

A.M. Mesa Ruiz^a
M.I. Martínez Sánchez^b
V. Reche Galera^c
Pilar Barroso García^d
Javier Fierro Rosón^e

^a Fisioterapeuta de Atención Primaria.
ZBS Los Vélez. Almería.

^b Fisioterapeuta de Atención Primaria.
ZBS Albox. Almería.

^c Fisioterapeuta de Atención Primaria.
ZBS Mármol. Almería.

^d Técnico de Salud de Epidemiología.
Sección de Epidemiología del Distrito
Sanitario de Atención Primaria
Levante-Alto Almanzora. Almería

^e Área de Cuidados Polivalentes.
Hospital de Alta Resolución El Toyo.
Almería.

Correspondencia:
Antonio Manuel Mesa Ruiz
Olmos, 2. Puerta D.
04820 Vélez Rubio (Almería)
E-mail: fisiomesa@yahoo.es

Fecha de recepción: 21/9/05

Aceptado para su publicación: 7/3/06

Propuesta de medidas de intervención para gestionar las ausencias de pacientes en salas de fisioterapia

Interventions to manage physiotherapy sessions lost by patients' own responsibility in physiotherapy services

RESUMEN

Objetivo. Identificar aspectos que influyen en las pérdidas de sesiones de tratamiento de pacientes en las salas de fisioterapia. Proponer intervenciones para gestionar estas ausencias.

Métodos. Se constituyó un grupo de mejora y se monitorizó, en el primer semestre de 2004, la proporción de sesiones de tratamiento de fisioterapia semanales no realizadas por incomparecencia del paciente, sobre las establecidas en la agenda de las salas de fisioterapia, para pacientes que iniciaron tratamiento en tres Zonas Básicas de Salud (Los Vélez, Mármol y Albox). Se realizó un gráfico de control de proporciones y se detectaron causas externas. Para conocer causas internas al funcionamiento de las salas se realizó un estudio descriptivo.

Resultados. Iniciaron tratamiento 465 pacientes; 284 pacientes (61,1 %) faltaron alguna vez. Las medias, expresadas en % de sesiones no realizadas, para cada sala fueron: Los Vélez 13,87, Mármol 9,8 y Albox 10,36. Del total de pacientes que faltaron,

ABSTRACT

Aim. To identify causes of physiotherapy sessions lost in community services. We propose interventions to manage these absences.

Methods. A quality improvement group was performed, and the number of physiotherapy sessions lost was monitored in three community physiotherapy services. A control chart was done to detect external causes of instability. Internal causes were detected using a descriptive study.

Results. We studied 465 patients who began treatment. 61,1 % of them lost some treatment session. In this group 22,9 % accumulated more than 5 absences. Number of sessions lost by the own patient responsibility range from 9,8 to 13,8 %. Patients from 45 to 64 years old present the large number of absences (42,3 %).

Conclusions. We found some out of control points in the control chart. The typical patient

- 6 65 (22,9%) tenían más de 5 ausencias. El grupo de 45 a 64 años presentó el mayor porcentaje con alguna ausencia con un 42,3%. Un 72% de los pacientes con patología neurológica o lesión de partes blandas faltaron alguna vez.

Conclusiones. Una vez analizados los puntos fuera de control se han encontrado distintos aspectos que pueden explicarlos. El mayor número de pérdidas de sesiones de tratamiento lo reúne el paciente entre 45 y 64 años de edad, y con patología neurológica, de partes blandas, traumáticas o con intervención quirúrgica, y derivados con carácter preferente. Se propone una estrategia de intervención para este perfil.

PALABRAS CLAVE

Fisioterapia; Gráficos de control.

who presents the large number of absences to treatment sessions is a 45 to 64 years old and has a neurological, soft tissue or traumatic illness anyway after surgical procedure.

KEY WORDS

Physical therapy; Quality control.

