



IKER
GAZTE
NAZIOARTEKO
IKERKETA EUSKARAZ

IV. IKERGAZTE NAZIOARTEKO IKERKETA EUSKARAZ

2021eko ekainaren 9, 10 eta 11a
Gasteiz, Euskal Herria

ANTOLATZAILEA:
Udako Euskal Unibertsitatea (UEU)

OSASUN ZIENTZIAK

EAEko emakumeek modu larrian ospitaleratzeko aukera handiagoa zuten zenbait bihotz-hodietako gaixotasunen kasuan 2016-2018 urteen artean

Ainitze Labaka, Josune Zubeldia-Etxeberria, Maider Ugartemendia-Yerobi, Udane Elordi-Guenaga, Nagore Zinkunegi-Zubizarreta eta Beatriz Pereda-Goikoetxea

129-134 or.

<https://dx.doi.org/10.26876/ikergazte.iv.04.16>



EAEko emakumeek modu larrian ospitaleratzeako aukera handiagoa zuten zenbait bihotz-hodietako gaixotasunen kasuan 2016-2018 urteen artean

Labaka, A.¹, Zubeldia-Etxeberria, J.¹, Ugartemendia-Yerobi, M.¹ Elordi-Guenaga U.¹, Zinkunegi-Zubizarreta, N.¹, Pereda-Goikoetxea, B.¹

¹Erizaintza II saila, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea, UPV/EHU
ainitze.labaca@ehu.eus

Laburpena

Badira hamarkada batzuk bihotz-hodietako gaixotasunak zituzten pertsonak artatzerakoan genero alborapena gertatzen zela salatu zenetik. Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE), zenbait bihotz-hodietako gaixotasun pairatzerakoan emakumezko ala gizonezko izateak ospitaleratze larriak eta ez programatuak pairatzeko aukera handiagotzen duen aztertzea da helburua, atzerabegirako zeharkako azterketa bidez. Modu larrian eta ez programatuan ospitaleratzeako aukera handiagoa izan zuten EAEko emakumeek gizonekin alderatuta hipertentsioan, bularreko anginan, eroopen nahasmendu eta bihotzeko anginan, bihotz gutxiegitasunean eta aterosklosian. Ikerketa honetan pazientearen sexuak ospitaleratze motan eragin dezakeela behatu da eta ondorioz, arrakala hau murrizteko hainbat lerro jorratzeko beharra ikusi da.

Hitz gakoak: bihotz-hodietako gaixotasunak, genero ezberdintasunak, ospitaleratzea.

Abstract

Gender bias when treating patients affected by cardiovascular diseases was firstly addressed some decades ago. The purpose of this cross-sectional retrospective study is to analyze whether being female or male increases the risk to result in unplanned and not planned hospital admission when suffering from some cardiovascular diseases in the Basque Autonomous Community (BAC). Women of BAC showed higher probabilities of unplanned hospital admissions when suffering from angina pectoris, conduction disorders and cardiac arrhythmias, heart failure, hypertensive diseases and atherosclerosis in comparison with men. Thus, we have found that patients' sex influences the type of hospital admission and we highlight the need to approach such gap in future studies.

Keywords: cardiovascular diseases, gender differences, hospital admission.

1. Sarrera eta motibazioa

Bernadine Patricia Healy doktoreak, National Institutes of Health-eko lehen emakumezko zuzendariak, 1991ean agerian utzi zuen emakumeek alborapena jasaten zutela osasun-zerbitzuen aldetik bihotzeko gaixotasunak diagnostikatu eta tratatzeko garaian. Bere ikerketan, Healy doktoreak bihotz-hodietako gaixotasunen azterketak historikoki gizonen infartuen sintomatologian oinarritu zirela azaldu zuen, eta emakumeek sintomatologia desberdina zuten, asko hiltzen zirela diagnostiko-akatsen ondorioz. Emakumeen ikusezintasun fenomeno hori Yentl sindrome modura izendatu zuen. Alborapen honek osasun-arretaren kalitatea eta eraginkortasuna murriztu ditzake, osasun-profesionalek ez baitute ahalegin diagnostiko eta terapeutiko bera egiten emakumeek beren iruditeria kliniko eta sozialarekin bat ez datorren sintomatologia agertzen dutenean (Healy, 1991).

