

347

VARIABILIDAD EN LA PRACTICA CLINICA EN NEFROLOGIA. ESTUDIO DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS DE 1998 EN ANDALUCÍA.

G. Martín Reyes. S. Benitez Bocanegra*, MV. Ordóñez Martí-Aguilar** S. de Nefrología. S. de Documentación Clínica*. Dirección Médica**, Hospital Regional Carlos Haya. Málaga

Introducción: Los estudios sobre la variabilidad en la prestación de servicios sanitarios permiten evaluar la efectividad o la eficiencia de los centros sanitarios o profesionales y buscar determinantes de variabilidad en función de las características de los pacientes, médicos, hospital o sistema sanitario. El objetivo del presente trabajo fue evaluar la posible variabilidad en la practica clínica en unidades de Nefrología de los hospitales andaluces.

Material y Método: Se han analizado 5357 altas Hospitalarias recogidas en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Andalucía de 1998, correspondientes a los Servicios o Secciones de Nefrología de 14 hospitales. Se excluyeron 174 (3,25%) por corresponder a Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) inválidos. Las 5183 altas restantes supusieron un nivel de codificación del 93% (Rango: 88,95%-98,25%). El número de Diagnósticos codificados por alta fue de 4.15 (rango 4.96-2.71) y el de procedimientos 1.82 (rango 0.2-4.3). Se usó como Norma de comparación las medias de las estancias para cada GRD del total de la muestra. Se calculo la Estancia Media (ME) global y de cada hospital, el Nivel de Eficiencia Relativa a través del Índice Funcional, el Grado de Complejidad con el Índice Case Mix, el Coste Medio por GRD con el Peso Medio y la frecuencia de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), y los diagnósticos principales y procedimientos codificados.

Resultados: La EM global fue de 9.73 días (rango 5.89 - 12.97 días), la comparación de estas medias alcanzó significación estadística. El Nivel de Eficiencia Relativa osciló entre 0,68 y 1,26. La complejidad osciló entre 1,26 y 0,77. El Coste Medio entre 1,07 y 3,22. Nueve GRD (316, 332, 317, 302, 315, 331, 144, 134, 127) representaron más del 50% de la actividad para el conjunto de los hospitales. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Insuficiencia Renal crónica, la atención post diálisis y la complicación de trasplante de riñón, mientras que los procedimientos fueron: Hemodiálisis, Diálisis peritoneal, biopsias renales percutáneas, Fistulas Arteriovenosas, y trasplantes renales.

Conclusión: Se evidencian diferencias significativas en estancias medias, nivel de eficiencia, complejidad y coste medio por GRD entre los diferentes hospitales. Así como en la distribución de los GRD dentro de los hospitales.

348

COSTES DE LA DIALISIS CRONICA EN UN HOSPITAL PUBLICO

J.Lamas, M.Alonso, J. Saavedra, G. García-Trío, M. Rionda, M. Ameijeiras. Unidad de Nefrología. Hospital Meixoeiro. Vigo. España.

Introducción.- Los trabajos publicados sobre los costes de la diálisis crónica en nuestro país ponen de manifiesto la dificultad de realizar este tipo de estudios y tienden a coincidir en que la Hemodiálisis Crónica (HD) realizada en los hospitales públicos es más costosa para el Sistema Sanitario que la efectuada en centros concertados y en que también es más costosa que la Diálisis Peritoneal (DP).

Objetivos.- Analizar los costes de la HD y DP en nuestra área sanitaria para averiguar si las conclusiones anteriores se cumplen en nuestro entorno y estimar en nuestro medio la óptima eficiencia técnica y la eficiencia productiva de ambos tratamientos.

Material y Métodos.- Se estudiaron los costes reales de la HD y DP durante los años 1998 y 1999 en un hospital público con una área sanitaria que abarca una población global de unos 178.000 habitantes, diferenciando los costes relacionados directamente con la técnica de diálisis (personal, fungible, gastos generales y amortizaciones) y otros costes asociados (exploraciones complementarias rutinarias, utilización de eritropoyetina, hospitalización y transporte sanitario).

