Descargado el: 4-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ESPECIAL

La colaboración cubana y el problema de la insuficiencia renal crónica en Santa Lucía: una experiencia internacionalista

Cuban Cooperation and the Problem of Chronic Renal Failure in Saint Lucia: an International Cooperation Experience

Luis Alberto Corona Martínez[1] Orelys Olivert Hernández[1] David Rodríguez Zamora[1] Marta Patricia Casanova González[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Corona-Martínez L, Olivert-Hernández O, Rodríguez-Zamora D, Casanova-González M. La colaboración cubana y el problema de la insuficiencia renal crónica en Santa Lucía: una experiencia internacionalista. **Medisur** [revista en Internet]. 2015 [citado 2026 Nov 4]; 13(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2986

Resumen

El internacionalismo, como valor social, constituye uno de los rasgos esenciales que ha caracterizado a la salud pública cubana desde el triunfo de la Revolución. En noviembre de 2005 se inició la colaboración cubana en materia de salud a la atención de pacientes con insuficiencia renal crónica en Santa Lucía, enfermedad que constituye un importante problema de salud en ese país del Caribe. El objetivo de este artículo está dirigido a destacar el rol de la colaboración cubana en la asistencia al problema de la insuficiencia renal crónica en Santa Lucía, a partir de la realización de diversas intervenciones bien definidas, con énfasis en el impacto de dicha cooperación en la Unidad Renal del Hospital Victoria.

Palabras clave: cooperación internacional, conducta cooperativa, insuficiencia renal crónica, cooperación técnica, servicios de salud, cuba, santa lucía

Abstract

Internationalism, as a social value, is one of the essential characteristics of Cuban public health since the triumph of the Revolution. In November 2005, Cuban medical cooperation in the care of patients with chronic renal failure began in Saint Lucia. This disease constitutes a major health problem in the Caribbean nation. The aim of this article is to highlight the role of Cuban cooperation in assisting chronic renal failure patients in Santa Lucia through various well-defined interventions, emphasizing on the impact of such cooperation in the Renal Unit of the Victoria Hospital.

Key words: International cooperation, cooperative behavior, renal insufficiency, chronic, technical cooperation, health services, cuba, saint lucia

Aprobado: 2015-04-20 12:57:53

Correspondencia: Luis Alberto Corona Martínez. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos luis.corona@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Cuando los riñones comienzan a perder de forma paulatina la capacidad para cumplir sus funciones estamos en presencia de una enfermedad conocida como insuficiencia renal crónica (IRC). Por tanto, la IRC es definida como la pérdida lenta y progresiva de las funciones renales, de carácter irreversible, y la resultante final de un amplio grupo de enfermedades.[1-4]

La IRC es identificada con un bajo índice de filtrado glomerular, que es casi siempre determinado indirectamente por el nivel de creatinina en el suero de la sangre. Cuando la IRC conduce a una enfermedad severa y que requiere algún tipo de terapia de reemplazo renal (como la diálisis), se conoce como enfermedad renal terminal.[1-4]

La IRC constituye hoy en día un importante problema de salud en aquellos países con elevadas tasas de hipertensión arterial y diabetes mellitus, como ocurre en la mayoría de los países desarrollados y muchos de los que están en vías de desarrollo. La carga que representa esta enfermedad está dada no solo por su elevada frecuencia y la gran afectación biológica, psicológica y social que provoca en los individuos afectados y su familia, sino también por el altísimo costo económico que conlleva el tratamiento de estos pacientes, fundamentalmente en los estadios más avanzados de la enfermedad. Afortunadamente, en Cuba, a diferencia de muchos países y como consecuencia de su sistema socioeconómico, el estado asume plenamente el costo de la atención a los pacientes con IRC. A pesar de nuestros limitados recursos, existe un programa nacional que prioriza la atención a los enfermos necesitados de trasplante renal o tratamiento dialítico.

