

# EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRESTADA AL PACIENTE CRÓNICAMENTE INCAPACITADO EN UN CENTRO DE SALUD

Juan M. Espinosa Almendro / M<sup>a</sup> Luz Burgos Varo / Carlos López Vargas /  
Francisca Muñoz Cobos / José Andrés Salazar Agulló  
Centro de Salud "El Palo". Málaga. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga

## Resumen

El objetivo del presente trabajo es evaluar la calidad de la atención prestada a pacientes crónicamente incapacitados desde un Centro de Salud.

Se realiza una evaluación en dos etapas (ambas de un año): la correspondiente al primer año (4 criterios, 142 pacientes) y una reevaluación en el segundo año (10 criterios, 203 pacientes). Se utilizan criterios explícitos y normativos sobre aspectos básicos del proceso asistencial.

Se obtienen, entre otros, los siguientes resultados: realización de exploración anual: 62% y 70% respectivamente, actualización de la Hoja de Problemas 65 y 53%, plan de actuación de enfermería 61 y 62% y cumplimiento de este plan 57 y 68%.

Detectamos la necesidad de mejorar la calidad de la atención prestada a este grupo de pacientes.

**Palabras Clave:** Calidad Asistencial. Paciente incapacitado.

## EVALUATION OF THE QUALITY OF HANDICAPPED ASSISTANCE IN A HEALTH CENTRE

### Summary

This study was carried out with the aim of evaluating the handicapped care quality in a Primary Health Care Centre.

This was a two phase evaluation (both of a year): first evaluation with 4 quality indicators and 142 patients; and the reevaluation with 10 quality indicators and 203 patients. We used explicit and normative indicators of basic medical care procedure.

The main carried out results were: annual medical exploration 62% (evaluation) and 70% (reevaluation), bringing up to date problems paper 65% and 53%, to plan nurses activities 61% and 62%, and carrying out nurses activities 57% and 68%.

We detected we have to improve these patients medical care quality.

**Key words:** Quality Assurance. Handicapped.

## Introducción

Los pacientes incapacitados definen un problema social y familiar<sup>1,2</sup> importante que debe ser abordado desde la atención primaria<sup>3</sup>.

Se define como paciente incapacitado (OMS, 1980) al que padece cualquier restricción o falta de capacidad para realizar una actividad, en la forma o en la amplitud considerada normal para la especie humana. En nuestro estudio consideramos como tales a los pacientes que padecen problemas de salud que les impiden acudir al centro de salud en demanda de servicios.

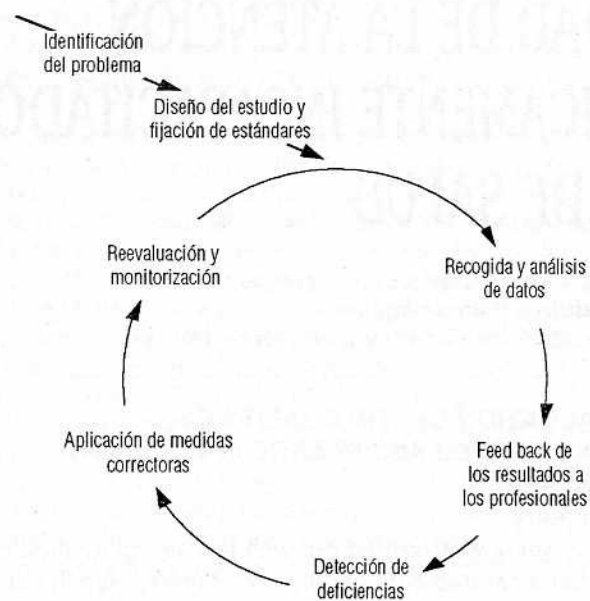
Entre los problemas derivados de la situación de incapacidad resaltan: a) Problemas individuales: alto riesgo de complicaciones médicas, vulnerabilidad

psicobiológica, limitación o impedimento de la realización del papel normal del individuo en su entorno (handicap); b) Problemas familiares: alteración de las relaciones familiares<sup>4</sup>, riesgo de disfunción familiar, patología física y psíquica del cuidador (persona con responsabilidad directa en el cuidado del enfermo)<sup>5,6</sup>; c) Problemas sociales: demanda importante de servicios sanitarios<sup>7</sup>, necesidad de apoyo social efectivo<sup>8,9</sup>.

