

La insuficiencia renal crónica y la estrategia de Cuba para las enfermedades crónicas no transmisibles hasta el año 2000. Diálisis y trasplante

R. Herrera*, Ch. Magrans*, R. Mañalich*, J. Alfonzo*, M. Almaguer*, S. Arce*, C. Valle*, A. Torres*, L. Soto*, J. Bernaza*, L. Pérez-Bulnes* y J. Muñoz

* Miembro del Grupo Nacional de Nefrología.

Introducción

Cuba es un pequeño país del Tercer Mundo, cuya población estimada para 1991 era de 10.693.000 habitantes.

La alta prioridad conferida a la salud de la población en el contexto de los cambios sociales acontecidos en las últimas tres décadas se expresa a través de un sólido Sistema Nacional de Salud, cuya extensa red de unidades cubre toda la superficie del país y está dotada de importantes recursos humanos y tecnológicos. La base de este Sistema yace en la existencia del médico de la familia (15.141 de los 42.634 médicos registrados en 1991), que cubre ya el 67 % de la población.

El desarrollo de los programas contra las enfermedades infecciosas ha determinado que sólo el 1,5 % de los fallecimientos sea causado por estas entidades.

La reducción de la mortalidad infantil a 10,7 por 1.000 nacidos vivos es un logro del Programa Materno-Infantil.

Aquí se ha transformado el estado de salud de la población y han emergido las enfermedades crónicas no transmisibles —enfermedades del corazón, tumores malignos y las cerebrovasculares— y los accidentes como las primeras causas de muerte, siendo responsables de más del 70 % de los fallecimientos.

La existencia de estos factores condiciona que para alcanzar el objetivo general de mejorar los niveles de salud de la población cubana hasta el año 2000 sea imprescindible encaminar acciones específicas a disminuir la mortalidad y la morbilidad de las enfermedades crónicas no transmisibles. Se plantean propósitos concretos de reducción de diferentes tasas (tabla I).

Metodología (directrices)

1. Incrementar la participación intersectorial y la educación para la salud.
2. Elevar la calidad de la atención primaria:
 - Promoción de salud.
 - Prevención de enfermedades controlando factores de riesgo:
 - Hipertensión arterial.
 - Hipercolesterolemia.
 - Hábitos dietéticos inadecuados.
 - Hábito de fumar.
 - Sedentarismo.
 - Obesidad.
 - Estrés, etc.
 - Pesquisaje activo de la población para el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.
 - Dispensarización de los pacientes con enfermedades crónicas.
 - Continuidad de la atención.
3. Elevar la calidad de la atención médica hospitalaria.
4. Garantizar la rehabilitación.

Tabla I. Reducción de la mortalidad por enfermedades no transmisibles y otras

Mortalidad *	1990	2000
Enfermedades del corazón	168,0	134,0
Cáncer	113,0	102,0
Enfermedades cerebrovasculares	57,0	40,0
Diabetes mellitus de 15-64 años **	9,9	8,4
Asma bronquial	3,8	2,7
Accidentes	45,0	40,0
Suicidios	20,0	18,0

* Tasa por 100.000 habitantes, estandarizada con la población de Cuba en 1981.

** Tasa específica.

Interrelación de la IRC con las otras enfermedades crónicas no transmisibles

La existencia de factores condicionantes comunes entrelaza a la IRC con las otras enfermedades crónicas no transmisibles y es una de las principales causas de muerte en la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y de algunas formas de neoplasia; por tanto, el enfoque de estas entidades lleva implícito el abordaje de la IRC a la vez que atiende sus principales causas. Por tanto, en el marco de esta estrategia global se considera a la IRC.

Programa de atención integral a la IRC

En Cuba, la tasa de prevalencia de enfermos de IRC en sus diferentes etapas evolutivas es de 3.550 por millón de habitantes, y la de mortalidad es de 100-120 por millón de habitantes.

Partiendo de los postulados anteriores se ha estructurado un programa de atención integral a la IRC y a las enfermedades renales en conjunto con un enfoque epidemiológico y eminentemente preventivo. La base de este programa piramidal (fig. 1) se sustenta en las necesidades de prevención primaria ejercida sobre la población total y ejecutadas esencialmente por el médico de la familia. A este nivel, las medidas están encaminadas a prevenir, diagnosticar tempranamente y a detener la enfermedad renal en su fase comenzante.

