

Ana Belén Meseguer Henarejos^a
Francesc Medina i Mirapeix^a
Pilar Escolar Reina^a
Joaquina Montilla Herrador^a
Nuria Hernández Cascales^b
M. Carmen Hidalgo García^b

^aProfesores del Departamento de Fisioterapia. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.
^bFisioterapeutas. Servicio Murciano de Salud.

Correspondencia:
Ana Belén Meseguer Henarejos.
Departamento de Fisioterapia.
Facultad de Medicina.
Universidad de Murcia.
Campus de Espinardo.
30100 Murcia.
Correo electrónico:
anabelen@um.es

Fecha de recepción: 20/9/07
Aceptado para su publicación: 13/3/08

Calidad percibida en la fisioterapia de atención primaria: situación y oportunidades de mejora en la atención a la cervicalgia

*Quality perceived in physical
therapy in Primary Care:
situation and opportunities
to improve neck pain care*

RESUMEN

Objetivos: Describir y comparar la frecuencia en la que los pacientes con cervicalgia perciben diferentes aspectos relacionados con la calidad percibida en la atención fisioterápica, ofrecida en diversos centros de salud.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo transversal analítico. Se incluyó a pacientes con cervicalgia mecánica no traumática. La recogida de información se llevó a cabo mediante un cuestionario tipo autoinforme sobre calidad percibida previamente validado. Se analizó la tasa de respuesta y el sesgo de no respuesta. Se realizó un análisis descriptivo ajustado mediante indicadores y se comparó la calidad percibida entre centros según cada uno de los indicadores compuestos en cada centro, así como el valor promedio y los percentiles respecto al conjunto de los centros.

Resultados: Se entregó un total de 162 cuestionarios y se recogieron 111. No se han detectado diferencias significativas entre los que han respondido y los que no al cuestionario, en relación con el sexo y el nivel de

ABSTRACT

Objectives: To describe and compare how frequently patients with neck pain perceive different aspects related with the quality of physical therapy care of several health care centers.

Material and Methods: A descriptive, cross-sectional and analytic study was conducted. Patients with mechanical and non-traumatic neck pain were included. Information was collected using a self-report and previously validated questionnaire. Rate of answer and non-answer bias were analyzed. An adjusted descriptive analysis was performed, using indicators and the perceived quality was compared among centers based on indicators in each center, and the value average and percentiles of all centers.

Results: A total of 111 out of 162 questionnaires were collected. No significant differences were detected among those who responded and those who did not respond to the questionnaire in relationship to gender and study level, but there were significant differences for age and previous physical therapy use. The dimensions of Waiting Time and Professional Competence are those that present the

estudios, y sí para la edad y el previo uso de fisioterapia. Las dimensiones “Tiempo de espera” y “Competencia profesional” son las que presentan mayor porcentaje de problemas de calidad percibida, 61,4 % (52,4-70,4) y 51,7 % (42,4-61,0) respectivamente. La dimensión “Organización” es la que presenta menor porcentaje de problemas (24,4 %) (16,4-32,4). Hay diferencias en los niveles de calidad percibida entre la mayoría de los centros respecto a las dimensiones “Información” y “Competencia profesional”, y sólo entre algunos en relación con “Tiempo de espera” y “Organización”.

Conclusiones: Las áreas de información y competencia profesional son las que acumulan más problemas de calidad percibida. Entre los centros de salud participantes hay variabilidad en los niveles de calidad percibida.

PALABRAS CLAVE

Evaluación de la calidad. Calidad percibida. Cervicalgia. Fisioterapia.

higher percentage of problems of perceived quality, 61.4 % (52.4-70.4) and 51.7 % (42.4-61.0), respectively. The dimension Organization has the lowest percentage of problems, 24.4 % (16.4-32.4). There are differences in the levels of quality perceived between most of the centers regarding the dimensions of Information and Professional Competence, and only between some centers regarding Time of wait and Organization.

Conclusions: *The areas of Information and Professional Competence are those that accumulate the most problems of perceived quality. There is variability in the levels of perceived quality among the participant centers of health care.*

KEY WORDS

Evaluation of the quality. Perceived quality. Neck pain. Physical therapy.

INTRODUCCIÓN

La evaluación y la mejora de la calidad de la atención sanitaria son consideradas cada vez más como una parte esencial de las actividades habituales en cualquier centro de salud. La evaluación de la atención sanitaria, que se ha basado durante mucho tiempo en la aplicación de estándares profesionales, está tendiendo ahora cada vez más a integrar la medida de la percepción del paciente¹⁻⁴.

La evaluación de las percepciones de los pacientes (evaluación de la calidad percibida) puede ser realizada mediante cuestionarios tipo informe del usuario o paciente que incluyen preguntas sobre ocurrencia de aspectos relevantes para la calidad percibida⁵. Son pocos los informes de los usuarios desarrollados tanto en el ámbito hospitalario^{6,7} como en el de la atención primaria⁸, a escala internacional y el ámbito nacional^{5,9}. Estos informes han incluido un gran número de experiencias

específicas relacionadas con la atención médica y con el cuidado de enfermería. Sin embargo, en fisioterapia apenas se han realizado investigaciones utilizando este método de evaluación a escala internacional, y hay por tanto una ausencia global de información en torno a las percepciones de atributos que los pacientes relacionan con calidad de la atención en fisioterapia.

El uso de los cuestionarios tipo informe del usuario puede realizarse sobre pacientes genéricos de un servicio o sobre pacientes específicos atendidos en él¹⁰. Entre los diferentes perfiles de pacientes habituales en la fisioterapia de atención primaria, la cervicalgia supone una importante área de trabajo en el ámbito de la fisioterapia, porque muchos de los pacientes con cervicalgia son derivados desde consultas médicas de atención primaria¹¹. Además, la cervicalgia tiene una alta prevalencia que oscila entre el 9,5 y el 22 % en la población general¹²⁻¹⁴, y la prevalencia a lo largo de la vida es del 70 %¹⁵. El interés por el paciente con cervicalgia entre

70 los fisioterapeutas es importante, ya que la mayoría de los protocolos realizados en España durante unos años, concretamente entre 1990 y 1998, fueron dirigidos al paciente con cervicalgia¹⁶.