Oraindik ere ikerketetan genero ikuspegia askotan txertatzen ez bada ere, epidemiologiak sexuaren arabera gaixotasun ezberdinak dituzten pertsonak nola artatzen diren adieraz diezaguke.

2. Arloko egoera, ikerketaren helburuak eta metodologia

2.1. Arloko egoera

Bihotz-hodietako gaixotasunak heriotza arrazoi nagusia dira mundu mailan, gizon zein emakumeentzat. Gertakari akutu modura azaldu aurretik (bihotzekoa, garun-hodietako istripua), modu progresiboan garatzen diren gaitzak barne hartzen ditu, hipertentsioa, bihotz-gutxiegitasun kronikoa eta aterosklosia esaterako. Gaixotasun hauen garapen progresiboak berauek antzeman eta tratatzeko aukera eskaintzen digu esku-hartze planifikatuen bidez (Philips et al, 2004).

Badirudi ordea, oraindik ere genero bereizkeria ematen dela bihotz-hodietako gaixotasunak dituzten pertsonak artatzerakoan. Izan ere, hainbat autorek deskribatzen dute irizpide desberdinak jarraitzen direla gaixotasun koronarioarekin bat datozen sintomak dituzten adin ertaineko emakumeak bideratzerakoan (Arslanian-Engoren, 2001; Kuhn et al, 2017). Era berean, bihotzekoa pairatu duten emakumeei triajeko erizainek lehenetsun gutxiago ematen dietela eta elektrokardiograma egin arteko denbora handiagoa dela aurkitu da (Kuhn et al., 2017). Aldiz, beste ikerketa batzuek ez dute genero-isuririk aurkitu bihotz hodieko gaixotasunen diagnostiko eta tratamenduan (Bösner et al., 2011; Nguyen et al, 2008; Van Der Meer et al., 2019). Geurera hurbilduz, badirudi EAEn ere badela genero arrakalarik, miokardioko infartu akutuen maneian emakume gutxiagok jaso baitzuten tratamenduen bat (Telleria et al, 2017). Ez dugu aurkitu gainerako bihotz-hodietako gaixotasunen inguruko genero ezberdintasunak ikertu dituen lanik Euskadi mailan.

Zentzu horretan, datu epidemiologikoen genero arrakalarik ote den ikertzeko aztarnak eskaini diezazkigukete. Ospitaleratze programatuak lehen arreta mailatik bideratzen dira gehienetan, eta ebakuntza boluntarioak barne hartzen dituzte besteak beste. Zainketa programatua gurarizkoa eta prebentiboa izan ohi da beraz, eta osasun-kudeaketa eraginkorraren irizpidetzat har daiteke (Molloy et al, 2010). Ospitaleratze urgenteei, berriz, pertsonaren autozainketarako ezintasuna edo osasun-sistemak gaixotasuna garaiz antzemateko duen disfuntzioa adieraz dezakete (Gruneir et al, 2011; Stiernstedt, 2016). Garrantzitsua da hortaz ospitaleratze programatu eta larriak bereiztea osasun-zerbitzuen erabileran eragin dezaketen arrisku faktoreak ikertzerakoan (Dahlberg et al, 2018).

2.2. Helburua

EAEko biztanlerian, zenbait bihotz-hodietako gaixotasun pairatzerakoan emakumezko ala gizonezko izateak ospitaleratze larriak eta ez programatuak izateko aukera handiagotzen duen aztertzea.

2.3. Metodologia

Diseinua eta datu bilketa

Atzera begirako zeharkako azterketa burutu zen pazientearen sexuaren eta ospitaleratze egoeraren (larria edo programatua) arteko lotura aztertzeko. Eustat - Euskal Estatistika Erakundeak EAEn 2016-2018 bitartean erregistratutako ospitaleratze datuak eman zizkigun. Diagnostikoak Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapenaren arabera zeuden banatuta (GNS-10), eta haietatik ondoko bihotz-hodietako gaixotasunen datuak aztertu ziren: hipertentsioa, bularreko angina eta eroapen nahasmendua, bihotzeko angina eta ateroklerosia.

