



Análisis de la población extracomunitaria en programa de hemodiálisis (HD) en la Comunidad de Madrid

E. González Parra y J. M. López Gómez*

Hospital Universitario Central de La Defensa. *Hospital Universitario Gregorio Marañón.

RESUMEN

Los pacientes en hemodiálisis procedentes de un país de origen extracomunitario acuden a dializarse a la CAM desde casi todas las partes del mundo, especialmente Sudamérica y Marruecos. Tienen una edad media ($46,2 \pm 14,2$ años) inferior al resto de los pacientes en diálisis, ingresan en su mayoría desde urgencias (62%), sin que sea conocido por el servicio de nefrología hasta ese momento. Tienen una causa de insuficiencia renal con una distribución similar al resto de la población, aunque con un mayor número de etiología desconocida, pero, sin embargo, presentan enfermedades poco habituales o exóticas que nos irán siendo más familiares con el tiempo. La mayoría comienzan hemodiálisis sin acceso vascular permanente (71%) y es destacable que la cuarta parte de ellos tienen dificultades de comunicación, por no hablar el castellano ni otro idioma occidental, complicando su correcto tratamiento.

Palabras clave: **Hemodiálisis, población extracomunitaria.**

ANALYSIS OF NON-EU IMMIGRANT POPULATION WITHIN HEMODIALYSIS PROGRAM OF THE REGION OF MADRID

SUMMARY

Many hemodialysis patients from foreign countries arrived to be dialyzed in Madrid. They came from all around the world, especially South America and Morocco. This group is younger (46.2 ± 14.2 years) than the control group. Most of them initiated dialysis without a previous Nephrological check-up (62%). In the foreign group the primary renal diseases were similar to the control group, however they also had many other health unusual problems. Most of them (71%) started hemodialysis without ever having permanent hemodialysis vascular access, and 25% were not able to speak Spanish, or other European languages. This caused many problems in administering correct treatment.

Key words: **Hemodialysis, foreign patients.**

Recibido: 27-III-2004.

En versión definitiva: 17-VI-2004.

Aceptado: 17-VI-2004.

Correspondencia: Dr. Emilio González Parra
Hospital Central de la Defensa
Glorieta del Ejército s/n.
28042 Madrid
E-mail: egonzalezparra@senefro.org

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la población española esta recibiendo un importante flujo migratorio. Esta situación ha afectado de forma muy particular a las instituciones sanitarias, que no sólo tienen que hacerse cargo de un mayor número de pacientes, sino que además tienen unas peculiaridades clínicas y sociales que la hacen diferente al resto de la población que se trata habitualmente. Muchos de ellos no tienen legalizada su situación, no hablan nuestro idioma y, lo que es más importante, presentan patologías inusuales hasta ahora en nuestro país.

La nefrología no es ajena a este problema y es corriente el intercambio de información entre los nefrólogos sobre la manera de actuar ante estos casos. Cada vez hay más pacientes de países extracomunitarios que están siendo seguidos en los servicios de nefrología y están en tratamiento en las unidades de diálisis. Esta situación plantea problemas comunes con el resto de las instituciones sanitarias junto con otros más específicos, derivados del tratamiento con hemodiálisis.

Algunos pacientes llegan diagnosticados desde sus países de origen directamente para incorporarse a diálisis. El sistema nacional de salud de los países de procedencia no incluye la cobertura del tratamiento con diálisis crónica ni el trasplante renal¹⁻². Esto ocasiona un flujo constante de pacientes jóvenes, desahuciados en su país y que acuden al nuestro buscando su última oportunidad para ser tratados.

Los objetivos del estudio incluyen el análisis de las características de este grupo de pacientes en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), las circunstancias que inciden en el tratamiento con diálisis y las patologías asociadas a la insuficiencia renal que son infrecuentes en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

El análisis de las características de la población estudiada se realizó mediante un formulario enviado a todas las unidades de hemodiálisis de la CAM. El formulario fue completado por los 31 centros existentes, durante el mes de noviembre de 2003. No se incluyen pacientes procedentes de países de la Unión Europea ni pacientes en diálisis peritoneal.

