

Insuficiencia renal crónica y sus posibles soluciones en Colombia.



COLOMBIA MEDICA entrevista a:

ROSO ALFREDO CALA HEDERICH, M.D.

Internista-Nefrólogo. Profesor Titular de Medicina Interna, Nefrología. Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, UIS, Bucaramanga. Ex-Decano de la Facultad de Salud de la UIS, Bucaramanga. Director del Programa de Transplante Renal y Jefe de la Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Ramón González Valencia, Bucaramanga. Ex-Presidente de la Asociación Colombiana de Medicina Interna y de la Sociedad Colombiana de Nefrología. Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina.

ENTREVISTA

COLOMBIA MEDICA: ¿Qué datos estadísticos hay sobre la incidencia de insuficiencia renal crónica, en la población colombiana y sobre el número de personas afectadas con este problema?

Dr. Cala: No existe en realidad en el momento un estudio completo y serio, que demuestre cuáles son estos índices en

Colombia. Aunque es muy difícil pretender hacer un estimativo real del problema, sin embargo hay alguna información al respecto. El año pasado, el Dr. Juan Daniel Ordoñez, publicó en Acta Médica Colombiana, un artículo sobre el manejo de la insuficiencia renal crónica en Colombia y cita algunos datos que se pueden transcribir aquí. Si queremos extrapolar datos de estudios realizados en otros países, tenemos el caso de los Estados Unidos, en donde se estima que aproximadamente cada año se producen 50 casos de insuficiencia renal crónica terminal por millón de habitantes. Comenta el Dr. Ordoñez que posiblemente en Colombia los índices podrían ser un poco más altos. De acuerdo con esta información, puede estimarse que en nuestro país cerca de 1300 personas desarrollan insuficiencia renal crónica terminal por año, dato éste que sorprende, toda vez que muchos de estos pacientes están en una etapa productiva de su vida y requerirían un tratamiento adecuado. Pero la pregunta ciertamente despierta alguna inquietud en el sentido de lo conveniente que sería realizar algún estudio sobre el particular, para que los organismos hospitalarios y asistenciales pudieran evaluar la disponibilidad de recursos y la planeación de facilidades terapéuticas más económicas y accesibles, para al menos parcialmente tratar de solucionar el problema.

COLOMBIA MEDICA: ¿Existen grupos especiales con mayor prevalencia de la enfermedad?

Dr. Cala: Dentro del mismo orden de ideas, es muy difícil en el momento predecir cuáles son las enfermedades que llevan a insuficiencia renal crónica. Ciertamente no todas las enfermedades renales conducen a esta situación. Pero sí es evidente, que se identifican algunos grupos de enfermedades que pueden conducir más fácilmente a la falla renal terminal. La hipertensión arterial por ejemplo. El riñón es un órgano predilecto dentro del proceso de la enfermedad hipertensiva, lo mismo la diabetes mellitus, las colagenosis, y particularmente el lupus eritematoso sistémico. Dentro del grupo de enfermedades renales propiamente dichas, se deben mencionar especialmente las inflamatorias glomerulares, las nefritis intersticiales y la enfermedad poliquística renal.

COLOMBIA MEDICA: ¿Cuál es la utilidad de la diálisis crónica en el manejo de la insuficiencia renal crónica?

Dr. Cala: Se puede afirmar con seguridad, que hoy, la utilidad más importante que tiene la diálisis en el manejo de la insuficiencia renal crónica es mantener la vida de estos pacientes mientras se les prepara para un trasplante renal. Esto en términos generales. Sin embargo, la afirmación tiene algunas implicaciones que vale la pena destacar. El mantenimiento de la vida de enfermos con insuficiencia renal crónica por medio de la diálisis con riñón artificial, supone un esfuerzo que se encamina no solo a mantener la vida del paciente, sino a procurarle una existencia útil lo más cerca posible de lo normal.

Los pacientes de diálisis crónica, idealmente deben conservar su capacidad productiva, pueden permanecer en sus trabajos, desarrollar en buena parte muchas de sus obligaciones o compromisos familiares y sociales. Esto puede lograrse, cuando en las unidades de diálisis se tiene una plena conciencia de la función educativa y rehabilitadora que se debe cumplir. Esto es a veces difícil, pero no del todo imposible. Hay otro grupo de enfermos que definitivamente no califican para un trasplante renal. Sin embargo, por su estado físico, su capacidad intelectual o el papel que tienen en la sociedad y en la familia, justificaría su tratamiento por medio de la diálisis crónica, para mantenerlos con vida útil o por lo menos en forma que puedan atender las obligaciones mínimas de su vida.

Es por otra parte universalmente aceptado, que algunos pacientes con insuficiencia renal crónica evolucionan mejor y tienen una existencia más aceptable con la diálisis crónica que con el trasplante renal. De todos modos hoy por hoy, en Colombia, consideradas las limitaciones nacionales y dentro de un orden de prioridades, el esfuerzo que se haga, los recursos que se inviertan, los programas que se organicen para mantener pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis, se deben dirigir fundamentalmente hacia el trasplante renal.

