

Una vieja asignatura pendiente: la consulta de nefrología en el ambulatorio de área

J. Pascual, C. Quereda, L. Orte y J. Ortuño

Servicio de Nefrología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Durante la década de los años sesenta se desarrolla a nivel nacional e internacional la Nefrología, especialidad médica que comprende todos los problemas diagnósticos y terapéuticos de las enfermedades renales. En sus comienzos nuestra especialidad tuvo importantes dificultades para su reconocimiento general, para su separación clara con la Urología y la Medicina Interna y para su implantación en los grandes hospitales de la Seguridad Social. En la actualidad parece incuestionable su trascendencia como especialidad y su papel fundamental en todos los hospitales de alto nivel asistencial y en la mayoría de los hospitales comarcales de nuestro país. Después de una larga etapa de imparable expansión, la Nefrología se encuentra actualmente en un momento de crisis, en el que la hipertrofia de los distintos servicios hospitalarios y las dificultades presupuestarias han creado generaciones de nefrólogos jóvenes que no ven clara su capacidad de desarrollo. En concreto, nos encontramos por primera vez en estos últimos años con un importante número de nefrólogos cualificados de reciente formación sin un trabajo adecuado. Parece, por tanto, urgente superar el viejo tabú de considerarse una torre de marfil hospitalaria, acunado inexorablemente por la propia especialidad durante toda su existencia. En palabras de J. Botella, «el nefrólogo debe dejar de ser un médico exclusivamente de hospital; estamos perdiendo la hipertensión y nos estamos agolpando en los servicios hospitalarios»¹.

La hipertensión arterial como problema crucial de salud

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo de padecer cardiopatía isquémica o accidentes cerebrovasculares, primera causa de enfermedad y muerte en los países desarrollados. En España, la mortalidad por enfermedad coronaria no es tan elevada como en otros países occidentales, si bien se ha observado un aumento importante y progresivo de la misma en los úl-

timos años. En USA, país en el que se ha conseguido una reducción de la mortalidad cardiovascular en un 20 % en las últimas décadas², se ha observado paralelamente una acusada mejoría en la lucha contra la HTA, tal y como se deduce de los datos de la National Health and Nutrition Examination Surveys³.

Por el contrario, parece que sólo un 7 % de los hipertensos españoles está adecuadamente tratado y controlado⁴; ello, junto a una estabilización de los índices de tabaquismo y a un incremento de los niveles de colesterol como consecuencia de los cambios en el hábito dietético, señala la posibilidad de un aumento progresivo de la prevalencia de la enfermedad coronaria en nuestro país en los próximos años y hace prioritaria la adopción de medidas de control global de tales factores de riesgo. Se estima que la prevalencia de la HTA en España es al menos de un 20 % y aumenta con la edad. Todos estos aspectos cualitativos y cuantitativos hacen que el control de la HTA constituya un problema de salud pública de primera magnitud.

Existen dos estrategias complementarias de control de la HTA: 1) Estrategia de control general en la que se detectan factores de riesgo y se aplican medidas preventivas a toda la población, consiguiéndose pequeñas reducciones del riesgo que, al afectar a grandes masas de individuos, consiguen una importante reducción del número de hipertensos. Los responsables fundamentales de la ejecución de este tipo de estrategia son las autoridades sanitarias. 2) Estrategia de población de riesgo, en la que se actúa sobre individuos con alto riesgo de padecer la enfermedad: es una estrategia más individualizada en la que el personal sanitario tiene gran responsabilidad. Parece probado que el objetivo de cualquier campaña de lucha contra la HTA debe ser la detección y tratamiento del mayor número de hipertensos posible, y en las zonas en las que se han realizado esfuerzos especiales se ha conseguido controlar un elevado porcentaje de hipertensos a medio plazo⁵.