El formulario incluía datos demográficos (edad, sexo y nación de origen), etiología de la insuficiencia renal crónica y enfermedades concomitantes, forma de incorporación al programa de hemodiálisis, tiempo transcurrido desde el primer contacto con el servicio de nefrología hasta el comienzo en hemodiálisis, así como las condiciones en que iniciaron el tratamiento, con especial atención hacia el acceso vascular.

Se recoge también información sobre si llegan a España con el objetivo de dializarse por no poder hacerlo en su país de origen, sobre su situación laboral y sobre el nivel de conocimiento del idioma castellano.

Para valorar las características del grupo estudiado con respecto a la población general de inmigrantes de los mismos países se utilizan los datos del Instituto Nacional de Estadística, actualizados con fecha 1 de enero de 2003³, y para la comparación con la población general española en diálisis se consideran los últimos datos del Registro de Diálisis y Trasplante de la SEN de 2002⁴.

RESULTADOS

En la fecha de la encuesta se dializaban en la Comunidad de Madrid 2.035 pacientes. De ellos 100 (4,91%) tenían nacionalidad de 33 países extracomunitarios. Por continentes, son los americanos, iberoamericanos en su totalidad, la población más abundante con 44 pacientes (44%), seguidos de los africanos con 35 personas (35%), en tercer lugar los procedentes de países europeos extracomunitarios con 12 y de los asiáticos (9%). Por países, Marruecos con 17 y Ecuador con 14 son los que más pacientes aportan. En la tabla I se muestran los 32 países de procedencia de estos enfermos.

La edad media del grupo de población estudiado es de $46,2 \pm 14,2$ años (17-75 años), significativamente inferior a la edad prevalente de los pacientes dializados en España ($63,8 \pm 14,2$ años, $p < 0,000$)⁵. La distribución por edades se detalla en la figura 1. Las edades medias según el continente de procedencia son: África

Tabla I. Distribución de los pacientes estudiados según los países de origen

Países	Pacientes	Países	Pacientes
Marruecos	17	Haití	1
Camerún	1	Argentina	1
Egipto	2	Uruguay	1
Cabo Verde	2	Colombia	3
Angola	2	Filipinas	3
Guinea	6	Afganistán	1
Nigeria	3	China	2
Camerún	1	India	1
Mauritania	1	Vietnam	1
Perú	9	Palestina	1
Ecuador	14	Japón	1
Bolivia	2	Rumania	6
R. Dominicana	6	Bulgaria	1
Cuba	2	Ucrania	3
Chile	2	Moldavia	1
Venezuela	2	Polonia	1

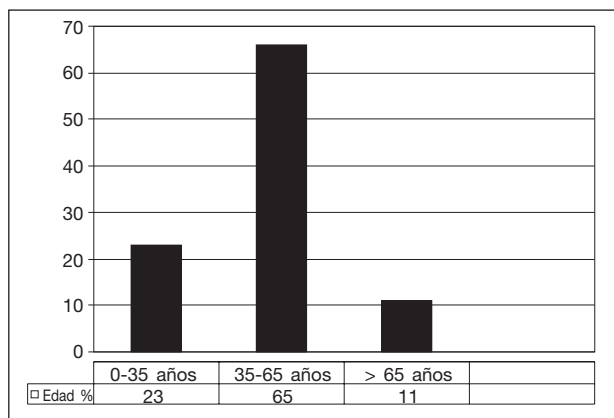


Fig. 1. — Distribución por grupos de edades (%).

50,37 + 15,5 años, América 43,8 + 11,3 años, Asia 51,3 + 18,4 años y Europa 43,2 + 17,7 años (p n.s.). La causa de la insuficiencia renal que les llevó a los programas de hemodiálisis era desconocida en 36 de los pacientes (36%), vascular en 11 casos (11%), intersticial en 7 (7%), glomerulonefritis en 18 (18%), diabetes mellitus en 16 (16%), lupus eritematoso en 6 (6%), poliquistosis del adulto en 6 (6%), distribución que muestra algunas diferencias con el resto de la población en diálisis de España, aunque sin llegar a ser significativas (fig. 2).