La eficiencia técnica y productiva se han estimado sobre la base de la población tratada, una distribución de pacientes entre ambas técnicas del 30 y 70 % para DP y HD, respectivamente, una utilización de membranas biocompatibles del 50 % en HD, una proporción de pacientes en DP automática del 50 %, la capacidad física disponible en nuestra unidad y una asignación de recursos humanos con los criterios de calidad comúnmente aceptados en los hospitales públicos.

Resultados.- Los costes relacionados directamente con la diálisis, por paciente y año, fueron en 1998 y 1999, respectivamente, de 3.421.548 pts. (36 pacientes) y 3.169.296 pts. (40 pacientes) en HD y de 3.693.611 pts. (16 pacientes) y 3.827.994 pts. (14 pacientes) en DP. Estas cifras ascendieron a 4.774.560 pts.y 4.522.308 pts. en HD y a 4.498.828 pts.y 4.633.211 pts. en DP al añadir los otros costes asociados analizados.

En nuestro medio, la máxima eficiencia técnica de cada tratamiento se alcanzaría con 64 pacientes en HD (2.988.180 pts/ paciente/año) y con 48 en DP (3.474.403 pts/ paciente/año) y la máxima eficiencia productiva global, teniendo en cuenta las circunstancias reales de nuestra unidad, con 56 pacientes en HD (2.996.292 pts/ paciente/año) y 24 en DP (3.581.662 pts/ paciente/año). Por otra parte, en relación con el coste del tratamiento, la HD genera más puestos de trabajo en el área que la DP.

Conclusiones.-

- 1) La HD realizado en un hospital público puede ser competitiva con la efectuada en los centros concertados y al menos en nuestro medio es menos costosa que la DP, incluso contabilizando los costes de utilización de eritropoyetina, hospitalización y transporte sanitario, y esto continuará siendo así en las condiciones de máxima eficiencia productiva global de nuestra unidad.
- 2) Estos datos resaltan la importancia de optimizar el tamaño de los programas de HD y DP en los hospitales públicos según las circunstancias de cada área sanitaria.

349

IMPLICACIONES CLINICAS DEL DESFASE ECONOMICO EN LOS CONTRATOS DE GESTION DEL TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO.

J Portoles, P Serrano, K L-Revueita, E Gruss, G Fernandez-Juarez, V Barrio, F Cava Fundación Hospital de Alcorcón, Alcorcón Madrid, España

Introducción: Los nuevos modelos de gestión sanitaria han llevado a Insalud a una política de conciertos económicos con sus Hospitales. Sin embargo existen pocos datos previos sobre los costes reales de muchos de los procesos asistenciales. El disponer de programas de gestión informatizada y de financiación según coste por proceso nos ha llevado a realizar el estudio.

Objetivo: Estudiar la adecuación de la tarifa aplicada al tratamiento renal sustitutivo (TRS) en el contrato de gestión (CG) del Insalud a los costes mínimos identificables.

Método: Para el calculo se recogen las tarifas de la técnica de diálisis concierto más los costes directos de la actividad programada según las guías de práctica clínica de nuestro hospital. No incluye los costes indirectos ni los de la asistencia ambulatoria no programable. En todo caso el coste reflejado es inferior a un coste real. Los elementos de cálculo incluyen:

1/ las tarifas según BOE 30-4-99, 2/ el gasto básico de farmacia en medicación de dispensación hospitalaria: eritropoyetina, hierro intravenoso y calcitriol, sobre datos reales de consumo, 3/ las exploraciones según el protocolo de revisiones de la las guías de practica clinica, con una tarifa de mercado en el rango inferior para cada prueba y 4/ personal: solo se contabilizan para la DP ya que la tarifa BOE solo incluye el fungible. Se considera exclusivamente el nefrólogo y DUE con dedicación directa, según coste de personal en nuestro centro (FHAlcorcón) y ratios estándares (30 pacientes por nefrólogo y 20 por DUE) y el coste de personal en nuestro centro (FHAlcorcón).

