



Nefrología extrahospitalaria: un reto para nuestro futuro inmediato

L. M.^a Orte

Servicio de Nefrología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

RESUMEN

La Nefrología española es una de las especialidades médicas que ha experimentado un mayor desarrollo en los últimos años.

Definida inicialmente como «necesariamente hospitalaria», en la actualidad en el Libro Blanco de la Nefrología Española se hace una llamada de atención sobre la necesidad de un cambio de orientación asistencial.

Se llamaba la atención sobre el escaso desarrollo de las actividades de prevención y el retraso en la llegada del paciente al Servicio de Nefrología.

Para acercarnos a esta realidad hay que dar prioridad a la asistencia del enfermo en el propio ámbito extrahospitalario y dotar a su atención integral de una lógica continuidad entre niveles asistenciales.

Las iniciativas asistenciales que se han llevado a cabo en el territorio español son escasas y todavía insuficientes. El aumento progresivo en la incidencia y prevalencia de la IRC asociado con una mala evolución y elevados costes está convirtiendo a la IRC en un importante problema de salud pública, que requiere unos planes específicos de detección y prevención.

Por todo ello es necesaria la mejora de la coordinación entre Asistencia Primaria y Nefrología. Las iniciativas de coordinación entre los dos niveles deberían centrarse en impulsar estudios epidemiológicos que clarifiquen la significación real de la patología renal, en elaborar Guías de Actuación sobre patología renal prevalente, en educar al Médico de Atención primaria sobre la referencia precoz al nefrólogo de los pacientes con Insuficiencia Renal y en diseñar planes conjuntos para abordar patologías nefrológicas con importante significado epidemiológico.

Palabras clave: Nefrología extrahospitalaria. Aumento incidencia y prevalencia IRC. Referencia precoz al nefrólogo.

EXTRA-HOSPITAL NEPHROLOGY: A CHALLENGE FOR OUR NEAR FUTURE

SUMMARY

The Spanish Nephrology is one of the medical specialties that have experienced a greater development in the last years. Defined initially as an activity in the hospital and consolidated in this sense, at the present time the «Libro Blanco of the Spanish Nephrology» makes a call of attention on the necessity of a change of welfare direction. The attention was called on the little development of the prevention activities and the delay in the arrival of the patient to the Service of Nephrology, which causes a worsening of his pathology. In order to approach us this reality it is necessary to give priority to the attendance of the patient out of the hospital and to guarantee a logical continuity between welfare levels. The welfare initiatives that have been carried out in the Spanish territory are scarce and still insufficient. The progressive increase in the incidence and prevalence of the ERD associated with a bad evolution and elevated costs is converting ERD in an im-

portant problem of public health, that requires specific plans of detection and prevention. The improvement of the coordination between general practioners and Nephrologists is necessary. Multiple papers show a delayed reference of the patients with Renal Disease to the Nephrologists. The initiatives of coordination between both levels should be centered in studies epidemiologists that clarify the real meaning of the renal pathology and in educating the GP on the early reference to the nephrologist of the patients with Renal Failure.

Key words: Attendace of the patient out of the hospital. Innease of in the incidence and prevalence of the ERD. Priority to the attendance.

INTRODUCCIÓN

La Nefrología española es una de las especialidades médicas que ha experimentado un mayor desarrollo en los últimos años, contribuyendo a la mejora y consolidación de nuestro Sistema Nacional de Salud y, sobre todo, a lograr que los enfermos renales tengan una asistencia sanitaria del máximo nivel.

Definida la especialidad en el Plan de Hemodiálisis de 1970, y en el posterior Plan Nacional de Nefrología de 1979, como «necesariamente hospitalaria» y consolidada en este sentido, veinte años más tarde, en el Libro Blanco de la Nefrología Española se hace una llamada de atención sobre la necesidad de un cambio de orientación asistencial. La posición de reclusión en el hospital¹ no impedía opinar al 52% de los nefrólogos encuestados en dicho Libro Blanco, que la especialidad estaba cediendo campos de acción en el área asistencial respecto a otras especialidades. Se identificaban como causas más probables de este retroceso, la dejadez de los Servicios/Unidades de Nefrología (64%), el excesivo protagonismo del tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en la carga asistencial de la Nefrología (55%) y, solo en tercer lugar, el empuje de otras especialidades (49%)².

Sin llegar a la pérdida de la identidad de la especialidad, el Libro Blanco llamaba asimismo la atención sobre el escaso desarrollo de las actividades de prevención (opinión del 62% de los encuestados) y el retraso en la llegada del paciente al Servicio de Nefrología, lo que provoca un agravamiento de su patología (61%)².

