

Gestión de la demanda en el laboratorio de alergias

A. Martínez-Bugallo, P. Mata, C. Remón, M.I. Carretero, M. Díez y C. Bosch

Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. España.

Sr. Director:

La utilización por parte de los médicos de los servicios centrales, especialmente los laboratorios, se incrementa día a día. En este sentido, experiencias publicadas sugieren la existencia de un uso excesivo así como de cierto grado de inadecuación en la demanda^{1,2}. Esta realidad obliga a abordar este problema para un uso racional de las solicitudes basada en la evidencia científica. No podemos olvidar que cuando se somete a una persona sana a tests no indicados el riesgo de falsos positivos es elevado³⁻⁵ y puede comportar un uso inadecuado de recursos, con el consiguiente riesgo de iatrogenia. Diversos autores han propuesto diferentes métodos para gestionar mejor la demanda de tests de laboratorio, con resultados que señalan que lo difícil no es racionalizar la demanda, sino que esta racionalización se mantenga en el tiempo⁶⁻⁸.

Dentro de nuestro laboratorio de área se planteó esta necesidad en la unidad de alergias, debido al elevado número de determinaciones (IgE específicas) que efectuábamos en relación con hospitales similares y el alto coste unitario de estas pruebas.

Cuando se planteó la intervención, la unidad de alergias no estaba integrada dentro del sistema informático del laboratorio (SIL), lo que obligó a procesar de forma manual toda la información sobre la demanda. La ratio de IgE específicas por solicitud fue de 7,4. Se identificaron los peticionarios y su perfil de petición, se relacionó con la actividad clínica desarrollada por cada uno de ellos y se llevó a cabo el estudio económico, obteniendo el coste final de cada test.

En mayo de 1997 se reunieron los nueve médicos peticionarios principales, el laboratorio y el equipo directivo. En dicha reunión se aportó información^{9,13-15} sobre costes globales y demanda al laboratorio por peticionario, utilizando como dato comparativo la ratio de IgE específicas por solicitud. Los clínicos justificaron el exceso de peticiones por la demanda de los pacientes, que supuestamente exigían un nombre concreto para su proceso. Del mismo modo se plantearon problemas de competencia-especialidad entre ellos, dificultando la posible elaboración de protocolos de petición por proceso, sobre todo en el área pediátrica hospitalaria, donde existía gran disparidad entre la ratio de IgE específicas por solicitud y los perfiles de petición para enfermedades similares.

De esta reunión se obtuvo el compromiso por parte de los clínicos de un uso más racional de los tests.

Se decidió entonces constituir un grupo de mejora formado por dos clínicos, tres responsables de laboratorio y dos miembros del equipo directivo de las áreas implicadas, para analizar las múltiples causas que favorecen el uso inadecuado de los tests e intervenir sobre ellas, y evaluar la respuesta^{9,10}, eligiendo como indicador para el seguimiento de las intervenciones la ratio de IgE específicas por solicitud.

Las acciones de mejora propuestas abarcaron cuatro aspectos: el catálogo de productos, la hoja de petición, los proveedores y los peticionarios.

La unidad de alergias disponía de 160 alérgenos (IgE específicas), y tras un cuidadoso estudio de la demanda se observó que un importante porcentaje de dichos parámetros resultaban ser negativos, además de estar infrautilizados (alérgenos de muy baja petición con riesgo de caducidad). Así, el grupo de mejora elaboró un nuevo catálogo restringido en el que figuraban 98 IgE específicas¹¹.

Existían diversas hojas de petición elaboradas por los médicos y en las que figuraban hasta 108 alérgenos distintos, lo que hacía imposible su necesaria informatización. Por el mismo motivo tampoco era viable la utilización del "volante en blanco", que se define como uno de los métodos más rentables a la hora de reducir peticiones inadecuadas^{6,7,12}. El grupo de mejora elaboró otra hoja de petición, teniendo en cuenta la frecuencia de las solicitudes y las normas estéticas de documentación del complejo hospitalario (logotipo, encabezamiento, etc.), que redujo el número de alérgenos a 39, con un apartado abierto para solicitar otros de forma manuscrita.