Analisi estatistikoa

Erregresio logistiko binarioa erabili zen diagnostiko bakoitzean sexua eta ospitaleratze egoeraren arteko lotura aztertzeko. Dagozkien odds ratioak (OR) eta % 95eko konfiantza tarteak kalkulatu ziren, ospitalearen titulartasunaren eta pazientearen adinaren arabera doitu ondoren. OR-ak zera adierazten du: osasun- edo gaixotasun-egoera bat biztanleria-talde zehatz batean agertzeko aukera, beste talde batean agertzeko arriskuarekin alderatuta. Datuen esanguratsutasun maila $p < 0.05$ ean finkatu zen. Analsiak SPSS© 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY) programaren bidez egin ziren.

Mendeko aldagaia: Ospitaleratze egoera honela sailkatu zen: a) programatua, pazientearen ospitaleratzea alde aurretik planifikatuta zegoenean, eta b) larria, paziente larrialdietako zerbitzuetara joandakoan edo beste zerbitzu batetatik modu urgentean bideratua izan zenean.

Aldagai askea: Sexua a) emakumezko edo b) gizonezko kategorietan sailkatu zen.

Koaldagaiak: Ospitaleen titulartasunak a) publikoa edo b) pribatua barne-hartzen zuen. Adina bost kategoriatan banatu zen: a) ≤ 14 urte, b) 15 – 44 urte, c) 45 – 64 urte, d) 65 – 84 urte eta e) ≥ 85 urte.

3. Ikerketaren muina

3.2. Emaidzak

EAEEn 2016 eta 2018 urteen tartean hipertentsioa, bularreko angina, eroapen nahasmendua edo bihotzeko angina, bihotz gutxiegitasuna eta aterosklersiagatiko ospitaleratze larri eta programatuen kasu kopuruak 1. taulan ikus daitezke.

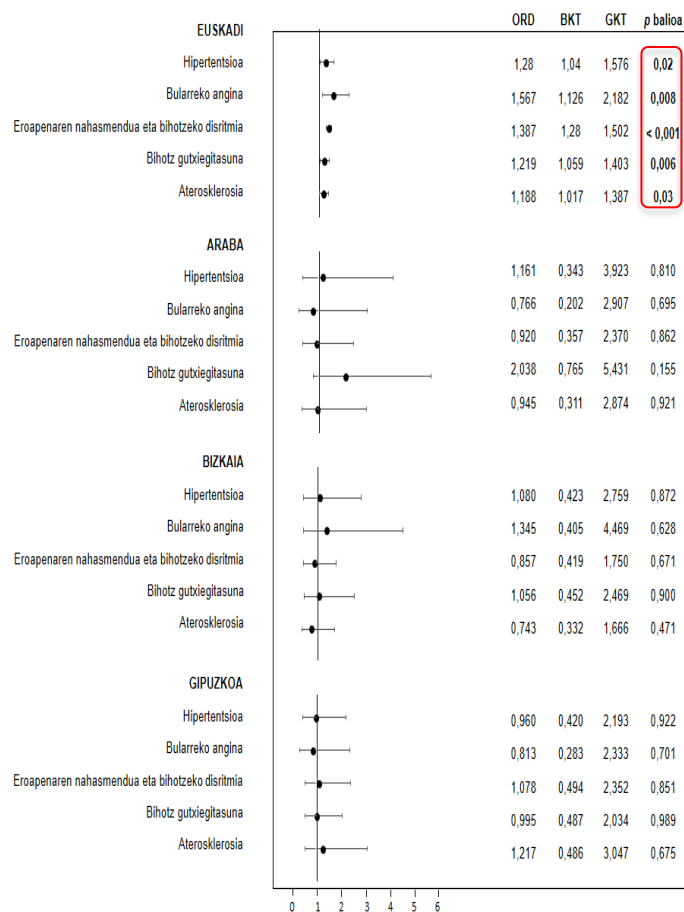
1. taula. EAEEn 2016-2018 aldian erregistratutako ospitaleratze larri eta programatuak datu absolututan

| | EAE | | Araba | | Bizkaia | | Gipuzkoa | |
|--|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|----------|--------------|
| | Larriak | Programatuak | Larriak | Programatuak | Larriak | Programatuak | Larriak | Programatuak |
| Ospitaleratzeak | Larriak | Programatuak | Larriak | Programatuak | Larriak | Programatuak | Larriak | Programatuak |
| Hipertentsioa | 156 | 84 | 34 | 17 | 65 | 28 | 57 | 39 |
| Bularreko angina | 116 | 55 | 23 | 14 | 45 | 17 | 48 | 24 |
| Eroapen nahasmendua eta bihotzeko angina | 201 | 127 | 51 | 27 | 78 | 55 | 72 | 45 |
| Bihotz gutxiegitasuna | 208 | 115 | 51 | 28 | 79 | 33 | 78 | 54 |
| Aterosklerosia | 120 | 111 | 30 | 26 | 49 | 48 | 41 | 37 |