El control del hipertenso: problema en tres fases

Dado que la HTA es una situación habitualmente asintomática, la primera fase en el problema de su control debe ser la identificación de toda aquella población sus-

Correspondencia: Dr. J. Pascual.
Servicio de Nefrología.
Hospital Ramón y Cajal.
Ctra. Colmenar, km 9,100.
28034 Madrid.

ceptible de beneficiarse de un descenso de la tensión arterial (TA). Es responsabilidad del especialista —compartida con la Administración— aconsejar a la población la toma periódica de la TA y la concienciación de todos los profesionales sanitarios en este objetivo. Detectado el paciente hipertenso, la segunda fase debe centrarse en la realización de una evaluación global, en la que mantengan un razonable equilibrio criterios de exhaustividad frente al beneficio/costo, y el inicio de un tratamiento individualizado. En este sentido es fundamental considerar la HTA en el contexto de un problema metabólico general y al sujeto hipertenso como diana de la sumación de múltiples factores de riesgo. La labor del médico bien formado es clave, pues es necesario que explique al paciente su enfermedad y los objetivos del tratamiento, así como que seleccione el régimen terapéutico adecuado en cada caso. La tercera fase es la más importante, ya que comienza inmediatamente después de que el hipertenso detectado inicia un tratamiento dietético y farmacológico: es la fase de seguimiento y control a largo plazo, en la que el médico debe verificar si el tratamiento es adecuado, efectivo en el control de la TA y factores de riesgo, y si tiene efectos secundarios, en muchas ocasiones más contraproducentes que la propia enfermedad. Esta tercera fase constituye muy probablemente la más deficitaria en el momento actual de las que son responsabilidad directa del médico, y por diversas razones comentadas más adelante ha estado generalmente caracterizada por el fracaso terapéutico.

Fracaso terapéutico: la norma

La primera razón de que buena parte de los hipertensos detectados que inician un determinado régimen terapéutico se mantengan mal controlados radica en errores de las determinaciones puntuales de TA en consulta. Es fundamental una técnica de toma de TA correcta, y la confirmación de cifras supuestamente erróneas con visitas repetidas, antes de adoptar cambios en la actitud terapéutica. Por otra parte, está suficientemente demostrada la baja sensibilidad de la toma única de TA para controlar al paciente hipertenso, y en el momento actual parece que resulta ya casi imprescindible el control ambulatorio de TA en 24 horas con técnica de Holter para un adecuado seguimiento, sobre todo en determinados casos.

Un segundo aspecto clave en el fracaso terapéutico es la ausencia de mecanismos de retroalimentación en este tipo de tratamiento. Lo típico de la actuación terapéutica suele ser el alivio de síntomas, que facilita la adhesión del paciente al tratamiento. Sin embargo, la actuación sobre pacientes hipertensos habitualmente asintomáticos y, lo que es peor, el desencadenamiento de efectos indeseables con el tratamiento provocan la escasa adhesión al tratamiento de enfermos que no comprueban alivio de sus inexistentes síntomas previos, sino más bien su propio deterioro.

Todo ello genera un enorme costo económico y una gran desviación de recursos de todo tipo, sin un evidente efecto sobre el control sanitario de la población. Este ingente costo se agrava con la tendencia a la polifarmacia y con la presión que sobre los centros de atención primaria ejercen las empresas farmacéuticas. Esta presión empuja al médico al cambio constante de medicación y a la prescripción de fármacos progresivamente más caros y sin beneficio adicional demostrado sobre otros de conocida eficacia y de costo muy inferior.

Parece, por lo tanto, de importancia acometer no sólo un programa de educación del paciente hipertenso individualizado, sino además permitir el acceso del médico de atención primaria a la información necesaria, a la referencia adecuada para cada caso, que sólo un especialista puede ofrecerle.

¿Cómo romper este círculo defectuoso?

El problema planteado por la HT es de tal magnitud que cualquier iniciativa dirigida a mejorar su control precisa la colaboración de todo el personal sanitario y de la Administración; aunque el médico general o de familia ostenta un papel fundamental de contacto frecuente y directo con el enfermo, la labor de los distintos especialistas y del personal de enfermería es imprescindible.

Por otro lado, puede también afirmarse que están condenadas al fracaso las iniciativas de control de la HTA que no se limiten a zonas concretas con campañas especiales⁵, y por ello todo progreso de estas iniciativas pasa por su concreción en el ámbito del área sanitaria, con una población determinada y con medios humanos y materiales definidos.

