

# *La consulta de Nefrología en el centro de especialidades de área de un hospital comarcal*

A. Caridad, J. C. Alonso, R. López-Menchero y F. Sigüenza

Sección de Nefrología. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva.

## RESUMEN

*El incremento de la Nefrología en nuestro país ha sido notable. Sin embargo, su presencia se ha visto reducida al ámbito hospitalario. Desde hace años se oyen voces reclamando la presencia de los nefrólogos en los centros de especialidades.*

*Por nuestra parte, hemos tomado la iniciativa, y hemos puesto en marcha como experiencia piloto, la de ser nosotros los que nos acercáramos al centro de especialidades de nuestra área.*

Palabras clave: **Nefrología. Ambulatorio.**

## NEPHROLOGY IN THE AMBULATORY OF AN AREA HOSPITAL

### SUMMARY

*The increase of nephrology in our country has been very substantial, but our specialty has been restricted to the hospital area. Over several years, there has been an increasing demand for our presence in ambulatory care.*

*We describe our initial experience of ambulatory nephrological care.*

Key words: **Nephrology. Ambulatory.**

## INTRODUCCION

Desde que en la década de los sesenta se desarrolla la Nefrología se ha implantado de forma progresiva en los hospitales, hasta alcanzar a la mayoría de los hospitales comarcales.

Sin embargo, en la actualidad nuestra especialidad se encuentra en crisis, tanto por la hipertrofia que

han sufrido los distintos servicios hospitalarios como por el progresivo aumento de nuevos nefrólogos que no ven un futuro profesional claro.

Por otra parte, ya el doctor J. Botella, en su interesante historia de la Nefrología española, publicada en nuestra revista, define nuestra situación como «torre de marfil» y expresa su opinión de que el nefrólogo debe dejar de ser un médico exclusivamente de hospital, ya que estamos perdiendo la hipertensión arterial y nos estamos agolpando en los servicios hospitalarios<sup>1</sup>.

Más recientemente crece el número de voces entre los nefrólogos instando a la implantación de la nefrología en el ámbito de los centros de especialidades de área<sup>2-4</sup> (CEA) o bien refiriendo su experiencia en los mismos<sup>5</sup>.

---

Recibido: 26-VI-95.  
En versión definitiva: 27-XI-95.  
Aceptado: 4-XII-95.

Correspondencia: Dr. Antonio Caridad Monforte.  
Carretera Xàtiva-Alcira, Km. 2.  
46800 Xàtiva (Valencia).

En nuestro hospital creemos que ha llegado el momento<sup>6</sup> y hemos llegado a la conclusión de que en vez de esperar a que fuera la administración la que implantase la Nefrología en los CEA, quizá fuera más efectivo que nos trasladáramos nosotros a él en la medida de nuestras posibilidades, con el convencimiento de que ello creará una necesidad creciente de la misma en nuestro CEA, así como, por comparación, en otras áreas. Hemos pretendido con este trabajo, más que un estudio a fondo de patología nefrológica, ofrecer nuestra experiencia práctica y la respuesta de los médicos generales, con ánimo de estimular a otros compañeros a tomar la iniciativa en el desembarco de la Nefrología al ámbito ambulatorio.

**MATERIAL Y METODOS**

Nuestra área es la número 13 de la Comunidad Valenciana. Su capital comarcal es Xàtiva, distante 60 km. de Valencia, y en la que se encuentra el hospital comarcal Lluís Alcanyis, distante 3 km de la ciudad. A su vez, dispone de un hospital complementario y dependiente del primero en Onteniente. Dispone asimismo de un CEA en el centro de la ciudad, además del correspondiente centro de atención primaria.

Es un área esencialmente rural, con una población residente de 198.789 habitantes.

La plantilla de Nefrología del hospital está compuesta por un jefe de sección y tres médicos adjuntos, con los que se presta servicio a los pacientes crónicos en programa de hemodiálisis (72 pacientes en 6 turnos), programa de diálisis peritoneal crónica ambulatoria (16 pacientes), consultas externas hospitalarias (3 días/semana), además del trabajo habitual de urgencias, hospitalización y guardias de presencia física.

A pesar de una agenda relativamente apretada, consideramos que podíamos transferir uno de los días de consulta al CEA, por lo que procedimos a trasladar a los enfermos citados dicho día al CEA y comunicamos a los médicos de atención primaria (MAP) la apertura de dicha especialidad.

Mensualmente realizamos fotocopias de la historia clínica y analíticas del hospital y las remitimos al CEA.