Por todo ello, se hace necesaria la evaluación de la calidad de la atención que perciben los pacientes con cervicalgia mecánica que se han tratado utilizando el informe del usuario. El objetivo de este trabajo es describir y comparar la frecuencia en la que los pacientes con cervicalgia perciben, en el ámbito de atención primaria, diferentes aspectos relacionados con la calidad percibida en la atención fisioterápica.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal analítico. El estudio se llevó a cabo en 8 centros de atención primaria de la Región de Murcia. La selección de los participantes se realizó de acuerdo con unos criterios de inclusión: que tuvieran un diagnóstico de cervicalgia mecánica subaguda o crónica¹⁷; con o sin irradiación del dolor al miembro superior, con una edad entre 18 y 80 años; que tuvieran buena salud física y mental para participar, y que hubieran recibido indicación de ejercicios domiciliarios durante el período de tratamiento.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes diagnosticados de cervicalgia postraumática, como *whiplash*, ausencia de habilidades para leer o escribir en el cuestionario, y afectación de la memoria y del comportamiento cognitivo asociado a condiciones tales como la enfermedad de Alzheimer, demencia senil u otras condiciones, dejar de asistir al centro de atención primaria o anulación de la indicación de ejercicios por reacciones adversas u otros motivos.

Se seleccionaron durante un período de 6 meses (de diciembre de 2004 a junio de 2005) a todos los pacientes mayores de 18 años que acudieron a tratamiento de fisioterapia a 8 unidades de fisioterapia de la Región de Murcia por cervicalgia mecánica no traumática. Las unidades de fisioterapia participantes fueron: *a)* 4 del área de Cartagena; *b)* una del área de Lorca, y *c)* 3 del área de Murcia.

Los pacientes fueron incluidos de forma consecutiva. Con este reclutamiento se consideró que la amplitud del

marco temporal seleccionado pudo ser suficiente para prevenir un sesgo de selección, ya que la población de estudio podía ser similar a la habitual en las unidades de fisioterapia. Por otra parte, para evitar el sesgo de selección por la no respuesta, se hizo necesario controlar este sesgo de no respuesta. Estimamos estudiar este sesgo cuando el porcentaje de respuesta fuera inferior al 70 %¹⁰. El sesgo se controló mediante el método basado en la comparación de las diferencias entre los que respondieron y los que no lo hicieron.

La recogida de información relevante para los objetivos del estudio se llevó a cabo mediante un cuestionario previamente validado¹⁸. Durante un período de 6 meses, en la penúltima o última sesión de tratamiento, cada fisioterapeuta dio un cuestionario a cada paciente que había recibido tratamiento por cervicalgia mecánica y se le dijo que lo complementara en casa tan pronto como fuera posible. Al paciente se le indicó que enviara el cuestionario que había cumplimentado por correo postal directamente a nuestro Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Murcia, a la dirección que se indicó en el sobre que se le dio junto con el cuestionario.

Adicionalmente, se utilizaron otros documentos de recogida de información diseñados ad hoc para el seguimiento del estudio en el control del sesgo de no respuesta y la realización del recordatorio. Para controlar posible sesgo de no respuesta empleamos una hoja de control rellena al inicio del tratamiento por el mismo paciente. Para estimular la tasa de respuesta, utilizamos: *a)* la entrega en mano del cuestionario; *b)* una carta introductoria al cuestionario; *c)* compromiso de confidencialidad de las respuestas; *d)* un bolígrafo como incentivo para responder¹⁹; *e)* un sobre con franqueo pagado para que el paciente enviara el cuestionario sin coste alguno; *f)* un diseño agradable, es decir, portadas del cuestionario color verde y resto en blanco y claridad en las instrucciones¹⁶, y *g)* recordatorio telefónico por medio de una llamada telefónica a todos los pacientes que no contestaron en un plazo de 12 días. En los casos en que el paciente indicó la pérdida del cuestionario le enviamos otro cuestionario por correo postal. La identificación de los pacientes susceptibles del recordatorio fue posible a través del diseño de una hoja de monitorización de entrega de cuestionarios (incluía un código de

identificación, datos personales del paciente y su fecha de alta), que rellenó el fisioterapeuta, y a través del contacto periódico (quincenal) entre el fisioterapeuta y una persona del grupo de investigación, por teléfono y por fax.

Cada una de las variables del estudio fueron recodificadas en 2 categorías (0 = no problema; 1 = sí problema), en función de si fueron consideradas como problema de calidad percibida o no problema. Las opciones de respuesta de las variables que se consideraron problema se muestran en la tabla 1.

Para la aceptabilidad del cuestionario se calculó la tasa de respuesta al cuestionario por medio del cociente entre el número de cuestionarios que fueron contestados, tanto con recordatorio como sin recordatorio telefónico, y el número de cuestionarios que fueron entregados a los pacientes.

En el análisis de los datos, inicialmente se calculó la tasa de respuesta al cuestionario por medio del cociente entre el número de cuestionarios que fueron contestados, tanto con recordatorio como sin recordatorio telefónico, y el número de cuestionarios que fueron entregados a los pacientes. El método de análisis del sesgo fue el basado en las diferencias entre los que respondieron y los que no lo hicieron. Los factores de confusión estudiados fueron la edad, el género, el nivel de estudios y la utilización previa de fisioterapia. Las diferencias entre los que respondieron y los que no al cuestionario fueron contestadas siguiendo la prueba de la χ^2 . Para los factores de confusión que se distribuyeron heterogéneamente se analizó su influencia en cada uno de los indicadores de calidad percibida. Este análisis se realizó mediante un modelo de regresión logística que tuvo como variable dependiente el indicador o respuesta de interés modelado como 1 (percepción de problema) o 0 (no percepción de problema), mientras que las variables independientes se correspondieron con los factores de confusión que se distribuyeron heterogéneamente en determinados indicadores de calidad percibida (en nuestro estudio, la edad y el uso previo de fisioterapia). Posteriormente, en los indicadores que se vieron afectados por los factores de confusión, se procedió a ajustar mediante el resultado de cada indicador sobre los porcentajes de sujetos del estudio (los que respondieron y no) respecto a la edad y el uso previo de fisioterapia.