Con el nuevo proyecto social que construye Cuba desde 1959, el internacionalismo, como valor social, ha constituido uno de los rasgos esenciales que ha caracterizado a la salud pública cubana, concretando de esta manera una de las ideas transcendentales de nuestro apóstol José Martí: *Patria es humanidad*. Miles de trabajadores del sector -médicos, personal de enfermería, técnicos y personal de apoyo- han brindado su ayuda humanitaria en decenas de países en los más disímiles contextos y condiciones. El carácter internacionalista de la Medicina cubana ha adquirido en nuestros días una singular relevancia.

La colaboración cubana en materia de salud a la atención de pacientes con IRC en Santa Lucía, se inició en noviembre del 2005, con la solicitud a Cuba por las autoridades sanitarias del país de un médico para asumir la asistencia de la Unidad Renal del Hospital Victoria ubicado en Castries, la capital del país; a esto se añadió a mediados del 2006 la solicitud de personal de enfermería especializado. El objetivo de este artículo está dirigido a destacar el rol de la colaboración cubana en la asistencia al problema de la insuficiencia renal crónica en Santa Lucía.

DESARROLLO

La IRC como problema de salud en Santa Lucía

Aunque a finales del año 2005 no se tenía una idea totalmente exacta de lo que estaba ocurriendo con la IRC en Santa Lucía, estaba claro para profesionales y autoridades de salud de ese país que esta enfermedad constituía uno de los más importantes problemas de salud en la isla, lo cual se debía, en primer lugar, a la constante y acelerada aparición de nuevos pacientes con dicho diagnóstico.

Para ilustrar lo anterior basta decir que en el periodo comprendido entre noviembre de 2005 y marzo de 2007 fueron diagnosticados en el Hospital Victoria 71 nuevos casos con IRC, a un ritmo de 4,1 casos mensuales (datos obtenidos del registro del autor). De estos, en el 55 % (39 pacientes) el diagnóstico se realizó en el estadio final de la enfermedad (tasa de casos nuevos en estadio terminal por mes: 2,2), etapa a la cual el paciente con disfunción renal llega después de varios años de evolución.

A partir de lo expuesto es obvio que cualquier prevalencia supuesta de la enfermedad a partir de estos datos, era solo la parte visible de un iceberg, y que posiblemente, cientos de personas en Santa Lucía estaban realizando su vida normal con algún deterioro ya de la función renal. Esta situación manifestaba un patrón usual de comportamiento de la IRC, pues hasta en países con alto desarrollo en materia de salud, como es Estados Unidos, se señala la existencia de millones de afectados que desconocen su situación de afectación renal.[2]

Es de destacar la estrecha relación que guarda la IRC con dos enfermedades crónicas de muy alta prevalencia en este país: la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM); de las cuales suele ser la nefropatía una de las complicaciones

más importantes. La elevada prevalencia de estas dos enfermedades condicionaba que la tendencia esperada en la incidencia y prevalencia de IRC fuese, lógicamente, hacia el incremento vertiginoso, amenazando con convertir a esta afección, en el futuro inmediato, en principal problema de salud de Santa Lucía.

Situación de la Unidad Renal del Hospital Victoria durante los primeros 18 meses de colaboración

Abordar el tema de la ayuda cubana en materia de salud a la atención de pacientes con IRC en Santa Lucía, conduce primeramente a analizar la situación de la Unidad Renal del Hospital Victoria durante los primeros 18 meses de colaboración. Dicha unidad asistencial fue reinaugurada en septiembre del 2002, contando a partir de entonces con siete riñones artificiales e incorporando pacientes progresivamente. En agosto del 2005, el Ministerio de Salud de Santa Lucía solicitó la ayuda cubana para la atención médica en dicha Unidad, lo cual se concretó a inicios de noviembre del 2005.

En esa fecha la Unidad inició con la asistencia a 36 pacientes, a pesar de tener capacidad para 42 enfermos. En ese momento, trabajaban allí ocho enfermeras, de las cuales dos pasaron a retiro poco tiempo después y otras dos cambiaron de puesto laboral.

La crítica situación creada posteriormente, determinada por la acumulación de casos pendientes por recibir diálisis y el crecimiento vertiginoso de una “lista de espera”, conllevó a decisiones que permitieron la incorporación de dos nuevos riñones artificiales a la Unidad en agosto de 2006, así que ya sumaban nueve; así como a la solicitud de personal de enfermería a Cuba. En ese mes comenzaron a laborar en la Unidad tres cubanos licenciados en enfermería, llegando posteriormente a cinco; ello llegó a representar el 45 % de la dotación de la Unidad.

