



NEFROLOGÍA CLÍNICA

¿Qué características tienen los pacientes que acuden por primera vez a consultas externas de nefrología?

J. Kanter, M. Puerta Carretero, M. Goicoechea, S. García de Vinuesa, F. Gómez-Campderá y J. Luño

Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Existe una alta prevalencia de enfermedad renal oculta en la población general, sin embargo no existe consenso sobre qué pacientes deben ser referidos precozmente a la consulta de nefrología. Recientemente se han diseñado algoritmos diagnósticos que intentan aclarar los criterios de derivación al nefrólogo¹, no obstante dada la diversidad de combinaciones de signos y síntomas en cada paciente, no han tenido éxito en facilitar criterios homogéneos de derivación para el médico de atención primaria.

El número de pacientes nuevos que acuden por primera vez a consultas externas de nefrología de nuestro hospital está incrementándose considerablemente, sin embargo los criterios de derivación desde Atención Primaria no son homogéneos. Así es muy frecuente recibir a pacientes mayores de 80 años con creatininas entre 1-1,5 mg/dl que deberían ser manejados y seguidos por su médico de Atención Primaria (MAP), y por otro lado acuden pacientes jóvenes con filtrado glomerular menor de 30 ml/min que se hubieran beneficiado de una referencia precoz al nefrólogo. De hecho no es infrecuente decidir la inclusión en programa de hemodiálisis en la 1ª consulta con los inconvenientes que ello conlleva para el paciente y para el sistema de salud.

Existen ya varios estudios publicados que evidencian los beneficios en cuanto a morbilidad y mortalidad cuando los pacientes son referidos precozmente al nefrólogo. El estudio multicéntrico INESIR desarrollado por la Sociedad Española de Nefrología que tuvo como objetivo aportar datos sobre la situación clínica, calidad de vida y costes de salud de los enfermos

con enfermedad renal crónica (ERC) informa que un 27% de los pacientes estudiados fueron referidos al nefrólogo en los 6 meses previos al inicio de diálisis². De esto se desprende la necesidad de mejorar la comunicación y coordinación entre los niveles de atención primaria y las diferentes especialidades para optimizar el manejo clínico de los pacientes con ERC.

El objetivo de este estudio fue analizar en un corte transversal las características de los pacientes enviados por primera vez a la consulta de nefrología durante un año.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo que incluye en un corte transversal a todos los pacientes vistos por primera vez en la consulta de Nefrología durante un período de un año. Nuestro centro es el hospital de referencia del Área 1 de la Comunidad de Madrid y atiende a una población de «hecho» de 630.000 habitantes. Se recogieron los antecedentes personales de los pacientes: diabetes mellitus, hipertensión arterial (HTA), accidente cerebro vascular previo, presencia de arteriopatía periférica, dislipemia y cardiopatía isquémica. Así como las siguientes variables: médico referente y motivo de consulta, tratamiento antihipertensivo previo y cifras de presión arterial sistólica, diastólica y presión del pulso (PP). Se determinaron niveles de creatinina, potasio, colesterol total y triglicéridos medidos en mg/dl y de microalbuminuria, proteinuria en 24 horas y sedimento de orina. Se calculó el aclaramiento de creatinina medido en orina de 24 horas no corregido para la superficie corporal.

Análisis estadístico

Todos los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 9. Las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias absolutas y por-

Correspondencia: Dr. M. A. Goicoechea
Servicio de Nefrología
HGU Gregorio Marañón
Dr. Esquerdo, 46
28007 Madrid

centajes mientras que las variables cuantitativas lo fueron como media y desviación típica. Para comparación de variables cuantitativas se utilizó el test *t* de Student y para variables cualitativas el test de Chi-cuadrado (una $p < 0,05$ fue considerada como estadísticamente significativa).

RESULTADOS

Se incluyeron 746 pacientes que acudieron por primera vez a la consulta externa de nefrología entre los meses de enero y diciembre del año 2003. El 18% de los pacientes no se realizaron las pruebas que se les indicó en la primera consulta perdiéndose su seguimiento. Se examinaron las características de un total de 612 enfermos, de los cuales el 56% fueron hombres y el 44% mujeres siendo la edad media de $60,5 \pm 19$ años. Un 65% de los enfermos fueron remitidos por su MAP (fig. 1).

El *motivo de consulta* fue: 64% debido a insuficiencia renal, 9% proteinuria y/o microalbuminuria, 9% hematuria (macro o micro), 6% hipertensión arterial, 4% litiasis renal y/o infección urinaria, 5% enfermedades sistémicas y un 3% por otras causas (fig. 2).

El 28,4% de los enfermos eran diabéticos, un 11% tenían cardiopatía isquémica, 71% hipertensión arterial, 7,4% accidente cardiovascular, 6,8% arteriopatía periférica y el 32,4% dislipemia, de los cuales el 22% recibían tratamiento con estatinas.