Resultados: Los resultados más relevantes se resmen en el siguiente cuadro:

TECNICA	Tarifa BOE	Personal	Farmacia	Exp. Comp.	Total Real	Tarifa CG	Deficit	Deficit En %
HD Cto Conc	3.31	*	0.42	0.13	3,74	3,20	0.53	17%
DPCA	2.64	0.55	0.17	0.12	3,49	2,8	0.67	24%
DPA	4.37	0.55	0.17	0.12	5,2	2,8	2.34	82%
DPABV	3.58	0.55	0.17	0.12	4,4	2,8	1.57	55%
DPUC	3.18	0.55	0.17	0.12	4,0	2,8	1,17	41%

Nota: HD: hemodiálisis, DPA: D peritoneal automática, DPABV: DPA bajo volumen < 15l, DPUC: Diálisis peritoneal con último cambio automático. Los datos se expresan en millones de pesetas por paciente año de tratamiento. *Coste de personal de HD incluido en tarifa BOE.

Conclusiones: 1.- Existe un desfase entre la tarifa pactada y los costes mínimos calculados. 2.- Esto conlleva una financiación insuficiente en los Hospitales públicos gestionados bajo el modelo fundacional y un error en el calculo de los costes por proceso independientemente de cual sea el modelo de financiación, ya que el déficit se repercute en los gastos generales de hospitalización y consultas y 3/ así mismo se están desincentivando determinadas técnicas de TRS al estar los precios pactados por debajo del coste del fungible (según BOE) y hasta un 80% por debajo del coste real calculado.

350

¿HA CAMBIADO EL PERFIL DEL PACIENTE EN LA CONSULTA DE NEFROLOGÍA?

J. Borrego Hinojosa, P. Pérez del Barrio, J.M. Gil Cunquero, M.J. García Cortés, M.C. Sánchez Perales, A. Liebana Cañada, F.J. Borrego Utiel, P. Serrano Angeles, V. Pérez Babasco.

H.G.E. "CIUDAD DE JAÉN". JAÉN, ESPAÑA

Introducción. En los últimos años estamos asistiendo a un incremento en la edad media de los pacientes en las unidades de diálisis. Esto parece debido fundamentalmente a la mayor supervivencia y expectativa de vida de los pacientes en diálisis, pero también a que cada vez incluimos en programa de diálisis crónica a sujetos de edad más avanzada, posiblemente porque esté cambiando en patrón del paciente con insuficiencia renal crónica.

Objetivo: Realizar análisis epidemiológico de los pacientes seguidos en la consulta de nefrología general y determinar si el perfil de los mismos está cambiando.

Material y Métodos: Se estudian todos los pacientes vistos en la consulta de nefrología general de nuestro centro (hospital de referencia para 650.000 habitantes), durante el periodo comprendido entre el 1 enero de 1998 y el 29 de febrero de 2000.

Resultados: Durante el intervalo de observación se realizaron 2456 consultas distribuidas de la forma siguiente: en 1998 se realizaron 1120 consultas, durante 1999 fueron 1135 los pacientes vistos y hasta febrero de 2000 se revisaron en consulta un total de 201 pacientes. La distribución según diagnóstico etiológico mostró que el porcentaje de consultas por hematuria aislada, proteinuria aislada, sin criterios de biopsia renal, nefropatía diabética, glomerulonefritis, pielonefritis crónica, nefritis intersticial, patología hereditaria y vascular se mantuvo constante durante todo el periodo estudiado; sin embargo encontramos un incremento en el número de derivaciones para estudio nefrológico especializado de pacientes nuevos, no conocidos previamente (12% en 1998 vs 18% en 1999 y 2000). Igualmente existe un incremento del porcentaje de pacientes a los que, por el grado avanzado en que son derivados, no se puede llegar a un diagnóstico etiológico y que son etiquetados como de causa no filiada (11% a 14%), mientras que las nefropatías secundarias a enfermedad sistémica presenta un descenso durante estos años (6% en 1998 vs 3 % en 2000). La edad media de los pacientes tanto globalmente considerados, como cuando los agrupamos por etiología no se ha modificado durante el periodo estudiado.

