

Utilización de los análisis de sangre en 2 centros de atención primaria de salud: ¿exceso o defecto?

Use of blood analyses in 2 primary care health centres: excessive or insufficient?

Sr. Director:

Hemos estudiado la distribución y variabilidad del número de análisis de sangre solicitados durante 1 año (agosto 2006–julio 2007) por 39 médicos de 2 equipos de atención primaria del Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample, en Barcelona, y lo comparamos con unos estándares calculados a partir de las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria¹ y del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya². Para determinar los estándares, se calculó el número total de peticiones mensual esperado por médico teniendo en cuenta las prevalencias de enfermedades crónicas que requieren al menos un análisis de sangre periódico y la proporción de enfermedades agudas que requieren un análisis para su correcto diagnóstico. Se consideraron las 3 enfermedades crónicas más prevalentes (según registro propio): hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia.

Las variables analizadas fueron el mes de la petición, la identificación del médico y el número de peticiones de análisis realizadas cada mes.

Durante el período de estudio se solicitaron un total de 13.988 análisis. Se observan diferencias notables tanto en el número de análisis mensuales realizados como en la conducta de los 39 médicos comparados entre sí. La media y la mediana de peticiones realizadas por mes son de 34,7 (intervalo de

confianza [IC] del 95%: 33,1–36,3) y de 36,0 (IC del 95%: 33,0–38,0), respectivamente. Las medianas del número de peticiones muestran diferencias estadísticamente significativas tanto entre los médicos (Kruskal-Wallis: 139,0; $p < 0,001$) (fig. 1) como entre los meses del año (Kruskal-Wallis: 27,0; $p = 0,003$).

Los estándares calculados ofrecen como valores de referencia unas medias de 80 y 84 análisis por mes y por médico, respectivamente, significativamente superiores a la media real obtenida. Las recomendaciones utilizadas para su cálculo se basan en criterios de presencia o ausencia de determinados factores de riesgo por edad y sexo, y habitualmente se excluye a las personas de más de 75 años, por lo cual las estimaciones son a la baja.

La bibliografía sobre el consumo de análisis de sangre es escasa y difícilmente comparable, ya sea por referirse a otros sistemas sanitarios^{3,4} o al medio hospitalario^{5,6}.

Los resultados en nuestra población son notablemente inferiores a los esperados según los estándares y más todavía si tenemos en cuenta que consideramos los análisis realizados por cualquier motivo, y no sólo como actividad preventiva. Si se alcanzaran los estándares, se estima que el gasto sanitario por este concepto aumentaría en 506.480 euros.

El motivo de la variabilidad intramédico e intermédico puede deberse a varios motivos: mayor afluencia de visitas (estacionalidad); diferencias en los cupos, en la enfermedad atendida o en la adherencia a las recomendaciones de las guías clínicas; ausencias (vacaciones, bajas laborales, permisos de maternidad); etc.

Para obtener una estimación propia sobre la base de los datos observados deberíamos disponer de información adicional: a) motivo por el que el médico solicita el análisis: el nombre de la enfermedad concreta o, en caso de coincidir varios motivos, una descripción de éstos; enfermedad