Lamentablemente, el personal de enfermería ha tenido hasta ahora un papel secundario en el control y tratamiento de la HTA, limitándose a la toma de la TA con el manguito de presión. Resulta obvio que, dada la gran importancia de la labor de educación sanitaria y de control periódico del cumplimiento y efectividad del tratamiento prescrito, el trabajo de enfermería es absolutamente crucial. Un ATS entrenado, trabajando en estrecha colaboración con un nefrólogo, puede desarrollar por sí mismo la mayor parte de las actividades de una consulta ambulatoria de este tipo.

El papel a desarrollar por el nefrólogo en el progreso del control y tratamiento de la HTA está lejos de toda duda. El riñón participa de modo activo en el inicio, desarrollo y/o mantenimiento de prácticamente todos los tipos de HTA. Además, es uno de los órganos diana fundamentales en la repercusión de la HTA; no vamos a incidir en las consecuencias personales y sociales del desarrollo de insuficiencia renal terminal. Por otra parte, desde el inicio de la asistencia sanitaria hospitalaria, y durante años, el manejo de la HTA en sus vertientes asistencial, docente e investigadora clínica ha sido un campo de interés delegado, casi en exclusiva, al Servicio de Nefro-

logía. La salida del nefrólogo al control extrahospitalario de la HTA es una de las viejas asignaturas pendientes de la especialidad y una deuda contraída para la adecuada coordinación y motivación de todos los médicos del área sanitaria en lo que al tratamiento racional de la HTA se refiere.

No sólo hipertensión

Si bien la HTA, por su frecuencia e importancia como problema de salud pública, debe ser en la actualidad el objetivo terapéutico fundamental de una consulta de Nefrología, no debería constituir en modo alguno la labor única de nuestra especialidad en el ámbito ambulatorio. La afectación renal de la diabetes mellitus, enfermedad de enorme importancia en el mundo desarrollado, no se encuentra en el momento actual en niveles correctos de asistencia. Es incuestionable que la nefropatía diabética se diagnostica tarde, que no la diagnostica ni trata el nefrólogo en sus fases más precoces —cuando el tratamiento puede tener importancia para la prevención de su progresión— y que dicho tratamiento debería realizarse de forma coordinada con el endocrinólogo en el ámbito de la asistencia ambulatoria. La litiasis renal, problema clínico de gran trascendencia por su frecuencia y costos sociales y económicos, requiere más atención por parte del nefrólogo. Su detección precoz, el estudio metabólico, la prevención de la formación de nuevos cálculos o aumento de los previos, y de su posible responsabilidad en el inicio o progresión de la insuficiencia renal, puede perfectamente llevarse a cabo en el ámbito de la consulta de Nefrología del ambulatorio.

Clásicamente, problemas nefrológicos como las alteraciones asintomáticas del sedimento urinario, la elevación incipiente de productos nitrogenados en sangre o el desarrollo de edemas han sido estudiados por el urólogo en su consulta ambulatoria o bien directamente por el nefrólogo en ambiente hospitalario. Se ha eludido, por tanto, una fase de estudio nefrológico ambulatorio a todas luces positiva tanto para el enfermo, que en muchos casos no necesita el contacto con el hospital, como para los médicos de asistencia primaria, con los que desde el ambulatorio de área puede establecerse un contacto más fluido.

La consulta de nefrología en el ambulatorio

La elevada prevalencia ya reseñada de la HTA en nuestro país y la deficiente atención actual del problema exige la participación de todo el personal sanitario y en especial de los médicos generales en el control de la misma. Por ejemplo, en el Área Sanitaria 4 de Madrid, cuya atención especializada se centra en el Hospital Ramón y Cajal y en los ambulatorios de San Blas y Vicente Muzas, se atiende una población de 419.352 personas mayores

de 14 años⁶, que, con una prevalencia estimada de HTA del 20 %, generaría unos 83.800 hipertensos: harían falta para su correcta atención más de 80 consultas específicas que atendieran unos 1.000 pacientes por consulta/año (unas 4.000 visitas/año). Tal planteamiento no es viable desde el punto de vista económico, por lo que se hace imprescindible la implicación de todo el sistema sanitario. Ninguna consulta o especialista puede, por tanto, asumir en exclusiva el tratamiento de la HTA. Sí pueden, por el contrario, realizar una labor de apoyo y estímulo al médico general. De igual manera, la consulta puede servir como centro de referencia para enfermos de difícil manejo o que precisen estudio más profundo, constituyendo un filtro clave e inexistente en la actualidad para paliar listas de espera de consultas también dedicadas al estudio de pacientes con HTA, como Medicina Interna, Endocrinología o Cardiología. Además, puede constituir el marco idóneo para la realización de programas concretos de tratamiento de la HTA en sectores de riesgo determinados, así como de ensayos clínicos tanto dietéticos como farmacológicos.

