



Carta al Director

El aluvión migratorio en hemodiálisis

The migratory flood in hemodialysis population

Sr. Director,

Abrumada por el constante goteo, transformado ya en aluvión en los últimos meses, de migrantes que acuden a urgencias huyendo del precario tratamiento renal sustitutivo (TRS) ofrecido en los países en vías de desarrollo, considero mi obligación alertar de la situación.

En los últimos 6 meses, 17 personas con enfermedad renal crónica (ERC) terminal en situación de hemodiálisis (HD) han acudido al Servicio de Urgencias del Hospital 12 Octubre para continuar con sus sesiones habituales. El número de las personas que han llegado no ha dejado de aumentar en los últimos años (fig. 1). Cada una de estas personas nos recuerda que la humanidad y la globalización están fallando, y que existe un abismo en la equidad al acceso al TRS entre países. Y, por otro lado, nos están enseñando los signos clínicos clásicos de

la enfermedad renal, que los nefrólogos occidentales habíamos olvidado porque son el fruto de la infradiálisis mantenida (fig. 2). Estas personas, después de endeudarse para pagar el tratamiento en los países donde la cobertura sanitaria no los protege, escapan de su realidad para seguir viviendo. Algunos de ellos, con suerte tienen familia o amigos que los acogen, otros vienen solos, y se acaban encontrando en situación de calle. Los migrantes en TRS carecen de permiso de residencia, y de permiso de trabajo. Además de presentar las dificultades laborales del enfermo terminal, que precisa atención hospitalaria 3 veces a la semana.

Al igual que en otros centros, las personas en HD de nuestra área sanitaria que exceden el aforo de nuestra unidad hospitalaria (n = 64) son canalizados a los centros periféricos (n = 160). Las personas sin tarjeta sanitaria no pueden ser derivados a dichos centros, por lo que desplazan a personas más frágiles

Pacientes Incidentes en la Unidad Crónicos

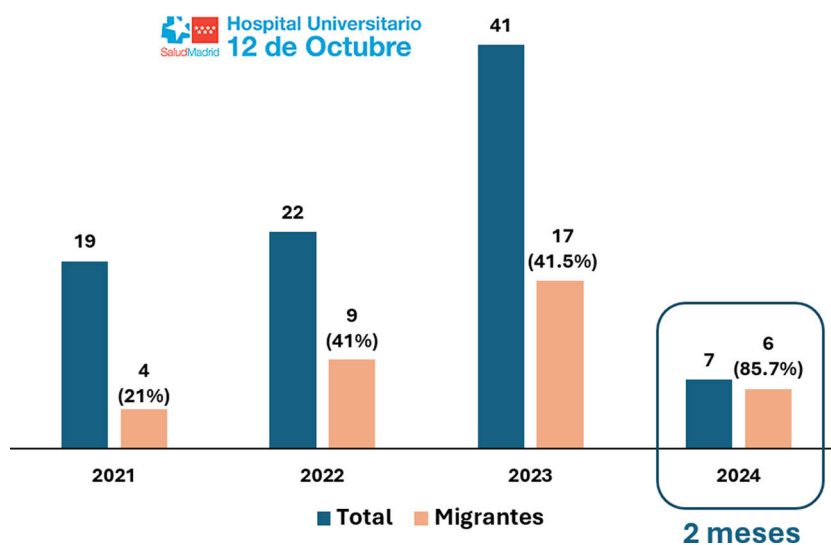


Figura 1 – Relación de pacientes incidentes en la Unidad de Crónicos del Hospital 12 de Octubre de Madrid durante los últimos 3 años y 2 meses.