Aun cuando en principio nos planteamos establecer criterios de selección sobre dónde remitir a los pacientes, al final optamos por ver todas las primeras consultas en el ambulatorio y sólo si se consideraba inadecuado su tratamiento en el mismo remitirlas al hospital.

En un principio establecimos dos primeras visitas diarias, que era lo que hasta la fecha veníamos viendo en el hospital, con un tiempo de visita previsto de

treinta minutos, y el resto, consecutivas con una duración de quince minutos por visita, todas ellas con cita previa desde las 8,30 horas a las 14.30 horas. Posteriormente ha habido que ampliar el número de primeras hasta seis, dado el incremento de la demanda que se estaba produciendo. Establecimos turnos rodados para acudir al CEA entre los médicos de la sección, con una periodicidad anual.

Establecimos un formulario básico en el que recoger los datos que se contemplan en el trabajo, enfocado en una primera fase a conocer la demanda y la incidencia de patología de remisión.

**RESULTADOS**

Tras estos meses de experiencia, desde enero de 1995, creemos que la misma ha sido positiva. La respuesta por parte de los MAP ha sido inmediata, con un rápido crecimiento de la demanda de primeras visitas, por lo que hubo que incrementar al segundo mes el número de las mismas hasta las 6 visitas/día.

De los pacientes citados visitamos el 95,2 %, con un porcentaje de pacientes que no acudieron del 12,3 %. Hubo un 8,1 % que acudieron sin cita previa. De la totalidad, fueron primeras el 32,1 %, y el resto, consecutivas (67,9 %). La evolución total de visitas se puede ver en la figura 1. Entre las primeras había un 44,2 % de varones frente a un 55,8 % de mujeres. Entre las visitas consecutivas que habíamos transferido del hospital hubo fallos en la falta de historias clínicas en un 9,6 % y una falta de analíticas de un 19,8 %, que se resolvieron en su mayoría remitiéndolas en la misma mañana por fax. De todos los pacientes, sólo hubo que remitir al hospital a uno de ellos. Preguntados por su preferencia asistencial (fig.2) llamó la atención el elevado número de pacientes a los que les era indiferente (58,2 %), quizá debido al hecho de que muchos de ellos se desajazaban en coche de pueblos vecinos. La demora respecto a la hora de citación fue de 5,8 minutos.

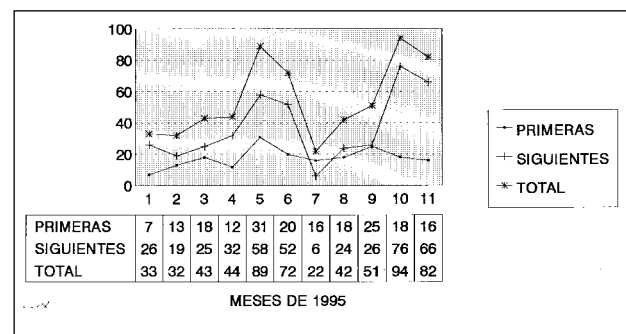


Fig. 1.-Evolución mensual de visitas. Centro de especialidades Xàtiva.

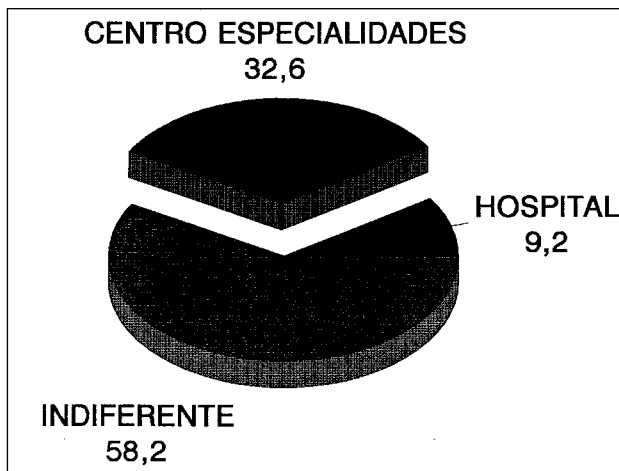


Fig. 2.—Preferencia asistencial. Centro especialidades Xátiva.

La patología remitida entre las primeras se distribuye de acuerdo con la figura 3. Destaca en primer lugar la importancia porcentual de las microhematurias (32,5 %), algo que nos ha llamado especialmente la atención, dado que era un motivo de consulta escaso en el ámbito hospitalario. En la mayoría de los casos han sido microhematurias aisladas (52,8 %), que a menudo eran ocasionales, al no repetirse en controles posteriores, o remitidas por la presencia de sangre positiva con sedimento normal. El elevado número de consultas por el médico de cabecera por este motivo nos ha llevado a plantearnos la realización de un protocolo de hematurias para el médico de cabecera, a efectos de que nos remita aquellas hematurias confirmadas. El resto (47,2 %) se acompañaba de alguna otra patología como proteinuria, HTA, IRC, ITU o litiasis.