En marzo de 2007 estaban contabilizados 91 pacientes con IRC atendidos en el Hospital Victoria, de los cuales 48 recibían servicio de hemodiálisis en la Unidad Renal de dicha institución. De los 43 pacientes restantes, 21 se encontraban en estadio terminal de la enfermedad, de los cuales ocho estaban pendientes de comenzar tratamiento dialítico (por falta de capacidad) y seis habían rechazado este tratamiento por razones fundamentalmente económicas.

Como parte del diagnóstico inicial de la situación de los pacientes en régimen de hemodiálisis en la Unidad Renal, fueron realizadas las siguientes precisiones:

- Evidente predominio (70 %) de población joven y de edad media recibiendo diálisis, como expresión de la elevada frecuencia de IRC Terminal en estos grupos de edad en Santa Lucía; pacientes enmarcados en las etapas más productivas de la vida laboral.
- La anemia moderada y severa (91 % de los casos), la hiperfosfatemia (79 %) y los valores extremadamente bajos de hierro sérico (97 %), constituyeron características humorales distintivas de la población estudiada, las cuales ensombrecían su pronóstico.
- El espectro de causas de muerte había sido bastante amplio, e incluía muertes evitables.

Principales intervenciones de la colaboración cubana en salud en la atención al problema de la IRC en Santa Lucía

Junto a los elementos ya expuestos relacionados con el incremento de los recursos humanos en la Unidad Renal, las principales intervenciones de la colaboración cubana en salud en la atención al problema de la IRC en Santa Lucía fueron las siguientes:

A) En el orden asistencial:

- Incremento del número de pacientes de 36 a 48, lo cual permitió disminuir la cantidad de enfermos en espera de entrar al programa de hemodiálisis. Para el año 2012, la cifra de pacientes bajo ese tratamiento había ascendido a 65.
- Incremento del tiempo de hemodiálisis a todos los pacientes que lo requirieron.
- Se introdujo por vez primera la administración posdiálisis de vitaminas del complejo B y hierro por vía endovenosa.
- Medición adicional a todos los pacientes de los parámetros humorales como el hierro sérico y el perfil lipídico en la propia institución, lo cual no había sido posible anteriormente.
- Admisión hospitalaria rápida y precoz para el manejo de complicaciones o situaciones sobreañadidas, lo que permitió la recuperación oportuna de varios enfermos.
- Preparación del acceso vascular (fístula

arteriovenosa) de los pacientes en la etapa predialítica (13 pacientes (54 %) de 24 incorporados), con lo cual disminuyó el número de pacientes que iniciaron la hemodiálisis mediante el uso de catéter. Anteriormente, la práctica habitual consistía en iniciar la diálisis con línea central para realizar luego la fístula arteriovenosa.
- Disminución de la demanda de asistencia médica sobre el servicio de urgencias del Hospital Victoria, al contar la Unidad con cobertura médica casi a tiempo completo.

Como resultado de varias de estas acciones, se logró concretamente en una población de 60 pacientes bajo tratamiento en la Unidad durante el periodo comprendido entre noviembre de 2005 y abril de 2007, incrementar las cifras de hemoglobina (en el 52 % del total de casos; en el 77 % de los que tenían menos de 70 g/l; en el 41 % de los que tenían entre 70 y 99 g/l) y de calcio sérico (en el 83 % de los que tenían hipocalcemia; en el 45 % de los que no tenían hipocalcemia), así como disminuir las de fósforo (en el 67 % de los que tenían hiperfosfatemia; en el 18 % de los que no tenían dicho estado). En cuanto a las modificaciones en el comportamiento de los parámetros humorales, fueron comparados los valores iniciales (al comienzo del estudio o al momento del ingreso) con la medición más reciente al momento del corte.

B) En el orden docente-educativo y asistencial:

- Elaboración de un material titulado *Organización y Recomendaciones para la atención a pacientes con IRC en el Hospital Victoria*.