La existencia, en aquel momento, de un único proveedor de reactivos de calidad contrastada fomentaba la demanda excesiva, ya que existía un contacto directo con los facultativos peticionarios. Se valoraron otras alternativas pero éstas suponían una disminución de la calidad final.

Se preparó una nueva información individualizada de demanda y gasto, y se identificó el gasto/solicitud, el gasto/peticionario y el gasto/actividad asistencial.

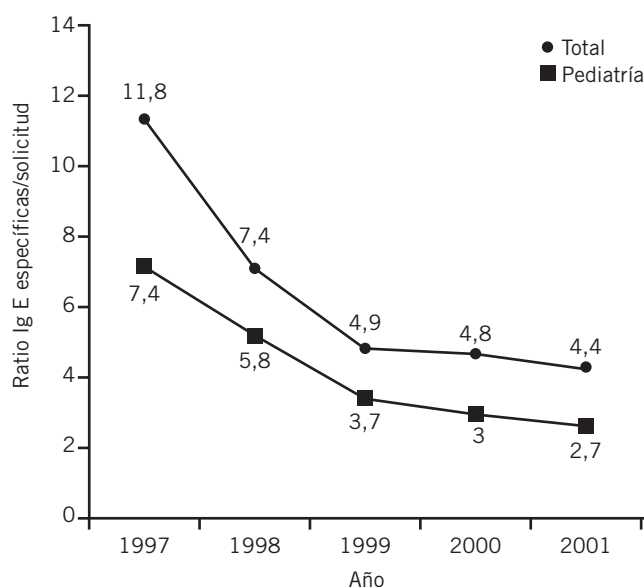
En marzo de 1998 se convocó una nueva reunión con los peticionarios principales en la que se presentó el nuevo catálogo de productos, la hoja de petición y la información sobre demanda y gasto. Esta información se expuso de modo individualizado y de forma anónima.

Tras la primera reunión de mayo de 1997 no se produjeron reducciones significativas en la ratio de IgE específicas, salvo en las peticiones de los integrantes del grupo de mejora.

En la reunión de marzo de 1998, los clínicos aseguraron mantener un mayor control sobre las peticiones, manifestando su sorpresa por no verlo reflejado en las estadísticas de peticiones, y solicitaron identificar "con nombre y apellidos" los datos de cada uno, tanto de volumen y ratio de solicitudes como económicos. El informe les sorprendió por su desconocimiento de la magnitud del gasto generado.

El conjunto de las intervenciones sobre el catálogo de productos, la hoja de petición y la información personalizada sobre actividad, demanda y gasto logró reducciones significativas en los primeros 2 años, tanto en el total de peticiones

Figura 1. Evolución de la demanda al laboratorio de alergias.



como en la ratio de IgE específicas por solicitud, como se expone en la tabla 1. En el período 1997-1999, el número de peticiones totales disminuyó en un 20%, y el de IgE específicas se redujo en un 56%. En las peticiones del servicio de pediatría la reducción fue más notoria: en el mismo período éstas disminuyeron un 31% y las IgE específicas, un 71%. La evolución posterior confirmó esta tendencia, tal como se presenta en la figura 1.

Otras mejoras que se observaron fueron:

- Integración de la unidad de alergias en el SIL, con el consiguiente acortamiento del tiempo de respuesta y el acceso a tiempo real de los clínicos a los resultados analíticos.

- Abordaje de la elaboración de dos guías de práctica clínica: “Estudio alergológico en niños” y “Diagnóstico del niño con sospecha de asma bronquial”.

- Puesta en marcha de un concurso público para el suministro de los reactivos.

- Gestión de la información sobre demanda de modo automatizado.

Con el fin de mantener en el tiempo los resultados obtenidos, durante el primer año la dirección médica envió de forma mensual a los peticionarios la información de sus peticiones y las de sus colegas, agradeciéndoles expresamente su colaboración. Posteriormente, se pasó a enviar esta información de forma semestral, manteniéndose en la actualidad.

