



## TAC

*Indicaciones de uso adecuado.* 2

### Infarto agudo de miocardio

*Calidad asistencial* 2

### Prescripción antibiótica en AP

*Uso racional* 3

### Analítica en servicios de urgencias

*Recomendaciones* 3

### Analítica de rutina en AP

*Pautas para su racionalización* 4

## **Promoción de la investigación en servicios de salud** **IKERKUNTZAREN PROMOZIOA OSASUN ZERBITZUETAN**

En los últimos años, el Departamento de Sanidad viene dedicando una parte de la financiación de investigación a los llamados Proyectos de Investigación Comisionada, coordinados por Osteba. Estos proyectos están relacionados con la evaluación de tecnologías y de servicios de salud. Se pretende con ello potenciar la investigación en servicios sanitarios, adecuándose a las preguntas y necesidades de información para la decisión identificadas en nuestro entorno sanitario más inmediato.

Con ello se promociona esta orientación de la investigación, también denominada secundaria, que ocupa un lugar propio dentro del conjunto de las iniciativas de investigación en salud y cuyos resultados son difundidos por circuitos diferentes a los habituales de la investigación aplicada o primaria.

Otra ventaja de este modelo es que al proponer temas que han sido identificados, priorizados y valorados por paneles de expertos, métodos de consenso y, en última instancia, por responsables de política sanitaria, se corrigen las eventuales desviaciones hacia los grupos de investigación habituales, abriéndose el abanico de temas y de investigadores. Así, resultan proyectos multidisciplinares, con metodología explícita y productos contextualizados, lo que redundará en un mayor impacto de sus recomendaciones.

Azkeneko urteotan, Osasun Sailak ikerketa-finantzazioaren zati bat gordetzen du Ostebak koordinatzen dituen Enkarguzko Ikerketa Proiektuetarako. Proiektu horiek osasun-teknologien eta osasun-zerbitzuen ebaluazioarekin erlazionatuta daude. Helburua, bestetik, zerbitzu sanitarioetako ikerkuntza indartzea da; horretarako, ikerketa hori egokitu behar da gugandik hurbilen dugun eremu sanitarioan identifikatu diren informazioko galderetara eta beharrietara, erabakiak hartzerakoan.

Horrela, ikerketaren orientazioa bultzatu egiten da; bigarren mailakoa ere esaten zaio orientazio horri, eta bere leku propioa du osasun-ikerketen ekimenetan. Emaitzak, bestetik, sistema propioen bidez hedatzen dira, normalean; hala ere, emaitza batzuk ikerketa aplikaturako edo lehen mailako ikerketarako komunak diren zirkuituetan plazaratzen dira.

Eredu horrek beste abantaila bat ere badu: adituen panelek, adostasun-metodoek eta, azken batez, politika sanitarioko arduradunek identifikatu, lehenetsi eta baloratu dituzten gaiak proposatzen ditu. Beraz, ohiko ikerkuntza-taldeetarantz jotzeko dauden inoizkako desbiderazioak zuzendu egiten dira eta, gainera, gai eta ikertzaileen kopurua ere handitu egiten da. Horrela, arlo anitzeko proiektuak suertatzen dira, ageriko metodologia eta eremu hurbilen beharretan sustatuak, beraien aholkuen inpaktua, horregatik, handiagoa izanik.

## AGENDA

### 31 enero (fecha final inscripción)

Master Internacional en Evaluación de Tecnologías Sanitarias y gerencia.  
www.hta-master.com  
Montreal, Roma, Barcelona, Ottawa

### 29-31 de marzo

6º Foro Europeo sobre Mejora de la Calidad en la Atención Sanitaria  
www.quality.bmjpg.com  
Bolonía, Italia

### 20-23 de mayo

6ª Reunión Internacional Anual ISPOR  
www.ispor.org  
Arlington, Virginia, EE.UU.

### 3-6 de junio

17ª Reunión Anual ISTAHC  
www.istahc.org  
Filadelfia, Pensilvania, EE.UU.

### 6-7 de junio

Reunión Anual INAHTA  
www.inahta.org  
Filadelfia, Pensilvania, EE.UU.

## ÚLTIMAS PUBLICACIONES RECIBIDAS

Buglioli, J.M., Ortún, V. Decisión clínica. Cómo entenderla y mejorarla. Springer-Verlag. 2000

Bonfill, X. (ed). Asistencia sanitaria basada en la evidencia (ASBE). Novartis.