Un plan general de actuación en una consulta de este tipo podría ser el esbozado a continuación. El paciente remitido a la consulta de Nefrología e Hipertensión del área desde su centro de salud o por su médico general, bien con el diagnóstico inicial de HTA sin tratamiento, bien con el diagnóstico inicial de HTA y un período variable de tratamiento, motivará tras una primera evaluación su envío al hospital (limitado a menos del 5 % de casos para maniobras de diagnóstico y/o terapéutica invasiva) o su asignación a una de las dos modalidades básicas de seguimiento: 1) seguimiento de atención individualizada, y 2) seguimiento convencional. El seguimiento de atención individualizada se hará con el control estrecho de la consulta específica de enfermería en su triple vertiente de plan de formación, elaboración de tarjetas de factores de riesgo y el programa de control de TA en casa, tal y como se esquematiza en la figura 1.

Funciones de la consulta de enfermería

El ATS es fundamental para el funcionamiento de la consulta, dado que en él recae la organización del trabajo y el contacto más directo y continuado con el enfermo. De su motivación e interés dependerá la consecución de los objetivos. Las actividades que realizará serán múltiples. En primer lugar, recibir al paciente que llega a la consulta con objeto de recopilar y ordenar toda la información remitida por el médico general para confirmar el diagnóstico de HTA y establecer su situación de riesgo. Al paciente realmente hipertenso le realizará historia clínica, medición de TA en ambos brazos, decúbito y bipedestación y le pedirá la analítica del protocolo básico: hemograma, creatinina, urea, glucosa, iones, lípidos y ácido úrico en sangre, estudio elemental de orina, electrocardiograma y radiografía de tórax.



**Tiene los ojos de su madre, la sonrisa de su padre
y un riñón trasplantado...**

Para muchos, un trasplante todavía tiene algo de milagro. ¿Pero se repite un milagro decenas de millares de veces?

Los avances y la colaboración de diferentes campos de la Medicina han logrado que pacientes gravemente enfermos hayan conseguido disfrutar de una vida activa y satisfactoria gracias a un trasplante.

Y a ello ha contribuido **Sandimmun®** abriendo una nueva era en la inmunosupresión. Los trasplantes de riñón, hígado y corazón se han convertido en una opción más segura y más real para miles de pacientes.

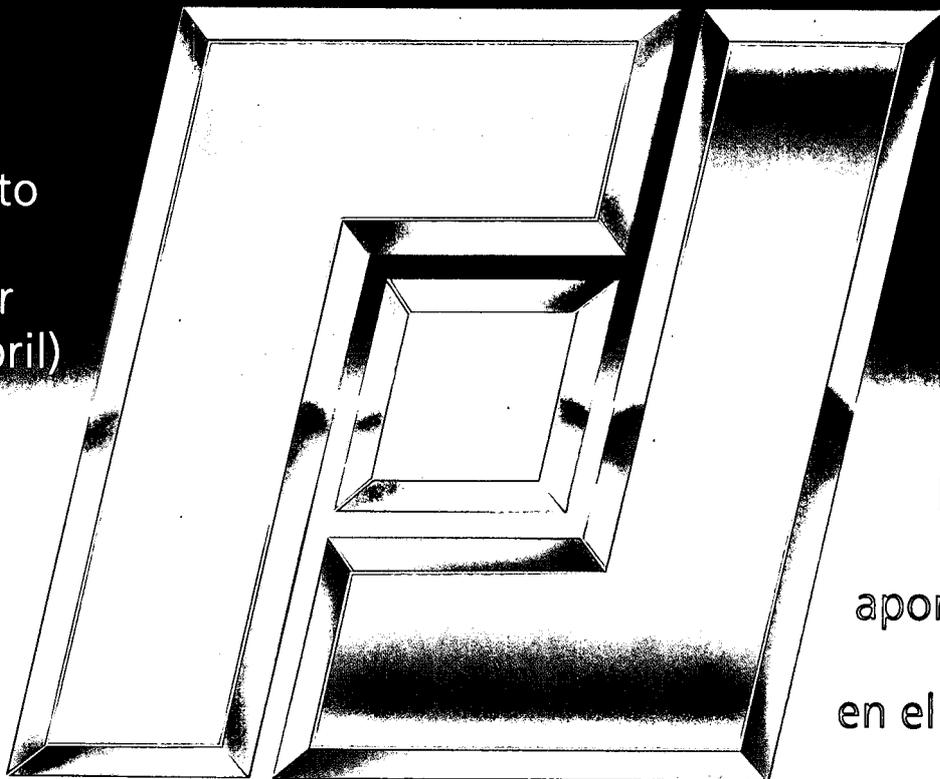
 **Sandimmun®**
Ciclosporina (DCI)