La realización de un diagnóstico de salud de la población incapacitada de la Zona Básica correspondiente a nuestro Centro de Salud mostró la carencia de registro global de incapacitados, la realización de las visitas a demanda y habitualmente por patología aguda, la ausencia de coordinación en el Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP) en el abordaje de los problemas que presenta esta población. Esto nos condujo a plantear la puesta en

*Correspondencia:* M<sup>a</sup> Luz Burgos. Centro de Salud el Palo. Avda. Salvador Allende 159. 29018 Málaga  
Este artículo fue recibido el 10 de febrero de 1992 y fue aceptado tras revisión el 30 de junio de 1993.

Figura 1. Ciclo de Garantía de Calidad (Palmer, 1989)



marcha de un programa de atención domiciliaria al paciente incapacitado, al considerarlo problema prioritario para la intervención.

Esta puesta en marcha se realizó en base a una estrategia de riesgo y con participación pluridisciplinar de los miembros del EBAP. La estrategia de riesgo consiste en un enfoque de planificación que pretende hacer una oferta discriminada de servicios a la población en función de sus necesidades de salud, valoradas a través del riesgo de padecer problemas o situaciones mejorables<sup>10</sup>. El programa lleva en funcionamiento desde 1989.

El objetivo del presente trabajo es valorar la calidad del proceso asistencial en la atención prestada a pacientes crónicamente incapacitados atendidos por el EBAP del Centro de Salud El Palo entre los años 1989-1991. Se pretende conocer el efecto de mejora de calidad asistencial (en los aspectos evaluados) mediante la introducción de medidas correctoras (fundamentalmente de carácter educativo a nivel grupal e individual) de los déficits detectados, entre los dos momentos evaluativos. Para esto se diseñó una estrategia evaluativa sobre la garantía de calidad asistencial<sup>11,12</sup>, aplicada al caso de la población incapacitada.

## Material y métodos

El Centro de Salud El Palo de Málaga atiende a una población de 40.000 habitantes correspondien-

te a un área urbana, además algunas áreas de población semirural y un núcleo rural. La población mayor de 65 años es de 3.802 personas y existe un censo de 203 incapacitados atendidos por el EBAP al final del estudio (marzo 1991).

La población estudiada son todos los pacientes incapacitados incluidos en el programa de atención domiciliaria, con imposibilidad física o psíquica, reversible o irreversible, para desplazarse al Centro de Salud en demanda de servicios.

Las fuentes de datos son el libro de registro de pacientes incluidos en el programa (de éste se toman los siguientes datos: número de historia, cupo, número de visitas médicas y de enfermería programadas) y las historias clínicas de éstos (de ellas se obtienen los datos referentes al cumplimiento de criterios). El primer período de evaluación corresponde al comprendido entre marzo de 89 y marzo del 90 y se analizaron 141 pacientes. La reevaluación comprende de abril del 90 a marzo del 91 y el número de enfermos es de 203. Se estudian retrospectivamente mediante evaluación de carácter interno (realizada por los médicos, enfermeros y trabajador social del EBAP), fundamentalmente datos del proceso asistencial.

La metodología y nomenclatura utilizada es nuestro trabajo, seguirán las señaladas por Palmer<sup>13</sup> y utilizadas habitualmente en el Programa Hispano-Luso de Garantía de Calidad<sup>14</sup>. Consiste básicamente en la utilización de una ficha técnica de evaluación donde se definen: a) Dimensión estudiada: competencia profesional; b) Nivel y unidad considerada (paciente, proveedor y tiempo); c) Tipo de datos: de proceso asistencial; d) Fuente de datos: historia clínica y libro de registro; e) Quién evalúa; proveedor (evaluación interna); f) Criterios; explícitos y normativos; g) Relación temporal de la evaluación con la acción evaluada: retrospectiva; h) Método de identificación de las unidades de estudio: base institucional; i) Tipo de intervención prevista; educativa.

Se procede a evaluar cíclicamente<sup>13</sup> (figura 1) aspectos de competencia profesional (calidad científico-técnica) de los profesionales del Centro de Salud: médicos generales y enfermeros con cupos de población (14 cupos) y un trabajador social, en su actuación con los pacientes crónicamente incapacitados.