INTRODUCCIÓN

Con la publicación del Decreto 137/2002 de 30 de abril¹ se pone en marcha el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. Dentro de este Plan, el Sistema Sanitario Público Andaluz inició actuaciones en la mejora de la accesibilidad de los pacientes y cuidadores a los servicios de Rehabilitación y Fisioterapia en su propio entorno. La Orden de 9 de marzo de 2004², publicó un texto integrado de dicho Decreto¹ y de otros que ampliaban las medidas de apoyo a dichas familias³. A partir de ahí, se estableció la creación de una red de unidades de fisioterapia y rehabilitación en los Distritos de Atención Primaria². Así mismo, se indicaba que la aplicación de los tratamientos fisioterápicos en las Salas de los Centros de Salud se realizaría a los pacientes remitidos de acuerdo a una Guía de Procedimientos de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria⁴, siendo un servicio dependiente orgánica y funcionalmente de su Distrito correspondiente. Para dar respuesta a todo lo anterior, en el Distrito Sanitario de Atención Primaria Levante-Alto Almanzora de Almería, que es de ámbito rural y

atiende una población de 127034 habitantes, se abrieron seis salas de fisioterapia en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) de Albox, Mármol, Los Vélez, Vera, Serón y Cuevas del Almanzora.

En las salas de fisioterapia, la mayor parte de los problemas atendidos son crónicos, como algias vertebrales^{5,6}, patología degenerativa del aparato locomotor⁷ u hombro doloroso^{8,9}; que por su naturaleza presentan una alta recurrencia, y por tanto, una demanda periódica de consulta a las unidades de fisioterapia. De ahí que este tipo de patología exija de un elevado cumplimiento por parte del paciente, ya que los efectos del tratamiento están muy relacionados con este aspecto. Para estos casos, se señalan algunas conductas que requieren de un cumplimiento por parte del paciente; entre ellas, hacer hincapié en la necesidad de asistir a las citas y seguir las recomendaciones prescritas por el fisioterapeuta¹⁰.

El caso contrario, es decir, el incumplimiento o absentismo, produciría trastornos en la evolución de la patología tratada, pudiendo afectar además a la planificación de las agendas, a la satisfacción del usuario y en definiti-

va al funcionamiento de la sala, lo cual podría repercutir en la calidad asistencial que se presta. Hay que tener en cuenta además, que la Guía de Procedimientos establece una demora máxima para atender al paciente según el tipo de derivación (ordinaria, preferente o urgente)⁴, que tiene relación entre otros aspectos, con el aprovechamiento de las sesiones disponibles en las salas.

Los objetivos planteados en este estudio fueron identificar los aspectos que influyen en las pérdidas de sesiones de tratamiento de los pacientes en las salas de fisioterapia y proponer intervenciones para gestionar estas ausencias.

MÉTODOS

Se constituyó un grupo de mejora para estudiar y diferenciar las ausencias a tratamiento por parte del paciente, debidas a causas externas al funcionamiento de la sala, de las relacionadas con causas internas. Se estudiaron las citas no presentadas por incomparecencia del paciente durante el primer semestre de 2004 (27 semanas) en las salas de fisioterapia de tres ZBS del Distrito de Atención Primaria de Levante-Alto Almanzora (Albox, Mármol y Los Vélez).

Para identificar las causas externas, se monitorizó la proporción de sesiones de tratamiento de fisioterapia semanales no realizadas por incomparecencia del paciente, sobre las establecidas en la agenda de las salas de fisioterapia de esas ZBS. Con estos primeros datos se realizó un gráfico de control de proporciones en cada sala, para valorar si el comportamiento del indicador estaba bajo control estadístico, como paso previo para establecer especificaciones de calidad¹¹.

Las series expresan el porcentaje de sesiones no realizadas por incomparecencia del paciente, y alrededor de la línea media (promedio) se definen tres líneas más que representan el promedio ± 1 , 2, y 3 desviaciones estándar. Estas líneas definen también tres zonas, denominadas C (promedio ± 1 desviación estándar), B (entre ± 1 y ± 2 desviaciones estándar) y A (entre ± 2 y ± 3 desviaciones estándar) Las dos líneas más externas se denominan límite de control superior (LCS, promedio + 3 desviaciones estándar) y límite de control inferior (LCI, promedio - 3 desviaciones estándar). La probabilidad

de que una medición del indicador resulte fuera de los límites de control es $< 0,01$. Un punto fuera de los límites de control expresa una situación distinta de lo esperada, "fuera de control" o puntos outliers; pero también la presentación de puntos siguiendo ciertos patrones dentro de las diferentes zonas expresan situaciones "fuera de control." Ambos hechos sólo manifiestan que existen causas especiales no explicadas por el diseño del proceso que medimos, y que por lo tanto lo hacen inestable. Antes de abordar la mejora de nuestro proceso debemos identificar estas causas para conseguir que sea estable, para entonces abordar la conformidad del proceso con nuestros requisitos de calidad y analizar las causas, ya internas, de desviaciones¹².

