

Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas de La Habana.

CONSIDERACIONES ÉTICAS EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE EN ESTADIO 5 DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TIEMPOS DE NECESIDADES

Carlos Gutiérrez Gutiérrez^{1¶§}, Beatriz Torres Rodríguez^{2¶§}.

INTRODUCCIÓN

Esta ponencia no tiene objetivos predeterminados. En un contexto dominado por el auge en las enfermedades crónicas no transmisibles, cuando la enfermedad renal crónica (ERC) afecta entre el 10 y el 15% de la población cubana, y donde cerca de 3 mil pacientes reciben alguna forma de terapia de sustitución de la función renal, pero se estima que otra cantidad similar pudiera necesitarla, y no se le presta debido a limitaciones de todo tipo, y no solo de tipo tecnológico, se impone escuchar diferentes opiniones sobre todas estas cuestiones, y discutir y pensar en ellas, como paso previo a la elaboración de las requeridas políticas y guías de actuación.

En el momento actual, no puede abordar el estado del acceso del enfermo a las terapias de sustitución de la función renal desde recetas preconcebidas o externas. La singularidad del escenario cubano obliga a discurrir por caminos inexplorados muchas veces, si bien, no se puede renunciar tampoco a estudiar la experiencia acumulada en otros entornos geográficos, sociales y económicos.

Se reconoce que el tratamiento de la ERC cuando se arriba al estadio 5 (y final, que no quiere decir con ello terminal) comprende la depuración dialítica (provista ésta en forma de hemodiálisis o diálisis peritoneal) y el trasplante renal. Pero el tratamiento de la ERC en estadio 5 pudiera también ser médico, sin que ello implique que sea paliativo. En tal respecto, se pudiera acudir a experiencias reportadas sobre un acompañamiento del nefrópata crónico que incluye la atención alimentaria y nutricional del mismo, y que puede retardar hasta en 12 meses la entrada del mismo en un programa de depuración.

En esta ponencia también se impone hablar sobre la calidad de los tratamientos depuradores que se le ofertan al nefrópata crónico. Se desearía que el enfermo se beneficiara de los mejores tratamientos disponibles. Y de inmediato salta la pregunta: ¿Se tienen estos tratamientos en el país?

Lo primero que se debe discutir es el estado de los programas nacionales de prevención de la aparición y progresión de la ERC. La ERC no debería ser la lógica (y matemática) consecuencia de una prevalencia cada vez mayor de hipertensos y diabéticos: los primeros contribuyentes en todo el mundo (y en Cuba también) a un programa de sustitución de la función renal. Y ello habla de falencias e insuficiencias en la prevención que debe librarse en la atención primaria de salud.

¹ Médico, Especialista de Segundo Grado en Nefrología. ² Licenciada en Psicología.

¶ Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar.

§ Doctor en Ciencias Médicas.

Pero una vez el paciente ha sido decretado como nefrópata en estadio 5 y necesitado de terapia sustitutiva de la paupérrima función renal, entonces se debe pensar en las opciones que se le brindan. Obviamente que rápidamente se piensa en el trasplante renal, con una adecuada histocompatibilidad (que asegure la máxima supervivencia del injerto) y un breve tiempo de espera. Pero no todos los enfermos resultarían estar aptos para recibir un trasplante. Tampoco existe una sobre-abundancia de órganos disponibles para abreviar el tiempo en lista de espera, a pesar de la promoción que se ha hecho entre la población sobre su declaración como donante solidario. La actividad del trasplante renal en el país no ha escapado de las contingencias impuestas por los avatares económicos que el país debe afrontar. Y lo que es más relevante: ¿Y cómo se asegura el estado de salud del enfermo, y se prolonga su vida hasta la llegada del trasplante, si esta conducta se decidiera? Entonces por fuerza hay que discurrir sobre las terapias dialíticas.