La Nefrología siempre ha estado en contacto con Atención Primaria, más o menos estructuradamente, bien es cierto que hasta hace pocos años en un papel meramente pasivo, como simple receptor de enfermos con patología renal avanzada. Sin embargo, la realidad asistencial afianzada en la última década alienta planteamientos asistenciales orientados

al paciente, y basados sobre todo en postulados epidemiológicos y de prevención de la enfermedad renal. Para acercarnos a esta realidad es necesario dar prioridad a la asistencia al enfermo nefrológico en el propio ámbito extrahospitalario, y dotar a su atención integral de una lógica continuidad entre niveles asistenciales. Debemos construir el futuro de la asistencia al paciente nefrológico en colaboración estrecha con el médico de Atención Primaria (MAP), a fin de cuentas gestor y coordinador de casos, y regulador de la derivación de los pacientes.

Hasta la fecha, las iniciativas asistenciales que desde la Nefrología se han llevado a cabo para superar esta barrera son escasas. La iniciativa pionera en este campo surgió en el año 1991, con el fin primero de recuperar la actividad asistencial nefrológica en el campo de la hipertensión arterial resaltando, como premisa filosófica, que dicha actividad asistencial «...nos acerca al entorno donde se genera la patología que tradicionalmente atendemos en los hospitales y nos sitúa en disposición de poder ser realmente eficaces en el diagnóstico precoz y posible prevención de la insuficiencia renal»³. Después de dos años de funcionamiento de dicha consulta, la experiencia asistencial identificaba unos beneficios que se mantienen en el tiempo y parecen evidentes, como son la propia satisfacción del enfermo por la mejora en la accesibilidad, la percepción de una atención nefrológica más cercana y menor coste personal, una mayor satisfacción del MAP por el incremento de la oferta cercana, y la disminución del acceso innecesario al Hospital de patología leve. Textualmente se concluía: «Debe abrirse el debate a todos los niveles... Los nefrólogos debemos salir a los niveles «inferiores» de asistencia con el apoyo de nuestra Sociedad Científica, la Administración Sanitaria y los equipos directivos. Propugnamos, en definitiva, la implantación generalizada de las consultas extrahospitalarias de Nefrología en el Sistema de Salud»⁴. Este dinamismo e iniciativa generó un debate temporal^{5,6}, haciendo hincapié uno de los arti-

culistas en la necesidad de priorizar la organización de la asistencia nefrológica, que debía pasar primero por completar las secciones de Nefrología ya creadas y expandirlas a todos los hospitales comarcales, siendo difícilmente discutible la creación de consultas extrahospitalarias una vez llevada a cabo la organización hospitalaria.

La experiencia posterior del Hospital Comarcal de Játiva, en una consulta extrahospitalaria no creada exclusivamente para la atención al hipertenso, no solo incidía sobre aspectos teóricos previamente señalados y propugnaba su mantenimiento por la recuperación de patologías que podían ser nuestras (nefrolitiasis, alteraciones sedimento urinario, infección tracto urinario...), sino que hacía una observación sobre la posibilidad laboral de esta consulta, la esperanza para la colocación de futuras generaciones de nefrólogos, y aseveraba «*Nuestra presencia, aunque sea un día semanal en el ambulatorio, incrementa la demanda de Nefrología y fuerza a la Administración a la consideración de su importancia*»⁷.

Después de este impulso inicial, a partir de esfuerzos individuales, la realidad es que la Nefrología Extrahospitalaria sigue siendo testimonial en cuanto a la presencia física del nefrólogo fuera del Hospital se refiere. Sí han prosperado algunas iniciativas de coordinación con Atención Primaria, con varios modelos posibles y válidos para el objetivo final de atención ambulatoria integral al enfermo nefrológico. De todos modos, si hacemos caso a los resultados de la encuesta realizada en el Libro Blanco, los resultados están aun lejos de la intención del 78% de los nefrólogos encuestados, que se mostraban muy o bastante de acuerdo en la necesidad de potenciar la asistencia nefrológica extrahospitalaria, frente a solo el 7% que no estaba nada de acuerdo con esta iniciativa. Asimismo, en este Libro Blanco, el 81% de los nefrólogos estaban dispuestos a implicarse en el proyecto y desarrollar una parte de su actividad asistencial en dicho ámbito, sobre todo entre los encuestados menores de 40 años (93%).