Este material surgió a partir de un diagnóstico global de la situación presente en noviembre de 2005 con relación a la asistencia médica a los pacientes afectados de IRC en el Hospital Victoria; diagnóstico que permitió identificar ciertas “brechas” en la organización y calidad de los servicios médicos, susceptibles de ser erradicadas.

Estas deficiencias estaban enmarcadas fundamentalmente en el área de los conocimientos y habilidades de los profesionales para el manejo de pacientes con IRC, tanto en el departamento de urgencias como en la sala de hospitalización; aparejado secundariamente a dificultades en la organización -propiamente dicha- de los servicios asistenciales a esos enfermos. Estas carencias se evidenciaban también en la atención a pacientes con eventos urgentes en la propia Unidad Renal durante el tiempo en que no se contaba sin cobertura médica física (por ejemplo, fin de semana).

Es necesario señalar que la asistencia médica en esta institución descansaba en profesionales muy jóvenes, varios de los cuales a pesar de haber sido formados en Cuba y de poseer una calidad profesional destacable, no poseían la suficiente experiencia para la atención a pacientes en un área que requiere competencias de un grado mayor de especialización.

Este documento, al mismo tiempo que contribuyó a elevar el nivel de las competencias necesarias para la atención a pacientes con IRC en los profesionales (jóvenes) de la institución, tanto de pacientes no terminales (atendidos en el departamento de urgencias y salas de hospitalización), como de pacientes bajo tratamiento dialítico, contribuyó a organizar y facilitar la atención a dichos enfermos mediante la elaboración de un flujograma de atención médica con orientaciones claras, sencillas y específicas.

- Elaboración y proposición a las autoridades sanitarias del país de un programa para la prevención y el control de la IRC en Santa Lucía, con el fin de disminuir a largo plazo la demanda de servicios de diálisis.

El objetivo general de este proyecto estaba dirigido a disminuir la tendencia evidentemente creciente de la IRC como problema de salud poblacional en Santa Lucía, mediante la prevención y control de la morbilidad, mortalidad, incapacidad y costos asociados a dicha enfermedad.

Para ello, fue concebida una estrategia diseñada para ser aplicada en tres niveles que diferían entre sí por el objetivo específico que adoptaba la estrategia en cada nivel y por el tipo de población hacia la cual estaban dirigidas las acciones médicas. La conformación de una estrategia de intervención por niveles, garantizaba que estuviesen contempladas todas las personas del país, pero al mismo tiempo, no todas recibirían el mismo tipo de intervención, sino que esta se ajustaría a su situación concreta con relación al riesgo de IRC o afectación a causa de esta. Por ejemplo, el nivel 1 se refería a la prevención primaria de la IRC. Tenía como

"población diana" a toda la población de Santa Lucía. En el nivel 2 se ubicó el pesquisaje y diagnóstico precoz de nefropatía y disfunción renal y la "población diana" se reducía a aquellas personas con enfermedades que causan disfunción renal, sobre todo HTA y DM. El nivel 3 se refería al control de la nefropatía o disfunción renal, y prevención de la progresión del proceso (prevención secundaria), mientras que la "población diana" era mucho más precisa, concretándose en dos subgrupos de pacientes: 1) pacientes con evidencias humorales de nefropatía (proteinuria/microalbuminuria), aún sin afectación funcional y 2) pacientes con IRC en los estadios ligero, moderado y avanzado.

La sencillez en la concepción del programa y su coherencia con las condiciones de la asistencia médica propias del contexto de Santa Lucía, garantizaban la factibilidad de su aplicación, y la contribución individual de cada facultativo a la solución del fenómeno como problema de salud poblacional. Tanto en la elaboración del material ya mencionado, como en el desarrollo del contenido del programa para la prevención y el control de la IRC, fue utilizada una amplia fuente de información relacionada con el tema.[5-16]