La hemodiálisis se ha convertido en casi la única opción depuradora externa que se le ofrece al enfermo. De hecho, en Cuba, el 95% de los enfermos están inscriptos (y se atienden) en un programa de hemodiálisis. El país ha realizado un gigantesco esfuerzo inversionista para colocar unidades de hemodiálisis ambulatoria a nivel de los municipios. Pero ello supone un costo material, financiero y humano que no puede pasarse por alto, y que es necesario reconocer y discutir. Por otro lado, la provisión de la hemodiálisis obliga al enfermo a presentarse en la unidad 3 veces a la semana, y dedicar toda una jornada a este menester, con la consiguiente afectación de su calidad de vida, autonomía y validismo. ¿No se podrían pensar en otras opciones?

La diálisis peritoneal ha gozado de una dudosa (para no decir mala) reputación entre la población general, y una parte nada desdeñable de la comunidad médica. Pero hay que dejar dicho que han ocurrido importantes mejoras tecnológicas en la provisión de la diálisis peritoneal que han resultado todas ellas en una efectividad superior, a la vez que una mayor aceptación por parte del enfermo. De hecho, el Instituto de Nefrología conduce hoy un programa de diálisis peritoneal crónica ambulatoria que, a pesar de las inevitables altas y bajas, puede mostrar resultados muy halagüeños.

También se han explorado otros paradigmas tecnológicos en la práctica de la hemodiálisis, y ellos tienen que ver con la introducción de membranas de alto flujo, la hemodiálisis diaria, la hemodiálisis *on-line*, y la hemodiálisis prolongada. De resultados de todo ello, la calidad de la terapia depuradora externa que se brinda hoy en día es muy superior a la que se hacía antaño.

Ahora bien, ¿y cómo se comporta globalmente el acceso a estas terapias? A pesar de las diferencias de todo tipo que se puedan esgrimir, se puede decir que en algunos países una pequeña minoría dializa a todos los necesitados, y en otros se dializa a muchos pacientes (tantos como sea posible), a unos muy bien pero a otros con una diálisis de supervivencia. En otras regiones solo se dializa a una minoría de los necesitados, a unos de ellos muy bien y a otros con una intención de supervivencia. Pero no se puede dejar de decir que en un número para nada despreciable de lugares no se dializa a nadie.

El acceso a las terapias depuradoras debería reconciliarse con el ritmo de crecimiento de las demandas, y hay que reconocer que la demanda supera con mucho la oferta y la disponibilidad, y ello crea una brecha que cada día se ensancha más. El envejecimiento demográfico, la mayor incidencia del cáncer, y el avance de la obesidad, están configurando un cuadro nada favorecedor para la conducción y gestión de los programas de depuración externa de la función renal.

También hay que identificar otras causas de pérdida de la función renal que subyacen a la sombra de la hipertensión arterial y la Diabetes mellitus. Las uropatías (y donde se incluyen tanto el reflujo vesicoureteral de la infancia como la enfermedad litiásica renal) se erigen en otra de las causas importantes de requerimiento de terapias sustitutivas de la función renal. Luego, y ante la

brecha que se ha abierto entre los enfermos nefróticos que aguardan por entrar en un programa de diálisis (y que también los lleve al trasplante renal), y la disponibilidad de recursos y el acceso a los mismos, y para evitar las sobrecargas adicionales por nuevas comorbilidades, cabría preguntarse: ¿resultará necesario un análogo de la Operación Milagro para las enfermedades urológicas?

Luego, ¿qué se puede hacer? ¿Cuál es la mejor solución? ¿Pesquisar o no pesquisar? ¿Aislar o no aislar? ¿Compartir el pan entre todos, o dárselo a unos pocos hasta que se pueda multiplicar? ¿Multiplicar o fraccionar? Entonces, ¿cómo elegimos y mantenemos la equidad?

A diario se presentan situaciones dilemáticas que se enfrentan y resuelven casuísticamente. Se ha abierto una plaza en una unidad de hemodiálisis, y se tienen 2 necesitados. Uno de ellos es un joven de 20 años. El otro es un anciano de 80 años. ¿Qué hacer?

