

ORIGINALES

La consulta extrahospitalaria de nefrología: experiencia durante dos años de funcionamiento

J Pascual, L. Orte, C. Quereda, F. Liaño y J Ortuño
Servicio de Nefrología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

RESUMEN

Los servicios de nefrología han permanecido encerrados como torres de marfil en el ámbito hospitalario. La evolución de la demanda sanitaria y de la propia especialidad hacen necesario un cambio en esa concepción. La nefrología posee una potencial relevancia en la integración entre la asistencia primaria y la hospitalaria que ha permanecido en el olvido absoluto. En febrero de 1992 se inició con carácter piloto una consulta extrahospitalaria de Nefrología en el Area Sanitaria 4 de Madrid, que cubre la asistencia de más de 400.000 personas. Su apertura se comunicó a los médicos generales y especialistas, centrando los objetivos en atender con criterio restrictivo pacientes con nefropatía de cualquier tipo o hipertensión arterial (HTA) severa o con sospecha de origen secundario. El presente trabajo resume su actividad durante los primeros dos años de funcionamiento.

Se han atendido 693 pacientes nuevos y 1.643 en sucesivas revisiones; el 58 % fueron remitidos por médicos generales y el resto por otros especialistas. Los diagnósticos de remisión fueron HTA, 61 %; HTA con insuficiencia renal, 19 %; insuficiencia renal, 6 %; alteraciones del sedimento urinario, 7 %, y otros, 7 %. La edad era de 58 ± 16 años; el 44 % eran varones. Sólo el 11 % tenían la tensión arterial controlada en primera visita, y el 37 % presentaban HTA grados II-III de la OMS. El 33 % presentaban grados variables de insuficiencia renal crónica (IRC) y el 17 % diabetes mellitus. El 90 % de los diabéticos eran hipertensos y el 47 % presentaban insuficiencia renal. Se concluyó que la HTA era de origen esencial en el 93,6 % de casos, secundaria renal en el 5,7 % y adrenal en el 0,7 %. Los principales diagnósticos sindrómicos emitidos fueron: HTA esencial sin patología renal asociada (n = 383), HTA con función renal normal y patología renal asociada (n = 45), HTA con IRC (n = 149), IRC sin HTA (n = 30), microhematuria aislada sin HTA (n = 29), otras patologías (n = 33), ausencia de patología (n = 24). El 1,7 % requirió ingreso hospitalario, el 2,4 % fue remitido a consulta de nefrología hospitalaria, el 84,3 % continúa revisiones periódicas en nuestra consulta y el 11,6 % ha sido dado de alta definitiva.

Recibido: 26-X-94.
En versión definitiva: 9-I-95.
Aceptado: 11-I-95.

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

La Consulta Extrahospitalaria de Nefrología aproxima e integra la asistencia primaria y hospitalaria, facilita la comunicación entre médico general y especialista –permitiendo el acceso al nefrólogo de pacientes con patología potencialmente grave en estadio precoz– y descarga la saturación asistencial que padece el hospital. La detección y tratamiento precoces de la enfermedad renal y su desarrollo como unidad de referencia en el tratamiento racional de la HTA constituyen sus objetivos básicos. Propugnamos su implantación en el sistema nacional de salud.

Palabras clave: **Nefrología extrahospitalaria. Ambulatorio. Hipertensión arterial. Insuficiencia renal.**

RENAL OUT-OF-HOSPITAL CLINIC: A TWO YEARS EXPERIENCE

SUMMARY

Nephrology departments have been treated as ivory towers in hospitals. The evolution of health care and that of the specialty make it necessary to change this conception. Nephrology has a potential relevance in the integration between primary and tertiary care that has remained forgotten. In February 1992 we set up a pilot study of a renal out-of-hospital clinic in the Center for Secondary Specialized Care of the 4th Health Area in Madrid, which covers 400.000 people. This was communicated to all primary physicians and other specialists, to attract patients with nephropathies or severe arterial hypertension (AH). The present study summarizes the experience of 2 years.