Tras consenso del EBAP, se utilizaron los siguientes criterios de evaluación explícitos y normativos (con sus excepciones y aclaraciones correspondientes en la tabla 1):

*Criterio 1:* realización de una exploración física anual que conste al menos de auscultación cardiopulmonar y toma de tensión arterial.

**Tabla 1. Definición de los criterios de evaluación**

Criterios	Excepciones	Aclaraciones
<i>Visita médica</i>		
- Exploración anual* - Actualización Hojas Problemas* - Derivación enfermería - Derivación trabajador social - Realizar al menos 70% visitas programadas	Se justifica que no se cumpla si tras la visita médica consta valoración de enfermería y/o trabajador social.	Constará como mínimo de TA y ACR**
<i>Visita enfermería</i>		
- Plan Actuación de enfermería* - Cumplimiento Plan* - Realizar al menos 70% visitas programadas		Valoración según la pirámide de necesidades de Maslow
<i>Trabajador social:</i>		
- Valoración Global de Problemática Social  - Valoración de prestaciones	Se justifica que no se cumpla si no se requiere la valoración.  Se justifica que no se cumpla en ausencia de problemática social.	Problemas a nivel familiar, vivienda y económicos

\* Criterios empleados en la primera y segunda evaluación.

\*\* Tensión arterial y auscultación cardiorrespiratoria.

**Criterio 2:** actualización de la hoja de problemas con constancia de los problemas de salud acontecidos en el último año.

**Criterio 3:** constancia en la historia clínica de un plan de actuación de enfermería. Éste consiste en un plan de cuidados individualizado con referencia a las necesidades de salud: nutrición, respiración eliminación, descanso y sueño, ausencia de dolor, higiene y protección de la piel, movilidad y psicológicas.

**Criterio 4:** referencias en la historia clínica al cumplimiento, en las sucesivas visitas de enfermería, del plan establecido.

Estos cuatro criterios se emplearon en las dos evaluaciones realizadas. A continuación exponemos los criterios que se emplearon únicamente en la segunda evaluación.

**Criterio 5:** derivación a enfermería por parte del médico tras la inclusión del enfermo en el programa. Se considera cumplido el criterio si existen visitas programadas de enfermería posteriores.

**Criterio 6:** derivación al trabajador social por parte del médico tras la inclusión del enfermo en el programa. Se considera cumplido el criterio si existe visita posterior del trabajador social.

Con respecto a los criterios 5 y 6 hay que explicar la mecánica de inclusión de un enfermo en el programa: el profesional que tenga noticias de un posible incapacitado lo pone en conocimiento de su médico de familia, el cual será el encargado de hacer una primera valoración del enfermo y decidir su inclusión

en el programa de visitas domiciliarias programadas; además lo comunicará al enfermero/a correspondiente y al trabajador social (derivaciones a las que se refieren estos criterios).

**Criterio 7:** realizar al menos el 70% de las visitas médicas programadas.

**Criterio 8:** realizar al menos el 70% de las visitas programadas de enfermería.

No es posible considerar un número determinado y fijo de visitas como criterio de calidad, ya que las características de cada enfermo requerirán mayor o menor frecuencia de éstas, de forma que un "exceso" de visitas domiciliarias supondría una mala utilización de recursos, y un "defecto" una baja calidad asistencial. En el programa de atención al incapacitado, cada médico y cada enfermero se programa la frecuencia de visitas para cada enfermo.

**Criterio 9:** constancia en la historia clínica de una valoración global de la problemática social del incapacitado por parte del trabajador social.

**Criterio 10:** constancia en la historia clínica de la valoración de prestaciones propuestas al incapacitado por parte del trabajador social.

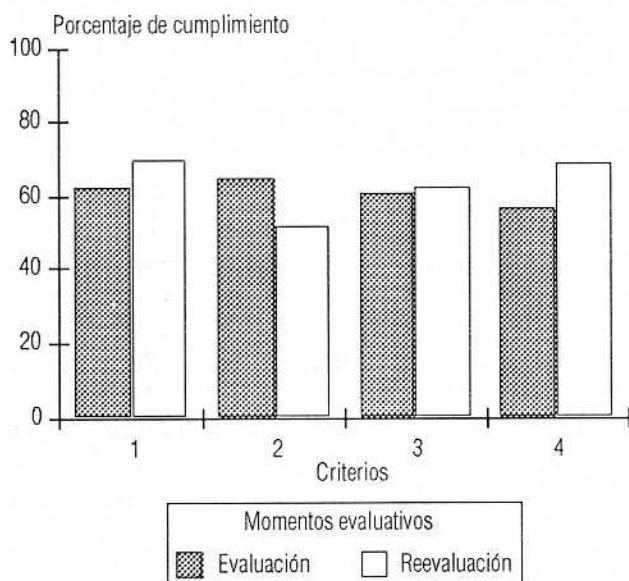
Los criterios 9 y 10 se refieren a la valoración por parte del trabajador social y se valora su cumplimiento sólo en caso de presencia de problemática sociofamiliar.

