



Es necesaria la implantación de la consulta nefrológica extrahospitalaria

R.. Ramos y C. Soto

Hospital St. Antoni Abat, Barcelona.

Sr. Director:

Desde hace unos años se ha planteado en nuestra sociedad la importancia de la implantación de la consulta extrahospitalaria del paciente renal. La ventaja residiría principalmente en una mejor preparación del paciente renal.

La consulta fue inaugurada en noviembre del 2002. La comarca donde se realiza posee un censo aproximado de 117.000 habitantes. Durante el período de enero del 2003 a diciembre del 2004, se realizaron 260 primeras visitas. De ellos un 59,5% fueron varones y un 40,5% fueron mujeres. La edad media fue de 65 años \pm 15.

La distribución de edades fue la siguiente: > de 80 años: 19,5%. Entre 70 y 79 años: 26%. Entre 60-69 años: 24,5%. Entre 50 y 59 años: 12,5%. Entre 30 y 39 años: 4,5%. Entre 18 y 29 años: 3,5% y de menos de 18 años: 0,5%.

La mayoría de ellos fueron derivados de la atención primaria de la comarca (51,7%) y en menor medida por alguno de los grandes centros hospitalarios (22,7%). El resto eran derivados por el Hospital comarcal de referencia de 2º nivel (22,2%) y del Servicio de Geriátrica del propio Centro (3,4%). Los pacientes derivados del Hospital comarcal de referencia procedían del Servicio de Urología, Medicina Interna y Endocrinología en igual proporción. Los motivos de derivación fueron diversos y en un tanto por ciento nada despreciable (6,9-10,8%) no requirieron atención especializada nefrológica posterior a la primera visita. La mayoría fueron derivados por Insuficiencia renal crónica avanzada (grado III-IV moderada severa) sin haber sido controlados previamente por otro nefrólogo. Una gran proporción de éstos y, como era de esperar, era secundaria a nefropatía diabética. En la tabla I están desglosados las diferentes etiologías, habiendo separado las nefropatías diabéticas de las de otra causa. Se realizaron 24 fístulas arteriovenosas para inicio de hemodiálisis de forma ambulatoria cuando el aclaramiento de creatinina estaba entre 15 y 20 ml/minuto. Todos ellos entraron en programa de hemodiálisis de forma ambulatoria no requiriendo ninguno ingreso hospitalario para su inicio. Todos ellos tenían pautado tratamiento con Eri-

Tabla I.

Etiología	N.º de pacientes	%
IRC no nefropatía diabética	101	39,0
Nefropatía diabética	56	21,6
IRC en hemodiálisis	19	7,3
Poliquistosis	17	6,6
HTA aislada	13	5,0
Hematuria aislada	8	3,1
Proteinuria	7	2,7
Litiasis renal	6	2,3
Trasplante renal	4	1,5
ITUS de repetición	3	1,2
FRA	3	1,2
Nefropatía obstructiva	3	1,2
Quiste renal simple	2	0,8
Sd nefrótica	2	0,8
Hipercalciuria	1	0,4
Adenocarcinoma renal	1	0,4
Anemia aislada	1	0,4
Monorrena/seguimiento	1	0,4
Edemas aislados	1	0,4
No clasificados	10	3,9

tropoyetina subcutánea de forma ambulatoria desde la consulta prediálisis. Ninguno requirió transfusión de concentrado de hemáties ni tampoco acceso vascular transitorio.

La atención médica especializada permite diagnosticar y tratar patologías que, sin duda, se demorarían en listas de espera de los grandes centros de nefrología¹. El buen control de la anemia con la administración de la eritropoyetina en los hospitales de primer y segundo nivel donde exista un nefrólogo ambulatorio, permitirá mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. Un control adecuado del metabolismo calcio-fósforo y de la Tensión arterial permitirá también ofrecer una mejor atención a nuestros pacientes².

Es preciso una relación bidireccional con los demás especialistas, tanto atención primaria como endocrinos, internistas y otros³. El establecimiento de una educación nefrológica en los programas de formación continuada de atención primaria ayudará a dirigir las derivaciones⁴.

Por todo lo expuesto, especialmente por la calidad asistencial de nuestros pacientes, creemos indicado el establecimiento de la Nefrología extrahospitalaria de forma extendida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lhotta K y cols.: Late referral defined by renal function: association with morbidity and mortality. *J Nephrol* 16 (6): 855-61, 2003.
2. Kausz AT y cols.: Management of patients with chronic renal insufficiency in the Northeastern United States. *J Am Soc Nephrol* 12 (7): 1501-7, 2001.
3. Harris LE: Effects of multidisciplinary case management in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Med* 105 (6): 464-71, 1998.
4. Orte LM y cols.: Evaluar, promover y facilitar la conexión asistencia y docente entre Atención Primaria y Nefrología. *Nefrología Extrahospitalaria* nº 14, 2004.