Conclusiones: De los resultados se desprende que en nuestro medio:

1. Se mantiene la prevalencia de la mayoría de nefropatías.
2. La edad de presentación de las mismas no parece haberse modificado.
3. Aunque asistimos a un incremento de interés por la patología nefrológica, aún encontramos que una alta proporción de pacientes se deviran demasiado tarde para su diagnóstico.
4. La etiología no filiada sigue siendo la segunda causa de nefropatía, después de las de origen glomerular.

- Aceptado Póster
- Aceptado Presentación Oral

351

HD vs DPCA: ¿EXISTE ALGUN MOTIVO PARA QUE EL PACIENTE PREFIERA UNA U OTRA TÉCNICA?.

MP. Pérez del Barrio, C. García Castrillo*, JM. Gil Cunquero, F. Borrego Utiel, MJ. García Cortés, MC. Sánchez Perales, A. Liébana, P. Serrano, J. Borrego Hinojosa, V. Pérez Bañasco. Servicio de Nefrología, HGE. Ciudad de Jaén, y, *Unidad de Salud Mental, H. San Juan de la Cruz (Úbeda). Jaén. España.

Introducción: En nuestro Centro procuramos que la elección de la técnica de diálisis sea decisión del paciente siempre que no exista una contraindicación médica para la aplicación de alguna de las mismas. Nos propusimos valorar si alguna característica de tipo personal o un modo particular de afrontar la enfermedad y el cambio vital que ella supone podía condicionar la elección del tipo de técnica de diálisis.

Material y método: Estudiamos dos muestras de pacientes con tratamiento renal sustitutivo estables en la técnica aplicada: 19 en DPCA y 30 en HD; las muestras resultaron homogéneas en cuanto a edad (53'6 / 53'5 años), sexo (varones: 47% / 50%; hembras: 53% / 50%), estado civil y nivel de estudios. En ningún paciente existía una contraindicación médica para una u otra técnica. A todos ellos se les aplicó el Cuestionario de Personalidad 16 PF de Cattell y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, A-E y A-R) como medida de la aparición de ansiedad con carácter patológico o como rasgo de personalidad. Se realizó el análisis de los resultados mediante el programa estadístico SPSS (estadísticos descriptivos, test de Mann-Whitney, t de Student).

Resultados:

- 16 PF de Cattell. Perfil general (medianas)

Factor >	A	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
DPCA	4	4'5	4'5	6	6'5	5'5	5	6'5	6	6	5	3'5	6	5'5	5
HD	4	5	5'5	5	7	6'5	6	8	3'5	6'5	5'5	5'5	6	5	5

- 16 PF de Cattell. Factores de 2º orden (medias) - STAI: (medianas)

Factor >	Q1	QII	QIII	QIV	A-E	A-R
DPCA	6'1	5'1	5'9	5'6	45	62
HD	6'2	5'2	5'8	6'3	18'5	41

Al comparar ambas muestras observamos diferencias estadísticamente significativas para el factor "L" (p=0,02, Mann-Whitney) en el 16 PF y para el factor A-E (ansiedad-estado) (p=0,03, Mann-Whitney) en el STAI.

Conclusiones: Los pacientes en HD presentan valores muy altos en suspicacia, tendiendo a ser engreídos y difíciles de engañar (por la desconfianza y ambigüedad en la que desarrollan sus comportamientos), mostrando cierto desapego hacia los demás y colaborando de forma deficiente en tareas de grupo, cuestionando las imposiciones o las reglas de los demás y dejando la responsabilidad y decisiones de su cuidado en manos de otros; lo cual concuerda con un nivel de ansiedad ante la técnica llamativamente bajo, menor incluso al que cabría esperar en la población general (siendo similar al esperado en la población general en los pacientes en DPCA).

352

EFFECTO DE LA REMISIÓN TARDIA DE PACIENTES A NEFROLOGÍA: ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE INICIO DE DIÁLISIS, MORBILIDAD, MORTALIDAD Y COSTOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

J.L. Górriz, A. Sancho, A. Avila, M.L. Amodeo*, M. Martín*, P. Sanz*, G. Barril*, M. Salgueira**, M de la Torre**.