Entre los pacientes remitidos por *insuficiencia renal* (59,5%), el aclaramiento de creatinina fue menor de 60 ml/min en el 69,4%, entre 60-89 ml/min en el 21,6% de los pacientes y en el 9% restante fue mayor o igual a 90 ml/min. Sin embargo encontramos que un 15,4% de pacientes remitidos por otras causas presentaban aclaramiento de creatinina menor a 60 ml/min.

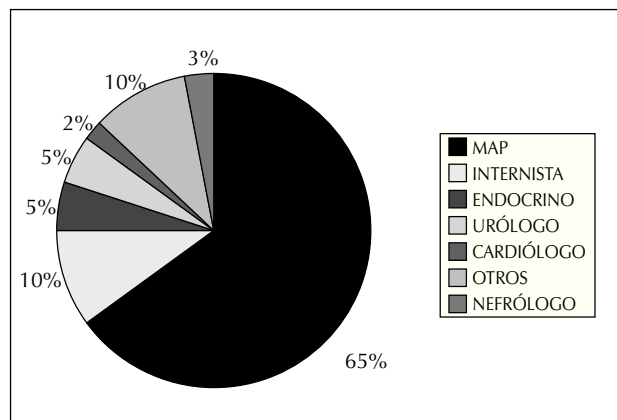


Fig. 1.—Procedencia de los pacientes.

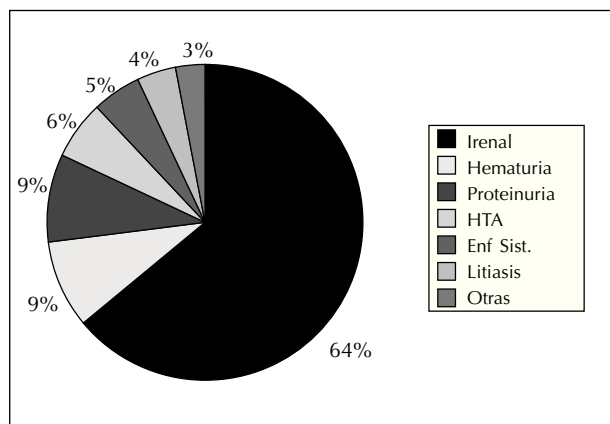


Fig. 2.—Motivo de consulta.

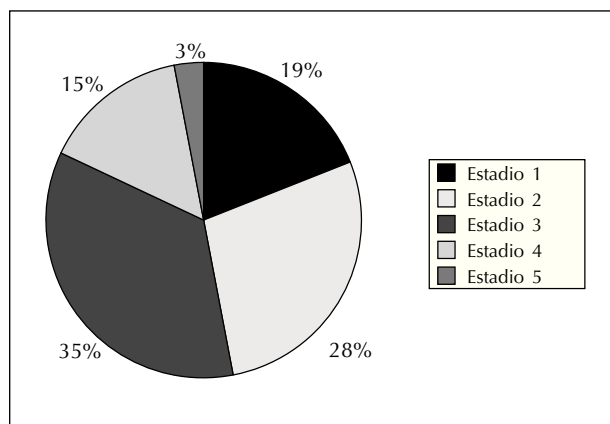


Fig. 3.—Estadios de ERC.

En la figura 3 se muestra el porcentaje de enfermos vistos en consulta según el grado de ERC (guías DOQI). Comparamos las características de los pacientes que presentaban FG menor de 60 ml/min con el resto, encontrando que éstos tenían más edad ($p < 0,0001$), eran más hipertensos presentando mayor presión de pulso ($p < 0,0001$) y peor control de presión arterial sistólica ($p < 0,005$); y peor perfil lipídico con niveles más elevados de triglicéridos. Además eran pacientes con mayor riesgo cardiovascular, más diabéticos ($p < 0,0001$), más hipertensos ($p < 0,0001$) con más arteriopatía periférica ($p < 0,0001$) y más accidentes cerebro vasculares previos ($p < 0,001$) y estaban en un mayor porcentaje antiagregados ($p < 0,000$) al llegar a la consulta de Nefrología (tabla I).