COLOMBIA MEDICA: ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de las diferentes modalidades de diálisis, tales como la hemodiálisis y la diálisis peritoneal?

Dr. Cala: Existe la impresión que en un comienzo la diálisis peritoneal ambulatoria, surgió como una alternativa de menor costo para mantener pacientes con insuficiencia renal crónica. Se trataba al mismo tiempo de mantener un sistema de mayor comodidad para el paciente, toda vez que él mismo se encargaba de realizar los intercambios de líquidos necesarios y de proveer su propio mantenimiento, sin la condición de recurrir 2 ó 3 veces por semana a un centro de diálisis.

Sin embargo, en cuanto a costos, la experiencia que se tiene ya en varios centros donde la diálisis peritoneal ambulatoria está bien establecida y las comunicaciones de personas con suficiente experiencia en el procedimiento, indican que muy posiblemente a largo plazo, la diferencia de costos entre las hemodiálisis y la diálisis peritoneal ambulatoria no es significativa.

El factor de comodidad para el paciente es relativo y se debe individualizar. Habrá pacientes para quienes es mejor, más

práctico y conveniente el sistema de la hemodiálisis, en el cual 2 ó 3 veces a la semana pasan sesiones de 4 horas conectados a un riñón artificial, pero el resto del tiempo, en condiciones normales estarán desentendidos de toda maniobra o procedimiento que les demande atención personal. Otros, en cambio, calificarían mejor para un programa de diálisis peritoneal, en el cual, después de su período de adiestramiento aprenden a manejar su propio sistema, que supone 3 ó 4 intercambios de líquido al día, que ellos mismos realizan en su casa o en el sitio de trabajo, haciéndolos de pronto más independientes en el manejo de su tratamiento. Personalmente creo que la diálisis peritoneal ambulatoria, podría ser el método ideal para mantener pacientes con insuficiencia renal crónica, todavía en condiciones de llevar una vida útil pero que por la edad, por el temor o por razones personales no califican para un trasplante renal.

Contestando más directamente la pregunta. Ventajas de la hemodiálisis: Es un procedimiento mejor organizado, más técnico, seguro, y un poco más eficaz, con el que se logra un mejor control del enfermo. Desventajas: La dependencia del riñón artificial; la necesidad de más personal envuelto en el proceso, el requerimiento de una mayor vigilancia, más posibilidad de complicaciones y posiblemente un costo mayor. En cuanto a la diálisis peritoneal ambulatoria, ciertamente tiene la ventaja de una mayor independencia del enfermo, menos necesidad de equipo y menos compromiso de otras personas, pero también tiene sus inconvenientes: una cierta incomodidad por la atención diaria continua para realizar los intercambios de líquidos, el uso y cuidado del catéter peritoneal sujeto a dificultades técnicas y a un riesgo mayor de infecciones, que inclusive se pueden extender al peritoneo. Además la necesidad de llevar permanentemente puestas, "colgadas" por decir así, a la cintura, las bolsas desocupadas de líquidos para los intercambios.

Una vez más: En cuanto a utilidad de uno u otro sistema, lo ideal y práctico es individualizar su aplicación, de acuerdo con las necesidades y características de cada paciente.

COLOMBIA MEDICA: ¿Cuáles son los problemas prácticos y los costos de estos procedimientos en el medio nacional?

Dr. Cala: Parecer ser que la dificultad más importante que tenemos a diario quienes trabajamos en esta área de nefrología y en diálisis, es la disponibilidad de los elementos necesarios. Aunque en Colombia hay ya cerca de 12 centros de diálisis y no obstante que a diario aumenta la demanda de estos servicios y también que cada día es mayor el número de pacientes que tienen acceso a estas unidades, sin embargo, no ha sido posible que las casas distribuidoras aseguren un servicio serio, oportuno y constante. Los nefrólogos estamos interesados en procurar el mejor servicio, para atender pacientes con quienes sentimos una gran responsabilidad y en adelantar programas que signifiquen progreso y nos den satisfacción intelectual. Las dificultades técnicas también existen y en ocasiones constituyen un serio problema. Sin embargo, cuando se tienen unidades de diálisis serias, bien organizadas, con personal bien entrenado, estos problemas se superan y en general se puede decir que no interfieren en el tratamiento y en el bienestar de

los pacientes. Un serio obstáculo es el costo de la inversión y mantenimiento de las unidades de diálisis. Las instituciones hospitalarias frecuentemente miran con temor la carga que estos servicios implican para sus presupuestos. Es un hecho real que impide que la diálisis se pueda extender a un mayor número de pacientes con insuficiencia renal crónica.

Se calcula que el costo por paciente de diálisis periódica durante un año puede estar alrededor de los \$800,000 ó de \$1'000,000. No obstante, se debe aclarar que dentro de este costo, aproximadamente 80% corresponde al valor de los elementos que se utilizan para la diálisis y el mantenimiento de los equipos.

COLOMBIA MEDICA: ¿Cuál ha sido la historia de los trasplantes renales en Colombia?