Para conocer las causas internas al funcionamiento de las salas se realizó un estudio observacional descriptivo de los pacientes que iniciaron tratamiento en esas salas de fisioterapia en el período de estudio. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, ZBS, transporte utilizado, diagnóstico (para facilitar el estudio se dividieron en 8 grupos de diagnóstico), tipo de derivación, periodicidad de sesiones, pérdida de sesiones y número total de pérdidas, tratamiento realizado (cinesiterapia, mecanoterapia y electroterapia) y modalidad de tratamiento (individual, grupal o mixto). Se extrajeron estos datos de las siguientes fuentes de información: fichas de derivación del Servicio de Rehabilitación, la historia clínica de fisioterapia y hoja de control de asistencia.

RESULTADOS

Desde el 1 de Enero hasta el 30 de Junio de 2004 iniciaron tratamiento 465 pacientes en las tres ZBS (67,1 % mujeres y 32,9 % hombres), de los cuales 284 (61,1 %) faltaron alguna vez a su cita.

Estudio de las causas externas

Se presentan los gráficos de control de las series de datos correspondientes a cada una de las salas con la proporción de sesiones no realizadas por incomparecencia del paciente (figs. 1, 2 y 3). Las medias para cada sala fueron: Albox 10,36 (fig. 1), Mármol 9,8 (fig. 2) y Los Vélez 13,87 (fig. 3).

8

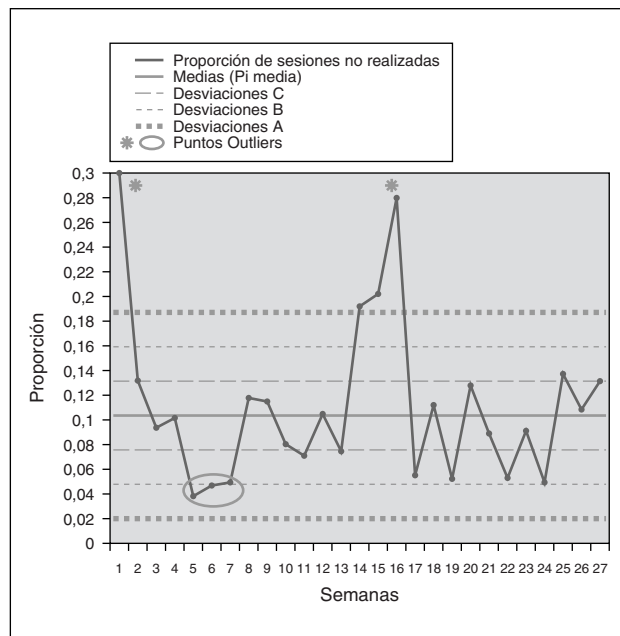


Fig. 1. Proporción de sesiones perdidas en Sala de ZBS Albox. Pi media: 0,10361.

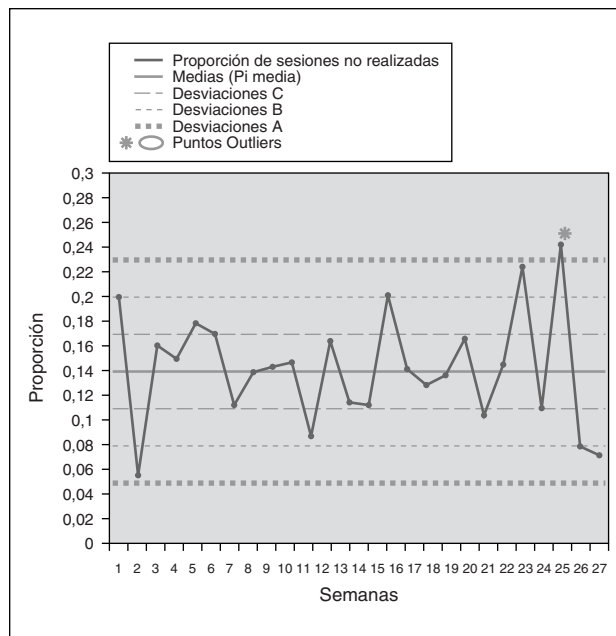


Fig. 3. Proporción de sesiones perdidas en Sala de ZBS Los Vélez. Pi media: 0,138713.