Hosp. Universitario Dr. Peset Valencia, Hosp. Arnau de Vilanova Lleida*, Hosp. La Princesa Madrid#, Hosp. Virgen Macarena Sevilla**, Hosp. Alarcos Ciudad Real###.

Se ha sugerido que la remisión tardía de pacientes a Nefrología podría ser un factor que influyera en la morbimortalidad del paciente renal. Son escasos los estudios sobre las condiciones en las que los pacientes se remiten al nefrólogo y se incluyen en programa de diálisis crónica, no existiendo datos en nuestro país.

OBJETIVO: Estudiar las características de los pacientes, consecuencias clínicas, modo de inicio de diálisis, hospitalizaciones y morbimortalidad y costos de los pacientes en relación a su precocidad en la remisión a un Servicio de Nefrología.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se estudiaron 375 pacientes (233 varones y 142 mujeres) procedentes de 5 hospitales del Sistema Público de Salud, que iniciaron diálisis crónica en los años 96-97. Retrospectivamente se analizaron las características demográficas, condiciones de inicio y evolución durante los primeros 6 meses. Los pacientes se clasificaron como remitidos precozmente (RP) (>6 meses de seguimiento por Nefrología), y tardíamente (RT) cuando el seguimiento en nefrología era ≤6 meses.

RESULTADOS: RP: 278 pacientes (74,1 %) y RT: 97 (25,9 %).

Inicio de diálisis de forma programada y con acceso vascular o catéter peritoneal: RP: 170 (61 %) vs 81 (84 %) en RT (p<0,001). De este subgrupo de 81 pacientes de RT, 27 estaban en seguimiento por Nefrología, 41 en seguimiento por otros especialistas y 13 iniciaron diálisis tras fracaso renal agudo (3,5%).

La RT se asoció a: inicio de diálisis de forma aguda o no programada (p<0,001), sexo varón (p=0,024), centro (p=0,02), mayor gravedad de síntomas al inicio de diálisis (p<0,001), seguimiento previo no nefrológico (p<0,001), mayor nº de transfusiones (p<0,001), TA diastólica mayor (p<0,002), menor peso al inicio de diálisis (0,019), menor Hb (0,017), menor albúmina sérica (0,045), mayor necesidad de catéter transitorio (54,6% vs 20,7%) (p<0,001), mayor nº de días de hospitalización al inicio de diálisis (20,2±13 vs 11,9±14) (p=0,001) y a los 6 meses (10,5±15 vs 6,4±11) (p= 0,03), y mayor mortalidad a los 6 meses (17,5 % vs 7,8 %) (p=0,018). Solo los costos de hospitalización supusieron el doble en los RT, a lo que hay que añadir los derivados de mayor necesidad de catéteres centrales, transfusiones y coste de una diálisis urgente.

CONCLUSIÓN: La remisión tardía de pacientes con enfermedad renal a Nefrología se asocia a peores condiciones clínicas de inicio de diálisis crónica, así como a una mayor morbimortalidad y un incremento de los costos derivados de todo ello.

353

PERFIL DE LOS PACIENTES QUE HAN INICIADO TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL CON HEMODIÁLISIS/DIÁLISIS PERITONEAL DURANTE TRES AÑOS EN NUESTRA REGIÓN.

R. A. Navascués, C. Rodríguez, P. Vidua, J. Herrera.

Servicio de Nefrología II Hospital Central de Asturias Oviedo. España.

INTRODUCCIÓN: La diálisis peritoneal (DP) constituye una alternativa plenamente contrastada en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica, y debe ser una opción indispensable dentro de la oferta terapéutica a los pacientes que inician tratamiento sustitutivo renal. Según los datos del último registro de la Sociedad Española de Nefrología (1997), en nuestro país, inician tratamiento con DP, el 11,2 % de los pacientes que son sometidos a terapia renal sustitutiva (TRS), alcanzando esta cifra el 15,8 % en el cómputo de los países de la Unión Europea.