Destaca también, como era de esperar, el elevado porcentaje de consultas a causa de IRC en diversos grados (25,9 %) así como motivadas por HTA mal controlada (25,9 %)

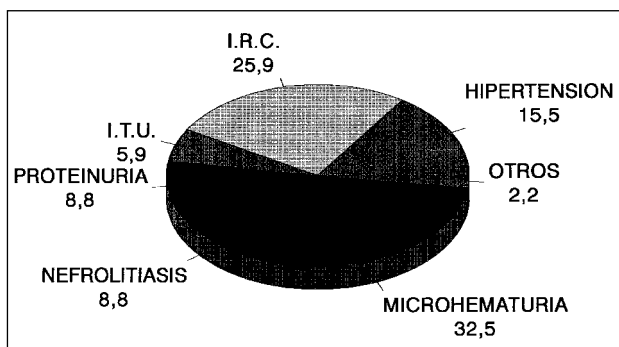


Fig. 3.—Distribución por patologías %. Centro especialidades Xátiva. Primeras.

A más distancia, el motivo de remisión ha sido la proteinuria (8,8 %), la nefrolitiasis (NL) (8,8 %), mayor porcentaje del que veíamos en ámbito hospitalario, que era escaso, e infecciones del tramo urinario (ITU), con el 5,9 %.

La remisión por parte de los diferentes especialistas se puede observar en la figura 4. Destaca que un 70,8 % de las primeras ha sido remitido por el médico de cabecera, cuando en la consulta hospitalaria esta cifra era mínima.

El número total de altas al final del período fue de un 4,4 %.

## DISCUSION

A pesar del notable incremento cuantitativo y cualitativo que ha supuesto la Nefrología, en nuestro país, el ámbito de actuación se queda limitado al hospital. Desde hace un tiempo se oyen voces desde la Sociedad de Nefrología y desde nuestra revista nacional, NEFROLOGIA, instando la presencia de la misma en los ambulatorios<sup>2-4</sup>. En nuestro caso hemos pretendido, al igual que otros compañeros<sup>5</sup>, no esperar más y tomar la iniciativa de llevarla al CEA<sup>6</sup>, aunque fuera testimonialmente, para ver la demanda que surgía al presentar la oferta. El resultado ha sido, desde nuestro punto de vista, muy positivo y alienta la instauración de la misma en los CEA.

Como indican algunos trabajos<sup>3</sup>, el porcentaje de pacientes que alcanzan la insuficiencia renal terminal de etiología no filiada todavía representa el 22 % y siguen llegando pacientes a los hospitales en situación terminal, sin haber sido vistos previamente por nadie. Otros autores refieren que hasta un 15,6 % de los pacientes requieren acceso vascular transitorio urgente, lo cual consideran que traduce la calidad de la atención primaria en una determinada área sanitaria<sup>7</sup>.

Por otra parte, un importante número de pacientes con problemas médicos pertenecientes al campo de la Nefrología están siendo desviados a los urólogos de zona (proteinurias, microhematurias, nefrolitiasis de repetición, insuficiencia renal, etc.)

Sólo por referirnos a una patología concreta: la hipertensión arterial. (HTA). La HTA es uno de los principales factores de riesgo de padecer cardiopatía isquémica o accidentes cardiovasculares, primera causa de enfermedad y muerte en los países desarrollados<sup>8</sup>. En USA se ha observado una reducción de un 20 % de mortalidad cardiovascular en las últimas décadas, que se observa paralela a una notable mejoría en la lucha contra la HTA, según los datos de la National Health and Nutrition Examination Surveys<sup>9</sup>.