Cuarenta y cuatro pacientes (44%) llegaron desde su país diagnosticados de insuficiencia renal crónica en estadio V, directamente para dializarse. 62 pacientes acudieron al hospital por urgencias y fueron incorporados directamente al programa de hemodiálisis de crónicos, 6 casos eran conocidos durante un tiempo inferior a 3 meses, 9 pacientes entre 3 meses y un año, a 21 pacientes ya se les conocía en el servicio de nefrología por lo menos un año antes de su entrada en diálisis y en 2 casos su incorporación a hemodiálisis fue después del rechazo de un trasplante renal previo.

El lugar del diagnóstico de la insuficiencia renal fue en su propio país en 44 casos (44%), en urgencias en 37 casos (37%), en atención primaria en 11 pacientes (11%) y por otros especialistas en 17 casos (17%). En el momento de la encuesta, 91 pacientes estaban recibiendo tratamiento con factores estimulantes de la eritropoyesis para el manejo de la anemia y 23 tenían trabajo remunerado dentro de la CAM.

Setenta y tres pacientes hablaban castellano y de ellos 44 procedían de países castellanoparlantes y 29 de otros países, en su mayoría africanos, lo que supone que el 27% del total tenía problemas de comunicación con el personal sanitario.

El 29% de los pacientes tenían una fístula arteriovenosa previa, de los que en 23 casos había sido realizada en el servicio de nefrología y 6 pacientes la traían desde su país de origen.

En la búsqueda de enfermedades poco frecuentes en nuestro medio encontramos 8 casos de patología infecciosa, 3 de enfermedades autoinmunes y 2 de enfermedades congénitas. En la tabla II se pormenorizan estas patologías añadidas.

DISCUSIÓN

Los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)³ de fecha 1 de enero de 2003 muestran que en la CAM estaban censados con permiso de residencia 589.400 inmigrantes, de los cuales 46.858 son miembros de la Unión Europea. Teniendo en cuenta que la población de Madrid es de 5,5 millones, el 10,3% son inmigrantes y es la primera comunidad en número de inmigrantes, por delante de Cataluña que ocupa el segundo lugar. En todo el territorio nacional, la población censada era de 42.717.064 habitantes con un 6,26% de extranjeros sobre el total de la población (2.672.596 habitantes). El 22,05% de todos los inmigrantes censados en el territorio nacional residen en Madrid.

Según el último registro de diálisis y trasplante de la S.E.N.⁴, la población prevalente de pacientes en hemodiálisis por millón de habitantes es de 454 pmp. y según los datos de población general en hemodiálisis recogidos en la encuesta para la CAM, la prevalencia es de 370 pmp. Estos datos presentan la limitación que conlleva la ausencia de un registro en la Comunidad de Madrid. En cambio, en el grupo estudiado, la prevalencia es de 184 pmp. si atendemos a la población total de inmigrantes censados, sin considerar los de la Unión Europea, que es un grupo reducido, ni aquellos que residen de forma ilegal en la CAM. Dado que no se conoce la estructura de edad de la base poblacional inmigrante es difícil decidir cuáles son las causas de esta menor prevalencia. Esta diferencia puede ser la consecuencia de que la edad media de la población estudiada es

Tabla II. Enfermedades añadidas poco frecuentes de los pacientes estudiados

Patologías	Número
TBC	2
VIH	1
Condiloma vaginal	1
Malaria	3
Filaria + esquistosomas	1
Enf. Celíaca del adulto	1
Sind. Antifosfolípido	1
Hipogonadismo-Enanismo	1
Resistencia a la EPO	1
Déficit de 6GPDH	1