We have attended 693 consecutive new patients, and 1.643 follow-ups, 58.4 % referred by general practitioners and the rest by specialists. The diagnoses at referral were: AH (60,7 %), AH with chronic renal failure (CRF) (18.9 %), CRF without AH (6.5 %), asymptomatic urinary abnormalities (6.8 %), other (7.1 %). Age was 58.3 ± 15.9 years, 44 % were male. At first visit, only 10.9 % had well-controlled blood pressure, 37 % had AH WHO grades II-III. CRF was observed in 32.7 %, and 16.7 % were diabetics. Ninety per cent of diabetics were hypertensive, and 47 % had CRF. AH was essential in 93.6 %, and the rest were secondary renal (5.7 %) and adrenal (0.7 %). Principal clinical diagnoses were AH without any renal disorder (n = 383), AH and normal renal function but with renal alterations (n = 45), AH with CRF (n = 149), CRF without AH (n = 30), isolated microhematuria without AH (n = 29), other (n = 33), no disease (n = 24). Only 1.7 % were admitted to hospital, 2.4 % are being reviewed in our hospital outpatient renal clinic, 11.6 % have been definitively discharged and 84.3 % continue to attend the out-of-hospital unit.

The out-of-hospital renal clinic draws together and integrates primary and tertiary care, facilitates communication between general practitioners and specialists, allows patients with potentially serious disorders in their early stages to obtain nephrological care, and lightens the load on the hospital. Early detection and treatment of renal disorders and the provision of a referral centre for the rational treatment of AH are the basic objectives. The establishment of such units should be fostered in the National Health System.

Key words: **Out-of-hospital Nephrology. Ambulatory Care. Arterial Hypertension. Renal Failure.**

Introducción

Desde que hace ya más de 30 años empieza a desarrollarse la Nefrología en nuestro país, su evolución ha sido muy profunda, con un avance evidente

en lo que se refiere al tratamiento sustitutivo renal, diálisis y trasplante. Sin embargo, la especialidad ha sido una de las escasísimas que ha mantenido en exclusiva su actividad asistencial dentro de los límites del hospital y, por tanto, del nivel terciario. El diag-

nóstico y tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) y el manejo del paciente con factores de riesgo vascular, todas las nefropatías en estadio precoz y la litiasis renal, entre otras, han sido áreas propias de la nefrología clínica, que en gran parte se han perdido fuera del control del nefrólogo, profesional bien cualificado para su manejo. Es probable que la inexistencia de la nefrología extrahospitalaria haya contribuido a esta pérdida¹.

La necesidad de integrar la asistencia primaria y la hospitalaria puede ser especialmente fructífera en el campo de la Nefrología, cuyo potencial en este sentido ha sido totalmente ignorado. Ante esta situación, y urgidos por la creciente demanda de calidad asistencial, iniciamos en 1992 una consulta extrahospitalaria de Nefrología en nuestra Area Sanitaria. El presente trabajo recoge un resumen de su funcionamiento durante dos años.

Material y métodos

El Ambulatorio de San Blas se encarga de la atención especializada extrahospitalaria de la mayor parte de la población del Area Sanitaria 4 de Madrid, unos 400.000 habitantes⁴. El día 15 de febrero de 1992 se abrió en él una Consulta de Hipertensión y Nefrología, con un nefrólogo y una enfermera, con horario de 9 a 13 horas, lunes y miércoles. En el momento de la apertura, el área dependiente del ambulatorio constaba en su nivel de asistencia primaria de 4 centros de salud con sus correspondientes equipos de atención primaria y 17 consultorios de modelo clásico. La apertura de la consulta de Nefrología se comunicó por escrito a los médicos generales y de familia, así como al resto de especialistas del área, ofreciendo el estudio y tratamiento de pacientes con: 1) HTA severa, con repercusión visceral, de difícil control, en pacientes jóvenes o con sospecha de etiología secundaria; 2) nefropatías de cualquier origen y gravedad.

En el ambulatorio funciona un sistema de cita previa, al que se acogió la consulta, a un ritmo diario de 6-8 pacientes en primera visita (unos 20 minutos por paciente) y 10-15 en visitas sucesivas (unos 10 minutos por paciente). Estos tiempos no permitían la realización de historia clínica extensa similar a la habitual en consulta hospitalaria de nefrología. Sin embargo, y a diferencia de lo que suele ser habitual en consultas de otras especialidades en el ambulatorio, se elaboró un protocolo de historia clínica abreviada y evolución clínica y analítica que era cumplimentado en la primera visita y permitía un seguimiento racional. Se creó un archivo alfabético de historias clínicas y a cada paciente se le dio un número consecutivo.