Las disposiciones oficiales también acreditan esta necesidad de cambio. Es hasta una obligación el salir al Área de Salud, como recoge la definición oficial de la labor ambulatoria a desarrollar por los Hospitales en el antiguo INSALUD, que en el Real Decreto 521/1987, en su artículo 31, dice: «*Las consultas externas de los hospitales comprenderán la policlínica-consulta externa, dentro del recinto hospitalario, en la que recibirán atención los pacientes que necesiten métodos especiales de diagnóstico o terapéutica. Igualmente comprenderán la consulta ambulatoria periférica dentro del ámbito territorial del área de Salud*»⁸. Decreto aun vigente, aunque esté pendiente de adaptación a la realidad autonó-

mica, después de la transferencia de competencias sanitarias. La ley General de Sanidad de 1986 también establece en su artículo 65.3 la necesidad de adecuar medidas que garanticen la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales⁹.

En su aspecto preventivo, e independientemente de todas las consideraciones antedichas sobre actitudes y posibilidades de actuación de la Nefrología, la mejora de la coordinación de esta con Atención Primaria es obligada, y su objetivo es detectar precozmente al enfermo renal, con o sin IRC, iniciar terapias preventivas y derivarle al nefrólogo en fases tempranas, según protocolos pactados. El aumento progresivo en la incidencia y prevalencia de la IRC¹⁰⁻¹⁵ asociado con una mala evolución y elevados costes^{12,13}, está convirtiendo a la IRC en un importante problema de salud pública, que requiere unos planes específicos de detección y prevención¹⁴.

No olvidemos que la mayor consecuencia de la IRC para la salud, además de su progresión hasta la necesidad de tratamiento renal sustitutivo, es un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular¹⁵⁻¹⁶, y ambos pueden mejorar con un tratamiento precoz¹⁷. Sin embargo, son múltiples los trabajos que ponen de manifiesto una referencia tardía de estos enfermos al nefrólogo desde Atención Primaria y Especializada¹⁸⁻¹⁹, con toda la repercusión que ello tiene sobre la evolución posterior del paciente.

Con estas bases, las iniciativas para potenciar la atención ambulatoria al enfermo nefrológico y la coordinación extrahospitalaria de la Nefrología con Atención Primaria, no necesariamente con presencia física del nefrólogo en el Ambulatorio de Especialidades, deberían centrarse en:

- Impulsar estudios epidemiológicos que clarifiquen la significación real de la patología renal en nuestro medio, con el objetivo último centrado en la posterior prevención. En este sentido, dentro de la SEN se han puesto en marcha varios proyectos, alguno llevado a cabo con Sociedades Médicas de Atención Primaria: Epidemiología de la IRC en España (EPIRCE)¹³, Estudio COPARENAL.
- Elaborar Guías de Actuación sobre patología renal prevalente, consensuadas con Atención Primaria, adaptadas a sus necesidades y con criterios de derivación posibles, para que el MAP ejerza su papel de filtro resolutivo. Intentos previos como las Normas de Actuación Clínica en Nefrología (NAC)²⁰, Documento de Consenso sobre Manejo de la Nefropatía Diabética²¹, Guía Clínica de la Insuficiencia Renal en Atención Primaria²², Guía Riñón y Enfermedad Cardiovascular²³ deben compendiarse y ser difundidos correcta y ampliamente entre Atención Primaria, e incluso entre los propios nefrólogos.

- Educar al MAP sobre la referencia precoz al nefrólogo de los pacientes con IRC, según criterios protocolizados. Nos acercará, junto con los logros positivos de la Consulta Prediálisis multidisciplinar, a las claves que es necesario poner en marcha para un manejo óptimo del enfermo con IRC.

- Diseñar planes conjuntos para abordar patologías nefrológicas con importante significado epidemiológico, p. ej. la nefropatía diabética.

- Crear canales de información entre niveles asistenciales que faciliten un acceso inmediato. Los sistemas de información ideales pueden ser críticos en la actualidad, por lo que no es imprescindible esperar a que sean on-line, al menos en su fase inicial. Al diseñarlos, respetar la premisa de que la información médica sobre cada paciente debe ser única, esté donde esté el paciente.

- Promover la formación práctica e interactiva en salud renal, dirigida no solo al MAP sino a la Sociedad en general, p. ej. instaurando el Día del Riñón.

- Empezar la investigación conjunta con el MAP, con prioridad sobre la detección precoz y prevención de la progresión de la enfermedad renal.

- Revitalizar la Comisión Mixta SEN-Sociedades Médicas de Atención Primaria, para supervisar la consecución de todos estos objetivos²⁴.