Para evaluar la calidad percibida se establecieron indicadores del tipo proporción elaborados a partir de las respuestas a cada uno de los ítems (indicadores simples) y subescalas (indicadores compuestos). Para cada indicador simple calculamos la proporción de problemas y su correspondiente intervalo de confianza del 95 %. De similar modo, para cada indicador compuesto calculamos la proporción de problemas y su correspondiente intervalo de confianza del 95 %.

Finalmente, comparamos la calidad percibida entre centros a partir de cada uno de los indicadores compuestos. Calculamos el valor de cada indicador compuesto en cada centro, y el valor promedio y cuarteles respecto al conjunto de los centros. Este último, lo usamos como estándar de referencia para realizar el análisis de perfiles estadísticos²⁰.

RESULTADOS

Aceptabilidad del cuestionario y características de los participantes

Durante el período de estudio se identificó a 190 pacientes con cervicalgia mecánica subaguda o crónica¹⁷, de los cuales se excluyó a 28 pacientes. Las causas de su exclusión fueron: 22 pacientes (11,6 %) dejaron de asistir al centro y 6 pacientes (3,2 %) recibieron la anulación de indicación de ejercicios por reacciones adversas. Por tanto, en el estudio participaron 162 pacientes.

Se entregaron 162 cuestionarios y el número total de los participantes que respondieron al cuestionario fue de 111 (un 68,5 % de tasa de respuesta). No fue necesario realizar el recordatorio telefónico en el 46,5 % de todos los pacientes que respondieron. Las características y la procedencia de los pacientes figuran en la tabla 2.

Con relación a la presencia de un sesgo de no respuesta, no se detectaron diferencias significativas entre los que respondieron al cuestionario y los que no lo hicieron, en relación con el sexo y el nivel de estudios. Sin embargo, sí se han encontrado diferencias significativas para la edad y el previo uso de fisioterapia. Respecto a la edad, entre los que respondieron al cuestionario hay un 23,6 % más de pacientes de mayor edad, entre 60 y 78 años. Por el contrario, hay un 24,1 % menos de jóve-

Tabla 1. Opciones de respuesta que se consideraron problema y no problema en el cuestionario

Opciones de respuesta	
SECCIÓN A: EN SU PRIMERA VISITA AL FISIOTERAPEUTA	
1. ¿Cuánto tiempo pasó desde que entregó el volante para ir al fisioterapeuta hasta que éste le vio por primera vez?	Pasó menos de 15 días*/Pasó entre 15 y 30 días/ Pasó entre 1 y 2 meses/Pasó más de 2 meses
2. ¿Cree usted que estuvo que esperar demasiado tiempo en lista de espera?	Sí*/No
3. En su primera visita ¿su fisioterapeuta le vio las radiografías de su cuello?	No*/Sí
4. ¿Su fisioterapeuta le informó sobre el tiempo aproximado que iba a estar en tratamiento?	No*/Sí
5. ¿Su fisioterapeuta le informó sobre las causas posibles de su dolor?	No*/Sí
SECCIÓN B: ATENCIÓN PROPORCIONADA EN EL CENTRO	
6. ¿Empezaba su tratamiento a la hora que se le había citado o tenía que esperar para empezar?	Empezaba a mi hora o esperaba menos de 15 minutos/ Tenía que esperar más de 15 minutos*
7. ¿Tenía que esperar a que se desocupara su fisioterapeuta o estuviera libre algún aparato para que le hicieran lo que le tocaba?	Siempre*/Casi siempre*/A veces*/Casi Nunca/Nunca
8. ¿Cree usted que por eso pasaba más tiempo del necesario en el centro?	Sí*/No
9. ¿Tuvo que ponerse algún aparato por estar muy ocupado su fisioterapeuta?	Sí*/No
10. Díganos si tuvo alguna de las siguientes impresiones cuando otras personas estaban tratándose al mismo tiempo que usted.	Cualquier opción contestada, excepto "todo me pareció normal y adecuado"/Era un sitio muy pequeño para la cantidad de personas que había/ Había mucho ruido de gente*/Era difícil comentar a solas con su fisioterapeuta cosas personales que le preocupaban*/A veces creía que podía estar molestando a otras personas*/Al fisioterapeuta no le daba tiempo de atender bien a todos los pacientes*/ Tenía poca intimidad a la hora de desabotonarme para que me pusiera algún aparato o me tocara el cuello*
11. ¿Durante su estancia pudo comentar con su fisioterapeuta aquellos aspectos de su enfermedad que le preocupaban?	Siempre/Casi siempre/A veces*/Casi Nunca*/Nunca*
12. ¿Ha recibido consejos sobre cuál es la posición más adecuada que debe tener el cuello y la cabeza para realizar determinadas actividades (leer, dormir, escribir, planchar...)?	No*/Sí
13. ¿Le han dado algún consejo sobre qué hacer en su casa si le empeora su dolor de cuello?	No*/Sí
14. ¿La información que le ha dado su fisioterapeuta le ha sido fácil de entender?	Mucho/Bastante/Regular */Difícil*/Muy difícil*/
15. ¿Su fisioterapeuta supervisaba cómo realizaba los ejercicios?	Siempre/Casi siempre/A veces*/Casi Nunca*/Nunca*
16. ¿Su fisioterapeuta le ha preguntado si ha tenido dificultad al realizar los ejercicios?	No*/Sí
SECCIÓN C: ALTA Y VALORACIÓN GLOBAL	
17. ¿Le ha entregado su fisioterapeuta un informe de alta?	No*/Sí
18. Con respecto al tiempo que ha estado en Fisioterapia, ¿qué ha ocurrido en su caso?	Creo que he estado el tiempo necesario/Me han dado de alta muy pronto*/He estado demasiado tiempo*
19. ¿Cree que todo lo que le han hecho en Fisioterapia ha sido suficiente?	No*/Sí

*Opción respuesta considerada problema.