No se establecen estándares en este primer análisis de calidad (el equipo decide valorar el punto de partida de la calidad asistencial prestada a este

**Tabla 2. Resultado del cumplimiento de los criterios comunes de evaluación**

Criterios	Evaluación	Reevaluación
1. Exploración anual	62%	70%
2. Actualización hoja de problemas*	65%	53%
3. Plan actuación Enfermería	62%	62%
4. Cumplimiento Plan	57%	68%

**Figura 2. Comparación del cumplimiento de cuatro criterios en los dos momentos evaluativos**



1. Exploración anual  
2. Actualización hoja de problemas  
3. Plan actuación Enfermería  
4. Cumplimiento Plan

grupo de población y considera dificultoso concretar estándares de cumplimiento *a priori*). Sólo se definen para dos criterios: el número de visitas médicas y de enfermería realizadas respecto a las programadas (que debería ser el 70% del total de visitas realizadas).

Para la recogida de datos se utilizó una planilla de criterios donde se incluía además el número de historia clínica, el cupo médico-enfermero correspondiente y el número de visitas médicas y de enfermería programadas.

Entre la primera y la segunda evaluación se ponen en práctica las siguientes medidas correctoras:

a) De índole educativa: sesiones con el EBAP de carácter formativo, motivacional y de consenso; sesiones con el personal directamente implicado en el programa, recordatorios de carácter individual sobre aspectos concretos (necesidad de cumplimentar registro, derivaciones, etc.).

b) Sobre el propio ciclo evaluativo: se procede a desdoblamiento de algunos criterios y creación de

**Tabla 3. Resultado del cumplimiento de los criterios exclusivos de la reevaluación**

Criterios	Cumplimiento
5. Derivación enfermería	66,6%
6. Derivación trabajador social	34,8%
7. Cumplimiento 70% visitas médicas	100%*
8. Cumplimiento 70% visitas enfermería	100%*
9. Valoración global trabajador social	34,8%
10. Valoración prestaciones trabajador social	40,9%

\* Cumplimiento referido sólo a pacientes donde consta número de visitas programadas por médico o enfermero.

otros nuevos al objeto de mejorar la actividad de Garantía de Calidad.

## Resultados

En la primera evaluación, de los 142 pacientes se analizaron 123 historias clínicas (se excluyen 10 fallecidos y nueve historias ilocalizadas en el momento de la evaluación). Se obtiene información referente a los criterios: realización de exploración anual en el 62% de los casos y actualización de la Hoja de Problemas en el 65%. Consta plan de actuación de enfermería en el 61% de pacientes y el cumplimiento de este plan en el 57%.

En la reevaluación se revisan un total de 132 historias clínicas (de los 203 incapacitados registrados en el libro: 41 fallecidos, tres cambios de domicilio y 10 enfermos que salen fuera del programa por recuperación; tres enfermos registrados sin nº de historia clínica y 14 historias ilocalizadas) encontrándose la siguiente cumplimentación de criterios:

a) Respecto a la visita médica: exploración anual en el 70% de pacientes, actualización de la Hoja de Problemas 53,03%, registro de derivación a enfermería 66,6%, registro de derivación al trabajador social 34,8%, realización del 100% de visitas programadas.

b) Respecto a la visita de enfermería: consta Plan de Actualización en 62,12% y cumplimiento del plan en 68,18%. Se realizan el 100% de visitas programadas.

c) Respecto al trabajador social: registro de valoración global en el 34,8% de casos y valoración de prestaciones en el 40,9% (tablas 2 y 3).

