

## El papel del laboratorio en las pruebas a la cabecera del enfermo. Presente y futuro

Miravalles E, López-Urrutia A\*  
Hospital de Getafe. Madrid.  
\*Hospital de Galdakao. Vizcaya

### INTRODUCCIÓN

El Dr. E. Bauer de Roche Diagnostics Patient Care presentó una visión del POCT (*Point of care testing* - Pruebas a la cabecera del paciente) desde la industria y nos mostró un escenario a medio y largo plazo en el que se desarrollarán las redes diagnósticas regionales en las que varios centros se asocian en torno a un laboratorio central. El laboratorio central realizará las pruebas especializadas y aquéllas que admitan una demora superior a 60 minutos. Las pruebas críticas con demora entre 10 y 60 minutos se procesarán en los laboratorios satélite ubicados en los centros. Las pruebas sencillas y estandarizadas y aquéllas con requerimientos de tiempos de respuesta inferiores a los 10 minutos se harán con POCT con conexión al laboratorio. La evolución y perfeccionamiento del POCT harán que finalmente desaparezcan los laboratorios satélite quedando únicamente el central y los POCT conectados. En atención primaria el POCT está justificado en casos en los que puede suponer ahorros claros o mejoras en el manejo del paciente (tratamiento inmediato, evitación de nuevas visitas, etc.). En todos los casos el POCT no sustituye al laboratorio central sino que lo complementa y es un servicio más del laboratorio.

El Dr. E. Casís del Laboratorio Unificado de Donostia nos expuso los resultados de un estudio realizado en todos los centros de Osakidetza cuyo objetivo era conocer qué pruebas diagnósticas se están haciendo fuera de los laboratorios. El resultado fue que la única prueba con implantación importante era la glucosa capilar, seguida de lejos por tiras de orina, gasometrías, HbA1c y otros que fueron detallados. Salvo cuestiones testimoniales no había progra-

mas de control de calidad, la formación está poco reglada y en todos los casos no existe relación con el laboratorio ni los datos pasan al SIH o SIL.

El Dr. J. L. Bedini del Hospital Clinic de Barcelona nos expuso su experiencia sobre la creación de equipos multidisciplinares con participación del laboratorio dentro de los hospitales con la función de selección, implantación, formación y control de equipos POCT aplicado a los glucómetros. Los resultados de calidad y satisfacción avalan la conveniencia de la generalización de estos grupos para todos los equipos POCT.

El Dr. T. Pascual del Hospital de Getafe hizo hincapié en la necesidad de realizar un estudio pormenorizado de las ventajas, inconvenientes, costes y, sobre todo, la justificación clínica antes de implantar un POCT. Muchas veces la inercia comercial hace que se den incrementos espectaculares no siempre justificados y que no se estudien alternativas posibles con los sistemas tradicionales.

La Dra. M. L. Hortas nos presentó el POCT en asistencia primaria en el contexto de la acreditación de Hospitales y Laboratorios. En este contexto, el POCT se ve como un servicio más del laboratorio al área sanitaria y como tal, sujeto a los mismos estándares que la acreditación exige para otras pruebas convencionales. Para ello es necesario normalizar y documentar que pruebas se hacen y cuál es su justificación, delimitar las responsabilidades, establecer criterios de evaluación y garantía de calidad de las fases preanalítica, analítica y postanalítica.

La Dra. C. Hernando de Larramendi nos presentó una experiencia de cómo la telemedicina y la organización pueden acercar el servicio al paciente sin necesidad de acercar físicamente a las personas llevando a cabo una mejor gestión del conocimiento.

El Dr. F. Cava de la Fundación Hospital Alcorcón nos presentó su experiencia de estudio e implantación de equipos POCT de gases y electrolitos conectados a la red hospitalaria haciendo hincapié en la formación del personal y en el control de la fase preanalítica. En su opinión cada centro debe de hacer su propio estudio ya que las experiencias no son extrapolables.

e-mail: rodi@jet.es