Ospitalearen titulartasuna eta adina aldagaiak kontrolatuz lortutako odds ratio doituak (ORD) adierazi zuenez, modu larrian eta ez programatuan ospitaleratzeko aukera handiagoa izan zuten EAEko emakumeek gizonekin alderatuta hipertentsio [ORD 1.28 (95% CI 1.0-1.5), $p>0.05$], bularreko angina [ORD 1.56 (95% CI 1.1-2.1), $p>0.01$], eroapen nahasmendu eta bihotzeko angina [ORD 1.38 (95% CI 1.2-1.5), $p>0.001$], bihotz-gutxiegitasun [ORD 1.21 (95% CI 1.0-1.4), $p>0.01$] eta aterosklersi kasuetan [ORD 1.18 (95% CI 1.0-1.3), $p>0.05$] (ikus 1. grafikoa).

Analisia EAEko probintzia bakoitzeko datuekin egiterakoan, berriz, ez zen ezberdintasun esanguratsurik aurkitu sexuaren arabera (ikus 1. irudia).

1. irudia. Emakumeek gizonetikiko ospitaleratze larria eta ez-programatua izateko duten aukeren analisisa.



Odds Ratio Doitua, ORD; Beheko Konfiantza-Tartea, BKT; Goiko Konfiantza-Tartea, GKT.

4. Ondorioak

Emaitzek adierazten dutenez, EAEko datu orokorrak kontuan hartuta, emakumezkoek modu larrian eta ez-programatuan ospitaleratze aukera gehiago dute gizonetzkoekin alderatuta, hipertentsio, bularreko angina, eroapen nahasmendu eta bihotzeko disritmia, bihotz-gutxiegitasun eta aterosklerosi kasuetan. Bihotzeko arazoak dituzten pertsonen ezusteko ospitaleratzeetan eragin dezaketen faktoreak ikertzerakoan, orain arteko ikerketa gehienek pazienteek osasun-zerbitzuarekiko duten irisgarritasuna behatu dute. Esaterako, bihotz gutxiegitasuna duten pertsonen laguntza eskatzeko duten joera aztertzen duen meta-sintesi kualitatibo baten arabera, osasun-zerbitzuetara jotzeko mugak nabarmendu ziren, besteak beste, laguntza behararen inguruko zalantzen (sintoma fluktuatzaileei lotuta), osasun-sistemaren baitan nora jo ez jakiteagatik, ospitaleekiko beldurragatik eta sintomak beste kausa batzuei egotzeagatik (Clark et al., 2012). Beste ikerketa batzuk ere pazientearen autozainketa ohituretan (Schnell et al, 2006), ezagupenean (Agård et al, 2004) eta tratamenduarekiko atxikipenean (Scotto, 2005) zentratu dira. Haatik, badira ezusteko ospitaleratze larriak eragiten dituzten diagnostiko berantiarrak ulertzeko osasun profesionalen sinesmen eta jarrerak (Fuat eta Hungin, 2005; Fuat et al, 2003), eta esperientzia (Philips et al, 2004) aztertu duten lanak ere. Gure ikerketak berriz, sexuaren eragina aztertu du, eta emaitzek iradokitzen dutenez, gerturatze epidemiologiko hau egokia izan daiteke osasun-zerbitzuen erabilera ematen den genero arrakalaren adierazle moduan. Arrakala horren zergatia ezagutzeko ikerketa gehiago behar bada ere, arestian aipatutako ikerketen harira, baliteke emakumezko izatea osasun-zerbitzuetarako irisgarritasun txikiagoarekin lotuta egotea eta aldi berean osasun-profesionalek emakumezkoen sintomatologia sailkatzeko zailtasun handiagoa izatea. Kontuan izatekoa da, 2018ko Euskal Osasun Inkestaren arabera, azken 12 hilabeteetan zio ekonomikoengatik eta mugapenen edo urritasunengatik mediku-arreta jaso ez zuten pertsonen gehiengoa emakumezkoa zela.