Sin duda, la puesta en marcha de estas inquietudes es un reto para nuestro futuro inmediato, el de todos los nefrólogos y la SEN. Con el fin de aglutinarlas se ha creado, dentro de la SEN, el Grupo de Trabajo de Nefrología Ambulatoria, específicamente dedicado a abordar la coordinación e integración de niveles asistenciales alrededor del enfermo renal quien, a fin de cuentas, debe ser su principal beneficiario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Botella J: Historia de la Nefrología Iberoamericana. España. *Nefrología* 12 (Supl. 3): 3-9, 1992.
2. Sociedad Española de Nefrología: El libro blanco de la Nefrología española (II). *Nefrología* 20: 214-233, 2000.
3. Pascual J, Quereda C, Orte L, Ortuño J: Una vieja asignatura pendiente: la consulta de nefrología en el ambulatorio de área. *Nefrología* 13: 106-110, 1993.
4. Pascual J, Orte L, Quereda J, Liaño F, Ortuño J: La consulta extrahospitalaria de nefrología: experiencia durante dos años de funcionamiento. *Nefrología* 15: 245-251, 1995.
5. Gómez Campderá F, Tejedor A, López Gómez JM, Jofré R: Nefrólogos en ambulatorios, ya. *Nefrología* 14: 116, 1994.
6. Robles NR: Nefrología extrahospitalaria: llegó el momento? *Nefrología* 14: 6-8, 1991.
7. Caridad A, Alonso JC, López-Menchero R, Sigüenza F: La consulta de Nefrología en el centro de especialidades de área de un hospital comarcal. *Nefrología* 16: 154-157, 1996.
8. Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD, Real Decreto 521/1987.
9. Ley General de Sanidad de 1986 (14/86, de 25 de Abril). Artículo 65.3.
10. Coresh J, Wei GL, McQuillan G y cols.: Prevalence of high blood pressure and elevated serum creatinine level in the United States: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey (1988-1994). *Arch Intern Med* 161: 1207-1216, 2001.
11. Coresh J, Byrd-Holt D, Astor BC y cols.: Chronic Kidney Disease Awareness, Prevalence, and Trends among U.S. Adults, 1999 to 2000. *J Am Soc Nephrol* 16: 180-188, 2005.
12. United States Renal Data System. Excerpts from the 2000 U.S. Renal Data System Annual Data Report: Atlas of End Stage Renal Disease in the United States. *Amer J Kidney Dis* 36: S1-S279, 2000.
13. De Francisco ALM y Otero A: Epidemiología de la enfermedad renal crónica en España. *Nefrología* 23: 475-477, 2003.
14. Parker TF, Blantz R, Hostetter T y cols.: The Chronic Kidney Disease Initiative. *J Am Soc Nephrol* 15: 708-716, 2004.
15. Sarnak MJ, Levey AS: Cardiovascular disease and chronic renal disease: a new paradigm. *Am J Kidney Dis* 35 (Supl. 1): S117-S131, 2000.
16. Hostetter TH: Chronic kidney disease predicts cardiovascular disease. *N Eng J Med* 351: 1344-1346, 2004.
17. Remuzzi G, Ruggenenti P, Perico N: Chronic renal diseases: renoprotective benefits of renin-angiotensin system inhibition. *Ann Intern Med* 136: 604-615, 2002.
18. Khan IH, Catto GRD, Edward N, McLeod AM: Chronic renal failure: factors influencing nephrology referral. *Quart J Med* 87: 559-564, 1994.
19. Estudio INESIR: Influencia del Nefrólogo Sobre la Insuficiencia Renal Crónica. *Nefrología Extrahospitalaria* 15: 5-10, 2004.
20. Normas de Actuación Clínica en Nefrología: Harcourt Brace de España S.A. Madrid. 1999.
21. Documento de Consenso 2002 sobre Pautas de Detección, Prevención y Tratamiento de la Nefropatía Diabética en España: Grupo Español de Estudio de la Nefropatía Diabética. *Nefrología* 22: 521-530, 2002.
22. Guía Clínica de la Insuficiencia Renal en Atención Primaria: *Nefrología* 21: 14-57, 2001.
23. Guías SEN: Riñón y Enfermedad Cardiovascular. *Nefrología* 24 (Supl. 6): 17-235, 2004.
24. Chavida F, Velázquez A, Sanz Guajardo D: Las guías clínicas nefrológicas en atención primaria. *Nefrología* 21: 3, 2001.