**el compañero vital
en el trasplante**

Composición: 1 ml de solución (vía oral) = Ciclosporina (DCI) 100 mg, Etanol absoluto 100 mg. **Indicaciones:** -Trasplante de órganos: Como inmunosupresor, bien sólo o asociado a corticosteroides, para prevenir el rechazo del injerto en los trasplantes de riñón, hígado, páncreas, corazón y pulmón. Puede utilizarse en pacientes que previamente han recibido otros agentes inmunosupresores. - Trasplante de médula ósea: Para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de médula ósea y en la profilaxis y tratamiento de la enfermedad del injerto contra el huésped. - Uveítis endógena: Uveítis intermedia o posterior no-infecciosa, refractaria, activa, con riesgo de pérdida de visión. Uveítis de la enfermedad de Behçet. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad conocida a la ciclosporina. **Precauciones:** Sandimmun® debe ser usado exclusivamente por médicos con experiencia en trasplante de órganos o de médula ósea y en tratamientos inmunosupresores. El seguimiento de los pacientes se hará en centros asistenciales debidamente equipados para ello y que cuenten con personal sanitario experimentado. El médico responsable del tratamiento de mantenimiento recibirá la información completa y necesaria para el seguimiento del paciente. **Interacciones:** Se recomienda evitar la administración simultánea de ciclosporina con antibióticos sistémicos, aminoglucósidos, anfotericina B, trimetoprim, ketokonazol, eritromicina, diltiazem, nicardipina, fenitoína, fenobarbital, rifampicina, carbamazepina, isoniazida, sulfadimidina, doxiciclina y contraceptivos orales. Después de la administración de dosis altas de metilprednisolona se ha observado que Sandimmun® puede reducir el aclaramiento de prednisolona y los niveles sanguíneos de ciclosporina pueden aumentarse. **Efectos secundarios:** El efecto secundario potencialmente más importante es el deterioro reversible y dosis dependiente de la función renal. Con cierta frecuencia aparecen: hipertricosis, temblor, alteraciones hepáticas, hipertrofia gingival, hipertensión y trastornos gastrointestinales. **Presentación:** Envase de 50 ml, P.V.P. 30.101,- ptas. Otras presentaciones: Concentrado para perfusión i.v. Envases con 10 ampollas de 1 ml, 4.727,- ptas. Envases con 10 ampollas de 5 ml, 21.988,- Ptas.

Una trayectoria de innovación en el tratamiento de la HTA

En la década
de los 80
revoluciona
el tratamiento
de la HTA
con el primer
IECA (captopril)