Como se observa en la figura, la reducción de la ratio de IgE específicas por solicitud se sigue manteniendo, tanto en el servicio de pediatría como en el global de las peticiones.

Para promover el uso racional de los tests de laboratorio es necesario intervenir sobre los múltiples factores que favorecen el uso inadecuado, e implicar a los clínicos para decidan el modo correcto de utilizarlos y elaboren guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica disponible⁶⁻¹⁰.

La información aportada a los clínicos sobre su utilización de los recursos sanitarios y los costes que generan consigue racionalizar la demanda, y los introduce en la denominada “cultura de gestión”.

Para mantener esta colaboración es necesario que esta información se proporcione de manera continuada, alabando las mejoras o reflejando los empeoramientos^{9,13-16}. Por otro lado, la comparación no punitiva con sus compañeros incentiva la eficiencia y nos sitúa en el camino de la calidad total.

Bibliografía

1. Van Walraven C, Naylor D. Do we know what inappropriate laboratory utilization is? JAMA 1998;280:550-8.
2. The same as yesterday, laddie!: inappropriate laboratory test. Bandolier [en línea] Sep 1988 [consultado 11/03/2002]. Disponible en: <http://www.infodocor.org/bandolier/b875-3>.
3. Rumke CL. Abnormal test results in normal people. Ner Tijdschr Geneesk 1975;119:1411.
4. Barth JH. Wrong biochemistry results. BMJ 2001;323:705-6.
5. Apoyo a la decisión de peticiones analíticas sanguíneas en atención primaria. Bandolier, 2001; p. 87-3.
6. Axt-Adam P, Van del Wouden JC, Van der Does E. Influencing behavior of physicians ordering laboratory tests: A literature study. Medical Care 1993;31:784-94.
7. Hindmarsh JT, Lyon AW. Strategies to promote rational clinical chemistry test utilization. Clin Biochem 1996;29:291-9.
8. Lyon AW, Grenway DC, Hindmarsh JT. A Strategy to promote rational clinical chemistry test utilization. Clin Chem 1995;103:718-24.

Tabla 1. Evolución de las peticiones al laboratorio de alergias (1997-1999)

		1997	1998	1999
Total	Peticiones	3.794	2.982	3.037
	IgE específicas	28.158	17.149	12.319
	Ratio IgE específicas/solicitud	7,4	5,8	3,7
Pediatria	Peticiones	1.534	1.158	1.065
	IgE específicas	18.047	9.904	5.257
	Ratio IgE específicas/solicitud	11,8	7,4	4,9

9. Lundberg G. Changing physician behavior in ordering diagnostic tests. JAMA 1998;280:2036.
10. Solomon D, Hashimoto H, Daltroy L, Liang M. Techniques to improve physicians' use of diagnostic tests: a new conceptual framework. JAMA 1998;280:2020-7.
11. Van Wijk M, van der Lei J, Mosseveld M, Bohnen A, van Bommel J. Assessment of decision support for blood test ordering in primary care: a randomized trial. Ann Int Med 2001;134:274-81.
12. Van Walraven C, Goel V, Chan B. Effect of population-based interventions on laboratory utilization: a time series analysis. JAMA 1998;280:2028-33.
13. Winkens RAG, Pop P, Bugter-Maessen AMA, Grol RPTM, Kester ADM, Beusmans GHMI, et al. Randomised controlled trial of routine individual feedback to improve rationality and reduce numbers of test requests. Lancet 1995;345:498-502.
14. Merlani P, Garnerin P, Diby M, Ferring M, Ricou B. Linking guideline to regular feedback to increase appropriate requests for clinical test: blood gas analysis in intensive care. BMJ 2001;323:620-4.
15. Winkens RA, Pop P, Grol RP, Kester AD, Knottnerus JA. Effect of feedback on test ordering behaviour of general practitioners. BMJ 1992;304:1093-6.
16. Berwick DM, Coltin KL. Feedback reduces test use in a health maintenance organization. JAMA 1986;255:1450-4.