La prevención secundaria actúa sobre los enfermos renales crónicos, tratando de enlentecer la progresión de la enfermedad y de evitar el deterioro sistémico del paciente.

La prevención terciaria se inicia cuando la función renal es obsoleta y se aplica el tratamiento sustitutivo por

diálisis y trasplante con el objetivo de la rehabilitación social del paciente.

Para el desarrollo de este programa se cuenta, además del subsistema del médico de la familia, con una red de trabajo integrada por 28 servicios de nefrología con centros de diálisis distribuidos por todo el país, que se complementan con siete centro de trasplante renal y cuatro centros de tipaje tisular. En esta red laboran 146 especialistas de nefrología y egresarán por año entre 10 y 20 nuevos especialistas hasta acercarse a los 300 para el año 2000. Para esa fecha se dispondrá por millón de habitantes de 60 camas nefrológicas de hospitalización de pacientes adultos. Otras especialidades se integran en el enfoque multidisciplinario de atención al enfermo renal crónico, como son la Medicina Interna, Medicina General Integral, Urología, Cirugía, Pediatría, Inmunología, Anestesia, Anatomía Patológica y otras.

Prevención primaria-secundaria

Las medidas que abarcan estas etapas de atención son las siguientes:

1. Promoción y educación para la salud.
2. Identificación de los pacientes en riesgo de enfermedades renales crónicas e IRC.
3. Diagnóstico temprano de las enfermedades renales crónicas.
4. Realización de investigaciones periódicas a los pacientes en riesgo.
5. Realización de interconsultas multidisciplinarias.
6. Dispensarización de todos los pacientes con enfermedades renales crónicas e IRC.

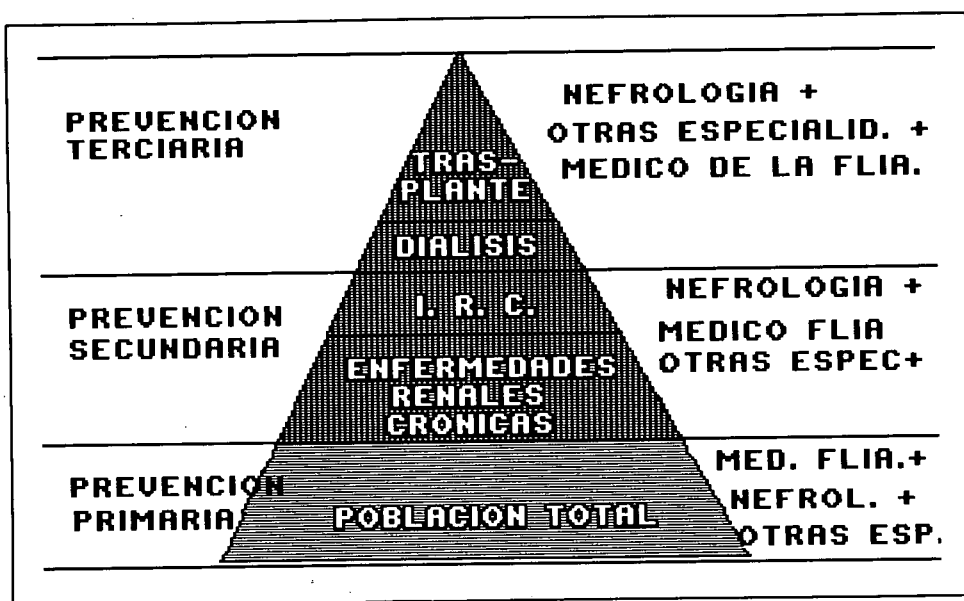


Fig. 1.—Programa de atención integral IRC.