Desde el principio se intentaron seguir unos principios generales de funcionamiento que permitieran: 1) el diagnóstico razonable de HTA esencial y su clasificación en grados^{3,4}. El diagnóstico se basó principalmente en la anamnesis, exploración clínica (incluyendo una metodología de medición tensional previamente detallada⁶), curso evolutivo de la enfermedad, analítica básica (hemograma, creatinina, urea, sodio, potasio, colesterol, ácido úrico y glucosa en plasma y sedimento urinario) y electrocardiograma, reservando la radiografía de tórax para pacientes con sospecha de repercusión visceral o hallazgos específicos y la radiografía simple de abdomen, ecografía renal y técnicas isotópicas para casos con sospecha de HTA de origen vasculorrenal u otra patología abdominal. En concreto, se definió como hipertenso a todo paciente que recibía tratamiento antihipertensivo en el momento de ser remitido a la consulta. Se sospechó origen vasculorrenal de la HTA cuando ésta era muy severa, de comienzo súbito en pacientes jóvenes o ancianos, cuando se acompañaba de soplo abdominal, existían antecedentes de deterioro de función renal bajo tratamiento con inhibidores del enzima de conversión o se asociaba a insuficiencia renal; 2) la reducción al máximo de la necesidad de recurrir al hospital tanto para la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas como para el ingreso hospitalario, que se limitó a casos con indicación de biopsia renal o con patología aguda grave; 3) el desarrollo de programas encaminados a la responsabilización del paciente en su autocuidado, las modificaciones en el estilo de vida del paciente hipertenso considerado como objeto de múltiples factores de riesgo vascular interrelacionados y la educación sanitaria³⁻⁷, y 4) el tratamiento y control de la HTA una vez diagnosticado su origen, gravedad y repercusión, basado en la individualización y en la monoterapia secuencial a las dosis más bajas posibles^{3,4,8}.

En el presente trabajo analizamos las características de los pacientes vistos en los primeros dos años de funcionamiento de la consulta. El estudio se realizó con ayuda de la base de datos RSigma (Horus) y un ordenador IBM PS/2 55SX.

Resultados

Aspectos generales

Desde febrero de 1992 a febrero de 1994 se estudiaron un total de 693 pacientes en primera visita y 1.643 en visitas sucesivas (cociente primera/sucesivas: 1/2,4). La edad, sexo, médico de origen y diagnóstico de remisión se detallan en la [tabla I](#). La edad

Tabla I. Edad, sexo, médico de origen y diagnóstico de remisión de 693 pacientes consecutivos atendidos en la Consulta Extrahospitalaria de Nefrología durante dos años.

Edad	%
Menores de 15 años	1
Entre 15 y 35 años	10
Entre 36 y 50 años	15
Entre 51 y 65 años	38
Entre 66 y 80 años	31
Mayores de 80 años	5
Sexo	
Varones	44
Mujeres	56
Procedencia del enfermo	
Médico General	58
Cardiólogo	18
Urólogo	16
Otros	7
Diagnóstico de remisión	
Hipertensión arterial	61
Hipertensión arterial e insuficiencia renal	19
Insuficiencia renal	6
Alteraciones urinarias asintomáticas	7
Otros	7

media era de 58 ± 16 años. El 58 % fueron remitidos por médicos generales y el resto por otros especialistas, principalmente cardiólogos y urólogos. El 80 % fueron remitidos con el diagnóstico de HTA y el 19 % con insuficiencia renal asociada. El 7 % fueron remitidos por alteraciones urinarias asintomáticas, principalmente microhematuria.

Características de la HTA

Según la cifra tensional obtenida con esfigmomanómetro de mercurio el día de la primera visita, tras el oportuno reposo en decúbito supino⁶, el 89 % de pacientes presentaban cifras de tensión arterial (TA) sistólica superiores a 140 mmHg, un 60 % superiores a 160 y un 13 % superiores a 200 mmHg. El 75 % tenían una TA diastólica superior a 90, el 44 % superior a 100 y el 14 % superior a 110 mmHg. Se consideró que la HTA era ligera en el 52 %, moderada en el 34 % y severa en el 14 %, si bien esta clasificación es poco pertinente al realizarse en población que mayoritariamente se encontraba bajo tratamiento farmacológico.

Según la clasificación de la OMS⁴, más adecuada en población tratada, el 63 % presentaban HTA grado I o sin repercusión visceral, el 19 % grado II y el 18 % repercusión visceral severa o grado III.

En cuanto a su origen, se consideró que el 93,6 % presentaban probablemente HTA esencial, el 5,7 % secundaria renal y el 0,7 % de causa adrenal.

