

El sexo como factor de riesgo

C. Bernis * y M. Mata **

* Servicio Nefrología. Hospital Princesa. Madrid. ** Subdirección Epidemiología. Ministerio de Sanidad.

Señor director:

Recientemente un interesante trabajo de la Revista destacaba el predominio de varones en tratamiento sustitutivo en España¹. Se explicaba el hecho por la mayor incidencia de algunas nefropatías en varones (nefritis fundamentalmente), y dado que en otro tipo de patologías (diabetes, poliquistosis) esta diferencia de incidencia no existe se sugiere el papel del sexo varón como factor independiente de riesgo hacia la progresión de la IRC. Si analizamos los datos de mortalidad² disponibles en España, que es una fuente de datos cada vez más revalorizada^{3, 4}, podemos observar una mayor mortalidad de IRC en varones. Esta mayor incidencia, que es clara especialmente para nefritis y nefrosis, tiende a acortarse en el grupo de edad de cincuenta y cinco y sesenta y cinco años. La información disponible de otros países⁵ demuestra que el número de mujeres en tratamiento sustitutivo es en todos inferior al de varones, utilizándose como primera explicación una incidencia real menor junto con una tendencia al desarrollo de la IRC en la mujer en edades más avanzadas. Sin embargo, últimamente se ha planteado una nueva e importante pregunta: ¿existe desigualdad sexual en el acceso a la alta tecnología?⁶, y en concreto a la diálisis^{5, 7}. La desigualdad de acceso en función del sexo es clara en algunos países, como la India⁵, y es también clara una desigualdad en función de la edad para todos los países (a más edad menos posibilidades de acceso a tratamientos sofisticados). Cuando se analizan las opiniones de los responsables de incluir en tratamiento sustitutivo un paciente⁸ y no aparece el sexo como factor determinante y sí la edad, la calidad de vida y el deseo del afectado. Sin embargo, C. Kjellstrand analiza las posibilidades de una mujer frente a un hombre de recibir tratamiento sustitutivo cuando desarrolla IRC y encuentra para USA y Suecia diferencias significativas que no pueden sólo explicarse por diferencias de edad. El grupo de mujeres aparece infrarrepresentado, especialmente en los grupos de edad avanzada^{5, 7}. Esto es tanto más llamativo cuanto que la esperanza de vida de la mujer es mayor que la del varón (en España 78,6 la mujer frente a 72,5 el varón)⁹. Se han considerado posibles explicaciones del menor acceso de las mujeres de la tercera edad a tratamientos sofisticados, como un menor nivel de

calidad de vida y/o la desmotivación que acompaña la viudedad¹⁰.

Por otra parte, se ha llamado la atención sobre el hecho del diferente acceso de la mujer al tratamiento de la IRC en países muy próximos que más parece sugerir una desviación sexual en la administración de recursos que una diferencia de incidencia real⁵. Estableciendo como 100 el total de pacientes, considerando los porcentajes de mujeres y varones y estableciendo un índice mujeres/varones nos encontramos en USA con un 48 % de mujeres, un 52 % de varones, un índice de 0,92. En Canadá 35 %, de mujeres, 65 % varones; índice de 0,54. En Suecia tenemos 40 % mujeres, 60 % varones; índice 0,67, en Europa (datos de Gran Bretaña, Francia, Italia, Alemania occidental), un 35 % de mujeres, un 65 % varones; con índice de 0,54. Si en España estudiamos estos valores a partir de los datos del período 76-86¹ nos encontramos con un 40,6 % de mujeres y un 59,4 % de varones, con un índice de 0,68.

Aunque un análisis pormenorizado valorando el sexo y los grupos de edad en cada país está por hacer podemos decir que en nuestro país en este problema nos encontramos en una situación muy similar a la sueca.

Bibliografía

1. Valles M y García García M: Enfermedad renal primaria de los pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo renal en España. Características y evolución (1976-1986). *Nefrología* IX:371-378, 1989.
2. Bernis C: Mortalidad por enfermedades renales en España (1960-1979). *Nefrología* VI:49-57, 1986.
3. Kircher T, Nelson J y Burdo H: The autopsy as measure of accuracy of death certificate. *New Engl J Med* 313:1263-1269, 1985.
4. Benavides FG, Bolumar F y Peris R: Quality of death certificates in Valencia, Spain. *American Journal of Public Health* 79:1352-1355, 1989.
5. Kjellstrand CM: Giving life-giving death. Ethical problems of high technology medicine. *Acta Medica Scandinavica* 224:16-88, 1988.
6. Tobin JN, Wassertheil-Smoller S, Wexler JP et al.: Sex bias in considering coronary by-pass surgery. *Ann Intern Med* 107:19-25, 1987.
7. Kjellstrand CM y Tyden G: Inequalities in chronic dialysis and transplantation in Sweden. *Acta Medica Scandinavica* 224:149-156, 1988.
8. Kilner J: Selecting patients when resources are limited: a study of US medical directors of kidney dialysis and transplantation facilities. *American Journal of Public Health* 78:144-147, 1988.
9. INE: Estadísticas vitales, 1988.
10. Guralnik J y Kaplan GA: Predictors of Healthy aging: Prospective evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Public Health* 79:703-708, 1989.

Correspondencia: Dr. D. C. Bernis.
Servicio de Nefrología.
Hospital de la Princesa. Madrid.