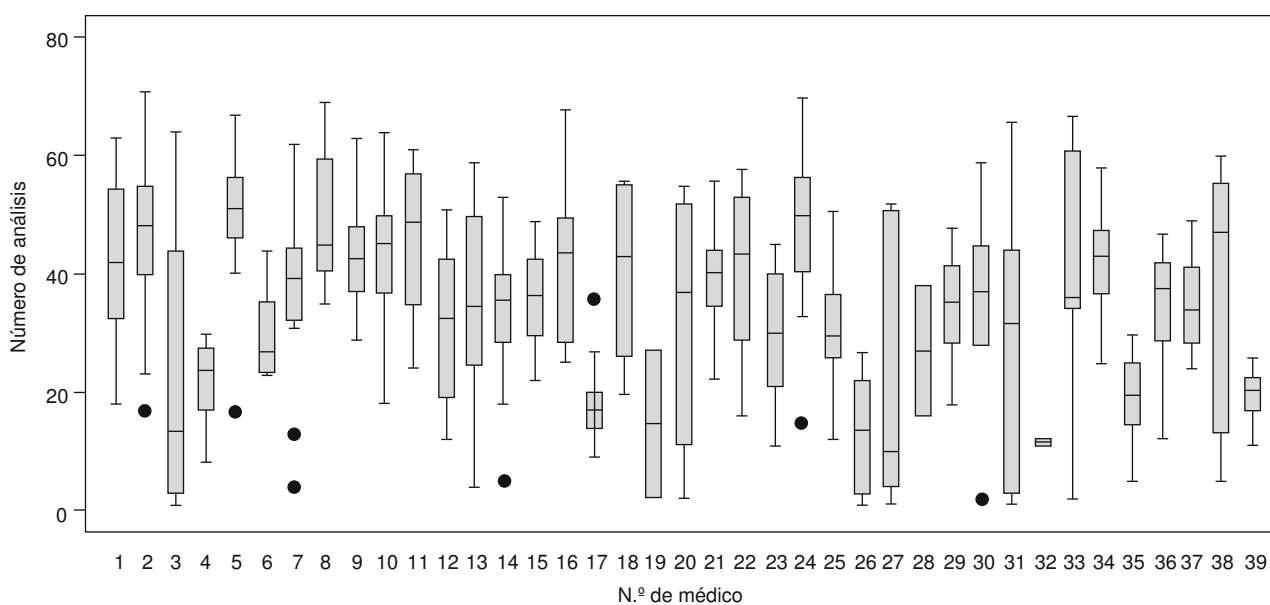


Figura 1 Distribución del número de análisis solicitados durante el período de estudio por médico. Cada médico se corresponde con un número obtenido mediante un proceso de anonimización. Los círculos representan los datos extremos.

aguda, crónica o actividad preventiva; *b*) criterio seguido en la decisión de pedir el análisis: juicio clínico, recomendación de una guía de práctica clínica, etc.; *c*) detalles del contenido del análisis (en nuestro estudio consideramos globalmente análisis de sangre que pueden incluir parámetros muy distintos), y *d*) características del médico solicitante del análisis (júnior, sénior, etc.) y tiempo de desempeño real de cada médico. Esperamos mejorar los sistemas de información y avanzar en nuestros resultados.

Agradecimientos

Prof. Erik Cobo, Dra. Zoe Herreras, Dra. Ana Pereira y Dr. Jaume Benavent.

Bibliografía

1. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud. Aten Primaria. 2007;39 Suppl 3:1-161.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Llibre blanc. Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària. 2.ª ed. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2006.
3. Gjelsvik R, Kaarbøe O, Haukland HH, Monsen AL, Sandberg S. More adequate use of laboratory services-economical aspects. Tidsskr Nor Laegeforen. 2008;128:814-7.
4. Monsen AL, Gjelsvik R, Kaarbøe O, Haukland HH, Sandberg S. Appropriate use of laboratory tests-medical aspects. Tidsskr Nor Laegeforen. 2008;128:810-3.
5. Larsson A, Palmer M, Hultén G, Tryding N. Large differences in laboratory utilisation between hospitals in Sweden. Clin Chem Lab Med. 2000;38:383-9.
6. Calderon-Margalit R, Mor-Yosef S, Mayer M, Adler B, Shapira SC. An administrative intervention to improve the utilization of laboratory tests within a university hospital. Int J Qual Health Care. 2005;17:243-8.

Josep Maria Vilaseca Llobet^{a,*}, Laura Costas Caudet^b, Manuel Martí-Recober^c y Antoni Trilla García^b

^a*Departamento de Medicina de Familia y Comunitaria, Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample de Barcelona-IDIBAPS, Barcelona, España*

^b*Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínic de Barcelona-IDIBAPS, Barcelona, España*

^c*Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelona, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vilaseca@clinic.ub.es
(J.M. Vilaseca Llobet).