Tabla 2. Características de la población de estudio y diferencias entre los que responden y los que no responden

	Responden		No responden		Significación estadística de la diferencia
	<i>n_r</i>	%	<i>n_{nr}</i>	%	
Edad					
18-39	36	32.4	26	56.5	S
40-59	44	39.6	18	39.1	
60-78	31	27.9	2	4.3	
Género					
Hombre	25	22.5	5	9.8	NS
Mujer	86	77.5	46	90.2	
Nivel de Estudios					
No estudios	18	17.0	4	8.7	NS
Estudios primarios	56	52.8	33	71.7	
Estudios secundarios o universitarios	32	30.2	9	19.6	
Previo Uso de Fisioterapia					
No uso previo	38	35.5	27	58.7	S
Uso previo	27	64.5	19	41.3	

n_r: Número de sujetos que responden; *n_{nr}*: Número de sujetos que no responden.

nes entre 18 y 39 años que han respondido al cuestionario. Respecto a ser utilizador previo de fisioterapia, entre los que no han respondido hay un 23 % más de pacientes que no han recibido tratamiento fisioterápico previo.

Con respecto a la influencia de estos 2 aspectos (edad y previo uso de fisioterapia) sobre los indicadores de calidad percibida, se ha encontrado que la edad ha influido significativamente en 2 indicadores: si el fisioterapeuta ha informado al paciente sobre las causas posibles de su dolor, y si el fisioterapeuta ha preguntado al paciente si ha tenido alguna dificultad en la realización de los ejercicios en casa, en el sentido de que entre los que no han recibido información sobre las posibles causas de su dolor hay un 30 % más de pacientes más jóvenes que de mayores, y entre los que el fisioterapeuta no le ha preguntado si han tenido alguna dificultad al realizar los ejercicios domiciliarios hay un 32,3 % más de pacientes más jóvenes que mayores.

El uso previo de fisioterapia también ha influido significativamente en un indicador de calidad percibida:

¿cree usted que tuvo que esperar demasiado tiempo en lista de espera (tiempo de espera desde que ha entregado el volante para ir al fisioterapeuta hasta que éste le ha visto por primera vez)? Concretamente, entre los pacientes que han estado en tratamiento fisioterápico previo, hay un 23,7 % más de pacientes que han percibido que han estado demasiado tiempo en lista de espera desde la derivación del médico.

Como estos indicadores de calidad percibida previos están significativamente influidos por el sesgo de no respuesta, concretamente por la edad y el uso previo de fisioterapia, se ha realizado su ajuste para evitar un sesgo de no respuesta (tabla 3).

Descripción de los problemas de calidad percibida

Indicadores simples

A continuación se presentan los indicadores de calidad percibida, sin agruparlos en dimensiones, que per-

Tabla 3. Frecuencia de problemas de indicadores simples del informe del usuario

Indicadores específicos de calidad percibida	N*	Frecuencia	
		Absoluta	% (IC95 %)
Tiempo de espera			
1. % Pacientes que han pasado más de 15 días desde entrega del volante hasta la 1.ª visita a fisioterapia	111	75	67,6 (58,9-76,3)
2. % Pacientes que creen que estuvieron demasiado tiempo en lista de espera	109	60	55,0 (45,7-64,3) ^a
Organización			
3. % Pacientes que tuvieron que ponerse algún aparato por estar muy ocupado su fisioterapeuta	111	4	3,6 (0,1-7,1)
4. % Pacientes que tuvieron alguna mala impresión cuando estaban tratándose al mismo tiempo que otras personas	111	44	39,6 (30,5-48,7)
5. % Pacientes que tuvieron que esperar a se desocupara su fisioterapeuta o estuviera libre algún aparato para que le hicieran lo que le tocaba	111	55	49,5 (40,2-58,8)
6. % Pacientes que informan que no empezaban su tratamiento a la hora que se le había citado o tenían que esperar para empezar	102	0	0
7. % Pacientes que creen que por eso pasaban más tiempo del necesario en el centro	93	26	28,0 (18,9-37,1)
Competencia profesional			
8. % Pacientes que informan que su fisioterapeuta no le vio las radiografías de su cuello	88	16	18,2 (10,1-26,3)
9. % Pacientes que informan que el fisioterapeuta no les ha entregado un informe de alta	106	79	74,5 (66,2-82,8)
10. % Pacientes que creen que todo lo que le han hecho en fisioterapia no ha sido suficiente	49	28	57,1 (43,3-70,9)
11. % Pacientes que creen que el tiempo que han estado en fisioterapia no ha sido suficiente	105	52	49,5 (39,9-59,1)
Información			
12. % Pacientes que informan que su fisioterapeuta no les dijo el tiempo que iban a estar en tratamiento	110	62	56,4 (47,1-65,7)
13. % Pacientes que informan que su fisioterapeuta no les informó sobre posibles causas de su dolor	110	39	35,5 (26,6-44,4) ^b
14. % Pacientes que opinan que la información dada por el fisioterapeuta no les ha sido fácil de entender	109	10	9,2 (3,8-14,6)
15. % Pacientes que informan que el fisioterapeuta no les supervisó cómo realizaban los ejercicios	106	36	34,0 (25,0-43,0)
16. % Pacientes que informan que el fisioterapeuta no les ha preguntado si han tenido alguna dificultad en la realización de los ejercicios en casa	110	45	40,9 (31,7-50,1) ^c
17. % Pacientes que no han recibido consejos sobre la posición más adecuada del cuello y la cabeza para realizar determinadas actividades (leer, dormir,...)	111	5	4,5 (0,7-8,3)
18. % Pacientes que no han recibido ningún consejo sobre qué hacer en su casa si empeora su dolor	109	4	3,7 (0,2-7,2)
19. % Pacientes que no pudieron comentar con su fisioterapeuta aspectos de su enfermedad que le preocupaban	111	37	33,3 (24,5-42,1)

*: Número total de respuestas específicas de cada indicador de los 142 pacientes que respondieron; a: Estimación del indicador ajustado es de 53,0 % (factor de confusión: uso previo de fisioterapia); b: Estimación del indicador ajustado es de 33,6 % (factor de confusión: edad); c: Estimación del indicador ajustado es de 38,5 % (factor de confusión: edad).

miten observar cuáles son los problemas específicos de calidad percibida que más frecuentemente informan los pacientes (tabla 3).