Tabla II. Tratamiento antihipertensivo de 583 pacientes hipertensos atendidos durante dos años en la Consulta Extrahospitalaria de Nefrología (datos a 15-2-94).

Pacientes en tratamiento no farmacológico	77 (13 %)
Pacientes con monoterapia	269 (46 %)
Diurético (n = 72)	
Betabloqueante (n = 25)	
Antagonista del calcio (n = 82)	
Inhibidor de la ECA (n = 90)	
Pacientes con dos fármacos	196 (34 %)
Diurético + betabloqueante (n = 21)	
Diurético + ACA (n = 39)	
Diurético + IECA (n = 84)	
Betabloqueante + ACA (n = 15)	
Betabloqueante + IECA (n = 2)	
ACA + IECA (n = 35)	
Pacientes con tres fármacos	39 (6,7 %)
Diurético + betabloqueante + ACA (n = 6)	
Diurético + betabloqueante + IECA (n = 12)	
Diurético + ACA + IECA (n = 20)	
Betabloqueante + ACA + IECA (n = 1)	
Pacientes con cuatro drogas	2 (0,3 %)
Diurético + betabloqueante + ACA + IECA (n = 2)	

ACA: Antagonista del calcio.

IECA: Inhibidor del enzima de conversión de la angiotensina.

Con fecha 15 de febrero de 1994, de los 583 pacientes hipertensos, 506 (87 %) recibían tratamiento farmacológico para el control de sus cifras tensionales. De ellos, 269 un solo fármaco, 196 dos fármacos, 39 tres y 2 pacientes 4 fármacos (tabla II).

Función renal

Como ya se ha señalado, el 25 % de los pacientes estudiados fue remitido con el diagnóstico de insuficiencia renal (19 % con HTA asociada y 6 % sin ella) o bien presentaba cifras elevadas de urea y/o creatinina sérica (CrS) en analítica realizada por su médico de origen. Tras el estudio en consulta se comprobó que el 67 % presentaba función renal normal ($CrS \leq 1,3$ mg/dl), el 22 % insuficiencia renal crónica (IRC) leve ($CrS > 1,3$ y ≤ 2 mg/dl), el 9,7 % IRC moderada ($CrS > 2$ y ≤ 4 mg/dl) y el 1,3 % IRC severa ($CrS > 4$ mg/dl).

Diabetes mellitus

Un total de 116 pacientes (17 %) presentaban diabetes mellitus, 114 tipo II y 2 tipo I. Su edad era superior a la media general (65 ± 12 años) y la distribución por sexo era similar. Un 53 % fueron remitidos por médicos generales y un 47 % por otros especia-

listas. Casi la mitad (47 %) presentaban IRC (Crs >1,3 mg/dl), un 20 % con Crs >2 mg/dl; en la mayor parte de ellos esta insuficiencia era desconocida. El 90 % era hipertenso, la mayoría mal controlados; ello constituyó el principal motivo de remisión a la consulta.

Diagnóstico

Sobre la base de la presencia de HTA y/o IRC se confeccionó un archivo de diagnósticos, que mezcla el diagnóstico sindrómico y el etiológico (tabla III). El diagnóstico más frecuente fue el de HTA con función renal normal, la mayor parte de casos HTA esencial sin patología asociada. En 149 pacientes se hizo el diagnóstico de HTA con IRC en diversos grados de severidad, y en 30 casos, el de IRC sin HTA. Fue frecuente la microhematuria aislada sin causa definida. Otros diagnósticos esporádicos se recogen en la tabla III. En 24 pacientes no se encontró patología alguna.

Actitud

Durante el período de estudio ingresaron en el hospital 12 pacientes (1,7 %) y otros 17 (2,4 %) fueron remitidos a la consulta hospitalaria de nefrología para sucesivas revisiones, bien por presentar IRC avanzada o antecedentes de revisiones previas en dicha consulta durante años. El 84 % de pacientes continuaron revisiones periódicas en la consulta y un 12 % recibieron el alta definitiva.

