

Instituto de Nefrología "Dr. Abelardo Buch López"

ESTADO ACTUAL DE LOS PACIENTES EN MÉTODOS DIALÍTICOS EN CUBA. 2005

*Dr. Jorge Pérez-Oliva Díaz. Calle O núm. 305 entre tercera y 5ª . Ave. Municipio Playa. Ciudad de La Habana.
Teléfono: 203 8167.
fpolivd@infomed.sld.cu

** Lic. Raquel Pérez Campa. Calle Vento esquina a 3ra. Edificio 7916 piso 10.
Apto.1. Altahabana. Municipio Boyeros.
insnef@infomed.sld.cu

*** Dr. Raúl Herrera Valdés. Calle 8 va. núm. 323 e/Tejar y Dolores. Municipio 10 de Octubre. Ciudad de La Habana. nefrodir@infomed.sld.cu

**** Dr. Miguel Almaguer L. Edificio 8203. Apto 81. Rpto. Antonio Guiteras. Ciudad de La Habana. nefrodir@infomed.sld.cu

***** Dr. Alexander Mármol. Calle 70 núm. 2114 entre 21 y 23. Municipio Playa.
alex.marmol@infomed.sld.cu

* Vicedirector Atención Programa de Nefrología. Instituto de Nefrología. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar.

**Jefe Area Oficina de Coordinación.

***DC. Director Instituto de Nefrología. Académico.

Profesor Titular. Investigador Titular.

****Jefe Departamento de Nefrología Preventiva. Profesor Auxiliar. Investigador Titular .

***** Vicedirector Asistencia Médica y Coordinador Nacional para actividad de trasplante renal. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar.

RESUMEN

Este trabajo presenta la estructura organizativa y recursos humanos dedicados a la actividad de Nefrología y diálisis. El acceso a las terapias sustitutivas de la función renal es universal e irrestricta. Existen 47 Servicios de Nefrología en el país, contando con los recursos humanos especializados necesarios (281 nefrólogos). Epidemiología: la incidencia pasa de 71 por millón de población (pMP), en 2000, a 101.5 pMP en el 2005. La prevalencia de pacientes en diálisis de 100 pMP en el 2000, a 174 pMP en el 2005,

con una tasa de incremento porcentual anual entre 10,3% a 16,7% en el período. Pese a las limitaciones económicas, Cuba es uno de los países del mundo en desarrollo con un sistema de salud universal, gratuito, con énfasis en la Atención Primaria y la prevención en Nefrología. En conclusión, este artículo ofrece información actualizada sobre la incidencia y prevalencia de la Enfermedad renal crónica terminal en el país.

Palabras clave : Insuficiencia renal crónica terminal, incidencia, prevalencia, recursos, diálisis.

INTRODUCCION

Los procederes sustitutivos de la función renal han transitado un largo sendero, iniciados como oscuras y quiméricas técnicas experimentales hasta tecnologías de punta, convertidas en un tratamiento habitual que ha prolongado la vida de millones de enfermos y gracias al cual hoy sobreviven más de un millón de seres humanos en todo el mundo. (1)

Al ser la Enfermedad renal crónica en su etapa terminal, con requerimientos de diálisis o trasplante renal, un problema de salud pública, debido a sus repercusiones económicas y sociales, (2) el control de las actividades vinculadas a la misma se ha establecido en el mundo por instituciones u organismos nacionales (registros nacionales) o supranacionales (reportes territoriales europeos, latino-americanos o mundiales), dado su elevado costo económico y su sensibilidad social. (3, 4, 5)

En el 2003, se estimaba vivían con IRC-T en métodos dialíticos más de 1.2 millones de personas. Existe una alta prevalencia de enfermos en diálisis (>225 pMP globalmente, en Japón, Estados Unidos y Europa, respectivamente de 1 820, >de 1 060, y de 830 pMP). Cada año, se incorporan al tratamiento por diálisis más de 100 nuevos pacientes x MH con un incremento de 8-10% anual.(3)

