

Tabla 5 Algunas efemérides sobre la hipertensión arterial

Año	Autor	Asunto
1922	Labbé	Hipertensión paroxística por tumor adrenal
1926	MacKenzie	Hipertensión: un proceso inclasificable
1927	Horace Mayo	Tumor retroperitoneal
1929	Pincoff	Cirugía de un feocromocitoma
1936	Vaquez	La presión normal y patológica
1955	Pickering	El concepto de hipertensión arterial

De los hechos históricos cabe recordar en 1836 a Richard Brights (1789-1858) considerado uno de los "padres" de la nefrología al publicar una brillante casuística, sobre pacientes atendidos por él (*Reports of Medical Cases*) que presentaban edemas y proteinuria, datos que sirvieron para designar a la patología que lleva su nombre como: nefritis o *enfermedad de Bright*. En 1898 se descubrió el sistema renina-angiotensina; Pick en 1912 aportaba un tumor de médula adrenal (feocromocitoma); y, otras enfermedades que se expresan en la *tablas 5 and 6*.

El *origen o etiología* de la hipertensión es un laberinto –que la concisión del texto impide desarrollar–, dado que conviven teorías complementarias y opuestas; ¿es un trastorno químico?, ¿la hipertensión, es un síntoma, un signo, síndrome o una enfermedad?; más bien puede hablarse de una patología holística. Son estas algunas de las circunstancias que explican la dificultad terapéutica de alcanzar en los pacientes el objetivo deseable: PA: \leq 130/80 mmHg.

En el tratamiento se consideran, *grosso modo*, cuatro períodos: a) "*Prehistoria*", ausencia de metodología, de eficacia y de objetivos; b) *Edad Media*, primeras victorias, papel de la cirugía; c) *Renacimiento*, los fármacos sustituyen a la cirugía; y, d) *Época actual*, nuevas moléculas, tratamiento individualizado, investigación, y ensayos clínicos, entre otros aspectos.

Por otro lado, el futuro plantea numerosas interrogantes: a) ¿la enfermedad es única o múltiple?; b) papel de los estudios genéticos, c) el diagnóstico precoz, d) la búsqueda de moléculas más eficaces y mejor toleradas, e) diagnóstico y terapéutica individualizados.

En suma, son muchas las incógnitas pendientes de resolver en el futuro inmediato, pues, lo conocido actualmente sobre la hipertensión como sobre otras patologías es a todas luces insuficiente¹⁻³.

Tabla 6 Algunas sociedades científicas sobre la hipertensión arterial

Sociedad Internacional de Hipertensión (<i>International Society of Hypertension</i>)
Sociedad Americana de Hipertensión (<i>American Society of Hypertension</i>)
Sociedad Europea de Hipertensión (<i>European Society of Hypertension</i>)
Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión
Instituto Nacional del Corazón (EE.UU) (<i>National Heart Institute, USA</i>)

Bibliografía

1. Gil Extremera B. Historia de la Medicina Interna. Edit. Universidad de Granada; 2009.
2. Gil Extremera B. La Medicina, pasado y presente. Edit. Alhulia, Granada; 2010.
3. Gil Extremera B. Factores de riesgo cardiovascular. Rev Clin Esp (Mad). 2002;2(1-56), 202, número extraordinario.

doi:10.1016/j.dialis.2011.09.011

91.11

De la Atención Primaria del Nefrólogo Consultor al Servicio de Nefrología hospitalario. Nuestra Experiencia*

Primary Care Consultant Nephrologist at Nephrology Hospital. Our Experience

José Carlos Rodríguez-Pérez*, Gloria Antón-Pérez, Raquel Santana-Estupiñán, Nery Sablón-García, Elena Oliva-Dámaso

Servicio de Nefrología Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria

Correo electrónico: jrodperd@gobiernodecanarias.org (J.C. Rodríguez-Pérez).

Una elevada prevalencia de ERC, HTA y Nefropatía Diabética (ND) obliga a un planteamiento de coordinación entre los dispositivos de la sanidad pública, atención primaria y atención especializada, para dar una respuesta razonable a esta necesidad asistencial. Al respecto, el posicionamiento de la Sociedad Española de Nefrología (SEN) ha sido desde siempre concienciar y proponer dicha coordinación¹⁻³. Unas veces, estas actuaciones son o han sido de protocolos conjuntos, y otras, las menos, una interrelación estrecha entre atención primaria y nefrología. Ello ha supuesto en nuestro caso al menos, un impacto en listas de espera para consultas, en formación y en adecuación de la atención al paciente nefrológico todavía no medido y en coste-beneficio, en suma y así lo creemos, de gran repercusión en nuestro Sistema de Salud⁴.

El establecimiento de clasificaciones en los últimos años de la ERC (KDOQI/KDIGO) basadas en estimaciones del filtrado glomerular, que aunque beneficioso para establecer

* Presentado XXXIII Congreso Anual de la SEDYT. Granada, 13 de mayo de 2011.