### AATM

El tratamiento de infusión subcutánea continua de insulina con bomba portátil en enfermos con diabetes tipo I.

### AETSA

Atención sanitaria de los trastornos de identidad de género en Andalucía.

Tomografía de emisión de positrones (PET): síntesis de investigación sobre efectividad en diferentes indicaciones clínicas.

Telemedicina.

### AHFMR

Mammography screening: mortality rate reduction and screening interval.

## INDICACIONES DE USO ADECUADO TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERIZADA: EQUIPAMIENTOS Y UTILIZACIÓN EN LA CAPV

Hoy en día, junto con la resonancia magnética, la tomografía axial computerizada (TAC) es uno de los medios diagnósticos por imagen de la llamada "alta tecnología". Osatek/Tecnología Sanitaria de Euskadi/S.A. y el Departamento de Sanidad han realizado un análisis sobre la disponibilidad y utilización actual de los sistemas de TAC en los centros de la red sanitaria vasca. Asimismo, basadas en la mejor evidencia científica disponible, se han elaborado recomendaciones de uso y prescripción adecuada de las pruebas diagnósticas con TAC.

En la actualidad se encuentran en funcionamiento en la CAPV un total de 25 aparatos, de los cuales el 60% están instalados en hospitales de Osakidetza/SVS, con una vida media en las unidades de TAC de seis años.

En el año 1999 se realizaron más de 115.000 exploraciones (incremento del 21% respecto a años precedentes). El 43% correspondió a cerebro/cráneo, un segundo grupo lo constituyen las de abdomen (14,6%), seguidas de las que abarcan más de una región, como tórax, y abdomen y/o pelvis (11%), tórax únicamente (7%) y las de columna (6%). Según especialidades, la mayor demanda se realiza por parte de neurólogos y neurocirujanos (14% de las peticiones), seguidos por los oncólogos (12,5%).

Entre las conclusiones del informe destacar que el número de unidades de TAC por millón de habitantes en funcionamiento en la CAPV se encuentra dentro de los mismos valores registrados en países con un nivel socio-económico similar.

Al analizar la evidencia científica sobre la efectividad de la TAC, se observa que pocos estudios evalúan el impacto final en la salud de los pacientes a los que se realiza una TAC u otra exploración.

### Conviene unificar los sistemas de información de uso de TAC

Entre las ventajas de la TAC, se encuentran que si bien en algunos casos puede no conducir a un diagnóstico diferente frente a otras técnicas diagnósticas, si puede variar tanto cuantitativa como cualitativamente algunos aspectos del mismo, como la información global relativa a un proceso, al tratamiento, a la evolución o a la patología asociada. Además, acorta sustantivamente el tiempo de diagnóstico y puede provocar una modificación en la decisión previa al tratamiento en un 50% de los casos.

Por otra parte, la TAC es la técnica de elección en el diagnóstico de lesiones de estructuras óseas, sin olvidar el papel previo de la exploración radiológica convencional. Existe, asimismo, evidencia cierta de la utilidad de la tomografía computerizada como prueba diagnóstica de traumatismo cerebral y ante la sospecha de una hemorragia aguda intracraneal. En cuanto a la patología torácica y abdominal la evidencia científica sugiere que la exploración con la TAC es casi siempre una técnica complementaria.

Finalmente, del presente informe se desprende, que conviene unificar los sistemas de información asistencial existentes en la red pública, incluyendo el motivo de la demanda de la exploración y otros datos que permitan el análisis de la eficiencia diagnóstica de las exploraciones

por TAC, como la sospecha previa o las patologías a descartar por medio de la prueba y el diagnóstico final.

### REFERENCIA:

Osteba. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. *Tomografía axial computerizada: equipamientos y utilización en la CAPV. Indicaciones de uso adecuado*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria, 2000.

## SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

### RELACIÓN CON LA DOCENCIA HOSPITALARIA

La relación entre el carácter docente de los centros hospitalarios, la calidad asistencial ofertada y la supervivencia de los pacientes mayores de 65 años con infarto agudo de miocardio, ha sido puesta en evidencia en un estudio realizado en 114.411 pacientes mayores de 65 años ingresados en hospitales públicos de EE.UU. (Medicare).

En este trabajo, publicado en el ejemplar de JAMA de 13 de septiembre, se analizan los datos de 4361 hospitales de 50 estados norteamericanos. Estos centros asistenciales han sido clasificados según el nivel de docencia en "centro docente principal" si tienen 10 o más médicos internos residentes por cada 100 camas, "centro docente secundario", si esta relación se encuentra entre 0 y 10 y "centro no docente" si no incluyen médicos internos en formación.

