



La carga de la enfermedad renal crónica (ERC) sobre la mortalidad de la población. ¿Los datos disponibles reflejan la realidad?

P. L. Santacruz^{1,2} y L. E. Dorta²

¹Universidad Bicentennial de Aragua y ²Dirección de Epidemiología, CORPOSALUD Aragua, Maracay, Estado Aragua, Venezuela.

Durante los últimos años numerosos informes han señalado a la ERC como un problema de salud con repercusión social ascendente¹⁻³ y los reportes del USRDS⁴, la ERA-EDTA⁵ o los datos de la SLANH⁶ evidencian la cuantía progresivamente en ascenso de la ERC, mientras otros autores además han enfatizado en la enorme carga que representa esta entidad para el paciente, su familia y la sociedad en su conjunto^{7,8}; lo cual se torna muy oneroso para países no desarrollados donde no sólo el tratamiento renal sustitutivo resulta cualitativamente deficiente sino peor aún, donde no toda la población afecta del morbo renal tiene acceso a dichas formas de tratamiento pues los altos costos para estas terapéuticas resultan cada vez más prohibitivos para muchos de estos países⁹⁻¹¹, justificando la implementación de estrategias que permitan modificar esta situación mediante la prevención o detección precoz de la ERC que propicien cambiar la evolución progresiva hacia las fases extremas de la afección¹⁰.

Por ello, además de los estudios de prevalencia e incidencia en población general, los cuales sin dudas resultan de vital importancia, una de las formas de apreciar el impacto de una enfermedad sobre una población estriba en caracterizar la mortalidad que directa o indirectamente está asociada a dicha entidad.

Ahora bien, el impacto real resultante de la prevalencia e incidencia por ERC es subestimado por diversas razones pues como se aprecia en el reporte de salud mundial de la OMS del año 2002¹², el ítem «enfermedades del sistema génito urinario» está únicamente vinculado en forma directa con dos causas o grupos etiológicos específicos: nefrosis y nefritis e hipertrofia prostática benigna, e incuestionablemente estos dos únicos rubros no proveen una

visión verídica sobre el papel de la ERC en la carga global de las enfermedades y por otro lado, ha quedado bien establecido que los pacientes con ERC presentan un altísimo riesgo para afecciones cardio y cerebro vasculares, las que en muchas ocasiones conducen a la muerte de esas personas antes de arribar a la etapa dialítico dependiente de la ERC¹³.

Hoy se sabe que los pacientes con enfermedad cardiovascular con frecuencia desarrollan ERC, en cuyo caso la causa básica de muerte será atribuida al proceso cardiovascular, desconociéndose que proporción de fallecidos con afección cardiovascular en la población general han desarrollado también ERC¹⁴, señalándose actualmente a la ERC como predictor independiente de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca e incluso proponiéndose la valoración regular de la función renal en la evaluación clínica de éstos ya que la disfunción cardiovascular y la ERC discurren de forma paralela¹⁵.

Otro ejemplo impactante lo brinda la diabetes mellitus, a la que mundialmente se le atribuyen 895 mil defunciones anuales y 3 millones 412 mil 231 años de vida perdidos por discapacidad, estimándose que el 30% de las personas con diabetes desarrollarán nefropatía diabética e incuestionablemente, la presencia de ERC en el curso de la diabetes incrementa exponencialmente el riesgo de mortalidad por afección cardiovascular⁸, validando así la aseveración de que la diabetes está emergiendo como una catástrofe médica de proporciones globales¹⁶.

En la llamada Declaración de Bellagio 2004, se ha postulado que el crecimiento de la ERC a nivel mundial está íntimamente vinculado al dramático incremento de la aterosclerosis sistémica y la diabetes mellitus tipo 2¹⁷, mientras que en una reciente comunicación se ha consignado que la atención actualmente dispensada al tema ERC depende de los 5 factores siguientes: rápido incremento de su prevalencia, enorme costo del tratamiento, la fase extrema de la ERC sólo representa la cima de un gran témpano de una enfermedad encubierta, significati-

Correspondencia: Dr. Pedro L. Santacruz Valverde
Apdo. Postal 4536, CP 2101
Maracay, Estado Aragua
Venezuela
E-mail: plsantacruz@cantv.net

vo papel de la ERC en la mortalidad cardiovascular y existencia de terapéuticas para impedir o retrasar su progresión, resaltándose además en dicha comunicación que el 85% de la población mundial vive en países de escasos o medianos ingresos donde los efectos clínicos, epidemiológicos y socioeconómicos de la ERC se tornan mucho mayores¹⁸.

Cuando se indaga acerca del impacto de la ERC en la mortalidad general de la población, los reportes se sustentan en la causa básica de muerte según la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE-10¹⁹.