## Discusión

Comparando los datos de ambos períodos se observa que el cumplimiento de los cuatro criterios

iniciales repetidos en la reevaluación manifiestan escasa modificación (salvo la exploración médica anual) e incluso descenso del cumplimiento (actualización de la hoja de problemas) (figura 2).

El descenso en la actualización de la hoja de problemas nos lleva a considerar si el período de un año es o no un buen intervalo de tiempo para aplicar a la población incapacitada, ya que sus problemas de salud tienden en general a ser permanentes.

La mejora del cumplimiento de plan de actuación de enfermería responde en parte a la consolidación del programa con la realización de visitas sucesivas, mientras que el porcentaje de constancia de dicho plan se mantiene en cifras similares ya que éste se realiza al incorporarse el paciente al programa.

Detectamos que las medidas correctoras introducidas entre ambos momentos evaluativos no mostraron efecto significativo sobre la mejora de la calidad, por lo que es preciso realizar un análisis más profundo de las deficiencias detectadas y establecer actuaciones en consecuencia.

Respecto a los nuevos criterios, se ve la necesidad de introducirlos dadas las características peculiares de la atención que presta el EBAP a este grupo de pacientes: intervención interdisciplinar, realización de actividades pro-

gramadas, especial importancia de la continuidad asistencial, etc.

Aunque existe un 100% de cumplimiento del número de visitas programadas tanto para médicos como para enfermeros, este dato se refiere sólo a pacientes en la que consta la programación de las visitas, y existe casi un 50% de enfermos en los que no consta dicha programación.

Respecto al trabajador social se registra un bajo número de derivaciones por parte del médico, si bien todos los pacientes derivados han sido valorados y se han valorado pacientes no derivados.

Las limitaciones metodológicas de este trabajo se derivan de la pérdida de información respecto a un número considerable de pacientes por no localización de todas las historias clínicas; la falta de establecimiento de estándares de cumplimiento de criterios, lo que dificulta la valoración de los resultados; y los problemas de valoración correcta de los criterios en los registros (historia clínica con anotaciones confusas, dificultad ortográfica, etc.).

Concluimos que es necesario establecer medidas que propicien una mejora de la calidad de la atención prestada a pacientes incapacitados. El impacto de estas medidas se valorará en sucesivas evaluaciones.

## Bibliografía

1. Grupo científico de la OMS sobre Epidemiología del Envejecimiento. *Aplicaciones de la Epidemiología al Estudio de los Ancianos*. Ginebra: OMS 1984. Serie informes Técnicos.
2. González J. Asistencia Geriátrica Domiciliaria. ¿Cómo es el paciente? *Revista Española de Geriátrica y Gerontología* 1988; 23 (5): 295-330.
3. Brody JA. Toward quantifying the Health of the Elderly. *Am J Public Health* 1989; 6: 685-96.
4. Gómez L, Rodríguez I. Salud Mental del grupo familiar ante la enfermedad orgánica. *Revista Trabajo Social y Salud* 1989; 3: 81-95.
5. Smith GC, Smith MF, Toseland RW. Problems identified by family caregivers in counseling. *The Gerontological Society of America* 1990; 31: 15-22.
6. Baillie V, Norbeck JS, Barnes LE. Stress, social support and psychological distress of family caregivers of the elderly. *Nursing Research* 1988; 37: 217-22.
7. Wan T. Functionally disables elderly: health status social support and use of health services. *Research on aging* 1987; 9: 61-78.
8. Barrón A. Apoyo Social: Definición. *JANO* 1990; 38: 62-73.
9. Urraca S. El apoyo Social en la Salud y en la Enfermedad. *JANO* 1990; 38: 53.
10. Aranda JM, Burgos ML, Espinosa JM. Estrategias para adecuar la utilización de los servicios preventivos y de promoción de salud. En: De la Revilla L. *Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria nº 7*. Barcelona: Doyma, 1991: 69-92.
11. Vuori H. Control de calidad en Atención Primaria. *Control de Calidad Asistencial* 1988; 3: 60-3.
12. Otero A, Saturno PJ. Evaluación y Control de Calidad en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF (eds). *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta*. 2ª ed. Barcelona: Doyma, 1989; 243-55.
13. Palmer RH. *Evaluación de la Asistencia Ambulatoria principios y Práctica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
14. Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. *Evaluación de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica: diseños de proyectos*. Nº 2. Colección Garantía de Calidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.