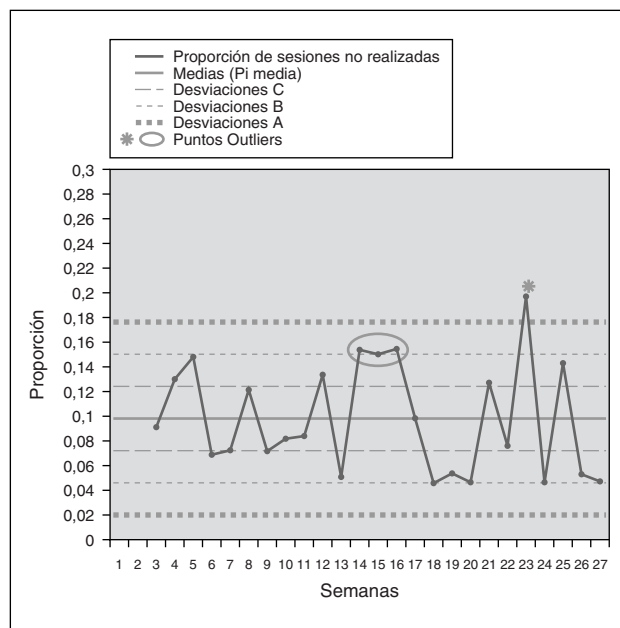


Fig. 2. Proporción de sesiones perdidas en Sala de ZBS Mármol. Pi media: 0,09806.

En la ZBS de Albox (fig. 1) se encontraron tres puntos fuera de control, en la primera semana, otro en las semanas 14, 15 y 16 y por último en las semanas 5, 6 y 7 se encontraron 2 de 3 puntos en la zona A del mismo lado, en el límite de control inferior.

En la ZBS de Mármol (fig. 2), no hay datos de las dos primeras semanas porque la sala estuvo cerrada. A partir de la tercera semana se encontraron dos puntos fuera de control: uno, en las semanas 14, 15 y 16 con 2 de 3 puntos seguidos en la zona A y el segundo se da en la semana 23.

En la ZBS de Los Vélez (fig. 3), se encontró un punto fuera de control en la semana 25 con un índice de absentismo del 25%. En las semanas 26 y 27 hay 2 puntos en la zona A, en el límite de control inferior.

Estudio de las Causas Internas

Del total de pacientes que han faltado, hay 47,18% que han tenido 1 o 2 ausencias. Los pacientes con más de 5 ausencias representan en la ZBS de Albox el 12,3% del total, en la ZBS de Mármol el 3,2% y en la ZBS de

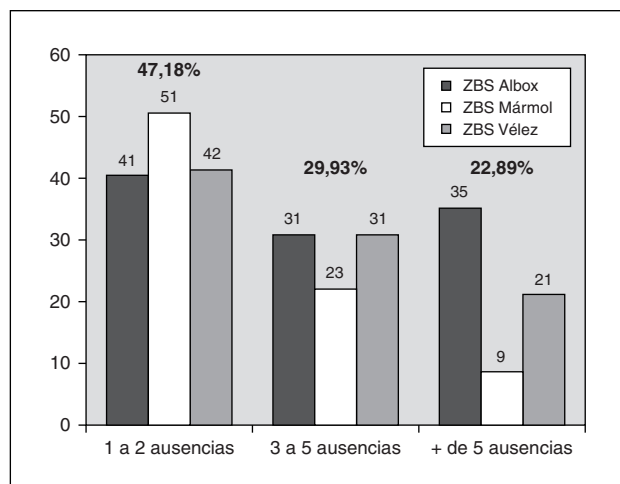


Fig. 4. Porcentaje de pacientes por ZBS según número de ausencias.