Por otro lado, ¿cómo mejorar la tolerancia del enfermo a la diálisis? ¿Se debe disminuir de forma generalizada la dosis de diálisis (y que se recoge en el conocidísimo término de “Kt/V”)? Igualmente, ¿hacia qué unidad de diálisis retornan los pacientes que pierden el riñón trasplantado? ¿A aquella de la cual emergió en su momento, o a una nueva según lo establecen las políticas de regionalización y compactación de los servicios de salud?

Se ha propuesto que la brecha entre los recursos disponibles y los enfermos necesitados podría ser aminorada (al menos) induciendo la no aceptación de los métodos dialíticos en los que se consideren como los enfermos “menos elegibles”. En este punto, se debe alertar al nefrólogo de asistencia (y por extensión, el grupo básico de trabajo) que él ni es juez ni es jurado. Tampoco es un decisor sobre los recursos de salud, y ni siquiera un policía o un detective. Y que recuerde siempre que no es un dios para decidir con sus acciones quién vive o quién muere.

Con todo lo dicho, tenemos algunas soluciones a nuestro alcance. Se debe insistir siempre en las políticas de prevención de la ERC a través de la realización de la población del riesgo que entidades como la litiasis renal, la inmadurez fetal, la hipertensión arterial, la sepsis urinaria, la Diabetes mellitus, y el exceso de peso comportan para la función renal, y la necesidad de acudir al médico de familia para la intervención y corrección de los mismos. El programa nacional de trasplante renal debe ser relanzado, se debe promover entre la población la disposición de convertirse en donante solidario, se debe mejorar la colección, conservación y transportación de órganos; y se debe reorganizar el seguimiento del nefrótico trasplantado. Se deben explorar alternativas tecnológicas que fomenten el autocuidado del enfermo y la prestación de la terapia dialítica en el propio domicilio. Se da por sentado que son recursos caros y costosos, pero las recompensas a corto y mediano plazo son significativas.

Estos son algunos de los retos a futuro. Lo que sí no cabe es la lamentación y el llanto estéril. Hay mucho por hacer, y los enfermos esperan por nosotros.

ADELANTANDO ALGUNAS CONCLUSIONES

La población de nefróticos crónicos crece cada día vez, el resultado más palpable de estilos de vida y conducta que no reconocen los riesgos que los mismos comportan para la salud. Las colectividades humanas cada día son más viejas. La expectativa de vida del nefrótico sujeto a diálisis crónica se ha alargado significativamente. Estas nuevas realidades comportan nuevos retos ante los cuales los grupos básicos de trabajo, los directivos y los administradores de salud deben responder. Se imponen entonces nuevos modelos de pensamiento e interpretación. Solo así se podrá garantizar la política suprema de la Nación: que cada enfermo reciba la terapia que le asegure la mejor calidad de vida, y que la misma pueda ser provista de forma sostenible en el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almaguer M, Herrera R, Magráns C, Mañalich R, Pérez Oliva JF. 2006 Chronic kidney disease in Cuba: Epidemiological studies, integral medical care, and strategies for prevention. *Renal Failure* 2006;28:671-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/08860220600925768/>.
2. Pérez-Oliva Díaz J, Pérez Campa R, Herrera Valdés R, Almaguer M, Brisquet E. Terapia renal de reemplazo dialítica en Cuba: Tendencia durante los últimos 10 años. *Rev Haban Cienc Méd [Cuba]* 2012;11(3):424-33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000300014&lng=es.
3. Murtagh FE, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transpl* 2007;22:1955-62.
4. Pérez-Oliva Díaz JF, Herrera Valdés R, Almaguer López M. ¿Cómo mejorar el manejo de la Enfermedad Renal Crónica?: Consideraciones y recomendaciones prácticas. *Rev Haban Ciencias Médicas [La Habana]* 2008; 7(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100009&lng=es/.