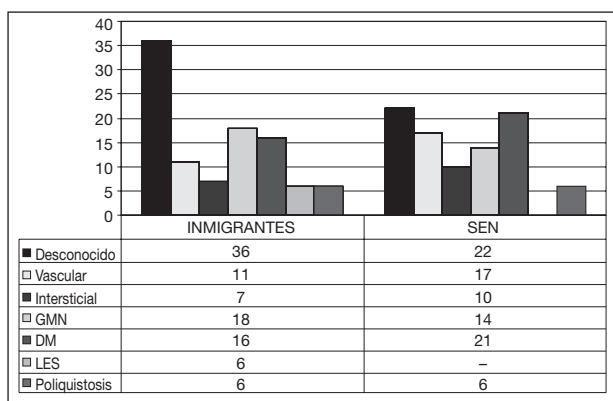


Fig. 2. — Etiología de insuficiencia renal (%) en la población estudiada comparada con los datos del Registro de Diálisis y Trasplante de la SEN para el año 2002.

de 46 años, mucho más joven que la edad de los pacientes prevalentes en España que es superior a 60 años³, o deberse a un menor acceso a la diálisis de la población inmigrante de edad avanzada. El conocimiento real de estos datos tiene como limitación el desconocimiento de datos fiables sobre la población inmigrante real en la CAM.

Se ha decidido excluir a los países comunitarios por tener todos un sistema de salud pública que les permite dializarse en sus países y por la posibilidad real de seguir tratamiento en cualquiera de los países comunitarios sin otros problemas. La libre circulación de personas hace que la información de pacientes procedentes de países comunitarios carezca del mismo interés, a la vista de los factores que se pretenden analizar.

En el estudio no se han considerado los pacientes en diálisis peritoneal por estimar que se trata de una muestra muy reducida. La causa de ello es el escaso tiempo con el que llegan para poder programar el tratamiento y la colocación del catéter peritoneal, junto con las escasas posibilidades de sitio y de higiene que habitualmente ofrecen los hogares en los que viven.

Según los datos del INE, en Madrid residen de forma legal 79.905 africanos, estando 35 en HD (438 pmp), 325.897 iberoamericanos de los que 44 están en HD (135 pmp) y 30.215 asiáticos de los que 9 están en HD (297,8 pmp). Los inmigrantes procedentes de los países africanos, especialmente de Marruecos, es el grupo que tiene una mayor incidencia en diálisis de todos los estudiados. A ello puede contribuir el hecho de la proximidad con este país y la mayor facilidad para desplazarse.

Comparando las etiologías de la insuficiencia renal de los pacientes estudiados con los datos del Registro de Diálisis y Trasplante de la SEN para el año

2002⁴, se observa que entre la población inmigrante son más frecuentes las nefropatías glomerulares y las desconocidas, mientras que entre la población general española son más prevalentes la enfermedad vascular y la diabetes mellitus, datos que pueden justificarse también por la edad más joven de la población estudiada.

Numerosos estudios demuestran una mejor supervivencia de los pacientes que son referidos precozmente a los servicios de nefrología^{6,7,8}. Un 68% de los pacientes estudiados se incorporaron a los programas de hemodiálisis desde urgencias, iniciando el tratamiento de forma inmediata. Al contrario de lo que ocurre con un paciente diagnosticado de insuficiencia renal entre la población general, el problema no reside en que son derivados de forma tardía por otros profesionales, sino que la peculiaridad de este grupo, fundamentalmente la situación de ilegalidad, hace que sólo acudan en situaciones límite. Solo un 32%, seguidos más de 3 meses por el servicio de nefrología, siguen los cauces habituales para la población general. Mientras que sus condiciones sociales y de acceso a los hospitales no mejoren, parece poco probable que se pueda implementar la situación de acceso a las unidades de hemodiálisis.

En un reciente estudio multicéntrico español⁹ sobre las características de los pacientes a su inicio en hemodiálisis y su significado pronóstico sobre 362 pacientes de 5 hospitales, se observa que un 51,4% de los pacientes comenzaron en hemodiálisis de forma programada, definidos como aquellos que presentaban acceso vascular definitivo. El grupo no programado se asoció a una mayor edad ($69,7 \pm 13,8$ años), mayor incidencia de diabéticos (34,7%), mayor comorbilidad, mayores necesidades transfusionales y menor nivel de hemoglobina. Como factores de riesgo independiente mostraron la falta de seguimiento nefrológico, síntomas urémicos, mayor hospitalización, mayor morbilidad y unos costos cinco veces mayores que el grupo programado. Este aumento del consumo de recursos ha sido determinado en varios estudios¹⁰, por lo que es posible que el tratamiento de este grupo de pacientes suponga un gasto añadido considerable.