En la década
de los 90
aporta un nuevo
concepto
en el tratamiento
de la HTA

F O S I N O P R I L

El primer representante
de una nueva generación
de IECAS

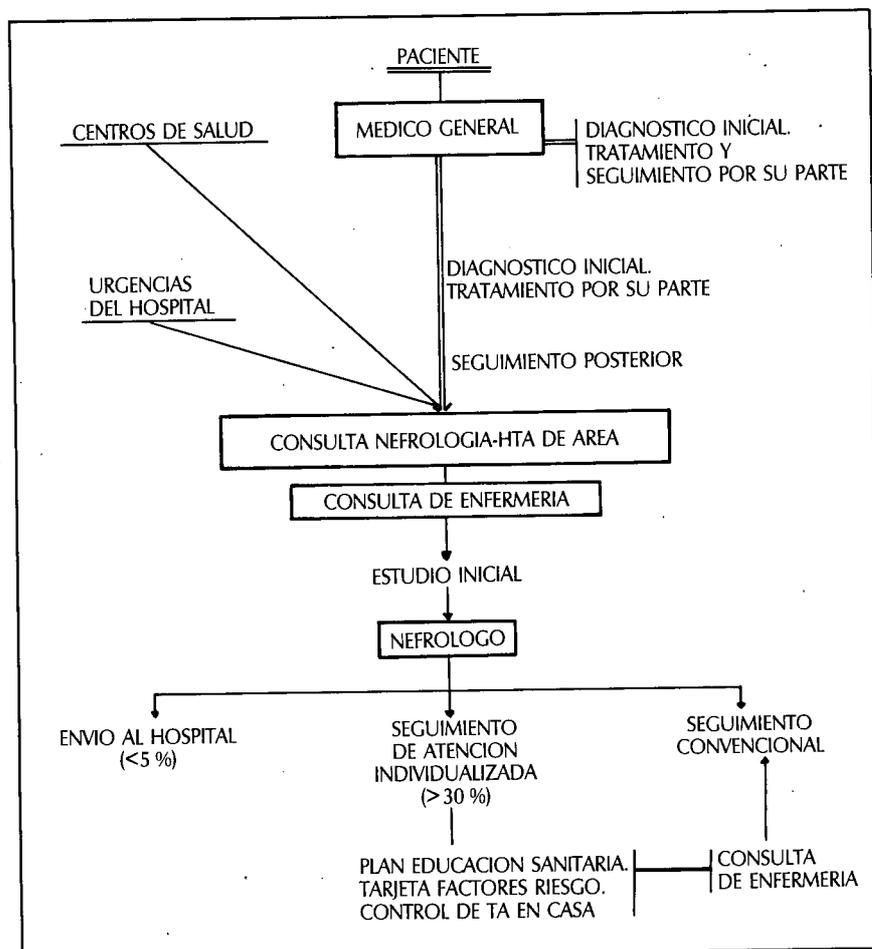
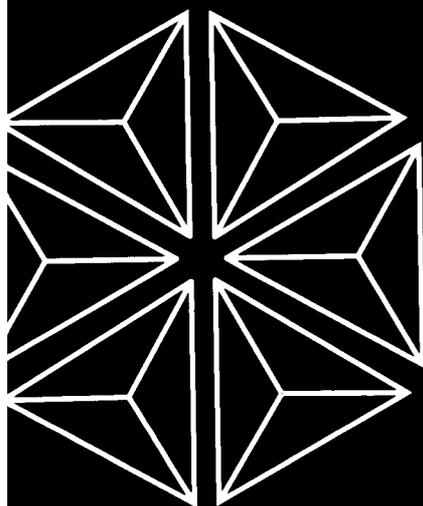


Fig. 1.—Esquema de actuación en una consulta ambulatoria de Nefrología e Hipertensión.

Tras ello concertará cita en consulta médica para una fecha en la que estén los resultados de las pruebas solicitadas. El médico establecerá el diagnóstico definitivo y el tratamiento y asignará al paciente a una de las dos modalidades de seguimiento. En el grupo de seguimiento convencional, el ATS revisará periódicamente al paciente, midiéndole la TA e interrogándole sobre el seguimiento, efectividad e inocuidad del tratamiento administrado. En el grupo de atención individualizada, llevará a cabo además el plan de educación sanitaria, elaborará la tarjeta de factores de riesgo y realizará el programa de control de la TA en casa como tres pilares claves de actuación.

Un interés sobreañadido de este último tipo de consulta supone la posibilidad de realizar la mayoría de los controles, por parte del ATS, mediante un protocolo de revisiones o visitas concertadas. Este no sólo permite desarrollar en atención primaria el concepto de programación adecuada de la actividad asistencial en equipo, sino que puede detectar precozmente a aquellos pacientes que no acuden a la visita y citarlos nuevamente.