Los que presentan mayor porcentaje de problemas son los indicadores relacionados con la no entrega del informe de alta (ítem 9) y el tiempo en lista de espera supe-

Tabla 4. Tasa de problemas de indicadores compuestos

Indicadores compuestos de calidad percibida	Frecuencia	
	Absoluta	% (IC95 %)
1. % Pacientes que han percibido problemas relacionados con la dimensión Información	238	27,2 (18,9-35,5)
2. % Pacientes que han percibido problemas relativos a la dimensión Competencia Profesional	175	51,7 (42,4-61,0)
3. % Pacientes que han percibido problemas relacionados con la dimensión Tiempo de Espera	135	61,4 (52,4-70,4)
4. % Pacientes que han percibido problemas relacionados con la dimensión Organización	129	24,4 (16,4-32,4)

rior a 15 días desde la derivación médica (ítem 1), con un 74,5 y un 67,6 %, respectivamente. Le siguen los indicadores relativos a que los pacientes creen que todo lo que le han hecho en fisioterapia no ha sido suficiente (ítem 10) y creen que estuvieron demasiado tiempo en lista de espera (ítem 2), con un 57,1 y un 55 %, respectivamente. Los indicadores 11 y 5, con un 49,5 % de problemas cada uno de ellos, se refieren a que los pacientes creen que el tiempo que han estado en fisioterapia no ha sido suficiente y que tuvieron que esperar demasiado tiempo a que se desocupara su fisioterapeuta o estuviera libre algún aparato para que le hicieran lo que le tocaba.

Los que presentan menor porcentaje de problemas son los indicadores relacionados con la difícil comprensión de la información que le ha proporcionado el fisioterapeuta (ítem 14) y con tener que ponerse algún aparato por estar muy ocupado su fisioterapeuta (ítem 3), con un 9,2 y un 3,6 %, respectivamente.

Indicadores compuestos

En la tabla 4 se presenta la tasa de problemas de los indicadores compuestos, es decir, el porcentaje relativo de problemas de cada una de las dimensiones respecto al total de respuestas en cada una de las dimensiones de calidad percibida.

Como se puede observar, las dimensiones “Tiempo de espera” y “Competencia profesional” son las dimensiones que presentan mayor porcentaje de problemas de calidad percibida, concretamente un 61,4 y un 51,7 % de problemas, respectivamente. La dimensión con menor

porcentaje de problemas es la dimensión “Organización” (24,4 %).

Comparación de la proporción de problemas entre centros de salud

A continuación se presenta la proporción de problemas por centro de salud y sobre cada uno de los 4 indicadores compuestos. Adicionalmente, se presenta para cada dimensión el valor promedio y percentiles. En la figura 1 puede observarse que el promedio de problemas de todos los centros en la dimensión Información se sitúa en un 27,3 %, y los percentiles 25 y 75 se sitúan en un 24,6 y un 28,8 %, respectivamente. Los centros de salud C4 y C7, con una tasa de problemas del 34,4 y el 22,2 %, respectivamente, destacan significativamente de todos los demás y con respecto al promedio, y se sitúan por encima del percentil 75 (para C4) y por debajo del percentil 25 (para C7) de la muestra global (todos los centros) de pacientes encuestados.

De forma similar a la dimensión Información, puede verse que el promedio de los centros de salud C4 y C7, con una tasa de problemas del 64,1 y el 22,2 %, respectivamente, destacan significativamente de todos los demás y del promedio situado en el 48,5 % en la dimensión “Competencia profesional” (fig. 1). El centro C4 se sitúa por encima del percentil 75 y el centro C7 por debajo del percentil 25, y los percentiles 75 y 25 se sitúan en un 58,4 y un 40 %, respectivamente. Otros 2 centros de salud se sitúan ligeramente fuera de los percentiles 75 y 25, concretamente el centro C8 con una tasa de problemas del 60 % (superior al percentil 75) y el centro