Dr. Cala: Los primeros trasplantes renales se realizaron en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, a mediados de la década de 1960. Fue un esfuerzo inmenso que inicia la era de la nefrología moderna en Colombia. Pero indudablemente el aporte más importante lo ha hecho el grupo de Medellín, donde a partir de 1973 se inició el programa de trasplante renal, habiéndose realizado hasta la fecha 160 trasplantes. Este programa se ha consolidado en forma seria y últimamente allí se hace énfasis en los trasplantes intrafamiliares. El establecimiento de este programa en Medellín, ha constituido un centro de referencia de pacientes de otras ciudades del país y al mismo tiempo ha sido un punto de apoyo que ha permitido adelantar programas semejantes en otras ciudades de Colombia. A finales de 1978 se estableció el programa de trasplante renal en el Hospital Militar de Bogotá, también organizado sobre bases muy serias, con muy buena tecnología, integrándose allí un buen grupo de profesionales de gran calidad científica que les ha permitido adelantar exitosamente su actividad. En Julio de 1981 se realizó el primer trasplante renal en el Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga, donde también se ha organizado un grupo de trasplante renal con la participación de profesionales de las distintas especialidades que se requieren en este tipo de programas. Hasta la fecha se han realizado 5 trasplantes. Finalmente, en Diciembre de 1981, en Cali, contando con la colaboración de médicos de los Estados Unidos venidos para tal fin, realizaron algunos trasplantes intrafamiliares.

Así, en 1982, quedan establecidos 4 centros de trasplante renal en Colombia, lo que permite ya pensar en la organización de un sistema de regionalización y referencia que puede cubrir la mayor parte del país.

COLOMBIA MEDICA: ¿Qué papel cree usted que jugaría un programa de trasplante renal como solución al problema en Colombia?

Dr. Cala: No puede negarse. La solución al problema de la insuficiencia renal crónica es precisamente el trasplante renal. Ya se ha demostrado suficientemente, que sí es posible establecer este tipo de programa entre nosotros. Por el momento tendremos que seguir un criterio muy estricto de prioridades. Creo que solo estamos en condiciones de trasplantar pacientes que se ajusten a los criterios que se deben

seguir en su selección. Las instituciones de Seguridad Social y el mismo Ministerio de Salud Pública, ya han tomado conciencia del problema y han aceptado estos programas. Pero lo ideal será que a medida que transcurre el tiempo y adquiramos una mejor práctica, podamos ofrecer este tipo de servicio a una mayor cantidad de pacientes.

Transplantar pacientes con enfermedad renal incapacitante equivale a un programa de rehabilitación. Precisamente el propio Ministerio de Salud Pública, acaba de anunciar un gran apoyo e incremento en los programas de rehabilitación a minusválidos. Los enfermos con insuficiencia renal crónica son minusválidos en cierta forma, que pueden ser rehabilitados por medio de la diálisis del trasplante renal. Lo indicado sería que la Sociedad Colombiana de Nefrología en cumplimiento de los objetivos que le corresponden, presentara al Ministerio de Salud Pública un plan en el que se consideren los medios y facilidades para hacer más fácil y más accesible el trasplante renal, como una verdadera medida de rehabilitación para este tipo de enfermos, incapacitados y con un futuro incierto.

COLOMBIA MEDICA: ¿Cuál sería el diseño ideal del programa de trasplante adaptado a las necesidades colombianas?

Es un problema de lógica, de racionalidad y de seriedad. Conjuntamente la Sociedad Colombiana de Nefrología y el Ministerio de Salud Pública, deben establecer las bases y reglamentar el funcionamiento de estos programas. Esto no se puede improvisar; cada unidad de diálisis y cada programa de trasplante renal debe estar dirigido por personal idóneo y experimentado. La diálisis no es simplemente conectar un paciente a un riñón artificial. El trasplante renal tampoco es un problema de pura técnica quirúrgica. Ambas modalidades forman parte de un programa muy importante, amplio, que abarca muchas disciplinas médicas, para las cuales se requiere una dedicación especial. Estos programas se deben organizar seriamente para que no caigan en la mediocridad y en el descrédito. Deben implantarse centros de diálisis dirigidos por profesionales que respondan debidamente al compromiso que adquieren. También se deben establecer centros de trasplante según un sistema de regionalización en el país, de acuerdo con las necesidades y recursos existentes. Los centros de diálisis y trasplante que se organicen se deberán comunicar y apoyar mutuamente, para intercambiar tecnología y experiencia. Deben estar en condiciones de atender un sistema de referencia, no solo de pacientes, sino de colaboración para exámenes especiales y de pronto también, debe mencionarse, el intercambio de órganos, con base en un sistema nacional de estudios de histocompatibilidad.

No es imposible. Se necesita una entidad líder que actúe y coordine. Sería la Sociedad Colombiana de Nefrología. Se requiere el apoyo de una entidad que patrocine y facilite esta acción nacional y que podría ser el Ministerio de Salud Pública. Por esto precisamente los programas de diálisis y trasplante deben ser institucionales y obedecer a una política nacional que se deberá fijar oportunamente.

COLOMBIA MEDICA: Gracias Dr. Cala.