

**FALLO EVITABLE: NUEVO CONCEPTO EN EL ANALISIS DE LA MORBIMORTALIDAD PREDIALISIS. MODELIZACIÓN DE ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA ATENCION NEFROLOGICA**

Orte LM<sup>1</sup>, Gómez-Campdera F<sup>2</sup>, Aguilar MD<sup>3</sup>, Lazaro P<sup>3</sup>, Fernández E<sup>4</sup>, Sanz Guajardo D<sup>5</sup>.

1. Servicio de Nefrología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.
2. Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
3. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS). Madrid
4. Servicio de Nefrología. Hospital U. Arnau de Vilanova. Lérida.
5. Servicio de Nefrología. Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivo:** Analizar los fallos evitables (FE) en función de variables de manejo de la insuficiencia renal crónica (IRC) prediálisis y éxitus. Estimar la influencia de una intervención en el ámbito de atención al paciente con IRC, sobre la presentación de 3 ó más FE ( $\geq 3FE$ ) al inicio de diálisis.

**Métodos:** Ámbito: Cinco hospitales españoles. Muestra: 405 pacientes con IRC que inician diálisis entre 1989-2002. Variables dependientes: FE (presencia de cada una de las siguientes situaciones: anemia, hipocalcemia, hiperpotasemia, acidosis, hipertensión o hipoproteinemia severas, o vía transitoria de diálisis); y éxitus en los tres primeros meses de diálisis. Variables explicativas: referencia precoz (RP) o tardía (RT) al nefrólogo ( $\geq 6$  ó  $< 6$  meses antes de la primera diálisis, respectivamente); atención en consulta pre-diálisis (CPD); Análisis estadístico: análisis univariante y multivariante de regresión logística entre  $\geq 3FE$  y las variables explicativas. Identificación de variables asociadas a  $\geq 3FE$  mejorables mediante intervenciones. Medidas de estimación del impacto de estas intervenciones: riesgo actual, reducción relativa (RRR) y absoluta de riesgo (RAR), odds ratio (OR), número necesario a tratar (NNT) y riesgo relativo (RR).

**Resultados:** Hay  $\geq 3FE$  en el 19% de los pacientes (riesgo actual: 0,19). La presencia de  $\geq 3FE$  fue más frecuente en los que fallecieron (OR: 4,3;  $p < 0,03$ ). La  $\geq 3FE$  se asocia con: RT al nefrólogo (OR: 3,8;  $p < 0,001$ ) y atención en CPD (OR: 3,2;  $p < 0,01$ ). Una intervención dirigida a disminuir hasta 5% el número de pacientes con RT supondría: descenso del riesgo actual a 0,12; RRR: 0,35; RAR: 0,079; OR: 0,60; NNT: 15; y RR: 0,65. La atención del 95% de los pacientes en CPD supondría descenso del riesgo actual a 0,09; RRR: 0,51; RAR: 0,10; OR: 0,43; NNT: 10; y RR: 0,49. La intervención combinada disminuiría el riesgo a 0,07, OR hasta 0,33 y NNT a 8.

**Conclusiones:** La presentación de  $\geq 3FE$  prediálisis se asocia con incremento de la mortalidad precoz en diálisis. La RP, la atención en CPD, y la acción combinada de ambas, disminuiría considerablemente el número de sujetos que llegan a diálisis con  $\geq 3FE$ . Estos resultados justifican las estrategias dirigidas a conseguir la RP al nefrólogo y la atención en CPD de prácticamente la totalidad de los pacientes con IRC.