La incorporación no programada a los programas de hemodiálisis y la referencia tardía al nefrólogo son dos factores de riesgo para una mayor comorbilidad, hospitalización y mortalidad⁶⁻¹¹. Sin embargo, el grupo estudiado es significativamente más joven que la población incidente española, por lo que es posible que la morbimortalidad a medio y largo plazo no se vea afectada.

Existe una diferencia completa en la forma que son seguidos los pacientes antes de comenzar en hemodiálisis. En el estudio multicéntrico español⁹, los

pacientes que comenzaron de forma no programada son seguidos por un nefrólogo en un 67,1%, siendo el resto seguidos por otro profesional. En el grupo estudiado un 62% llegan al hospital en situación de uremia por urgencias, teniendo que dializarse de forma inmediata y sólo un 30% puede ser seguido de forma programada por un nefrólogo. Un 44% vienen a dializarse directamente desde su país de origen. Este dato es difícil de modificar, e incluso es esperable que aumente. El 18% restante, aunque vive en nuestro país desde hace tiempo, no acude a consulta de un médico hasta que su situación clínica es tan mala que decide acudir a urgencias. Esta situación se debe a su precariedad legal, por lo que es en ese grupo sobre el que se tiene que trabajar, para que puedan ser asistidos de una forma precoz.

La situación laboral de los pacientes españoles incorporados de forma no programada según el estudio multicéntrico español incluye un 84,7% de jubilados⁹. En el grupo estudiado, el 77% no trabajan, aunque no se puede definir su situación como de jubilado, dada la edad que tienen.

El acceso vascular es uno de los aspectos que en el momento actual se está intentando cuidar de forma especial por los grupos que analizan la enfermedad renal crónica avanzada y que supone un factor de riesgo de mayor morbilidad¹². En un reciente estudio en pacientes en hemodiálisis, un 45% comenzaba con un acceso vascular no definitivo¹³. Los autores establecen una relación entre el comienzo de la diálisis por un acceso vascular transitorio y un mayor número de fracasos del acceso permanente. Estos datos sugieren que el colectivo estudiado, que se incorpora a HD con una menor tasa de accesos vasculares definitivos, puede presentar un mayor número de complicaciones vasculares del acceso vascular. Sin embargo, es necesaria su valoración de forma prospectiva. En el presente estudio, un 71% de los pacientes comenzaron diálisis a través de un acceso transitorio. Este dato constituye uno de los problemas asociados más habituales con los que se encuentra el nefrólogo cuando le llega un paciente inmigrante.

La utilización de agentes estimulantes de la eritropoyesis en el 91% del grupo estudiado es similar al del resto de la población prevalente en hemodiálisis según los datos que aporta el estudio DOPPS¹⁴, que es el 91 ± 1,2% de los pacientes, lo que supone un manejo equivalente de la anemia que presentan.

En resumen, el paciente inmigrante es una realidad en nuestras unidades de hemodiálisis, que, con toda probabilidad, irá aumentando. Es importante conocer su situación, pero de momento va a ser muy difícil arbitrar los mecanismos para que su incorporación sea similar a la población española, dado que existen connotaciones de índole social que requie-

ren soluciones políticas, lejos del alcance de los nefrólogos.