Discusión

Uno de los problemas fundamentales de nuestro sistema de salud es la descoordinación entre los tres niveles o fases de la atención sanitaria^{9, 10}. Los recursos están concentrados principalmente en la asistencia hospitalaria, y la reforma de la atención primaria está aún lejos de dar los frutos esperados. La educación sanitaria es muy escasa y la responsabilización del paciente ante su enfermedad excepcional: estamos francamente lejos del objetivo de salud para todos en el año 2000 de la OMS¹¹. Nuestro sistema continúa orientado hacia el tratamiento de la enfermedad grave e ignora en gran medida lo referente a la promoción de la salud y la prevención. Este importante defecto acontece en otros países de nuestro entorno; se ha demostrado recientemente que tres cuartas partes del presupuesto sanitario se dilapida en los últimos 6 meses de vida¹².

Por supuesto, la nefrología no ha escapado a estos defectos estructurales. El tratamiento de la HTA, tal y

como está planteado en la actualidad, genera un enorme coste económico y una gran desviación de recursos de todo tipo, sin un evidente efecto sobre el control sanitario de la población¹³. Los nefrólogos,

Tabla III. Archivo diagnóstico sindrómico-etiológico de los 693 pacientes atendidos en la Consulta Extrahospitalaria de Nefrología durante 2 años.

<i>Hipertensión arterial con función renal normal</i>	428
HTA probable esencial leve o moderada	320
HTA probable esencial severa	63
HTA con riñón único funcionante	10
HTA con microhematuria aislada	9
HTA con proteinuria-hematuria	2
HTA en diabético con microalbuminuria	5
HTA en diabético con proteinuria	3
HTA con hematuria y tumor vesical	2
HTA y glomerulonefritis IgA	4
HTA y pielonefritis crónica	3
HTA y poliquistosis renal	2
HTA e hiperparatiroidismo primario	2
HTA con displasia renal	1
HTA de origen adrenal	3
<i>HTA con insuficiencia renal crónica</i>	149
HTA con IRC leve	93
HTA con IRC moderada	39
HTA con IRC severa	10
HTA con riñón único funcionante	7
<i>Insuficiencia renal crónica sin HTA</i>	30
Leve	18
Moderada	9
Avanzada	2
Terminal	1
<i>Microhematuria aislada sin HTA</i>	29
<i>Otros (sin HTA)</i>	33
Litiasis renal	3
Pielonefritis crónica	3
Glomerulonefritis membranosa con síndrome nefrótico ..	2
Riñones en esponja	2
Microalbuminuria en diabético	2
Proteinuria en diabético	1
Mínima proteinuria aislada	1
Microalbuminuria idiopática	1
Glomerulonefritis IgA	1
Nefropatía cambios mínimos con síndrome nefrótico	1
Síndrome nefrótico y artritis reumatoide	1
Síndrome de Fanconi	1
Hiperuricosuria e hipercalcemia sin hematuria	1
Poliquistosis renal	1
Hiliosinoquistosis	1
Quiste renal simple	1
Riñón «mastic»	1
Reflujo vesicoureteral	1
Cistitis aguda	1
Pielonefritis aguda	1
Fracaso renal agudo prerrenal recuperado	1
Prostatitis	1
Adenoma de próstata	1
Cistocele	1
Enuresis nocturna tardía	1
Lumbalgia mecánica	1
<i>Ausencia de patología</i>	24