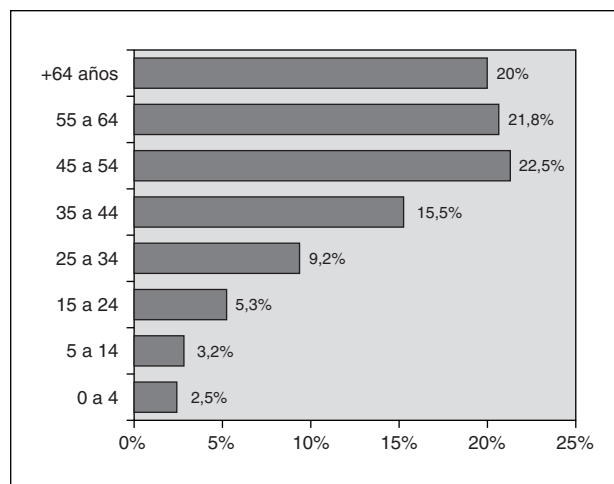


Fig. 5. Porcentaje de pacientes con alguna ausencia según grupo de edad.

Tabla 1. Porcentaje de pacientes con ausencia según diagnóstico

	Diagnóstico							
	Patología traumática	Patología quirúrgica	Patología de tejidos blandos	Patología degenerativa Aparato locomotor	Algias vertebrales	Desviación del raquis	Patología neurológica	Infantil
% pacientes con ausencia	68,7	63,9	72,1	47,8	61,5	24,2	72,0	54,5
% pacientes sin ausencia	31,3	36,1	27,9	52,2	38,5	75,8	28,0	45,5

Tabla 2. Porcentaje de pacientes con ausencia según tipo de Derivación, Periodicidad y Acceso a la Sala de Fisioterapia

	Derivación		Periodicidad		Acceso	
	Normal	Preferente	Alternativo	Diario	Ambulancia colectiva	Medios propios
% pacientes con ausencia	55,9	72,2	54,2	64,5	52,5	63,5
% pacientes sin ausencia	44,1	27,8	45,8	35,5	47,5	36,5

Los Vélez el 7,4 % (fig. 4). El mayor porcentaje con alguna ausencia (fig. 5) está en la franja de edad comprendida entre los 45 y 64 años que suponen el 42,3 %. El grupo diagnóstico con mayor porcentaje de pacientes con alguna ausencia fue el de patología de partes blandas

(72,1 %) (tabla 1). Según el tipo de derivación, un 72,2 % de los pacientes con carácter preferente han faltado alguna vez. El 64,5 % de los pacientes que recibieron tratamiento diario y un 63,5 % de los pacientes que acudieron con medios propios tuvo alguna ausencia (tabla 2).

10 DISCUSIÓN

Analizando los gráficos de control realizados, según metodología establecida por Spoeri¹³, destaca que en la ZBS de Albox el punto fuera de control en la primera semana coincidió con las fiestas navideñas, el segundo se debe a periodos de días festivos, coincidiendo con la celebración de la Semana Santa. En el tercero hay 2 puntos en la zona A del mismo lado, justo en el límite de control inferior, que supone un dato no controlado que favorece en este caso la asistencia a tratamiento, quizás debido a la citación de numerosos pacientes que iniciaron tratamiento esa semana.

En la ZBS de Mármol, a partir de la tercera semana se encontraron dos puntos fuera de control, uno al igual que en Albox, en las semanas 14, 15 y 16 con 2 de 3 puntos seguidos en la zona A, que representó mayor porcentaje de ausencias por parte del paciente; y el segundo fue debido a una reunión no programada que ocasionó que faltara uno de cada 5 pacientes citados.

