

**MODELIZACIÓN DE ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA ATENCION NEFROLOGICA PREDIALISIS SOBRE LA NECESIDAD DE VÍA TRANSITORIA AL INICIO DE DIÁLISIS.**

Gómez-Campdera F<sup>1</sup>, Orte LM<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 General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
2. Servicio de Nefrología. Hospital Ramón y Cajal. 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:** Estimar la influencia de una intervención en el ámbito de atención del nefrólogo al paciente con insuficiencia renal crónica (IRC), sobre la necesidad de utilización de una vía transitoria (VT) en la primera diálisis.

**Métodos:** Ámbito: Cinco hospitales españoles. Muestra: 405 pacientes con IRC que inician diálisis entre 1989 y 2002, de ellos 270 entre 2001-2002. Variables: datos clínicos y bioquímicos habituales prediálisis; comorbilidades; tiempo de evolución de la IRC; 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); necesidad de vía transitoria en la primera diálisis (sí/no). Análisis estadístico: análisis univariante de asociación entre la utilización de VT y las variables recogidas, y regresión logística multivariante con VT como variable dependiente. Identificación de variables asociadas a VT susceptibles de mejorar mediante intervenciones. Medidas de estimación del impacto de la mejora 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:** La VT está presente en el 30,4% de los pacientes estudiados (riesgo actual: 0,30), y asociada de modo significativo con dos variables modificables: RT al nefrólogo (26,8% de la muestra) con un OR: 3,6 ( $p \leq 0,001$ ) y atención en CPD (51% de los pacientes) con un OR: 5,3 ( $p < 0,001$ ). Una intervención dirigida a disminuir hasta un 5% el número de pacientes con RT supondría: descenso del riesgo actual a 0,21; RRR: 0,31; RAR: 0,09; OR: 0,61; NNT: 11; y RR: 0,69. La atención del 95% de los pacientes en CPD supondría asimismo un descenso del riesgo actual a 0,14; RRR: 0,53; RAR: 0,16; OR: 0,38, NNT: 6; y RR: 0,47. La intervención combinada disminuiría el riesgo a 0,11, el OR hasta 0,30 y el NNT a 5.

**Conclusiones:** La RP al nefrólogo del enfermo con IRC, su atención en CPD, y la acción combinada de ambas, disminuiría considerablemente la necesidad de requerir un acceso transitorio al inicio de la diálisis. 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.