CONCLUSIONES

Es evidente el importante rol que ha desempeñado la colaboración cubana en materia de salud en la atención a pacientes con IRC en Santa Lucía, como expresión fehaciente de la labor internacionalista de la República de Cuba. Desafortunadamente, el esfuerzo más directo de la colaboración cubana, ha estado centrado en la atención a enfermos en estadio terminal de la enfermedad, por lo que el impacto global en el control de esa enfermedad, como problema de salud en Santa Lucía, no ha sido lo suficientemente significativo. No obstante, el esfuerzo de los colaboradores cubanos ha conllevado directamente a un incremento en la calidad de la atención a un grupo numeroso de estos pacientes, al mismo tiempo que se ha trabajado en la correspondiente capacitación de jóvenes profesionales locales, muchos de los cuales fueron, no casualmente, formados en Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gansevoort RT, Matsushita K, van der Velde M, Astor BC, Woodward M, Levey AS, et al. Lower estimated GFR and higher albuminuria are associated with adverse kidney outcomes. A collaborative meta-analysis of general and high-risk population cohorts. Kidney Int. 2011 ; 80 (1): 93-104.

2. Halbesma N, Jansen DF, Heymans MW, Stolk RP, de Jong PE, Gansevoort RT. Development and validation of a general population renal risk score. Clin J Am Soc Nephrol. 2011 ; 6 (7): 1731-8.

3. Tangri N, Stevens LA, Griffith J, Tighiouart H, Djurdjev O, Naimark D, et al. A predictive model for progression of chronic kidney disease to kidney failure. JAMA. 2011 ; 305 (15): 1553-9.

4. Van der Velde M, Matsushita K, Coresh J, Astor BC, Woodward M, Levey A, et al. Lower estimated glomerular filtration rate and higher albuminuria are associated with all-cause and cardiovascular mortality. A collaborative meta-analysis of high-risk population cohorts. Kidney Int. 2011 ; 79 (12): 1341-52.

5. Aronow WS, Fleg JL, Pepine CJ, Artinian NT, Bakris G, Brown AS, et al. ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents developed in collaboration with the American Academy of Neurology, American Geriatrics Society, American Society for Preventive Cardiology, American Society of Hypertension, American Society of Nephrology, Association of Black Cardiologists, and European Society of Hypertension. J Am Soc Hypertens. 2011 ; 5 (4): 259-352.

6. Gómez Huelgas R, Martínez Castelao A, Artola S, Górriz JL, Menéndez E. Documento de consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente con enfermedad renal crónica. Med Clin (Barc). 2014 ; 142 (2): 85.e1-10.

7. Inker LA, Coresh J, Levey AS, Tonelli M, Muntner P. Estimated GFR, albuminuria, and complications of chronic kidney disease. J Am Soc Nephrol. 2011 ; 22 (12): 2322-31.

8. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014 ; 311 (5): 507-20.

9. Johnson R, Nakagawa T, Jalal D, Sánchez Lozada LG, Kang DH, Ritz E. Uric acid and chronic kidney disease. Which is chasing which?. Nephrol Dial Transplant. 2013 ; 28 (9): 2221-8.

10. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO clinical practice guideline for anemia in chronic kidney disease. Kidney Inter Suppl [revista en Internet]. 2012 [cited 16 Dic 2014] ; 2 (4): [aprox. 130p]. Available from: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/KDIGO-Anemia GL.pdf.

11. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Inter Suppl [revista en Internet]. 2013 [cited 16 Dic 2014] ; 3: [aprox. 320p]. Available from: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf.

12. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al; Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2013 ; 31 (7): 1281-357.

13. Herrera R, Almaguer M, Chipi J, Toirac X, Martínez O, Castellanos O, et al. Almaguer, Detection of Markers of Cardiovascular and Renal Risk in Cuban: Isle of Youth Study (ISYS). Nephron Clin Pract. 2011 ; 117 (4): c353-c362.

14. Ruilope LM. Chronic kidney disease: Blood pressure control in CKD-still a matter of debate. Nat Rev Nephrol. 2013 ; 9 (10): 572-3.

15. Torregrosa JV, Bover J, Cannata J, Lorenzo V, de Francisco ALM, Martínez I, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología para el manejo de las alteraciones del metabolismo óseo-mineral en los pacientes con enfermedad renal crónica (S.E.N.-MM). Nefrología . 2011 ; 31 Suppl 1: S3-32.

16. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. J Hypertens. 2014 ; 32 (1): 3-15.