Desde la constitución del Instituto de Nefrología como centro rector, de referencia y coordinador de la especialidad, en 1966, los nefrólogos, con el apoyo y financiamiento del Ministerio de Salud Pública y la dirección del Estado, la han desarrollado ininterrumpidamente: constitución de servicios en todo el país, programa de desarrollo, en 1970 y 1990, realización del primer trasplante renal exitoso en 1974, creación del Centro Nacional Coordinador de Trasplante en 1987 para la distribución nacional de los órganos obtenidos para el mejor receptor del país sobre bases científicas, basado en el sistema mayor de histocompatibilidad humano (HLA), hasta su etapa actual de ampliación y perfeccionamiento como Programa priorizado por el Estado cubano, atendiendo todo el espectro de la Enfermedad renal desde la Nefrología preventiva hasta los métodos sustitutivos de la función renal por peritoneo-diálisis, hemodiálisis y /o trasplante renal.

El número de enfermos con IRC-T también aumenta en Cuba a un ritmo pandémico y catastrófico, por sus implicaciones no sólo médicas y económicas, sino humanas para el individuo, su familia y la sociedad, por lo que se convierte en un problema político y de salud pública.(6)

En este trabajo, exponemos los resultados del último año de la población en métodos sustitutivos de la función renal en Cuba, con el propósito de contribuir al conocimiento

del grave problema salubrista representado por la ERC/IRC-T , que da continuidad y actualización a publicaciones previas nuestras, las cuales han señalado la situación de nuestro país en el contexto mundial. (7)

MATERIAL Y MÉTODOS

En enero del 2003, se generalizó la información requerida para los datos del Registro Renal Cubano, previo análisis y discusión de los indicadores a propuesta del Grupo Nacional de Nefrología; analizados en reunión con los nefrólogos y diferentes instancias de Dirección del MINSAP, se establecieron las definiciones de los indicadores o variables estudiadas, transferidos en formato electrónico.

Transferencia y manejo de los datos.

Aprovechando los antecedentes de la notificación mensual en planilla Inicial o de actualización de la aptitud de los enfermos en diálisis para Trasplante Renal, se adicionó, del 1ro. al 5 de cada mes, los Indicadores de estructura, proceso y resultados definidos, sobre un formato electrónico . Cada Servicio tiene su registro primario y su propia base de datos para los analisis en su hospital y territorio, lo que, luego, se consolida.

La validación rutinaria de los datos se realiza de inmediato por revisión de las planilla de enfermos en programa, tanto actualizada como del mes anterior, para subsanar errores, duplicidades, inconsistencia, variaciones no esperadas, etcétera; se discuten y precisan los datos con los Jefes de Servicio hasta considerarlos completos y adecuados para incluirlos, al ser rectificadas, en la base de datos EXCEL. Más tarde, se procede a realizar los reportes, consolidarlos y enviarlos por vía electrónica, acorde a una estrategia predefinida, a los aseguradores del programa, las autoridades centrales del Estado, MINSAP, y lo más importante: a las Direcciones de Salud de cada territorio (provincias y municipios) y Servicios de Nefrología. En estos tres últimos años, se han realizado reuniones periódicas en los propios Servicios, territoriales y nacionales, para el análisis y discusión cualitativa de los datos obtenidos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El Programa Nacional de la especialidad,(8) consta de acciones específicas en el ámbito comunitario, con el objetivo de actuar sobre la población sana y los factores de riesgo identificados; prevenir, en la medida de lo posible, y diagnós-ticar precozmente a los enfermos, para lo que se cuenta con un programa específico,(9) que tiene como fundamento a los médicos del Equipo Básico de Salud; más de 30 000, dedicados a la Atención Primaria, distribuidos en todo el país en 444 áreas de salud, apoyados por los 281 nefrólogos (248 de adultos y 33 pediatras), agrupados en los 47 servicios de Nefrología/diálisis, territoriales, ubicados en hospitales, enfocados en la prevención secundaria, quienes realizan actividades en relación con los enfermos portadores de ERC en diferentes estadios evolutivos, para enlentecerla, remitirla o revertirla, así como evitar sus complicaciones; y, por último, de prevención terciaria: métodos sustitutivos dialí-ticos o trasplante renal; este último en 9 hospitales del país y 5 laboratorios de tipaje tisular HLA. Complementan lo anterior, más de 60 hospitales de la red de

procuración de órganos para trasplante. Se encuentran en formación 69 resi-dentes. Existen Guías de Buenas Prácticas para Hemodiálisis.(10)