Si se toma en consideración que la causa básica de muerte conceptualmente es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal y que la ERC tiene una alta comorbilidad en otras enfermedades, surge entonces la interrogante:

¿Cuál es el impacto real de la ERC en la mortalidad de la población en un grupo demográfico, región, país o a nivel global?

En síntesis, puede decirse que existen evidencias para señalar que el impacto por la carga de las enfermedades sobre la mortalidad general de la población está siendo subestimada por los mecanismos habituales utilizados por las autoridades sanitarias en la gran parte del mundo y esta situación debe ser modificada pues las enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo diabetes, hipertensión y ERC, provocan actualmente el 60% de las muertes y aproximadamente el 47% de los gastos en salud a nivel global, estimándose que para el año 2020 las tres entidades antes citadas serán la principal causa de muerte y discapacidad^{8,18} y a su vez, la mayor carga resultante de éstas ocurrirá en los países menos favorecidos por sus economías y estructuras sociales^{6,8,11,20}, por ello los nefrólogos y autoridades sanitarias de hoy deben asumir también el reto de esclarecer el verdadero significado de estos datos para justipreciar con certeza el impacto de la ERC en la mortalidad poblacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santacruz PL: La insuficiencia renal crónica como problema de salud: una reflexión en el tiempo. *Nefrología* 20 (5): 465-6, 2000.
2. Parmar MS: Chronic renal disease. *BMJ* 325 (7355): 85-90, 2002.
3. Schieppati A, Perico N, Remuzzi G: Preventing end-stage renal disease: the potential impact of screening and intervention in developing countries. *Nephrol Dial Transplant* 18 (5): 858-9, 2003.
4. USRDS: Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda. United States Renal Data System, 2005. <http://www.usrds.org/adr.htm>. [Consulta: 2006, marzo 29].
5. ERA-EDTA Registry: Annual Report 2003. European Renal Association, 2005. <http://www.era-edta-reg.org/inp=annrep> [Consulta: 2006, marzo 29].
6. Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante (2005). «Informe del Año 2003». Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. <http://www.slanh.org/registro/informes.asp>. [Consulta: 2006, marzo 29].
7. Kimmel PL Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int* 59 (5): 1599-1613, 2001.
8. Schieppati A, Remuzzi G: Chronic renal diseases as a public health problem: Epidemiology, social, and economic implications. *Kidney Int* 68 (Supl. 98): S7-S10, 2005.
9. Jha V, Chugh, KS: The practice of dialysis in the developing countries. *Hemodialysis International* 7 (3): 239-49, USA, 2003.
10. Eknoyan G, Lameire N, Barsoum R, Eckardt KU, Levin A, Levin N y cols.: The burden of kidney disease: Improving global outcomes. *Kidney Int* 66 (4): 1310-4, 2004.
11. Jafar TH: The Growing Burden of Chronic Kidney Disease in Pakistan. *N Engl J Med* 354 (10): 995-7, 2006.
12. WHO: Burden of disease Project. World Health Organization, 2002. <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden&language=english> [Consulta: 2006, abril 1].
13. Caramelo C, Gil P: Insuficiencia combinada cardiorenal: Una clave evolutiva y terapéutica en el fallo cardíaco. *Rev Esp Cardiol* 59 (2): 87-90, 2006.
14. De Nicola L, Minutolo R, Chiodini P, Zoccali C, Castellino P, Donadio C y cols.: Global approach to cardiovascular risk in chronic kidney disease: Reality and opportunities for intervention. *Kidney Int* 69 (3): 538-45, 2006.
15. Grigorian L, Varela A, Pedreira N, Gómez I, Viagós A, González-Juanatey JR. La insuficiencia renal es un predictor independiente de la mortalidad en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca y se asocia con un peor perfil de riesgo cardiovascular. *Rev Esp Card* 59 (2): 99-108, 2006.
16. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J: Global and societal implications of the diabetic epidemic. *Nature* 414 (6865): 782-7, 2001.
17. Comission for the Global Advancement of Nephrology Study Group 2004: Prevention of chronic kidney and vascular disease: Toward global health equity – The Bellagio 2004 Declaration". *Kidney Int* 68 (Supl. 98): S1-S6, 2005.
18. Barsoum RS: Chronic Kidney Disease in the Developing World. *N Engl J Med* 354 (10): 997-9, 2006.
19. OMS (1992): Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, 10ma revisión. Estadísticas de Salud en Cuba. <http://www.dne.sld.cu/librocie10/indexcie10.htm>. [Consulta: 2006, abril 4].
20. Atkins RC: Epidemiology of chronic kidney disease. *Kidney Int* 67 (Supl. 94): S14-S18, 2005.