En la ZBS de Los Vélez se encontró un solo punto fuera de control debido a una excursión no planificada, obteniendo un índice de absentismo del 25 %. En las semanas 26 y 27 hay 2 puntos en la zona A, justo en el límite de control inferior; como falta el dato posterior que no entraba en el estudio no se puede asegurar que sea un punto fuera de control, pero sí se considera relevante puesto que esa disminución del absentismo corresponde a un periodo de citación masiva de pacientes para el inicio de tratamiento, algo similar al dato favorecedor obtenido en Albox. Aunque en las semanas 1 y 15 (festivas), no hay puntos fuera de control como en las otras dos salas, sí se aprecia un repunte del absentismo con esos dos puntos en la derivación A, con porcentaje de citas no presentadas similares a las otras dos ZBS pero que no constituyen punto fuera de control porque la media de Los Vélez es mucho mayor que las restantes, lo que es otro dato negativo a analizar.

Tras el análisis de los resultados obtenidos, y sin haber encontrado bibliografía ni estudios que ofrezcan datos similares con los que comparar, observamos que los puntos fuera de control son causas especiales, que no se deben al azar y que no se explican por la variabilidad inherente al funcionamiento de las salas de fisioterapia.

Es complicado actuar ante ellos, especialmente con los favorecedores. Se ha visto que la citación masiva de pacientes para que inicien tratamiento es un factor externo que disminuye la tasa de absentismo en la semana que comienzan sus sesiones, pero es imposible realizarlo habitualmente porque no se podría asimilar tal cantidad de trabajo. El resto de los datos que se obtienen de las gráficas de control de proporciones, está dentro de los límites, bajo control estadístico¹⁴. Esta monitorización no se ha planteado de forma aislada, sino como un proceso integrado y con continuidad en un futuro, para la medición periódica, planificada y sistemática de la mejora de la calidad, como indican algunos autores¹⁵.

Como ya se ha comentado, posteriormente se analizaron las causas internas. Éstas favorecen la pérdida de citas y hacen que el fin del tratamiento se prolongue, aumentando por lo tanto el tiempo de demora para los pacientes que esperan el inicio del tratamiento, que como ya se indicó, además iría en contra de los objetivos planteados en la Guía de Procedimientos⁴. Se ha obtenido de esta forma el perfil de un paciente, cuya identificación puede ayudar a su seguimiento especial y concienciación para que acuda a las sesiones programadas. En general, se trata de pacientes entre 45 y 64 años de edad, que acuden por patología neurológica, de partes blandas, traumáticas o tras intervención quirúrgica, y que fueron derivados con carácter preferente.

A la vista de estos datos, se consideró conveniente desarrollar algunas estrategias para reducir este incumplimiento de sesiones y apoyarlas con medidas de educación sanitaria¹⁶. Algunos autores han indicado que asistir a las citas es importante para el buen seguimiento del paciente¹⁰. De ahí que los miembros del grupo de mejora se plantearan unificar criterios en las tres salas y proponer cuatro medidas de intervención para inicio del año 2005 (anexo 1). Algunas son de nueva implantación y otras potencian medidas que ya se venían utilizando en las salas aunque no estaban protocolizadas. Dada la gran importancia del tema tratado y las repercusiones que puede tener tanto para la calidad asistencial como para los buenos resultados del tratamiento del paciente, se considera la necesidad de analizar estas medidas implantadas en una fase posterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto 137/2002 de 30 de abril sobre el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. 2002;52:7127-34.
2. Orden de 9 de marzo de 2004 por la que se publica un texto integrado de los Decretos 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003, de 4 de febrero, y 7/2004, de 20 de enero, ambos de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. 2004;56:7043-50.
3. Decreto 7/2004 de 20 de enero de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. 2004;15:1895-96.
4. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria. Guía de procedimientos. Sevilla; 2003.
5. Liddle SD, Baxter GD, Gracey JH. Exercise and chronic low back pain: What works? *Pain*. 2004;107:176-90.
6. Schonstein E, Kenny D, Keating J, Koes B, Herbert RD. Physical conditioning programs for workers with back and neck pain: a Cochrane Systematic Review. *Spine*. 2003;28 Suppl E:391-5.
7. Brosseau L, MacLeay L, Robinson V, Wells G, Tugwell P. Intensity of exercise for the treatment of osteoarthritis (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2; 2004.
8. Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Physiotherapy interventions for shoulder pain (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2; 2004.
9. Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SMA, Feleus A, Karelis C, Daghghin S, Burdorf L, et al. Ergonomic and Physiotherapeutic interventions for treating upper extremity work related disorders in adults (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1; 2004.
10. Escolar P, Medina F, González R. La dimensión educativa de la fisioterapia: una oportunidad para mejorar la calidad asistencial. *Fisioterapia*. 1997;(19):63-74.
11. Ishikawa K. Preparación y uso de los gráficos de control. En: Ishikawa K. *Introducción al control de calidad*. Madrid. Ed. Díaz de Santos; 1994. p. 163-219.
12. Saturno PJ. Gráficos de control. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 4: Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad. Unidad Temática 22. Universidad de Murcia 2001.
13. Spoeri RK. El examen de datos. En: Longo DR, Bohr D. *Métodos cuantitativos en la gestión de la calidad*. Una guía práctica. Barcelona: SG Editores SA; 1994. p. 121-78
14. Consejería de Salud. Control y mejora continua de los procesos. En: Consejería de Salud. *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales*. Sevilla; 2001. p. 83-96.
15. Saturno PJ. Control Estadístico de la Calidad. Gráficos de Desarrollo. Manual del Master en Gestión de Calidad en los Servicios de Salud. Módulo 4: Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad. Unidad Temática 21. Universidad de Murcia; 1999.
16. Martínez A, Fernández R, Medina F, Raposo I, Viñas S, Chouza M. Habilidades comunicacionales en la entrevista clínica. *Fisioterapia*. 2002;24:90-6.