La estimación en el 2001 de la población en diálisis fue de 1.1 millones de enfermos. El costo de un año-paciente en US es de \$66 000. Esta tendencia nos dice que en el 2010 existirán 2 millones de enfermos y los costos en la próxima década serán de un trillón de dolares. (11)

La incidencia de nuevos pacientes en métodos dialíticos en Cuba se ha comportado de la siguiente forma: 2000: 71 pMP; 2001: 73 pMP; 2002: 75 pMP; 2003: 97 pMP; 2004: 111.3 pMP y 2005: 101.5 pMP.

Internacionalmente, la incidencia se incrementa de 8-10% anual (más de 100 nuevos pacientes pMP/año). (3) La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) reporta, con datos del 2003, una incidencia de 94 pMP, pero señala que la real debe estar cercana a los 130 pMP. (4)

En nuestro país, se observa un crecimiento sostenido en los enfermos prevalentes en métodos dialíticos: de una tasa en el 2000 de 100 por millón de población; 2001: 115 pMP; 2002: 119 pMP; 2003: 134 pMP; 2004: 149 pMP, y 2005 de 174 pMP, lo que significó un incremento anual respectivo de 15,1%; 11,5%; 10,3%; 11,2% y 16,7%.

La prevalencia de enfermos en diálisis internacionalmente es mayor de 225 pMP, en Japón, Estados Unidos y Europa, respectivamente de 1 820, mayor de 1 060, y de 830 pMP. La incidencia se incrementa de 8-10% anual, (más de 100 nuevos pacientes pMP/año). (3) En España, en el 2002, la población incidente fue de 126 pMP y la prevalencia en 950 pMP. (12) La SLANH reporta con datos del 2003, 4 una prevalencia de 363 pMP, incidencia de 94 pMP con grandes diferencias entre países.

Los desafíos de la Enfermedad Renal Crónica / Insuficiencia Renal Crónica-Terminal debido a su crecimiento internacional (13) se pueden resumir en la complejidad de los recursos organizativos necesarios, la difusión de las tecnologías médicas y farmacéuticas empleadas, y los elevados costos, de año en año superiores, (14) siempre vinculados los recursos limitados para enfrentar servicios con gastos sorprendentes, que sólo en US alcanzaron los \$25.2 billones en el 2002; 5 además de las repercusiones en término humano para el individuo, la familia y la sociedad globalmente, aún más marcado en las sociedades latinoame-ricanas con graves y enormes desigualdades en lo económico y social. (15)

Como es conocido, Cuba cuenta con un único sistema de Salud Pública, gratuito y accesible para toda la población de 11 250,979 habitantes, 16 responsabilizándose el Estado con la seguridad de la población y el continuo desarrollo y perfec-cionamiento del Sistema de Salud para alcanzar la excelencia en la atención. (17)

Nuestros resultados muestran el esfuerzo realizado en un pequeño país en vías de desarrollo, la construcción de nuevas unidades, adquisición de modernas tecnologías y el dinamismo impregnado al Programa en una tendencia creciente de desarrollo.

CONCLUSIONES

Cuba realiza un esfuerzo mantenido en el terreno de la Nefrología y la atención al problema de salud internacional que representa la Enfermedad Renal Crónica terminal con requerimientos dialíticos, pese a su condición de pequeño país en vías de desarrollo. La prioridad dada a la construcción de nuevas unidades, para acercar la atención a donde viven los pacientes, la adquisición de modernas tecnologías y la formación de nuevos especialistas, es una demostración de la importancia concedida por el Estado cubano a la misma, en términos de equidad y justicia.

Lo anterior nos permite acercarnos, paulatinamente, a los niveles de atención en términos cuantitativos y cualitativos, brindados por los países más desarrollados.

ABSTRACT: Current state of patients in dialysis methods in Cuba. 2005.