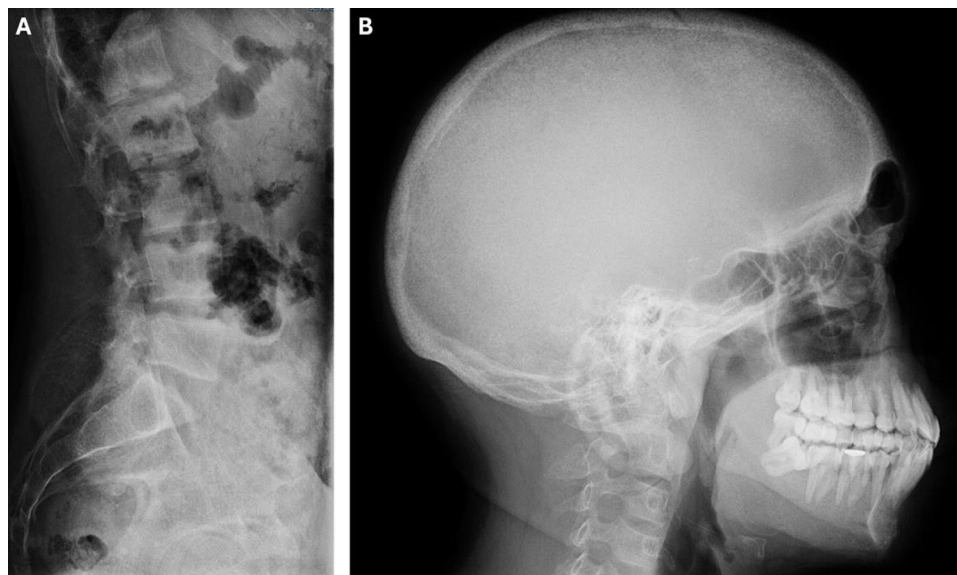


Figura 2 – Serie ósea de paciente migrante en el que se observa el signo clásico de cráneo en sal y pimienta (B) y vértebras en jersey de rugby (A).

y comórbidas que por razones clínicas deberían dializarse en el hospital. Por otro lado, tampoco parece justo, que las personas que han contribuido con sus impuestos al mantenimiento del sistema sanitario público durante su vida, se vean privados de la opción de dializarse en el hospital. Y también es lógico, que sientan como una amenaza a los pacientes sin cobertura sanitaria. Debido a la falta de cobertura sanitaria completa, los migrantes tampoco son candidatos a diálisis peritoneal o trasplante renal, ambas situaciones económicamente más rentables para el sistema sanitario, pero que podrían ser usadas como reclamo para el turismo sanitario.

Como profesionales sanitarios, nuestra misión es siempre la de salvaguardar la salud y los intereses de las personas, independientemente de su condición. Nuestro trabajo, no es castigar a los «sin papeles», ni ponerles más trabas, ni la situación más difícil. Esta situación es incómoda para todos, y todos salimos perdiendo.

Nos consta que este es un problema sanitario global de primera magnitud, dada la dramática previsión de creciente prevalencia e incidencia de la ERC atribuible principalmente al envejecimiento poblacional en los países desarrollados y el acceso al diagnóstico en los países en vías de desarrollo. Por ello, se estima que en el año 2030, de los 14,5 millones de personas con ERC terminal, solo 5,4 millones recibirán tratamiento con terapia renal sustitutiva¹.

Las soluciones a parte de este problema pasarían por dotar de infraestructura, material y conocimiento a los países en vías de desarrollo, para que tengan los recursos para ofrecer la adecuada atención sanitaria. Sin embargo, existen otros desafíos para asegurar la equidad en zonas de baja densidad de población, o en localidades remotas con limitado acceso al agua, la electricidad, y dificultosas vías de comunicación. Estas limitaciones implican barreras físicas en la cadena de reposición y reparación de los productos²,

como pone de manifiesto el impacto que suponen las catástrofes naturales o zonas de conflictos en el acceso a las TRS^{3,4}.

Es primordial mejorar la financiación del TRS, dado que se estima que menos del 50% de los países⁵ proporcionan algún tipo de financiación pública al costoso TRS, condenando a la ruina a los enfermos. Finalmente, necesitamos políticas de atención a las personas con ERC, ya que sabemos que el gasto del TRS es solo la punta del iceberg de una enfermedad que afecta al 10% de la población mundial⁶. Es preciso, encontrar una solución urgente para evitar el colapso de las unidades hospitalarias y asegurar la atención a todos los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Himmelfarb J, Vanholder R, Mehrotra R, Tonelli M. The current and future landscape of dialysis. *Nat Rev Nephrol.* 2020;16:573–85, <http://dx.doi.org/10.1038/s41581-020-0315-4>.
- Perl J, Brown EA, Chan CT, Couchoud C, Davies SJ, Kazancıoğlu R, et al. for Conference Participants Home dialysis: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney Int.* 2023;103:842–58, <http://dx.doi.org/10.1016/j.kint.2023.01.006>.
- Alasfar S, Berhe E, Karam S, Luyckx V. Impact of persistent conflict and destabilizing events on dialysis care. *Nat Rev Nephrol.* 2023;19:688–9, <http://dx.doi.org/10.1038/s41581-023-00759-0>.
- Filomena contra la diálisis y la oncología [consultado 18 May 2024]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/madrid/2021/01/13/5ffdf58afdddf39198b45d5.html>
- Bello AK, Okpechi IG, Levin A, Ye F, Damster S, Arruebo S, et al. An update on the global disparities in kidney disease burden and care across world countries and regions. *Lancet Glob Health.* 2024;12:e382–95.

6. [Kidney Disease: Improving Global Outcomes \(KDIGO\), CKD, Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2024;105:S1–197.](#)

Claudia Yuste Lozano

Servicio de Nefrología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

Correo electrónico: claudiayustelozano@yahoo.es

0211-6995/© 2024 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2024.05.003>