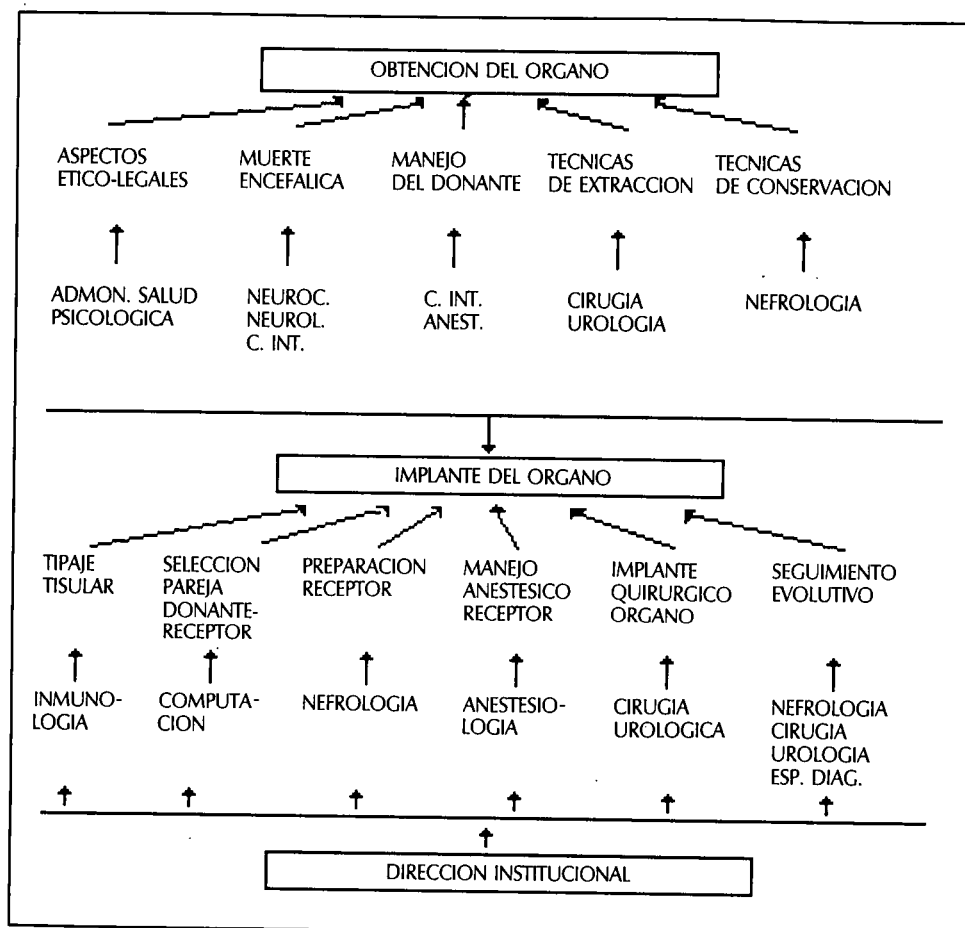


Fig. 2.—Trasplante de órganos.

7. Atención integral a los pacientes diagnosticados de acuerdo con las guías terapéuticas de la especialidad.
8. Remisión a la consulta de nefrología.
9. Confirmación del diagnóstico de la enfermedad renal crónica e IRC.
10. Clasificación de acuerdo a la etapa de la IRC.
11. Tratamiento médico integral, haciendo énfasis en la enfermedad renal y control sistemático de la función renal.
12. Detección temprana y control de los factores de riesgo que aceleran la progresión del daño renal.
13. Adecuación de la rehabilitación de acuerdo a la etapa de la IRC.
14. Prevención de la invalidez del paciente, detectando tempranamente las complicaciones.
15. Retroalimentación al médico de la familia sobre el diagnóstico confirmado y apoyo a las medidas de prevención y tratamiento.

Prevención terciaria. Diálisis

La IRC es la única insuficiencia orgánica que permite la sustitución crónica de la función por un órgano artificial

durante un tiempo indefinido que pudiera ser de décadas, lo que permite un acúmulo sumatorio de pacientes en diálisis que a nivel mundial se acercan al medio millón.

El tratamiento por diálisis crónica se inició en Cuba en 1969 y en diciembre de 1991 lo recibían 70 pacientes por millón de habitantes (fig. 3), incrementándose dicha tasa en 10 cada año, por lo que se espera arribar en el próximo quinquenio a 140 pacientes por millón de habitantes.