This paper presents the main structural, organizational features, as well as the human resources and the activities of Cuba in nephrology and dialysis. The access to Renal Replacement Therapy is universal (not restricted in our country). Structural resources: hemodialysis services 47. Personnel resources: renal physicians 281.

Epidemiology: incidence 71 per million populations (pmp) in 2000, to 101, 5 pmp in 2005. The prevalence of dialysis patient's increase to 100 pmp in 2000, to 174 pmp in 2005. Growth rates for patient's numbers on dialysis increased with and average between 10, 3% to 16, and 7% annually in this time. Cuba shares economic limitations with its neighbors but is one of the emerging world least socially stratified countries, with a universal, free, and public health care system emphasizing primary health care and prevention in nephrology. In conclusions this article reviews provides information on its status, incidence, and prevalence of ESRD.

Key words: End-stage renal disease, Incidence, prevalence, resources, dialysis.

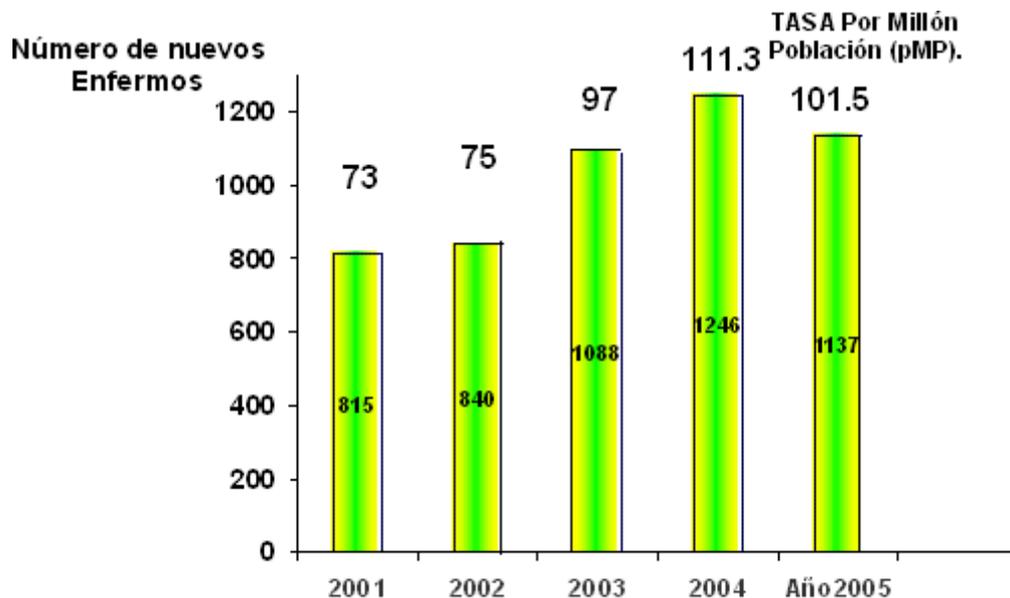
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Cameros JS. Breve historia de la hemodiálisis. Hombres materiales e ideas, en Valderrabano F. Tratado de hemodiálisis. Barcelona: Edit. Médica Jims S.L.; 1999, p. 1-27.
- 2.- Rettig RA., Sadler JH., The economics of nephrology: Introduction. Semin in Nephrol: 2000; 20(6): 503-504.
- 3.- ESRD Patients in 2002. A global perspective. Fresenius Medical Care. Germany: 2003.
- 4.- Registro latinoamericano de diálisis y trasplante. Cusumano A. M. Datos del 2003 de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. Conferencia impartida en el IX Congreso Centroamericano y del Caribe de Nefrología e Hipertensión. Varadero. Cuba: mayo, 2005.