encerrados entre los muros del hospital, no hemos sabido impulsar un programa de educación individualizada del hipertenso ni facilitado el acceso del médico de atención primaria a la información necesaria, la referencia adecuada para cada caso, que sólo el especialista puede ofrecerle. Ya habíamos comentado ¹ que la HTA, por su frecuencia e importancia como problema de salud pública, debía ser el objetivo terapéutico fundamental de una consulta de nefrología extrahospitalaria. Los resultados han venido a confirmarlo, si tenemos en cuenta que casi el 80 % de los pacientes remitidos a nuestra consulta en dos años lo fueron con el diagnóstico de HTA, y la mayor parte de ellos estaban mal controlados. No resulta sencillo cuantificar el impacto de la actividad de la consulta sobre la calidad asistencial de la HTA en nuestra área sanitaria. Nuestro esfuerzo racionalizador ha permitido: 1) el diagnóstico de HTA esencial con un volumen muy escaso de exploraciones complementarias, con la «devolución» posterior del paciente a su médico de origen con la certeza razonable de haber descartado patología secundaria; 2) la reducción al máximo de la visita hospitalaria, en la convicción de que un hipertenso debe acudir a un hospital sólo de forma excepcional; 3) el tratamiento de la HTA según las recomendaciones de los comités de expertos^{3, 4}, basado en la modificación del estilo de vida³⁻⁷ y la farmacoterapia individualizada en las dosis más bajas posibles^{3, 4, 8}. Si tenemos en cuenta que la HTA era moderada-severa en la mitad de los casos y presentaba repercusión visceral también en la mitad de los casos, podemos afirmar –a la espera de un análisis más riguroso– que se ha iniciado un proceso integrador extrahospitalario del tratamiento antihipertensivo en nuestra área. Una lectura superficial del trabajo realizado durante estos dos años podría provocar la impresión de que nuestro protocolo de actuación ante el paciente hipertenso resulta escaso e insuficiente. Incluso podría argumentarse que en muchos centros de atención primaria se desarrollan protocolos mucho más completos que el nuestro. Aunque no dudamos de que nuestro plan asistencial es mejorable en muchos aspectos, estamos convencidos de que una adecuada anamnesis, buenas mediciones tensionales y unas determinaciones analíticas básicas aportan suficientes datos para diagnosticar y evaluar a la inmensa mayoría de los hipertensos. Proliferan en la actualidad los centros de atención primaria en los que la ecocardiografía y/o el registro continuo ambulatorio de tensión arterial de 24 horas forman parte del protocolo de actuación diagnóstica ante todo hipertenso. Esta cuestión, añadida al hecho de que más del 80 % de los pacientes hipertensos están siendo tratados en algunos centros con antagonistas del calcio

y/o inhibidores de la ECA –relegando al recuerdo histórico de forma injustificada a diuréticos y betabloqueantes¹⁴–, probablemente está multiplicando en progresión geométrica el costo de la atención de estas patologías, sin un evidente beneficio¹⁵.

Si bien confirmamos el papel clave de la HTA en nuestra consulta, resultó sorprendente la relevancia cuantitativa de la insuficiencia renal crónica: el 33 % de todos los pacientes remitidos presentaban Crs superior a 1,3 mg/dl. Más importante resulta comprobar que la mayoría ellos se encontraban con una función renal levemente deteriorada, entre 1,3 y 2 mg/dl de Crs. Hasta ahora, la mayoría de estos enfermos eran controlados por los urólogos, especialistas más centrados en los aspectos quirúrgicos que en el control de la HTA, en la dieta adecuada, en el control de factores de riesgo vascular asociados, etc. Son escasos los estudios que confirmen que el tratamiento adecuado sea capaz de frenar la progresión de la insuficiencia renal. Desde luego, cuando la función renal está deteriorada de forma importante, poco puede hacerse; lamentablemente, la mayor parte de los pacientes llegan a nuestra consulta hospitalaria en esa situación¹⁶. La consulta extrahospitalaria de nefrología puede convertirse en una unidad de prevención secundaria de la IRC, en un intento de frenar el continuo aumento de la incidencia de IRC terminal en nuestro país¹⁷. Ello resulta de especial importancia en la nefropatía diabética, de la que sufrimos una especie de «epidemia» en los países de nuestro entorno^{18, 19}. Casi un 17 % de todos los pacientes remitidos a nuestra consulta eran diabéticos, prácticamente la mitad con nefropatía; la mayoría tenían su HTA mal controlada y desconocían su enfermedad²⁰. La cifra es en especial relevante si tenemos en cuenta que no mantuvimos un contacto especial con los endocrinólogos del ambulatorio para ofrecerles nuestra consulta como referencia para la nefropatía diabética, por lo que prácticamente ellos no enviaron enfermos. En consecuencia, esta proporción infraestima el impacto real de la nefropatía diabética en nuestra población. El hecho de acercar la consulta de nefrología al nivel primario ha hecho más sencilla y frecuente la remisión de pacientes por parte del médico general, con frecuencia reacio a hacerlo hasta que se desarrolla un daño orgánico severo.

Al tratarse de los dos primeros años de funcionamiento de la consulta, más del 80 % de pacientes continúan revisiones periódicas en ella. Ello ha sido posible porque aún no se ha masificado; el paso del tiempo hará imprescindible que la consulta evolucione en muchos casos hacia la visita-revisión puntual, con reducción de la revisión periódica.

Más importante resulta constatar que solamente un 2,4 % de los 693 pacientes han sido remitidos a con-

sulta hospitalaria –habitualmente por tener abierta historia clínica previa en ella– y sólo un 1,7 % requirió ingreso hospitalario. Aunque ignoramos la proporción de pacientes remitidos al hospital antes de 1992, parece evidente que la Consulta Extrahospitalaria de Nefrología funciona eficazmente para evitarle al paciente un contacto hospitalario innecesario y al hospital una importante presión asistencial.