Anexo 1. Estrategia de intervención planteada

1. Cerciorarse de que los usuarios conocen los días de apertura de las salas en periodos festivos, insistiendo en informar durante las sesiones previas a los días festivos acerca de los días de apertura y cierre de la sala, y colocando carteles informativos en la sala sobre este respecto.
 2. Indicar a los pacientes con el perfil citado anteriormente al inicio del tratamiento la importancia de la asistencia a las citas, especialmente en lo que atañe a la evolución del proceso. Cuando se encuentren a mitad de tratamiento, si no hubiera faltado en ninguna ocasión se intervendrá mediante un refuerzo positivo, indicando los cambios positivos y progresos producidos en su evolución; si hubiese faltado repetidamente, se volverá a entrevistar usando el “Protocolo de motivación para el cambio”, que consta de los siguientes pasos:
 1. Buscar el momento más apropiado.
 2. Empezar con algo positivo (reforzándolo): *“Sé que es difícil asistir todos los días a tratamiento aunque...”*
 3. Describir concretamente la conducta clave (KO):... *cuando faltas a tus sesiones...*
 4. Explicar como le afecta, (cuál es el problema):... *se interrumpe tu evolución y dificulta que los pacientes que están esperando inicien su tratamiento...*
 5. Ponerse en el lugar del otro desactivando sus argumentos:... *entiendo que tú (exponerle el motivo de ausencia repetida a las sala)...*
 6. Pedir cambio:... *¿qué podemos hacer para que tu mejoría no se interrumpa y la gente que está en espera inicie antes su tratamiento?...*
 7. Ofrecer alternativas de cambio (según repuesta del paciente):
 - adaptar horario,
 - cambiar diario/alternativo,
 - posponer el tratamiento hasta situación más favorable,
 - alta voluntaria con programa de ejercicios y consejos de higiene postural para sus actividades de la vida diaria.
 3. Llamar por teléfono a todos los pacientes con 2 faltas consecutivas: si el paciente volviera a la sala usaríamos el “Protocolo de motivación para el cambio”; si no volviera, se valoraría si el motivo de su ausencia es justificado o no justificado. Si fuese justificado se reutilizaría sus horas hasta que el paciente pudiese reincorporarse, y si no se encontrase justificación se le daría el alta por incomparecencia y se reutilizarían sus sesiones perdidas.
 4. Ocupación del tiempo disponible por las ausencias conocidas previamente: mediante tareas administrativas, utilización de más tiempo de tratamiento para los pacientes que coincidiesen en horario con el paciente ausente, citar a un paciente con tratamiento alternativo en el turno del ausente, y si la ausencia fuese a ser prolongada, citar a un paciente nuevo, hacer la entrevista de valoración e iniciar el tratamiento.
-