La calidad asistencial en los pacientes diagnosticados de infarto agudo de miocardio fue valorada en función de la adecuación del tratamiento de revascularización al ingreso, el uso de aspirina durante la estancia hospitalaria y la indicación de beta-bloqueantes e inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina al alta en estos pacientes.

Los resultados indican que la calidad asistencial varía dependiendo del carácter docente o no de los centros. Los "hospitales docentes principales" y "secundarios" presentaron mayor nivel de calidad en todos los criterios valorados, excepto en el tratamiento de revascularización al ingreso mediante fármacos trombolíticos o angioplastia.

Además se valoró la mortalidad de estos pacientes a lo largo de dos años de seguimiento. Los centros "docentes principales" presentaron una mortalidad menor que los "secundarios" y éstos, a su vez, menor que los "no docentes". Las diferencias en la mortalidad observadas fueron estadísticamente significativas y del orden del 4 al 5%.

La valoración de los factores que condicionan esta menor mortalidad en centros docentes, demuestra que el seguimiento de las pautas adecuadas en el tratamiento del infarto de miocardio esta asociada con una mayor supervivencia de los pacientes con estas características.

### BIBLIOGRAFÍA:

Allison et al., "Relationship of Hospital teaching status with quality of care and mortality for medicare patients with acute MI" JAMA, September 13, 2000, Vol 284. Nº 10.

## PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN AP EN LA CAPV

El presente trabajo, investigación comisionada propuesta por Osteba-Departamento de Sanidad ha proporcionado datos sobre la variabilidad e idoneidad de la prescripción antimicrobiana en la CAPV. De este estudio, se desprende que hay un pequeño aumento en el consumo de antibióticos (ATB) en nuestra Comunidad en los últimos 10 años, con una posible tendencia hacia la estabilización, que no parece correlacionarse con la incidencia de patología infecciosa, la cual muestra una evolución descendente en los últimos años. De hecho, desde hace 10 años las infecciones respiratorias agudas, junto con la gripe, muestran una tendencia a disminuir en los tres territorios históricos.

Los datos microbiológicos presentados en este estudio ponen de manifiesto unos niveles muy elevados de resistencia de los principales microorganismos implicados en las infecciones más prevalentes y muestran un aumento de las resistencias a lo largo del tiempo. El estudio aporta datos microbiológicos extrahospitalarios de Gipuzkoa, aunque en Bizkaia, según datos de otra encuesta, aparecen unos niveles de resistencia similares.

La relación directa entre el aumento de la prescripción y el consumo de ATB con las resistencias bacterianas, al menos para E. coli, se confirma en este trabajo. Por otra parte, es de dudosa comprensión la amplia utilización de ATB de amplio espectro y elevado coste frente a los antibióticos clásicos en procesos que no requieren tratamiento ATB, lo cual se relaciona más con la presión de la industria farmacéutica que con una necesidad real. La evaluación económica estima que una prescripción antibiótica más racional conduciría a un ahorro anual superior a los 1.000 millones de pesetas.

El presente trabajo sugiere, finalmente, claves sobre las cuales actuar para conseguir esta prescripción antibiótica más racional. Una de ellas es la colaboración multidisciplinar entre todos los protagonistas de la prescripción antibiótica y la actuación a distintos niveles: industria farmacéutica, población general, uso de ATB en veterinaria, acciones sobre el profesional en las que se incluye una formación médica continuada cercana y centrada en el profesional.

Sería, así, necesario replantear las estrategias actuales en la formación continuada sobre antibioterapia. El profesional debería colaborar e implicarse de forma activa, siendo imprescindible la participación de microbiólogos, monitorizando e informando de las resistencias locales; farmacéuticos informando sobre los consumos de ATB y asesorando sobre el uso racional de los mismos y epidemiólogos aportando datos sobre la evolución de las enfermedades infecciosas.

### REFERENCIA:

Osteba. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. *Variabilidad e idoneidad en la prescripción de antibióticos en atención primaria en la CAPV*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria, 2000.