Desde hace tres años, los criterios de ingreso en diálisis son irrestrictos. Los pacientes de la tercera edad ocupan ya el 13,37 % de las capacidades, mientras que los menores de 15 años son sólo el 2,38 %; el resto se ubica en el grupo de edades de 15-59 años.

Las principales causas de IRC en los pacientes dialíticos son: glomerulopatías (26 %), hipertensión arterial (22 %), poliquistosis renal (11 %) y diabetes mellitus (10 %). Del total de pacientes, el 65 % reciben tratamiento por hemodiálisis y el 35 % por diálisis peritoneal.

Prevención terciaria. Trasplante renal

La existencia de la diálisis crónica hace que el trasplante renal, al mismo tiempo que técnica de avanzada, de

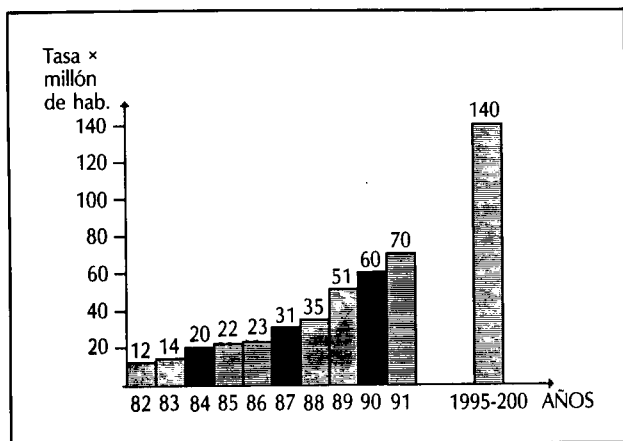


Fig. 3.—Pacientes en diálisis. Cuba

extrema complejidad organizativa, clínica, quirúrgica e inmunológica, sea también un proceder asistencial demandado con masividad por el cúmulo de receptores que esperan en diálisis.

El programa de trasplante renal se inició en 1970 y forma parte también del Programa Nacional de Trasplante de Organos y Tejidos.

Hasta el 31 de diciembre de 1991, Cuba había realizado los siguientes trasplantes:

Riñón.....	1.668
Riñón-páncreas.....	19
Corazón	84
Corazón-pulmón	3
Pulmón.....	1
Hígado	15
Médula.....	28
Neurotrasplante.....	38
Córnea	563
Hueso y articulaciones	7.000

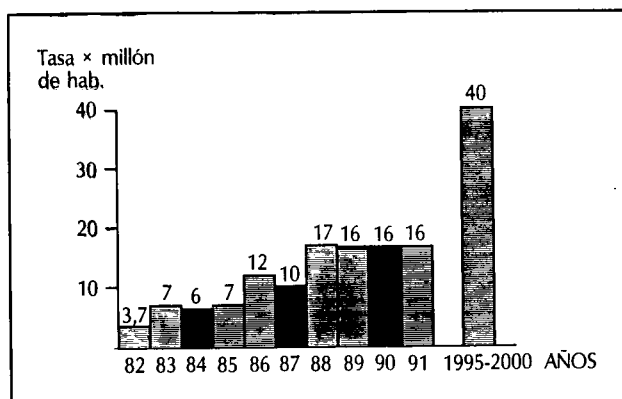


Fig. 4.—Trasplantes realizados en Cuba

El Centro Coordinador Nacional del Trasplante Renal se encuentra en el Instituto de Nefrología, que funge como centro de referencia nacional de la especialidad. Desde allí se interrelacionan los centros donadores de órganos con los de tipaje inmunológico, los de diálisis y los de trasplante. Dispone de un sistema computarizado con un banco de receptores único en el país y se realiza la selección donante-receptor de forma automatizada sobre la base de un algoritmo inmunológico y clínico.

La tasa de realización del trasplante renal es de 16 a 17 por millón de habitantes por año y se espera alcanzar de 35 a 40 en el quinquenio 1995-2000 (fig. 4).

Pacientes procedentes de 16 países diferentes han recibido 78 injertos renales en Cuba.