OBJETIVO: Hemos realizado el presente estudio, con el fin de conocer la incidencia de enfermos renales sometidos a DP y comparar el perfil de estos, con el de aquellos que habían iniciado Hemodiálisis (HD) en nuestra región (Asturias) durante los últimos tres años (1997-1999).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron, retrospectivamente, los pacientes que habían iniciado TRS (HD/DP) ninguno se había trasplantado sin pasar por una de estas dos modalidades) en nuestra región entre los años 1997-1999, analizando edad, sexo, nefropatía de base, índice de situación funcional simplificado (Karnofsky), índice de enfermedad concomitante total (Simplificado de Evans), trasplante renal y mortalidad.

RESULTADOS: 319 pacientes (93,27%) iniciaron HD, y 23 (6,72%) DP. Los pacientes de HD procedían de los 8 servicios de Nefrología existentes en la región. Los pacientes de DP procedían de 4 de estos servicios. Las diferencias más importantes fueron:

sexo	Edad	SF1	SF2	SF3	comorb	C.C	C.V	C.N	
HD	63,5%V	61,43	0%	49%	51%	4,93	21%	28%	18%
DP	56,5%V	55,73	0%	47,8%	51,9%	10	60,8%	65,2%	43,4%
P	NS	NS	NS	NS	NS	<0,005	<0,005	<0,005	<0,005

SF: situación funcional (Karnofsky): 1 (0-44); 2 (45-79); 3 (80-100). CC: comorbilidad cardiaca. CV: comorbilidad vascular. CN: comorbilidad neurológica.

NAE	N. Diab	N. Interst	GN	PQR	Sistem.	Otras
HD	29,1 %	20 %	13,16 %	11,59 %	7,32%	6,27 %
DP	21,73 %	39,13 %	8,69 %	21,7 %	0 %	8,69 %
P	<0,05	<0,005	NS	<0,005	NS	-

En este tiempo se trasplantaron el 20,37% de los pacientes en HD, y el 26,08% de los de DP (NS). Fallecieron el 21,63% de los pacientes en HD, y el 21,73 % de los de DP (NS).

CONCLUSIONES: -1/ La incidencia de enfermos que inician terapia sustitutiva renal con diálisis peritoneal en nuestra región es baja. -2/ Mayor prevalencia de nefropatía diabética en estos pacientes. -3/ Presentan peores índices de comorbilidad que los que inician Hemodiálisis. -4/ Porcentaje similar se somete a trasplante renal, a expensas de aquellos que presentan bajos índices de comorbilidad. -5/ Porcentaje similar de fallecimientos. -6/ Probablemente podría ofertarse la DP como alternativa de terapia sustitutiva renal a más pacientes.

354

LA INFORMACION INSTITUCIONAL ES EL PRINCIPAL DETERMINANTE PARA LA ELECCION DE LA MODALIDAD DE DIALISIS. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

T. García Falcón, S. Pita, A. Rodríguez-Carmona, M. Pérez Fontán, C. Fernández Rivera, M. Cao, F. Valdés.

Hospital Juan Canalejo. A Coruña. España.

La elección informada de la modalidad de diálisis (D.) es uno de los principales indicadores acerca de la calidad de los cuidados que se prestan al paciente con insuficiencia renal crónica (IRC).