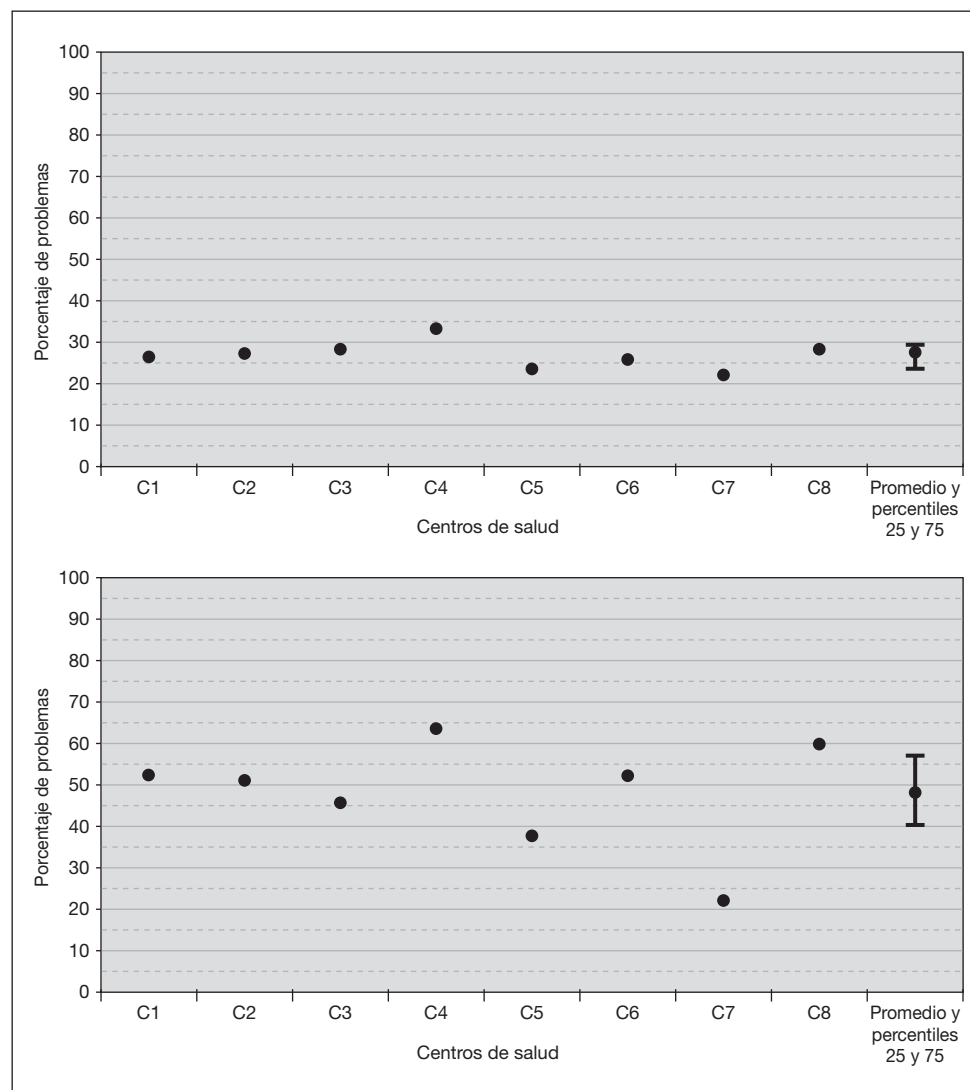


Fig. 1. Comparación de la tasa de problemas entre centros de salud para las dimensiones Información y Competencia Profesional.

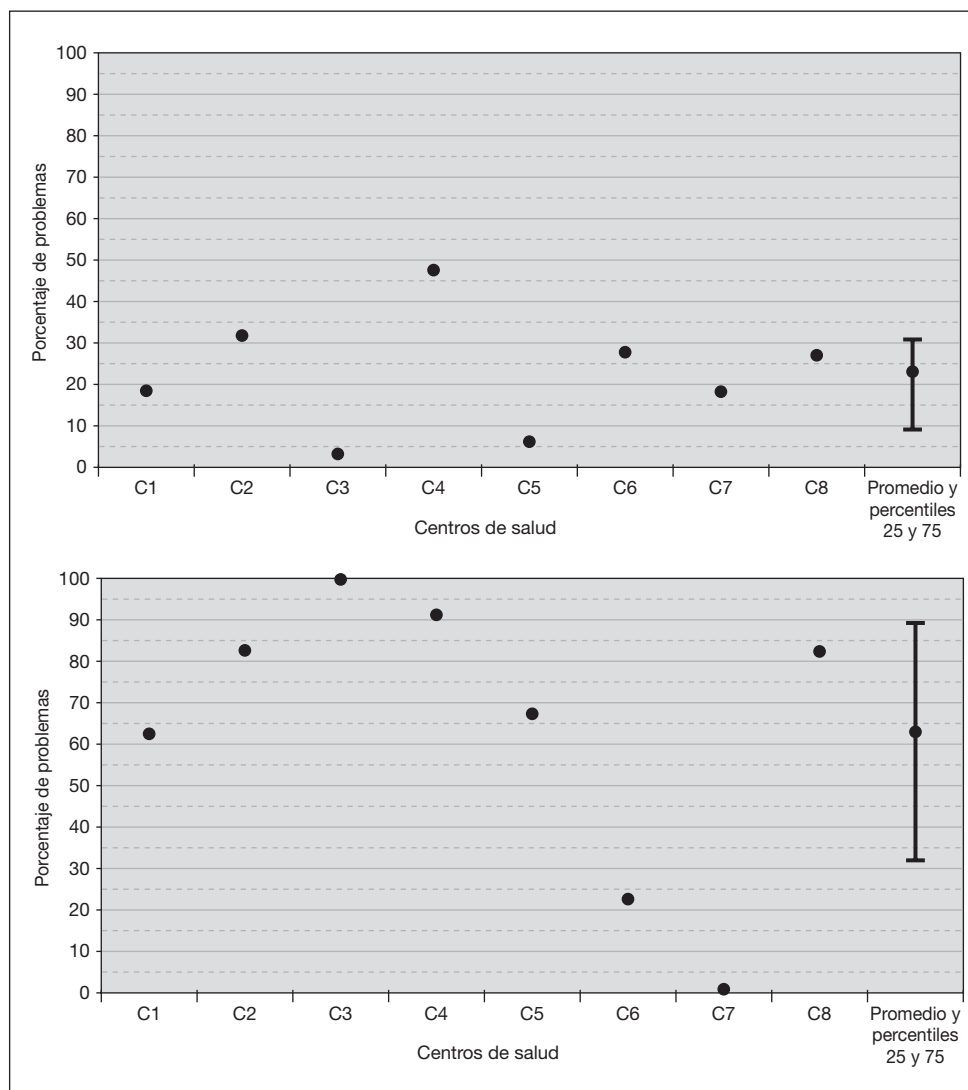
C5, con una tasa de problemas del 37,8 % (inferior al percentil 25).

En la figura 2 puede observarse que el promedio de problemas de todos los centros en la dimensión “Organización” se sitúa en un 22,9 %, y los percentiles 25 y 75 se sitúan en un 9 y un 31,2 %, respectivamente. El centro de salud C4, con una tasa de problemas del 47,3 %, destaca muy significativamente de todos los demás y con respecto al promedio, y se sitúa por encima del percentil 75 de la muestra global (todos los centros).

El centro C3, con una tasa de problemas del 4,16 %, destaca significativamente de todos los demás centros de salud y también con respecto al promedio, y se sitúa por debajo del percentil 25.

