

CARTAS AL DIRECTOR

Sí al trasplante en tiempos de crisis

P. L. Santa Cruz

Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey (Cuba).

Señor director:

Con sumo interés he leído en más de una ocasión su artículo editorial aparecido en NEFROLOGÍA (número 6 de 1992) con el llamativo título «El trasplante en los tiempos de crisis»¹.

En primer término quiero felicitar esa iniciativa, al defender de una manera tan vehemente y razonadamente científica el implemento de una política de salud que, dentro de sus prioridades, sin menoscabo de otras, oferte la posibilidad de un injerto a aquellos con enfermedades terminales susceptibles de ello, muy en particular los enfermos con nefropatía terminal.

Quien estas líneas redacta no lo hace desde un país del llamado primer mundo; sin embargo, pienso por ello que, con más razón aún, el trasplante permite a esos enfermos un grado de rehabilitación al que no podemos aspirar de manera general con otras formas de tratamiento sustitutivo. Baste recordar que para finales de la década recién concluida el MEDICARE en los USA gastaba unos 2.000 millones de dólares anuales en el tratamiento de la enfermedad renal terminal², y para nadie es un secreto que esos dígitos continuarán en ascenso, pues la propia tecnología moderna de la diálisis cada vez tiene precios más prohibitivos.

Sin duda, la implantación de un programa de trasplante razonablemente organizado requiere, entre otros aspectos, que la imagen, como usted llama, que de los trasplantes tenga la opinión pública sea correcta, y para ello se necesita una voluntad político-gubernamental que permita que la práctica de este proceder sea resultado de un sistema de salud pública netamente igualitario, sin preferencia alguna por razones económicas o sociales de cualquier índole, tal como hasta ahora y con orgullo lo digo, por más que les pese a algunos, ha sucedido en Cuba.

Entre 1970 y diciembre de 1987 se realizaron en Cuba 1.000 trasplantes renales, casi todos provenientes de donante cadáver. Para este último año, 1987, la tasa anual de trasplante renal fue de 10,7 por millón de habitantes³. En los últimos cinco años, tras la puesta en marcha del Pro-

grama Nacional de Trasplante Renal como parte del Programa Nacional de Trasplante de Organos (PRONTO), se realizaron 808 injertos de riñón, que representa una tasa anual promedio para estos años de 16,2 por millón de habitantes. Si bien es cierto que la estadística no lo es todo y fundamentalmente refleja el aspecto cuantitativo del problema, al menos da una idea de la seriedad con que se ha enfrentado el mismo, no pretendiendo por ello negar la existencia de otros problemas sanitarios de gran importancia a los que considero se les está brindando la atención requerida, como lo demuestra el programa denominado Objetivos, Propósitos y Directrices de la Salud Pública en Cuba para el año 2000⁴.

En lo personal he abogado siempre por el desarrollo de la nefrología preventiva y por enfrentar la insuficiencia renal crónica (IRC) desde sus etapas más tempranas, contando para ello con el apoyo de la atención primaria de salud⁵, pues como afirmara en otra ocasión, la IRC y su máxima expresión, la nefropatía terminal, constituyen un ejemplo del fracaso del conocimiento médico contemporáneo al no ser capaces de prevenir la aparición del mal o al menos detectarlo precozmente e impedir su progresión subsecuente inexorable⁶. Pudiera sustentarse esta idea con las palabras del profesor J. Hamburger: «... puedo imaginar un tiempo en que los trasplantes de órganos no sean necesarios porque se sabrá prevenir o curar la enfermedad mucho antes de tener necesidad de un trasplante»⁷. No obstante, antes de alcanzar ese momento —y creo desafortunadamente que aún falta bastante—, antes de alcanzar ese momento, repito, coincido plenamente con usted en que es necesario que quienes día a día desarrollamos nuestro trabajo en relación con los trasplantes tengamos ideas muy claras y, sobre todo, que lo sepamos transmitir a nuestros compañeros, a la opinión pública y a las autoridades competentes.

Sirvan estas modestas líneas de aliento a quienes como usted defienden lanza en ristre esta loable, meritoria, humanitaria y científica tarea, a veces incomprendida, pero encaminada a aliviar el sufrimiento de muchos enfermos terminales, recordando la frase de Albert Schweitzer: «Los que sufren las marcas del dolor, su sociedad no tiene fronteras, pertenecen al mundo entero»⁸.

Correspondencia: Dr. P. L. Santa Cruz Valverde.
Unidad de Nefrología.
Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech.
Ctra. Central (Oeste), s/n., km. 4,500.
Camagüey 1. CP 70100
Camagüey (Cuba).

Bibliografía

1. Matesanz R: El trasplante en los tiempos de crisis. *Nefrología*, 12:461-464, 1992.

2. Hebert LA, Bay WH: On the natural tendency to progressive loss of remaining kidney function in patients with impaired renal function. *Med Clin North Am (Renal Disease)*, 74:1011-1024, 1990.
3. Herrera R, Almaguer M: Atención a la insuficiencia renal crónica por el sistema nacional de salud en Cuba. En *Insuficiencia renal crónica, diálisis y trasplante*. Primera conferencia de consenso. Publicación científica número 520, OPS/OMS, Washington, 131-136, 1989.
4. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. ECIMED, La Habana, 1992.
5. Santa Cruz PL, Collot J, Rangel ME, Hatim A, Rodríguez J, Pereira I: Sobre atención primaria de salud y la importancia de su vinculación con otras especialidades. *Interferón y Biotecnología*, 4:191-192, 1987.
6. Santa Cruz PL, Collot J, Rangel ME, Pereira I: Insuficiencia renal crónica y la necesaria proyección social de la nefrología. *Nefrología*, 8:81, 1988.
7. Almaguer M: Nefrología preventiva. En *Temas de nefrología*. ECIMED, La Habana, T-1, 3-21, 1991.
8. Salvaggio S: Diccionario biográfico de Premios Nobel. Claridad. Buenos Aires, 309-310, 1958.