Los resultados de la revisión de nuestro trabajo en la Consulta Extrahospitalaria de Nefrología durante estos dos años nos permiten afirmar que: 1) nos hemos acercado al nivel de asistencia primaria, mejorando la integración entre niveles asistenciales; 2) hemos facilitado la comunicación con el médico general, permitiendo al paciente hipertenso y/o con nefropatía el acceso al nefrólogo en estadios precoces, y 3) hemos disminuido la presión asistencial hospitalaria. La detección y tratamiento precoces de la enfermedad renal y el desarrollo de una unidad de referencia en el tratamiento de la HTA deben constituir los objetivos básicos de una consulta de este tipo. Debe abrirse el debate a todos los niveles en este sentido^{1,21}; 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.

Bibliografía

1. Pascual J, Quereda C, Orte L y Ortuño J. Una asignatura pendiente: la consulta de nefrología en el ambulatorio de área. *Nefrología* 13:106-110, 1993.
2. *Áreas Sanitarias*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Insalud. Gabinete de Estudios de la Dirección Provincial. Madrid 63, 1990.
3. The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). *Arch Intern Med* 153:154-183, 1993.
4. Guidelines Sub-Committee of the WHO/ISN Mild Hypertension Liaison Committee. 1993 Guidelines for the management of mild hypertension: memorandum from a WHO/ISN meeting. *JHypertens* 11:905-918, 1993.
5. National High Blood Pressure Education Program Working Group: Report on Primary Prevention of Hypertension. *Arch Intern Med* 153:186-208, 1993.
6. Pascual J, Quereda C y Ortuño J. Tratamiento básico de la hipertensión arterial (I): modificaciones en el estilo de vida y control de factores de riesgo. *Med Clin (Barc)* 103:547-552, 1994.
7. Pascual J, Prieto MA, Orte L, Liaño F, Quereda C y Ortuño J. Programa de atención individualizada contra el perfil de riesgo vascular «hipertensión en casa». *Nefrología* 14(supl 3):10, 1994.
8. Pascual J, Orte L y Ortuño J. Tratamiento básico de la hipertensión arterial (II): tratamiento farmacológico. *Med Clin (Barc)* 103:699-707, 1994.
9. Villar J, Hernández J y Hernández C. La medicina en el año 2001: regreso al futuro. *Med Clin (Barc)* 96:295-299, 1991.
10. Villar J y Hernández C. Morir en abril: una reflexión sobre la realidad sanitaria española. *Med Clin (Barc)* 100:705-706, 1993.
11. *Health for all by the year 2000*. WHO, Ginebra, 1977.
12. Heiberg AN. The doctor in the twenty first Century. *BMJ* 295:1602-1603, 1987.
13. Badía X, Rovira J, Treserras R, Trinxet C, Segú J. y Pardell H: El coste de la hipertensión arterial en España. *Med Clin (Barc)* 99:769-773, 1992.
14. Abanades JC: Centro de Salud Monóvar. Madrid. Comunicación personal.
15. Moser M: Can the cost of care be contained and quality of care maintained in the management of hypertension? *Arch Intern Med* 154:1665-1672, 1994.
16. Gómez Campderá FJ, Jofré R, Tejedor A y López Gómez JM: La primera diálisis en el paciente con insuficiencia renal crónica. ¿Control de calidad de nuestra atención primaria? *Nefrología* 14:244, 1994.
17. Comité de Registro de la SEN. Registro Nacional de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología. Informe 1991. *Nefrología* 14:39-57, 1994.
18. Ritz E, Nowack R, Fliser D, Koch M y Tschöpe W: Type II diabetes mellitus: Is the renal risk adequately appreciated? *Nephrol Dial Transplant* 6:679-682, 1991.
19. Geberth S, Lippert J y Ritz E: The apparent "epidemic" increase in the incidence of renal failure from diabetic nephropathy. *Nephron* 65:160, 1993.
20. Pascual J, Quereda C, Orte L y Ortuño J. Approaching nephrology to primary care: implications for the management of diabetic nephropathy. *Nephrol Dial Transplant* 9:460-461, 1994.
21. Pascual J. Nefrología extrahospitalaria: abramos el debate. *Med Clin (Barc)*, 1995 (en prensa).