Aspectos éticos y organizativos de la obtención de órganos para trasplante

El trasplante es la única técnica médica que para su realización necesita de la donación de una parte de un ser humano. Por ello, el trasplante de órganos está conformado por dos hemicomponentes insolubles: la obtención del órgano y el implante de éste, estando siempre condicionado lo segundo a lo primero; de aquí su importancia. Ambos elementos están estructurados sobre una profunda base científica, necesitan de un grupo multidisciplinario para su realización y requieren de una dirección institucional (fig. 2).

En 1991, en Cuba el 83 % de los trasplantes renales fueron de origen cadavérico, de pacientes con muerte encefálica; el resto, de donante vivo relacionado.

Se parte del criterio de que la muerte encefálica implica que en la misma persona socialmente irrecuperable haya órganos muertos (encéfalo) y al mismo tiempo órganos que mantienen su vitalidad (corazón, pulmones, riñones, hígado, páncreas). Se le da preferencia a la extracción multiorgánica.

Se considera que la donación de órganos y la realización del trasplante son procesos en que están involucrados no sólo factores jurídico-legales, sino también políticos, ideológicos, éticos, morales, religiosos y psicológicos y, por tanto, su desarrollo no está condicionado a una implementación por decreto, sino a la creación de una cultura en relación con la donación de órganos y el trasplante, a través de una profunda labor educativa con la población.

En esta labor están comprometidos el Estado, el Gobierno, las organizaciones de masas, las instituciones de salud, la prensa, etc.

En 1982, el Presidente de los Consejos de Estado y de Ministros de la República de Cuba, comandante en jefe Fidel Castro, en una alocución educativa dirigida a su pueblo expresaba:

«Nosotros tenemos derecho a donar algo de nosotros mismos, es lo más legítimo, hay que crear una cultura, porque encima del dolor de la muerte surgen sentimientos en relación al cadáver, pueden ser muy explicables y

muy humanos, muy naturales, todo lo que se quiera, pero no son racionales...»; y continuaba: «... hay 1.200 personas que todos los años pierden las funciones renales y la mitad se pudieran salvar, pero hace falta el riñón, y, en cambio, otros mueren en accidentes o mueren en determinadas circunstancias específicas, por lo general excepcionales, y está el riñón perfectamente sano que puede ayudar a vivir a aquellas personas. En parte, la persona que lo dona, en una pequeña parte, sigue viviendo en su riñón allí en la otra persona.»

A partir de este momento, las organizaciones sociales o de masas encauzaron su trabajo hacia dos objetivos:

1. Divulgar los elementos de comprensión, los valores humanos, las consideraciones éticas y la necesidad de la donación y el trasplante de órganos.
2. Orientar a que se exprese en vida la voluntariedad de donación en caso de muerte.

Como resultado de este trabajo, se obtuvo el consentimiento del 70 % de la población adulta de que sus órganos fueron utilizados en caso de muerte y quedó expresado en sus documentos de identidad por medio de un cuño y su firma.

Por sentir un máximo respeto hacia los sentimientos de la familia, siempre se hace un análisis con la misma

después de confirmado el diagnóstico de muerte encefálica, y previo a la obtención de órganos, por parte de un grupo médico en el que habitualmente participan psicólogos especializados.

Si bien este trabajo de sensibilización social permite, y es condición indispensable, una elevación del rescate de órganos, alcanzar la cobertura de toda la necesidad de pacientes a trasplantar tiene que estar asociada a una alta eficiencia organizativa de la red de centros donadores y que la sociedad esté imbuida de la filosofía de que, de la parte viva de las personas socialmente muertas, se le puede dar vida a aquellas que están vivas socialmente y, sin embargo, biológicamente mueren.

Bibliografía

1. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana. 1992-2000. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. Ed. Ciencias Médicas. La Habana, 1992.
2. Principales indicadores de la salud 1991. Dirección Nacional de Estadística. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. La Habana, 1992.
3. Programa de desarrollo hasta el año 2000 de la especialidad de Nefrología. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. Ed. Ciencias Médicas. La Habana, 1987.
4. Informe anual estadístico. 1991. Centro Coordinador Nacional del Trasplante. Instituto de Nefrología. La Habana, 1992.