## PRUEBAS DE LABORATORIO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

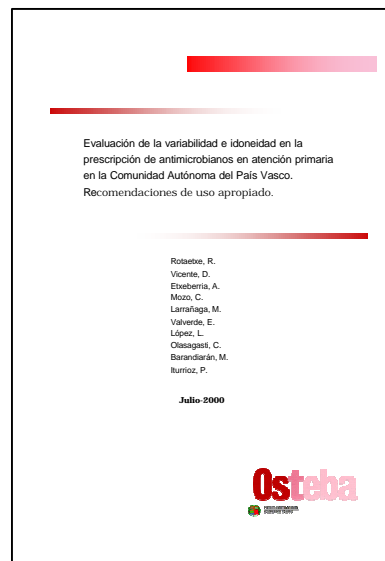
El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuente en las salas de urgencia hospitalarias. Su etiología es desconocida hasta en el 40% de los pacientes y la posibilidad de un diagnóstico erróneo se da en un 30% de los casos. De ahí que se realice sistemáticamente una batería de análisis que no siempre aporta información adicional que ayude a decidir sobre el manejo clínico del paciente.

Por ello, el objetivo de este informe ha sido valorar el uso de los parámetros analíticos más utilizados en la práctica clínica por los equipos de urgencias hospitalarios en relación con la entidad clínica Dolor abdominal y las sospechas diagnósticas que incluye. Asimismo, se elaboran unas recomendaciones de práctica a la luz de la evidencia científica y un análisis de los costes que se generan por la utilización de la batería de analítica habitual comparando con el nuevo modelo que se propone en el informe.

Concluyen que la exploración física y la historia clínica completa son las que marcarán el número y tipo de pruebas analíticas a solicitar. El análisis de costes realizado revela la no pertinencia de la indicación de determinadas pruebas. El descenso en el volumen de estas pruebas condicionaría la reducción de los costes directos, aumentando la eficiencia y la efectividad de los Servicio de Urgencias.

### REFERENCIA:

Osteba. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. *Análisis de la eficiencia de la utilización de pruebas de laboratorio en los Servicios de Urgencias Hospitalarios*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria, 1999.



## ÚLTIMAS PUBLICACIONES RECIBIDAS

### AVALIA-T

Guía sobre evidencia científica para la Evaluación de tecnologías en Internet.

Avaluación e calidade.

### BCOHTA

Triple-marker screening in British Columbia: current practice, future options.

Autism and Lovaas treatment: a systematic review of effectiveness evidence.

### CCOHTA

Surveillance mammography after treatment for primary breast cancer. 2000

### CETS

L'oxigénotherapie hyperbare au Québec.

### DIHTA

Treatment of Gallstone patients.

### FINOHTA

Assessment of the effectiveness of Helicopter emergency medical services.

The feasibility of randomised controlled trials.

### GEZONDHEIDSRAAD

Gene therapy.

### HTA

The effectiveness and cost-effectiveness of prophylactic removal of wisdom teeth.

### MILBANK MEMORIAL FUND

Better information, better outcomes? The use of HTA and clinical effectiveness data in health care purchasing decisions in the UK and USA.

### MSAC

Total ear reconstruction.

Hepatitis C viral load testing.

### NCCHTA

14 informes recibidos accesibles en su página web: [www.york.ac.uk/inst/crd/](http://www.york.ac.uk/inst/crd/)

### NZHTA

Effectiveness and cost-effectiveness of automated and semi-automated cervical screening devices. 2000

### SMM

Gene therapy. 2000

### UHC

Femoral artery puncture closure devices.

Medication expenditures in academic health centers: trends and management strategies.

**PERFILES DE SOLICITUD DE ANALÍTICA DE RUTINA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Aunque las determinaciones analíticas puedan considerarse tecnologías de bajo coste individual, su amplia difusión se traduce en un elevado coste social, perdiéndose la oportunidad de asignar dichos recursos en otro tipo de servicios.

Así, en el estudio inicial de pacientes que presentan determinadas patologías como la diabetes, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, se realizan determinaciones analíticas dispares e innecesarias en un número elevado de casos. Se hace preciso, por ello, el profundizar en el consenso entre los profesionales y desarrollar guías que permitan racionalizar estos procesos.

Teniendo en cuenta estas disparidades se ha elaborado un informe cuyos objetivos eran: elaborar recomendaciones de práctica clínica que incluyeran los procedimientos analíticos de rutina más aceptados en los problemas de salud: adulto sano, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus, analizar la variabilidad existente entre los diferentes procedimientos diseñados por los distintos Centros de Salud para un mismo problema, y finalmente valorar comparativamente los costes de las solicitudes analíticas de rutina y las alternativas propuestas en las recomendaciones.