La disminución de la morbilidad en sujetos con HTA requiere el convencimiento de éstos para que cambien al-

gunos de sus hábitos y/o tomen alguna medicación durante toda su vida. Evidentemente, esto van a hacerlo mejor si comprenden la importancia del problema y la racionalidad de las medidas terapéuticas propuestas. El ATS, por tanto, deberá informar a los pacientes sobre las posibles complicaciones de la HTA, evitables si se sigue el tratamiento de forma continuada; informar sobre la importancia de controlar todos los factores de riesgo (hipercolesterolemia, tabaquismo, etc.); subrayar la necesidad de seguir adecuadamente el tratamiento: tomar regularmente la medicación con la dosis prescrita, no abandonar la medicación si se normaliza la TA y controlar periódicamente la TA (mensualmente una vez normalizada). En una palabra, deberá implicar profundamente al paciente en su propio tratamiento y control.

Funciones del nefrólogo

Una de sus misiones principales es la formación y motivación del personal de enfermería encargado de la consulta. El nefrólogo debe confirmar el diagnóstico de HTA, a la vez que profundiza en la historia clínica del paciente. Tras la realización de la exploración física y la revisión de la analítica y exploraciones complementarias solicitadas, debe prescribir el tratamiento adecuado. Posteriormente pauta las revisiones necesarias para, en colaboración con el ATS (a cuyo cargo deberán estar la mayor parte de aquéllas), verificar la eficacia del tratamiento.

Conclusiones

De todo lo anteriormente expuesto creemos que puede concluirse que la creación de una consulta de nefrología en el ambulatorio de especialidades:

- Disminuye la dispersión que existe actualmente en el estudio y control de la HTA en el área sanitaria, aprovechando la experiencia adquirida durante años en las consultas intrahospitalarias de HTA en los servicios de Nefrología.
- Disminuye sustancialmente prolongadas listas de espera de especialidades que estudian pacientes hipertensos remitidos por médicos generales (Medicina Interna, Endocrinología, Cardiología) y que podrían así destinar sus recursos a áreas más propias de su especialidad y de mayor demanda sanitaria por parte de la población.

- Constituye una oportunidad única de coordinación y conexión entre los distintos profesionales implicados en el control de la HTA en un área sanitaria concreta, y ofrece un interés especial al facilitar la comunicación entre el hospital y su ámbito extrahospitalario.

- Permite la creación de una consulta de enfermería, con una experiencia pionera en el seguimiento de una atención individualizada y en la implantación del sistema de control de TA en casa, en consonancia con los países más avanzados de nuestro entorno europeo.

- Permite una importante labor de educación sanitaria, con posibilidad de programas para médicos generales y personal de enfermería y la rotación de médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, así como una variada actividad científica.

- Recupera para la actividad del nefrólogo áreas de asistencia clásicamente en manos del urólogo en el ámbito ambulatorio y que, sin duda, constituyen patología propia de la Nefrología clínica.

En suma, la creación de dicha consulta ambulatoria de Nefrología 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.

Bibliografía

1. Botella J: Historia de la Nefrología iberoamericana: España. *Nefrología*, 12 (suppl. 3):3-9, 1992.
2. Plaza I, Ruiz C, Muñoz T y cols.: *Coronary mortality trends and related risk factors in Spain*. X World Congress of Cardiology. Washington, septiembre 1986.
3. Stamler J: The marked decline in CHD mortality rates in the United States 1968-1981; summary of findings and possible explanations. *Cardiology*, 72:11-22, 1985.
4. Kaplan NW: *Clinical hypertension*, 4th ed. Williams & Wilkins. Baltimore, 1986, 14.
5. Pardell H: La hipertensión arterial como problema comunitario en España. Realidad y futuro. En: Pardell H (ed.). *Hipertensión arterial en España*. Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Madrid, 1:15, 1986.
6. Fornells JM y Balaguer I: Control de la hipertensión en el medio rural; 18 meses de seguimiento (Programa CRONICAT). *Med Clin (Barc)*, 89:450-455, 1987.
7. Areas Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud, Gabinete de Estudios de la Dirección Provincial. Madrid, 63, 1990.