a la dona com a «objecte sexual» destinat al desig dels homes. La promoció de la indústria tabaquera s'ha basat en relacionar el tabac amb l'atractiu sexual i el control del pes.

Tabaco y género

Carme Borrell

Servicio de Información Sanitaria. Instituto
Municipal de la Salud. Barcelona.

El consumo de tabaco es la principal causa de mortalidad evitable en España, donde se han atribuido 40.000 muertes anuales. En los países desarrollados los hombres siempre han fumado más que las mujeres, de toda manera la evolución del consumo en los últimos años ha mostrado un patrón diferencial en los hombres y en las mujeres. Así, por ejemplo, en la ciudad de Barcelona el año 1983 fumaban un 54,6% de los hombres de más de 15 años y un 20,9% de las mujeres, porcentajes que para el año 1992 van a ser de 46,2 y 25,4%, aumentando sobre todo el consumo en las mujeres de 25 a 44 años. Los cambios en los hombres han estado principalmente debidos a la reducción del consumo en las clases altas y en las mujeres el aumento del consumo en las clases bajas, aunque todavía fuman más las mujeres del más alto nivel socio-económico. Estas tendencias son similares a las descritas para todo el Estado español. En Barcelona la edad de inicio declarado del consumo de tabaco es de 18 años en las mujeres y de 17 en los hombres. A un 53% de las mujeres y a un 54% de los hombres fumadores les gustaría dejar de fumar, pero sólo lo han hecho un 34 y un 33%, respectivamente.

Para entender el consumo de tabaco en las mujeres debemos tener en cuenta:

1. *Las estructuras de poder y el género.* La introducción del consumo de tabaco se produjo por parte de los hombres, considerándose «no bien visto» que las mujeres fumasen, valores que han cambiado con el paso de los años. Además, el tabaquismo está estrechamente ligado a las desigualdades sociales, siendo la gente de clase baja la que fuma más en la mayoría de países desarrollados, aunque en países subeuropeos son las mujeres de clases altas las que fuman más. Tampoco se puede perder de vista el papel de la industria del tabaco, que al disminuir el consumo en los hombres se ha centrado mucho más en las mujeres y las minorías étnicas.

2. *La división del trabajo y el género.* La división del trabajo entre hombres y mujeres siempre ha sido diferente. Actualmente aunque hay una proporción elevada de mujeres que son amas de casa. En la ciudad de Barcelona las mujeres que trabajan también fuera de casa declaren fumar más. Hemos de tener en cuenta que la mayoría de las mujeres realiza el trabajo reproductivo, o sea, el trabajo doméstico y el cuidado de niños y personas mayores.

3. *La mujer como objeto sexual.* Tanto la industria como los medios de comunicación acostumbran a tratar a la mujer como a «objeto sexual» destinado al deseo de los hombres. La promoción de la industria

Tots aquests factors s'hauran de tenir en compte a l'hora de dissenyar programes d'intervenció per a disminuir el consum de tabac en les dones.

tabaquera se ha basado en relacionar el tabaco con el atractivo sexual y el control del peso.

Todos estos factores se tendrán que tener en cuenta a la hora de diseñar programas de intervención para disminuir el consumo de tabaco en las mujeres.

Bibliografía

Chapman Walsh D, Sorensen G, Leonard L. Gender, health and cigarette smoking. A: Amick III BC, Levine S, Tarlov AR, Chapman Walsh D, eds. *Society and health*. Oxford: Oxford University Press, 1995.

Nebot M, Borrell C, Ballestín M, Villalbí JR. Prevalencia y características asociadas al consumo de tabaco en población general en Barcelona entre 1983 y 1992. *Rev Clín Esp* 1996;196:359-64.

Pierce JP. Progress and problems and international public health efforts to reduce tobacco usage. *Annu Rev Publ Health* 1991;12:383-400.

Waldron I. Patterns and causes of gender differences in smoking. *Soc Sci Med* 1991; 9:989-1005.

