



ORIGINAL

Accesibilidad y utilización de la espirometría en los centros de atención primaria de Cataluña



M. Antònia Llauger^{a,b,*}, Alba Rosas^{b,c}, Felip Burgos^{d,e}, Elena Torrente^{b,f,g}, Ricard Tresserras^{b,c,h} y Joan Escarrabill^{b,f,h,i}, en nombre del grupo de trabajo de espirometría del Plan Director de las Enfermedades del Aparato Respiratorio (PDMAR)

^a EAP Encants, SAP Muntanya-Dreta de Barcelona, ICS, Barcelona, España

^b Pla Director de les Malalties de l'Aparell Respiratori (PDMAR), Departament de Salut de Catalunya, Barcelona, España

^c Subdirecció de Planificació Sanitària, Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

^d Centre Diagnòstic Respiratori, Institut del Tòrax, Hospital Clínic, IDIBAPS, Barcelona, España

^e Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Palma de Mallorca, España

^f Red de servicios de Salud Orientados a Enfermedades Crónicas (REDISECC), Madrid, España

^g Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS), Barcelona, España

^h Observatori de Teràpies Respiratòries (OBsTRD), FORES, Vic (Barcelona), España

ⁱ Programa d'Atenció a la Cronicitat, Hospital Clínic i Barcelona Esquerra, Barcelona, España

Recibido el 7 de junio de 2013; aceptado el 5 de diciembre de 2013

Disponible en Internet el 24 de abril de 2014

PALABRAS CLAVE

Espirometría forzada;
Control de calidad;
Formación;
Interpretación

Resumen

Objetivo: Conocer la accesibilidad y la utilización de la espirometría forzada (EF) en los dispositivos públicos de atención primaria en Cataluña.

Diseño: Estudio transversal mediante encuesta.

Participantes: Trescientos sesenta y seis equipos de atención primaria (EAP) de Cataluña. Tercer trimestre de 2010.

Mediciones: Encuesta con información relativa a los espirómetros, la formación, la interpretación y el control de calidad, y el grado de prioridad que la calidad de la espirometría tenía para el equipo. Se analizaron: media de EF/100 habitantes/año; índice de EF/mes/EAP; índice de EF/mes/10.000 habitantes.

Resultados principales: Porcentaje de respuesta: 75%. El 97,5% de los EAP dispone de espirómetro y realiza una media de 2,01 espirometrías/100 habitantes (34,68 espirometrías/EAP/mes). El 83% dispone de profesionales formados y más del 50% de los centros realizan formación reglada, pero no se dispone de información sobre la calidad de la misma. En el 70% se hace algún tipo de calibración. La interpretación la realiza el médico de familia en el 87,3% de los casos. En el

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mallauger@gencat.cat (M.A. Llauger).

68% de los casos no se lleva a cabo ningún tipo de control de calidad de la exploración. En dos tercios de los casos se introducen manualmente los datos en la historia clínica informatizada. Más del 50% se atribuye una prioridad alta para las estrategias de mejora de la calidad de la EF.

Conclusiones: A pesar de la accesibilidad a la EF deben realizarse esfuerzos para estandarizar la formación, incrementar el número de exploraciones y promover el control de calidad sistemático.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Spirometry;
Quality control;
Training;
Interpretation

Accessibility and use of spirometry in primary care centers in Catalonia

Abstract

Objective: Examine the accessibility and use of forced spirometry (FS) in public primary care facilities centers in Catalonia.

Design: Cross-sectional study using a survey.

Participants: Three hundred sixty-six Primary Care Teams (PCT) in Catalonia. Third quarter of 2010.

Measurements: Survey with information on spirometers, training, interpretation and quality control, and the priority that the quality of spirometry had for the team. Indicators FS/100 inhabitants/year, FS/month/PCT; FS/month/10,000 inhabitants.

Main results: Response rate: 75%. 97.5% of PCT had spirometer and made an average of 2.01 spirometries/100 inhabitants (34.68 spirometry/PCT/month). 83% have trained professionals. > 50% centers perform formal training but no information is available on the quality. 70% performed some sort of calibration. Interpretation was made by the family physician in 87.3% of cases. In 68% of cases not performed any quality control of exploration. 2/3 typed data manually into the computerized medical record. > 50% recognized a high priority strategies for improving the quality.

Conclusion: Despite the accessibility of EF efforts should be made to standardize training, increasing the number of scans test and promote systematic quality control.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las enfermedades respiratorias son la tercera causa de muerte en Cataluña¹, tras el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, tal como ocurre en la mayoría de los países desarrollados². Cerca del 30% de la población de 15 años o más se declara fumadora³ y el tabaquismo sigue siendo un problema de salud importante y el mayor factor de riesgo relacionado con las enfermedades respiratorias. En el caso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), a diferencia de las enfermedades cardiovasculares, no se ha constatado un descenso de la mortalidad.

La prevalencia de la EPOC en la población de 40 a 80 años en nuestro medio se sitúa en un 10,2%^{4,5}. El infradiagnóstico de las enfermedades respiratorias es otro problema relevante⁶. Únicamente un tercio de los pacientes con EPOC reconocen que la padecen y el 21% de los que ingresan por una agudización afirman que ningún médico les atiende regularmente por el problema respiratorio⁷.

En un elevado porcentaje de pacientes el diagnóstico de EPOC no se confirma mediante espirometría. En el ámbito de la atención primaria (AP), esta confirmación se realiza solo en la mitad de los pacientes⁸. Walters et al.⁹ señalan que en Australia el 31% de los pacientes diagnosticados de EPOC carece de espirometría forzada (EF) y que el 56% de los pacientes diagnosticados de EPOC tiene una espirometría normal. Un estudio sobre la disponibilidad y uso de

la espirometría en España muestra que el 77% de los centros de AP encuestados dispone de espirómetro, aunque el número de pruebas por semana es muy inferior al realizado en el ámbito de la atención especializada y algunos aspectos técnicos como la calibración son muy mejorables¹⁰.

La reducción del infradiagnóstico y el diagnóstico apropiado requieren intervenciones específicas, especialmente garantizar el acceso a una espirometría de calidad^{11,12}. En trabajos preliminares en nuestro medio ya se ha destacado la importancia de la formación y disponibilidad de espirómetros en el ámbito de AP¹³, que mejoran el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC¹⁴. La introducción de espirómetros pequeños permite realizar la espirometría en cualquier lugar¹⁵. No queda claro cuál es la mejor manera de organizar la logística para realizar EF en AP, pero no debería separarse de la estrategia de mejora de su interpretación¹⁶.

Un reto importante de todos los sistemas sanitarios es la identificación de las estrategias más adecuadas para establecer prioridades y trasladar las decisiones a la asistencia¹⁷. El *Departament de Salut* de la *Generalitat de Catalunya* se sirve de los Planes Directores¹⁸, como el *Pla Director de Malalties de l'Aparell Respiratori* (PDMAR), para acercar los planteamientos estratégicos a los operativos para mejorar la atención al paciente. Un objetivo del PDMAR es garantizar al profesional el acceso a una espirometría de calidad, independientemente del ámbito asistencial.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3457664>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3457664>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)