- 5.- US renal data System. USRDS 2004 Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States. National Institutes Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD. 2004.
- 6.- Herrera V. Cuba's National Program for Chronic Kidney Disease, Diálisis and Renal Transplantation MEDICC. 2005; VII (5): 2-5.
- 7.- Pérez-Oliva JF., Pérez Campa R., Herrera R., Almaguer M., Mármol A. Current status in ESCKD in Cuba. Nefrología Española. 2005; 25 (6): 234-237.
- 8.- Programa de desarrollo de la Especialidad de Nefrología 1988. Cuba: Ministerio de Salud Pública; 1990.
- 9.- Programa de prevención de la Insuficiencia Renal Crónica. Cuba: Ministerio de Salud Pública; 2000.
- 10.- Pérez-Oliva JF., Magrans Ch., Almaguer M., Gutiérrez F., Pérez R., Delgado M., Alvarez Ts., Zambrano A., Delgado G. Buenas prácticas de Hemodiálisis. La Habana. Cuba: Editora Política; 2003.
- 11.- Lysaght MJ. Maintenance dialysis population dynamics: current trends and long-term implications. J Am Soc Nephrol. 2002; 13 (1):S37-40.
- 12.- Editorial Nefrología Extrahospitalaria No. 15 “El manejo clínico de los pacientes con IRC está por debajo de los estándares recomendados por las guías de Buenas Prácticas”. 2003.
- 13.- Nwankwo E., Bello A., El-Nahas AM. Chronic kidney disease: stemming the global tide. Am J. Kidney Dis. 2005; 45:201-208.
- 14.- Atrill E., Johnson H.K. The cost of clinical Dialysis-A historical perspective. Semin in Nephrol; 2000; 20 (6): 523-525.
- 15.- Chronic Kidney Disease in the Developing World. An Iceberg Turned Volcano. Editorial MEDICC. 2005; VII (5): 1-2.
- 16.- Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Año 2005. La Habana. Cuba.
- 17.- Selman-Housein, EA. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002.

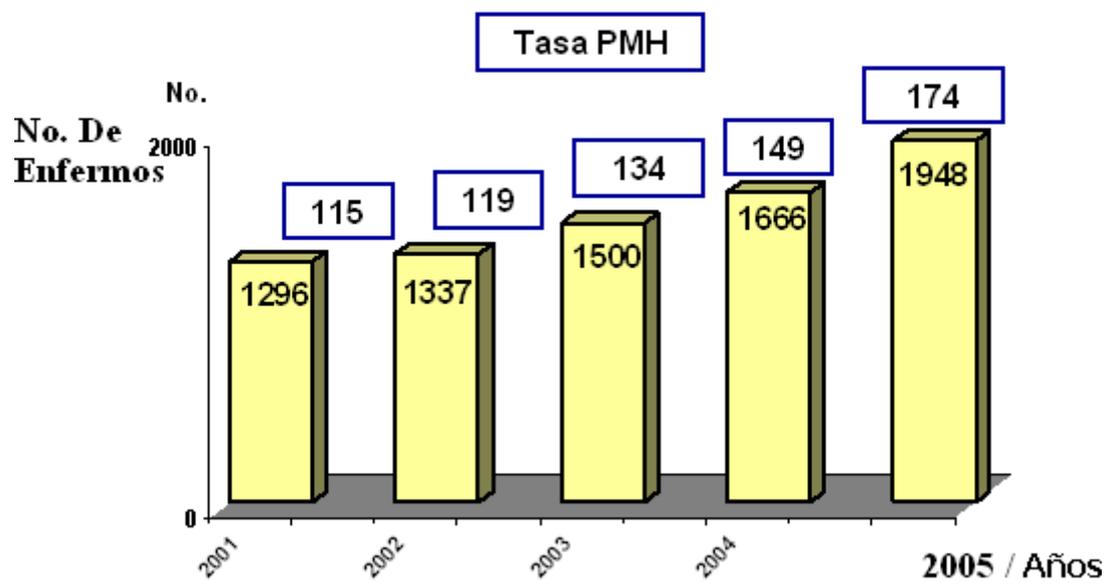
ANEXOS

RED NEFROLOGICA NACIONAL. Organización.



Centro Coordinador Nacional del Programa ERC, D y TR.

**Prevalencia de pacientes en métodos dialíticos.
Cuba.
2001, 2002, 2003, 2004 y 2005**



Centro Coordinador Nacional del Programa ERC, D y TR.