RELACIÓN DE AUTORES Y CENTROS PARTICIPANTES

Dra. Sevilla, ICN Moncloa; *Dra. A. Vigil* y *Dra. L. Lozano*, Hospital de Leganés, Centro de Diálisis El Arroyo; *Dr. A. Sanz Guajardo*, Clínica San Francisco de Asís; *Dr. J. M. López Gómez*, Hospital Gregorio Marañón; *Dra. M. Villaverde*, Clínica Dialcentro; *Dr. Hernández* y *Dra. Albalate*, Clínica Santa Engracia; *Dra. Rodríguez*, Clínica Los Enebras; *Dr. D. Sanz Guajardo* y *Dra. C. Sanz*, Clínica Puerta de Hierro; *Dra. Besada*, ASHDO-Torrejón; *Dra. Gómez* y *Dr. Mateos*, Clínica Madrid Oeste; *Dr. Teruel*, Hospital Ramón y Cajal; *Dr. Naranjo*, Clínica Los Lauros; *Dr. De Miguel Alonso* y *Dr. Martínez Ara*, Hospital de La Paz; *Dr. A. Cubas*, Clínica Hemodial; *Dra. P. Martínez*, Clínica El Pilar; *Dra. Hernandez* y *Dra. Santana*, Centro los Llanos; *Dr. B. Fanlo*, Clínica Santa Elena; *Dr. J. R. Rodríguez Palomares*, Clínica Fuensanta; *Dr. R. Delgado*, Clínica Ruber; *Dr. J. Herrero*, Hospital Clínico; *Dr. Caramelo* y *Dolores López*, Fundación Jiménez Díaz; *Dr. Puyol*, Hospital Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares); *Dr. Alcazar de la Ossa*, Hospital Doce de Octubre; *Dra. C. López*, Clínica de Villaverde; *Dr. V. Giner*, Hospital de Getafe; *Dra. Barril*, Hospital de La Princesa; *Dr. Portolés*, Hospital de Alcorcón; *Dra. Gota* y *Dr. Aguilera*, Clínica San Camilo; *Dr. M. Rodeles*, Clínica de La Milagrosa; *Dr. E. González Parra*, Hospital Central de la Defensa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barsoum RS: End-stage renal disease in North Africa. *Kidney Int* 63 (Supp.83): S-111-S-114, 2003.
2. Zatz R, Romao JE, Noronha IL: Nephrology in Latin America, with special emphasis on Brazil. *Kidney Int* 63 (Supp. 83): S-131-S-134, 2003.
3. Anuario del Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es
4. Registro de diálisis y trasplante del año 2002. HIPERVÍNCULO <http://www.senefro.org> www.senefro.org
5. Pérez García R: Estudio epidemiológico sobre el tratamiento de la anemia en España. *Nefrología* XXIII (4): 300-311, 2003.
6. Metcalfe W, Khan IH, Prescott GJ y cols.: Can we improve early mortality in patients receiving renal replacement therapy. *Kidney Int* 57: 2539-2545, 2000.
7. Obrador GT, Pereira BJG: Early referral to the nephrologist and timely initiation of renal replacement therapy: a paradigm shift in the management of patients with chronic renal failure. *Am J Kidney Dis* 31: 186-92, 1998.
8. Martín de Francisco ALM, Fernández Fresnedo G: Llegada tardía a diálisis como consecuencia de insuficiencia renal no identificada. *Nefrología* XXII (2): 95-97, 2002.
9. Górriz JL, Sancho A, Pallardó LM y cols.: Significado pronóstico de la diálisis programada en pacientes que inician tratamiento sustitutivo renal. Un estudio multicéntrico español. *Nefrología* XXII (1): 49-59, 2002.

E. GONZÁLEZ PARRA y cols.

10. Ismail N, Neyra R, Hakim R: The medical and economical advantages of early referral of chronic renal failure patients to renal specialists. *Nephrol Dial Transplant* 13: 246-250, 1998.
11. Ifudu O, Dawood M, Homel P, Friedman EA: Excess of morbidity in patients starting uremia therapy without prior care by nephrologist. *Am J Kidney Dis* 28: 841-845, 1996.
12. Stehman Breen CO, Sherrard DJ, Gillen D, Caps M: Determinants of type and timing of initial permanent hemodialysis vascular access. *Kidney Int* 57: 639-645, 2000.
13. Rodríguez JA, Ferrer E, Olmos A, Codina S, Borrellas J, Piera L: Análisis de supervivencia del acceso vascular permanente. *Nefrología XXI* (3): 260-273, 2001.
14. Locatelli F, Pisoni RL, Combe C, Bommer J, Andreucci VE, Piera L, Greenwood R, Feldman HI, Port FK, Held PJ: Anaemia in haemodialysis patients of five European countries: association with morbidity and mortality in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant* 19: 121-132, 2004.