Entre los pacientes que tenían previamente tratamiento para la HTA, el 29% usaba 1 fármaco antihipertensivo, el 24% usaba 2 fármacos, el 8% usaba 3 y solo el 4% estaba medicado con 4 fármacos. Los fármacos más usados fueron los diuréticos e IECAS con un 30% cada uno y los antagonistas de los re-

Tabla I. Comparación de los parámetros analíticos y antecedentes cardiovasculares entre pacientes remitidos con FG < 60 y = 60 ml/min

Filtrado glomerular	< 60 ml/min (n = 312)	= 60 ml/min (n = 300)	p
Edad (años)	70,45 ± 12,6	50,3 ± 18	0,000
TAS (mmHg)	146,3 ± 24	132 ± 21	0,005
PP (mmHg)	67,16 ± 20	53,7 ± 17	0,000
K (mEq/l)	4,8 ± 3	4,2 ± 0,4	0,001
Creatinina (mg/dl)	1,93 ± 0,8	1,14 ± 0,3	0,000
TG (mg/dl)	136,5 ± 95	115 ± 74	0,01
Antiagregantes	33,2%	14,1%	0,000
Dislipemia	35,1%	30%	0,27
DM	35,1%	18%	0,000
HTA	90,1%	52,5%	0,000
ACV	12,9%	3%	0,001
EVP	13,4%	1%	0,000

Abreviaturas en texto.

ceptores de la angiotensina II en un 12%. De los pacientes que venían remitidos por proteinuria y/o microalbuminuria se confirmó el diagnóstico en el 83,9%. Del total de pacientes remitidos el 23% presentaba proteinuria y/o microalbuminuria siendo la media de la proteinuria de $0,33 \pm 1,16$ g/día.

DISCUSIÓN

En la actualidad está aumentando progresivamente el volumen de enfermos remitidos por primera vez a la consulta externa de Nefrología debido al aumento de la esperanza de vida de la población, la mayor prevalencia de enfermedades que conllevan factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión y la diabetes mellitus y el avance de los métodos de diagnóstico y tratamiento.

Según este análisis un gran porcentaje de enfermos es remitido con un FG menor de 60 ml/min y con una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular; sin embargo solo un pequeño porcentaje es remitido sin tener justificación nefrológica. Esta situación es similar a la hallada en la literatura, donde se confirma que un importante porcentaje de pacientes es remitido a Nefrología demasiado tarde^{3,4}. Según nuestros resultados es importante resaltar que existe un porcentaje no despreciable de pacientes que no acuden a la segunda cita y que tampoco se realizan las analíticas solicitadas.

La interacción entre Atención Primaria y especializada es uno de los temas más importantes para mejorar la calidad de atención de esta población, ya que los nefrólogos no pueden asumir la responsabilidad de todos los pacientes con ERC⁵. La remisión tardía de pacientes a Nefrología se ha mostrado como un factor de riesgo para inicio de diálisis no programada⁶ y para una mayor mortalidad de los pacientes en diálisis⁷. De ello deriva la necesidad de

acordar con Atención Primaria y el resto de especialidades la detección precoz de la ERC y su remisión precoz a Nefrología con el objetivo de retrasar la progresión de la enfermedad renal, controlar la morbilidad asociada, disminuir la hospitalización de estos pacientes y mejorar su calidad de vida.

La falta de estudios prospectivos y las diferentes definiciones sobre remisión precoz y tardía constituyen problemas para analizar adecuadamente la mortalidad de la ERC⁸. Habría que lograr consensos entre los médicos de cabecera y especialidades; además de pactar visitas bilaterales teniendo en cuenta que un buen control de diabetes mellitus e hipertensión arterial podría reducir considerablemente la progresión de la ERC. Una de las soluciones sería mejorar los sistemas de información de tal forma que hubiera una comunicación fluida entre las especialidades y fácil acceso a los datos de los pacientes de forma bilateral.

BIBLIOGRAFÍA

- Bonet Plá A, Navarro Pérez J: Insuficiencia renal crónica, algoritmo diagnóstico. Criterios de derivación. *Nefrología extrahospitalaria* 13: 15-18, 2004.
- ¿Por qué se retrasa el envío al nefrólogo y el inicio de la diálisis? Estudio INESIR. *Nefrología Extrahospitalaria* 15: 18-25, 2004.
- Obrador GT, Pereira BJ: 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: 398-417, 1998.
- Jungers P, Zingraff J, Page B, Albouze G, Hannedouche T, Man NK: Detrimental effects of late referral in patients with chronic renal failure: a case-control study. *Kidney Int* 43 (Supl. 4): S170-3, 1993.
- Wendy L. St Peter, Pharm D, Anton C. Schoolwerth, MD, Tracy McGowan, MD, William M. McClellan, MD: Chronic kidney disease: Issues and establishing programs and clinics for improved patient outcomes. *Am J Kidney Dis* 41: 903-924, 2003.
- Lamiere N, Wauters JP, Górritz JL, Van Biesen W, Vanholder R: An update on the referral pattern of patients with end stage renal disease. *Kidney Int* 80: 27-34, 2002.
- Winkelmayer WC, Owen WF Jr, Levin R, Avorn J: A propensity analysis of late versus early nephrologist referral and mortality on dialysis. *J Am Soc Nephrol* 14: 486-92, 2003.
- Górriz JL: Enfermedad renal crónica: detección prevención y remisión adecuada a nefrología. *Nefrología Extrahospitalaria* 11: 13-18, 2004.