Para conocer los factores con influencia sobre la elección de modalidad de diálisis se revisó la historia de 205 pacientes (pac.) que iniciaron tratamiento sustitutivo renal por IRC desde septiembre-97 a septiembre-99. 54 pac. (26%) iniciaron Diálisis Peritoneal (DP) (65% hombres, 60 años (a.), 32% diabéticos, medio urbano 51%, trasplante renal previo (TR) 1 pac.) y 151 (74%) iniciaron HD (54% hombres, 57 a., 25% diabéticos, medio urbano 66%, TR 14%). Se analizaron el tiempo de seguimiento en consulta (t.seg.), acceso al programa de información estandarizada (Inf.prog.), función renal estimada por filtrado glomerular (Levey) (FG) y parámetros nutricionales al inicio de diálisis (I.D.). Utilizando como variable dependiente la modalidad de diálisis (HD vs DP), se realizó un análisis de regresión logística para determinar qué variables modificaban la selección del tipo de diálisis. Como covariables se utilizaron la edad, género, medio (rural vs urbano), presencia o no de diabetes, FG al I.D., el tiempo de seguimiento en consulta, y recibir o no inf. prog. Para determinar el efecto del t.seg. en la modalidad de D. ajustado por la información realizamos un análisis actuarial según la metodología de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: La inclusión en HD o DP fue por indicación médica exclusivamente en un pac. (2%) en DP y en 3 (2%) en HD. La decisión última fue fundamentalmente del pac. en el 98% del grupo DP y 81% de HD (en 16% de HD no constaba causa de elección). 76 pac. recibieron inf. prog. y 91 pac. recibieron información de forma no estandarizada. En 16 casos no se recogió el tipo de información. De los pac. con inf. prog. 36 (47%) optaron por DP y 40 (53%) por HD, y entre los que no recibieron inf. prog. eligieron 12 (13%) DP y 79 (87%) HD (p<0,001). Los 22 pac. con TR eligieron mayoritariamente la modalidad de diálisis previa al mismo. El FG al I.D. fue superior en el grupo en DP (7,1 vs 6,3 ml/m) (p<0,05). No hubo diferencias entre hematócrito o parámetros nutricionales al I.D. entre DP y HD. La inf. prog., tras ajustar para las variables indicadas, modificó significativamente (p<0,001) la elección de DP (RR=5,6). Se objetivó que la probabilidad de elegir DP se modificaba con el tiempo de seguimiento, sobre todo en los pac. con inf. prog.

CONCLUSIONES: En nuestros pacientes, el acceso a la información programada es el principal determinante en la elección de modalidad de diálisis, y tiene un efecto independiente, importante y significativo para la elección de diálisis peritoneal.

355

UTILIDAD DE LA INFORMÁTICA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS. APLICACIONES ASISTENCIALES, DOCENTES Y DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

F.J. Lavilla, S. Tejero, B. Ballester, P. Arzalluz*, I. García, A. García*, J. Manrique. Clínica Universitaria de Navarra. *Departamento de Informática. Facultad de Medicina. Pamplona.*

Objetivos: Estudiar la aplicación de un programa de gestión informática de historias clínicas al seguimiento de pacientes hospitalizados, en su vertiente asistencial, docente y de investigación clínica.

Material y metodos: En Enero de 1997 se inició la aplicación de un programa informático de historias clínicas, que gestiona todos los aspectos de la historia clínica y centraliza la información obtenida de todos los departamentos implicados en la atención de los pacientes. Integra todos los servicios, gestiona información analítica (formato de base de datos), exploraciones complementarias radiológicas o no (formato texto), y permite la realización de una historia médica en soporte informático.

Resultados:

a). Respecto a su vertiente asistencial y docente, se ha modificado el esquema de visita médica hospitalaria. Se maneja información "on line", con la posibilidad de realizar revisiones sobre el ingreso o la historia médica del paciente, incluso desde el propio despacho médico o delante de la habitación del paciente. Permite realizar discusiones acerca de cada paciente, en el que se implica al personal médico y de enfermería con una aplicación docente inmediata. Se facilita la anamnesis del paciente al disponer de información actualizada. Posibilita tomar decisiones diagnóstico-terapéuticas y permite el registro de la evolución clínica. Con ello se ha conseguido:

- Disminuir el tiempo que discurre entre diferentes tomas de decisión a lo largo del proceso diagnóstico y terapéutico.
- Disminución del número de visitas fuera de las establecidas, a la planta de hospitalización, así como de "busqueda" de información acerca de puebas realizadas.
- Mejorar la información que se ofrece al paciente.

b) Respecto a su aplicación sobre la investigación clínica, este sistema ha permitido poner en marcha un programa de seguimiento sobre morbilidad hospitalaria en nuestro servicio.

Conclusiones: El empleo de la informática en la gestión de historias clínicas facilita el proceso de atención al paciente, mejorando la agilidad del proceso diagnóstico y terapéutico, y permitiendo no solo la propia labor asistencial sino también la docente. Finalmente abre la puerta a una labor de investigación clínica de aplicación práctica inmediata.