* Autor para correspondencia.

indicaciones y análisis epidemiológicos poblacionales, la llegada temprana de pacientes a los servicios hospitalarios ha provocado en el mejor de los casos un aviso a los Servicios de Nefrología y en el peor de los mismos una saturación de las consultas de nefrología y con ello una demora hasta la primera visita médica. Esta elevada prevalencia de enfermedad renal conocida por diferentes estudios (NHANES III, EPIRCE, etc.) nos plantean un reto estratégico para el manejo de esta población remitida a los servicios de atención nefrológica. Junto a la ERC, nos encontramos la HTA de difícil control y por supuesto en nuestro medio, CCAA de Canarias, la nefropatía diabética (ND) en todas sus manifestaciones y formas de presentación (microalbuminuria, HTA, proteinuria, microhematuria, ERC, etc.).

En nuestro ámbito nos veníamos encontrando por un lado con la saturación de nuestras consultas, con derivaciones "in crescendo" desde AP a Nefrología, aumento de la demora en la atención de primeras consultas con más de seis meses y aumento en el número de consultas sucesivas hasta la resolución de las mismas, sin una política clara de remisión de aquellos casos que podrían seguir visitándose en AP y con escasa intercomunicación con AP. Por otro lado, el envejecimiento de la población, la presencia de pacientes politratados y con un mayor número de factores de riesgo cardiovascular, nos obligó a buscar un sistema de interrelación entre AP y Nefrología hospitalaria que nos permitiera poner solución a este problema. Una primera alternativa podría ser la atención por parte de un médico de AP en el hospital, de todos aquellos pacientes derivados desde AP por un problema nefrológico, incluida de forma especial la ERC en el contexto o no de la ND. El médico tendría que estar desplazado al hospital y bajo el control de un coordinador-nefrólogo que asumiría esta responsabilidad. Las dificultades para llevar a cabo esta acción eran obvias sobre todo por la imposibilidad del médico de AP para estar desplazado en el hospital. La segunda alternativa, la existente, consiste en responsabilizar a un nefrólogo de la atención de los pacientes derivados de AP, quien debería mantener una colaboración continuada con los médicos de AP de aquellos centros de salud que pudiera atender. Esta actividad se vería complementada con la presencia al menos una vez al mes a ese/esos centros de salud, comentando los pacientes y sus problemas renales con sus respectivos médicos.

Serían los diferentes médicos de AP o los coordinadores de centros los que remitirían por correo electrónico o fax al Servicio de Nefrología las interconsultas, con los datos de la anamnesis y datos analíticos y de imagen de los pacientes necesarios de la atención nefrológica. El nefrólogo de soporte a la AP revisará estas interconsultas. Algunas serán resueltas vía telefónica con sus respectivos médicos de AP, las que no, serán revisadas en el propio centro de salud y aquí se decidirán las que serán remitidas al hospital a la consulta de soporte a AP. De aquí, una vez estudiados todos estos casos se remitirán con su diagnóstico, recomendaciones renales y tratamiento, en su correspondiente informe clínico a su médico de AP o por el contrario, pasaran a las consultas de nefrología (glomerulares, generales, ERCA, etc.). Esto llevó a la creación de varias agendas de consulta en nuestro Servicio.

La causa más frecuente de interconsulta como era de esperar, es la ERC en sus diferentes estadios. De aquí, nuestros resultados muestran que los pacientes con ERC en estadios 1 (100%), 2 (72%), 3A (38%) y 3B (22%) pueden realizar su seguimiento en AP. De 843 interconsultas realizadas en el año 2010 a nuestro Servicio, unas 436 fueron por alguna causa en el contexto de ND, entre las cuales destacaba la presencia de ERC (56%) y la proteinuria (18%). El 41% de todas las interconsultas pudieron resolverse en AP sin necesidad de la derivación del paciente al hospital. Solo un 2% de los pacientes requirieron incluirse en lista de espera para su ingreso hospitalario. El 47% de los pacientes fueron derivados a la consulta de soporte de AP en el hospital. (fig. 6)

En resumen, el actual programa de soporte a la AP por parte del Servicio de Nefrología es un programa eficiente, redundando en la reducción de listas de espera, reducción en la demora media de la atención nefrológica y una mejor adecuación de la atención nefrológica en nuestra provincia.

Anotación

Este programa debe ser considerado un programa global del Servicio de Nefrología, todos sus componentes han intervenido y apostado por este programa, de la Gerencia del hospital y de AP y Dirección de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud. Hoy día, dos nefrólogos tienen dedicación plena a este programa.

Bibliografía

Bibliografía

- Otero A, de Francisco A, Gayoso P, García F, EPIRCE Study Group. Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the EPIRCE study. *Nefrología*. 2010;30:78-86.
- de Francisco AL, De la Cruz JJ, Cases A, de la Figuera M, Egocheaga MI, Górriz JI, Llisterri JI, Marín R, Martínez Castela A. Prevalence of kidney insufficiency in primary care population in Spain: EROCAP study. *Nefrología*. 2007;27:300-12.
- Alcázar R, Egocheaga MI, Orte L, Lobos JM, González Parra E, Alvarez Guisasola F, Górriz JL, Navarro JF, Martín de Francisco AL. SEN-SEMFYC consensus document on chronic kidney disease. *Nefrología*. 2008;28:273-8.
- García García M, Valenzuela Mújica MP, Martínez Ocaña JC, Otero López MD, Ponz Clemente E, López Alba T, Gálvez Hernández E. Results of a Coordination and Shared Clinical Information Programme between Primary Care and Nephrology. *Nefrología*. 2011;31:84-9.

doi:10.1016/j.dialis.2011.09.012