En nuestro país se estima, con una prevalencia de al menos el 20 %, que sólo un 7 % de hipertensos está adecuadamente tratado y controlado<sup>10</sup>. Ello su-

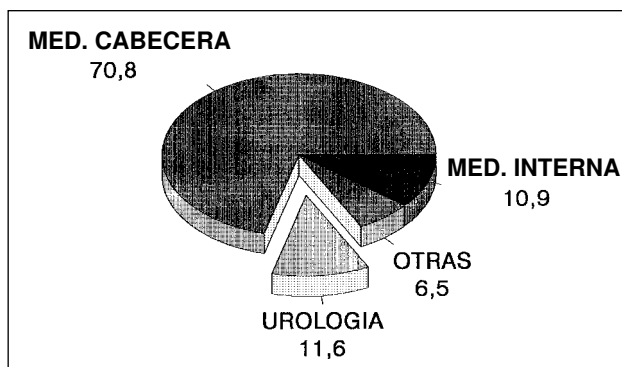


Fig. 4.- Procedencia de primeras %. Centro especialidades Xàtiva.

pone, sólo en un área como la nuestra, una cifra cercana a los 40.000 pacientes. El papel del nefrólogo en la evolución y tratamiento de la HTA no ofrece dudas a nadie, sin detrimento de la participación de otros especialistas o niveles asistenciales en el tratamiento de la misma. El riñón es órgano diana de la HTA y en muchos casos participa en el inicio o mantenimiento de la misma. No es, sin embargo, la única causa que justifique nuestra presencia en los CEA.

El incremento en los últimos años de la nefropatía diabética, que no es atendida por el nefrólogo en sus fases iniciales, hace cada vez más importante social y económicamente la participación, junto con el endocrinólogo, de nuestra especialidad en la protección renal <sup>11</sup>.

La litiasis renal, problema de gran trascendencia social y económica en nuestro entorno, está escasa de estudios metabólicos que se pueden realizar en régimen ambulatorio y que prevengan nuevos cálculos o el aumento de los previos.

Problemas típicamente nefrológicos, como alteraciones asintomáticas del sedimento urinario, el desarrollo de edemas o incrementos incipientes de productos nitrogenados, están siendo vistos por el urólogo o, en el mejor de los casos, en la nefrología hospitalaria.

En nuestra opinión, entre las múltiples ventajas que vemos en la presencia de la Nefrología en el ámbito ambulatorio, queremos destacar:

- Recuperar patologías que eran nuestras: HTA, litiasis, alteraciones del sedimento, etc.
- Despistaje, diagnóstico precoz y tratamiento correcto de enfermedades renales, con retraso de la progresión de la IRC.
- Descongestión de las consultas externas de los servicios hospitalarios.
- Manejo correcto de pacientes urémicos en cualquiera de las modalidades terapéuticas.

- Servir de referencia al tratamiento de la HTA en todos los niveles y especialidades del sistema sanitario, disminuyendo listas de espera y complicaciones de la misma.

- Posibilitar una labor educativa tanto a médicos de atención primaria como a personal de enfermería e incluso a la población en general.

- Supone una notable disminución de costos, al prevenir situaciones posteriores, mucho más costosas. (los costos de cada paciente en tratamiento sustitutivo, HD/TR/año <sup>12</sup>, equivalen al sueldo anual de un nefrólogo).

- Abre una esperanza de colocación a futuras generaciones de nefrólogos, que con el sistema actual de jerarquización podrían descargar además de guardias a los especialistas hospitalarios.

- 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.

## Bibliografía

1. Botella J Historia de la Nefrología Iberoamericana. España. *Nefrología* 12 (supl 3):3-9, 1992.
2. Pascual J Quereda C, Orte L y Ortuño J Una vieja asignatura pendiente: la consulta de Nefrología en el ambulatorio de área. *Nefrología* 13:106-110, 1993.
3. Gómez Campderá FJ Tejedor A, López Gómez JM y Jbfe R: Nefrólogos en ambulatorio, ya. *Nefrología* 14:116, 1994.
4. Pascual J Nefrología extrahospitalaria: abramos el debate. *Med Clin* 104:697-698, 1995.
5. Pascual J Orte L, Quereda C, Liaño F y Ortuño J La consulta extrahospitalaria de Nefrología: experiencia durante dos años. *Nefrología* 15:245-251, 1995.
6. Robles NR: Nefrología extrahospitalaria. ¿llegó el momento? *Nefrología* 14:6-8, 1994.
7. Gómez Campderá FJ, Jbfe R, Tejedor A y López Gómez JR: La primera diálisis en el paciente con insuficiencia renal crónica. (Control de calidad de nuestra atención primaria). *Nefrología* 14:224, 1994.
8. Plaza I, Ruiz C, Muñoz T y cols.: Coronary mortality trends and related risks factors in Spain. X World Congress of Cardiology. Washington, septiembre 1986.
9. Stamler J The marked decline in CHD mortality rates in the United States 1968-1981; Summary and possible explanations. *Cardiology* 72:11-22, 1985.
10. 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.
11. 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.
12. Valderrábano F: Insuficiencia renal crónica. Diálisis frente a transplante. *Medicine* 6 (núm. extr.):35-41, 1993.