Finalmente, en la dimensión “Tiempo de espera” (fig. 2), el promedio de problemas de todos los centros se sitúa en un 63,8 %, y los percentiles 25 y 75 son de un 32,6 y un 89,5 %, respectivamente. En esta ocasión el centro C7 destaca nuevamente, pero en este caso por no presentar problemas, es decir presenta una tasa de

Fig. 2. Comparación de la tasa de problemas entre centros de salud para las dimensiones Organización y Tiempo de espera.



problemas del 0 %. En sentido contrario, destacan los centros C3 y C4 por presentar una tasa de problemas muy elevada, del 100 y el 91,7 %, respectivamente.

DISCUSIÓN

La evaluación de la calidad implica en general medir la atención prestada, compararla con la que se desea o es razonable que exista, y averiguar de qué manera se podrían acortar las distancias encontradas entre ambas²¹.

La mayoría de los indicadores simples (12 de 19) de calidad percibida relacionados con las dimensiones “Información”, “Organización”, “Competencia profesional” y “Tiempo de espera” presentan una frecuencia de problemas superior al 33 %. Esta evaluación revela que hay un espacio entre lo que los pacientes perciben y lo que es considerado como atención de calidad, respecto a aspectos de calidad percibida relacionados con las dimensiones previas (“Información”, “Organización”, “Competencia profesional”, “Tiempo de espera”). Nuestro

78 estudio también revela que los niveles de calidad presentan cierta variabilidad entre centros. Esta variabilidad es bastante evidente en relación con las dimensiones “Organización” y “Tiempo de espera”, e inferior en el caso de la “Competencia profesional” y sobre todo en la dimensión “Información”. Esta variabilidad en la dimensión Información puede interpretarse en el sentido de que la mayoría de los fisioterapeutas tiene un estilo de práctica similar respecto a las relaciones interpersonales posiblemente asociado a estándares profesionales. Por el contrario, los factores contextuales como la “Organización” y los “Tiempos de espera”, que no dependen directamente de los estándares de comportamiento profesionales, muestran una mayor variabilidad.

En general, las acciones de mejora deberían focalizarse prioritariamente en los indicadores compuestos con mayor frecuencia de problemas, los relacionados con el “Tiempo de espera” y la “Competencia profesional”. Estas intervenciones deberían dirigirse a aspectos específicos como reducción del tiempo en lista de espera desde la entrega del volante del médico hasta la primera visita con el fisioterapeuta, la emisión de informe de alta, la adecuación del tratamiento a las expectativas y la adecuación del tiempo en tratamiento a las expectativas, entre los más importantes, por su mayor frecuencia de problemas percibidos por los pacientes.

Las dimensiones “Información” y “Organización” acumulan una menor proporción de problemas. Sin embargo, es preocupante que haya aspectos relevantes de la atención deficitarios para muchos pacientes. Así, por ejemplo, en el caso de la dimensión “Información”, es relevante que el 56,4 % de los pacientes perciben que su fisioterapeuta no les informó acerca del tiempo aproximado que iban a estar en tratamiento, que el 35,5 % de los pacientes no fueron informados de las causas posibles de su dolor y que al 40,9 % no se les preguntó si tuvieron alguna dificultad al realizar los ejercicios domiciliarios, entre los aspectos más deficitarios.

La elección de las intervenciones para la mejora de la calidad evidenciada en nuestro estudio depende fundamentalmente de su efectividad y de la naturaleza de las causas asociadas al defecto de calidad observado. Respecto a los problemas percibidos por los pacientes relacionados con la “Información” y la “Competencia pro-

fesional”, las guías de práctica clínica o protocolos podrían ser de ayuda a los profesionales fisioterapeutas. Por una parte, puede ser un instrumento que ayude a los profesionales a explicitar al paciente todas las alternativas de decisión y sus posibles resultados²². De esta manera, al implicar al paciente, posiblemente no consideraría insuficiente ni las terapias aplicadas ni el tiempo que ha estado en fisioterapia. Por otra parte, para apoyar los aspectos interpersonales, las guías de práctica clínica deberían prestar atención a la mejor manera de informar, supervisar y preguntar al paciente acerca de determinados aspectos o cosas que el usuario considera importantes²³. En este sentido, se ha señalado que las preferencias del paciente deberían considerarse en el desarrollo de las guías²⁴ que, sin embargo, las mayorías de las guías sólo proporcionan recomendaciones sobre habilidades técnicas para los profesionales tales como criterios diagnósticos e intervenciones efectivas²⁵. De acuerdo con nuestro instrumento de medida, la guía de práctica clínica para el tratamiento fisioterápico del paciente con cervicalgia mecánica debería incluir, al menos, aspectos como informar del tiempo aproximado en tratamiento y de las posibles causas del dolor, supervisar los ejercicios y preguntar si ha tenido dificultad al realizar los ejercicios domiciliarios así como si algún aspecto de su enfermedad le preocupa. Además de las guías clínicas, habría necesidad de desarrollo y entrenamiento de habilidades de comunicación de los profesionales, intentando establecer una relación profesional-paciente basada en la comunicación y en la comprensión, método de intervención que está teniendo resultados prometedores en el manejo de la lumbalgia^{26,27}.

Otro método de intervención para la mejora de la calidad en general es el *feedback*, o retroalimentación de la información²⁸. Permite reforzar o cambiar de forma sutil el comportamiento habitual del profesional gracias a que revela información sobre su patrón de práctica clínica²⁹, al compararla con la de un estándar externo o con la de otros clínicos²⁷. Su eficacia se incrementa cuando se combina con estrategias educativas³⁰, como las guías clínicas, entre otras. Este método de intervención ha resultado ser efectivo en otros estudios de mejora de la calidad^{31,32}.

Una limitación de nuestro estudio es haber abordado exclusivamente sólo la variabilidad entre centros y haber omitido la variabilidad intracentro para compararlas. También, para comparar entre centros, deberíamos haber considerado explícitamente que las puntuaciones pudieran haber variado en función de las características de los pacientes, que se asociaron a los indicadores, y

ajustarlo en función de los que contestaran en cada centro. No obstante, consideramos omitir este análisis debido a la baja muestra de algunos centros.