Edonola ere, probintzia barneko emaitzek ez digute gizon eta emakumeen arteko OR balio handirik, ez eta ezberdintasun esanguratsurik erakutsi.

5. Etorkizunerako planteatzen den norabidea

Ezusteko ospitaleratzeak edo ospitaleratze larriak morbiditate handiagoarekin lotzen dira, osasun-sistemarentzat garestiagoak dira eta zainketen planifikazioa eteten dute (Huws et al., 2008). Hori dela eta, osasun beharrak egoera larritu aurretik kudeatzeko esfortzuak egin dituzte hainbat herrialdetan (Friberg et al., 2003; Hanlon et al., 2000; National Health Service (NHS), 2020; Steventon et al., 2018). Ingalaterran esaterako, erizaintzako kasuen kudeaketa indartu dute azken urteetan ospitaleratze larriak gutxitzeko asmoz (Huws et al., 2008). Euskadin, bihotzekoak artatzeko Bihotzez sareak miokardioko infartu akutua zuten emakumeetan erregistratutako atzerapen denborak eta hilgarritasun tasa gutxiarazi zituela aurkitu da (Telleria et al., 2017). Antzerako osasun-sare koordinatuek beste horrenbeste lor lezake gainerako bihotz-hodietako gaixotasunei dagokienean ere. Ikerketa honetan behatu dugunez, pazientearen sexuak ospitaleratze motan eragin dezake. Ekitatea helburu, arrakala hau murrizteko hainbat lerro jorrazteko beharra dago: sexu-ezberdintasun biologikoak errespetatzen dituzten gida kliniko estandarizatuak erabiltzea, osasun-profesionalen genero-kontzientzia eta aurreiritziak lantzea, genero-gaiak erizaintza, medikuntza eta beste osasun zientzien ikasketetan jorraztea eta emakumezko eta gizonezko pazienteek osasun-zerbitzuak erabiltzerako izan ditzaketen irisgarritasun arazo eta erresistentziak aztertzea.

6. Erreferentziak

- Agård, A., Hermeren, G., eta Herlitz, J. (2004). When is a patient with heart failure adequately informed? A study of patients' knowledge of and attitudes toward medical information. *Heart Lung*, 33, 219–226. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.02.003>
- Arslian-Engoren, C. (2001). Gender and Age Differences in Nurses' Triage Decisions Using Vignette Patients. *Nursing Research*, 50, 61–66.
- Bösner, S., Haasenritter, J., Hani, M. A., Keller, H., Sönnichsen, A. C., Karatolios, K., ... Donner-Banzhoff, N. (2011). Gender bias revisited: New insights on the differential management of chest pain. *BMC Family Practice*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-45>
- Clark, A. M., Savard, L. A., Spaling, M. A., Heath, S., Duncan, A. S., eta Spiers, J. A. (2012). Understanding help-seeking decisions in people with heart failure: A qualitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1582–1597. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.010>
- Dahlberg, L., Agahi, N., Schön, P., eta Lennartsson, C. (2018). Planned and Unplanned Hospital Admissions and Their Relationship with Social Factors: Findings from a National, Prospective Study of People Aged 76 Years or Older. *Health Services Research*, 53(6), 4248–4267. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13001>
- EAEko Osasun Inkesta (EAEOI, 2018). Osagin. Osasun Saila, Eusko Jaurlaritz. <https://www.euskadi.eus/informazioa/osasun-inkesta-2017-2018/web01-a3osag17/eu/>
- Friberg, J., Buch, P., Scharling, H., Gadsbøll, N., eta Jensen, G. (2003). Rising rates of hospital admissions for atrial fibrillation. *Epidemiology*, 14(6), 666–672. <https://doi.org/10.1097/01.ede.0000091649.26364.c0>
- Fuat, A., Hungin, A., eta Murphy, J. (2003). Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. *BMJ*, 326, 196.
- Gruneir, A., Silver, M., eta Rochon, P. (2011). Review: Emergency Department Use by Older Adults: A Literature Review on Trends, Appropriateness, and Consequences of Unmet Health Care Needs. *Medical Care Research and Review*, 68(2), 131–155. <https://doi.org/10.1177/1077558710379422>
- Hanlon, P., Walsh, D., Whyte, B., Scott, S., Hole, D., Lightbody, P., eta Gilhooly, M. (2000). Influence of biological, behavioural, health service and social risk factors on the trend towards more frequent. *Health Bulletin*, 58(4), 342–353.
- Healy, B. (1991). The Yentl Syndrome. *NEJM*, 325(4), 2435. <https://doi.org/10.1056/NEJM199107253250408>