El informe describe una inconsistencia entre las diferentes guías de práctica clínica, una enorme variabilidad en las recomendaciones de los protocolos de los diferentes centros de salud de la CAPV, tendencia a pedir más pruebas analíticas a los hombres que a las mujeres y un alto porcentaje de facultativos que no solicitan analíticas esenciales.

Se propone elaborar protocolos de analítica, para los problemas de salud más prevalentes en nuestro ámbito, en concordancia con el Plan de Salud de la CAPV y con un modelo analítico anual basado en las pruebas a realizar al adulto sano y a pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II e hipercolesterolemia poligénica. Dicha elaboración correspondería a grupos profesionales que abarcaran un espectro amplio y no sólo se circunscribieran a los equipos de atención primaria o de la Comarca Sanitaria. Asimismo, se cree conveniente que esos grupos estuvieran liderados por Sociedades Científicas que contaran con el apoyo institucional.

**MODELO ANALÍTICO PROPUESTO**

	<i>Pruebas a realizar</i>
Adulto sano	glucosa
Hipertensión arterial	colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos, creatinina, ionograma(Na-K) en suero y anormales y sedimento en orina
Diabetes mellitus tipo II	glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos, hemoglobina glicosilada en suero y anormales, sedimentos y microalbúmina en orina
Hipercolesterolemia poligénica	colesterol total, colesterol HDL y triglicéridos

**REFERENCIA:**

Corral, N., Aguillo, P., Berraondo, I., Latorre, K., Rodríguez, C. y Valdés, P. *Perfiles de solicitud de analítica de rutina en atención primaria: comparación de recomendaciones y estudio de variabilidad y costes en el País Vasco*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2000. Informe nº: Osteba D-00-08.

**OTRAS ACTIVIDADES OSTEBA**

**5-6 y 19-20 Octubre**

Master en Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Impartición del módulo: Búsqueda de información en Evaluación de Tecnologías. FEGAS-SERGAS. Santiago de Compostela.

**9-10 Octubre**

Seminario: Revisiones Sistemáticas de la Evidencia. Colaboración Departamento de Sanidad-Cochrane Iberoamericana. Hospital de Galdakao.

**6-7 Noviembre**

IV Reunión Científica de la AEETS. Comité Organizador. Bilbao.

**9 Noviembre**

Seminario sobre Evaluación Preoperatoria. XXIII Congreso Anual de Cirugía. Madrid.

**20-22 Noviembre**

Curso: Introducción al Meta-análisis. Colaboración Departamento de Sanidad-Cochrane Iberoamericana. Hospital de Cruces.

**14 Diciembre**

Curso sobre Gestión Basada en la Evidencia. Comarca Gipuzkoa Oeste.

**Nueva Convocatoria de Investigación Comisionada 2001**

**FASE DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE EVALUACIÓN**

Al igual que en anteriores ocasiones, solicitamos vuestra colaboración para identificar necesidades de información tanto para la decisión en planificación y gestión sanitaria, como en la práctica clínica.

Vuestras propuestas pasarán un proceso de priorización que culminará con la nueva Convocatoria de Becas de Investigación Comisionada 2001.

Enviar propuestas a la dirección electrónica o postal de Osteba indicada en este boletín o a través de nuestro Web <http://www.euskadi.net/sanidad>

**APORTA TUS IDEAS PARA EL NUEVO MILENIO**

OSTEBA BERRIAK es una publicación del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria. C/ Donostia-San Sebastián, 1 01010 Vitoria-Gasteiz Tel.: 945 01 92 50 Fax: 945 01 92 80 e-mail: [osteba-san@ej-gv.es](mailto:osteba-san@ej-gv.es) <http://www.euskadi.net/sanidad>

**Redacción:** José Asua, M<sup>a</sup> Asunción Gutiérrez, Iñaki Gutiérrez-Ibarluzea, Marta L. de Argumedo, Rosa Rico

**Edición:** Iñaki Gutiérrez-Ibarluzea

**Imprime:** Imprenta SACAL S.L. EPOCA II - Nº 14 D.L.: VI - 287 / 97

OSTEBA BERRIAK es una publicación gratuita que se distribuirá trimestralmente entre los profesionales de la sanidad vasca. OSTEBA BERRIAK invita a todos sus lectores a colaborar con aquellos comentarios, críticas, datos de interés, ideas...que contribuyan a mejorar este boletín informativo.