Nuestro estudio es el primero que se usa en fisioterapia para evaluar la calidad percibida en pacientes con cervicalgia mecánica subaguda y crónica¹⁷ mediante el informe del usuario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ellis R, Whittington D. Quality assurance in health care. En: Ellis R, Whittington D, editors. Quality assurance handbook. London: Edward Arnold; 1993. p. 1-8.
2. Palmer RH. Considerations in defining quality of health care. En: Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ, editors. Striving for quality in health care: an inquiry into policy and practice. Ann Arbor: Health Administration Press; 1991. p. 1-59.
3. Racine JF. A double take on the history of quality in health care. En: Graham NO, editors. Quality in health care. Theory, application and evolution. Gaithersburg: Aspen; 1995. p. 15-31.
4. Wensing M, Grol RSA. Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. *Social Sci Med*. 1994; 38:45-53.
5. Saturno PJ, Sánchez JA, y Grupo de Trabajo del Proyecto PROSPER-S. El informe del usuario: un nuevo método para la evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria. *Rev Calidad Asistencial*. 1995;5:271-9.
6. Arnetz JE, Arnetz BB. The development and application of a patient satisfaction measurement system for hospital-wide quality improvement. *Intern J Qual Health Care*. 1996;8:555-66.
7. Clearly PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, et al. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs*. 1991;10:254-67.
8. Hargraves JL, Palmer RH, Zapka J, Nerenz D, Frazier H, Orav EJ, et al. Using patient report to measure health care system performance. *Clin Perform Qual Health Care*. 1993;1:208-13.
9. Gascón JJ, Saturno PJ, Sánchez JA; y Grupo de trabajo del Proyecto PROSPER. Utilidad del informe del usuario en la monitorización del uso racional de medicamentos. *Aten Primaria*. 2001;27:395-402.
10. Saturno PJ. Métodos de administración de una encuesta. Análisis y control de sesgo de no respuesta. Presentación de resultados. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6. Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 37. Murcia: Universidad de Murcia; 2001.
11. Bourghouts JAJ, Koes BW, Vondeling H, Bouter LM. Cost-of-illness of neck pain in The Netherlands in 1996. *Pain*. 1999;80:629-36.
12. Côté P, Cassidy JD, Carroll L. The Saskatchewan health and back pain survey: the prevalence of neck pain and related disorders in Saskatchewan adults. *Spine*. 1998;23:1689-98.
13. Anderson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosengberg C. Chronic pain in a geographically defined population: Studies of differences in age, gender, social class and pain localisation. *Clin J Pain*. 1993;9:174-82.
14. Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population: the results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain*. 1989;37:215-22.
15. Makela M, Heliovaara M, Sievers K, Impivaara O, Knett P, Aromaa A. Prevalence, determinants and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol*. 1991;134:1356-67.
16. Saturno PJ, Medina F, Valera F, Montilla J, Escolar P, Gascón JJ. Validity and reliability of guidelines for neck pain treatment in primary health care. A nationwide empirical analysis in Spain. *Int J Qual Health Care*. 2003;15:487-93.
17. Gross AR, Hoving JL, Haines TA, Goldsmith CH, Aker P, Bronfort G, et al. A Cochrane review of manipulation and mobilization for mechanical neck disorders. *Spine*. 2004;29: 1541-8.
18. Meseguer AB. El informe del usuario como instrumento para evaluar calidad percibida y científico-técnica en fisioterapia [tesis doctoral]. Murcia: Facultad de Medicina. Universidad de Murcia; 2007.

- 80**
19. Meterko M, Nelson E, Rubin HR. Patients judgements of hospital quality. Report of a pilot study. *Medical Care*. 1990;8: 518-9.
 20. Saturno PJ. Programas de monitorización externa de indicadores. Análisis de perfiles. Ajuste y estandarización de indicadores comparativos. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 7: programas externos. Unidad temática 39. Murcia: Universidad de Murcia; 2001.
 21. Saturno PJ. Métodos de evaluación de la calidad asistencial [prólogo a la edición española]. En: Nutting P, Burkhalter BR, Carney JP, Gallagher KM, editores. Métodos de evaluación de la calidad en atención primaria: guía para clínicos. Barcelona: S.G. editors; 1991.
 22. Field MJ, Lohr KN. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington: National Academy Press; 1992.
 23. Verbeek J, Sengers MJ, Riemens L, Haafkens J. Patient expectations of treatment for back pain. A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine*. 2004;29:2309-18.
 24. Owens DK. Spine update: patient preferences and the development of practice guidelines. *Spine*. 1998;23:1073-9.
 25. Koes BW, Van Tulder MW, Ostelo R, Kim Burton A, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine*. 2001;26: 2504-13.
 26. Klein BJ, Radecki RT, Foris MP, Feil EI, Hickey ME. Bridging the gap between science and practice in managing low back pain: a comprehensive spine care system in a health maintenance organization setting. *Spine*. 2000;25:738-40.
 27. Phelan EA, Deyo RA, Cherkin DC, Weinstein JN, Ciol MA, Kreuter W, et al. Helping patients decide about back surgery: a randomized trial of an interactive video program. *Spine*. 2001;26:206-11.
 28. Eisenberg JM. Doctors' decisions and the cost of medical care. Ann Arbor: Health Administration Press; 1986.
 29. Eisenberg JM, Williams SV. Cost containment and changing physicians' practice behavior: can the fox learn to guard the chicken coop? *JAMA*. 1981;19:2195-201.
 30. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians' practice. *N Engl J Med*. 1993;21:1271-4.
 31. García L, Santos I, Sánchez PL, Mora MC, Arganda J, Rodríguez MT. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:644-51.
 32. Gómez MA, García L, González LJ, Sánchez A. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo coronario y del riesgo de mortalidad cardiovascular en pacientes hipertensos. *Aten Primaria*. 2006;37:498-503.