- Huws, D. W., Cashmore, D., Newcombe, R. G., Roberts, C., Vincent, J., eta Elwyn, G. (2008). Impact of case management by advanced practice nurses in primary care on unplanned hospital admissions: A controlled intervention study. *BMC Health Services Research*, 8, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-115>
- Kuhn, L., Page, K., Street, M., Rolley, J., eta Considine, J. (2017). Effect of gender on evidence-based practice for Australian patients with acute coronary syndrome: A retrospective multi-site study. *Australas Emerg Nurs J*, 20(2), 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.02.002>
- Molloy, G. J., McGee, H. M., O’Neill, D., eta Conroy, R. M. (2010). Loneliness and Emergency and Planned Hospitalizations in a Community Sample of Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(8), 1538–41. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02960.x>
- National Health Service (NHS) in England. (2020): A&E Attendances and Emergency Admissions 2020-21, eskuragarri hemen: <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/ae-waiting-times-and-activity/ae-attendances-and-emergency-admissions-2020-21/> [Kontsulta eguna: 2021/03/05].
- Nguyen, J. T., Berger, A. K., Duval, S., eta Luepker, R. V. (2008). Gender disparity in cardiac procedures and medication use for acute myocardial infarction. *American Heart Journal*, 155(5), 862–868. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2007.11.036>
- Philips, S., Marton, R., eta Tofler, G. (2004). Barriers to diagnosing and managing heart failure in primary care. *Med J Aust*, 181, 78–81. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06178.x>
- Schnell, K., Naimark, B., eta McClement, S. (2006). Influential factors for self-care in ambulatory care heart failure patients: a qualitative perspective. *Can J Cardiovasc Nurs.*, 16(1), 13–19.
- Scotto, C. (2005). The lived experience of adherence for patients with heart failure. *J Cardiopulm Rehabil*, 25, 158–163. <https://doi.org/10.1097/00008483-200505000-00006>
- Steventon, A., Deeny, S., Friebel, R., Gardner, T., eta Thorlby, R. (2018): Briefing: Emergency hospital admissions in England: which may be avoidable and how?, The Health Foundation [On-line], eskuragarri hemen: https://www.health.org.uk/sites/default/files/Briefing_Emergency%2520admissions_web_final.pdf. [Kontsulta eguna: 2021/03/05].
- Stiernstedt, G. (2016): Effektiv vård [Efficient care]. SOU2016:2. Government Offices of Sweden, Stockholm.
- Telleria, M., Loma, A., Artaecheverria, J., San Roman, K.G., Rumoroso, J.R., Andres, A., Oria, C., Vazquez, P., Oria, C. (2017). Miokardioko infartu akutuen maneia Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) sexuaren arabera, Bihotzez sarearen eragina. *Osagaiz*, 1, 16-25.
- Van Der Meer, M. G., Appelman, Y., Rutten, K. H. G., Van Der Graaf, Y., Nathoe, H. M., Doevendans, P. A., ... Rutten, F. H. (2019). Are there gender disparities in symptom presentation or triage of patients with chest discomfort at primary care out-of-hours services? An observational study. *BMJ Open*, 9(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031613>
- Telleria, M., Loma, A., Artaecheverria, J., San Roman, K.G., Rumoroso, J.R., Andres, A., Oria, C., Vazquez, P., Oria, C. (2017). Miokardioko infartu akutuen maneia Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) sexuaren arabera, Bihotzez sarearen eragina. *Osagaiz*, 1, 16-25.

7. Eskerrak eta oharrak

Eskerrak eman nahi dizkiogu Eustat Euskal Estatistika Erakundeari datu epidemiologikoak emateagatik, eta bereziki Marta De la Torre Fernandez teknikariari, bere profesionaltasun eta eraginkortasunagatik.