



L. Alvarez Gutiérrez*
C. Castanedo Pfeiffer**
R. Hervás Samperio***

Diseño de un sistema de registro eficaz para la puesta en marcha del servicio de actividades de prevención y detección de problemas en el anciano*

- * Enfermera. Practicante titular. Ayuntamiento Marina de Cudeyo. Cantabria.
- ** Enfermera. Profesora Titular de Enfermería Geriátrica. Escuela Universitaria de Enfermería. Casa de Salud de Valdecilla. Universidad de Cantabria.
- *** Médico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico Titular. Ayuntamiento Ribamontán al Monte. Cantabria.

- * Comunicación Premiada por el Consejo Canario de Enfermería en las IV Jornadas Nacionales de la SEEGG. Tenerife, abril 1996

Correspondencia:
L. Alvarez Gutiérrez
Joaquín Costa, 3 - 5º D
39005 Santander (Cantabria)

RESUMEN

Todos los profesionales de la salud, desde los que trabajan en las gerencias hasta los que lo hacemos en la asistencia directa, debemos plantearnos la necesidad de implantar mecanismos sistemáticos para garantizar la calidad de los servicios que prestamos.

PALABRAS CLAVE

Registro; Detección; Prevención; Anciano.

SUMMARY

All health professionals, from those who work at administrative tasks to those who work in direct care-giving, should consider the need for the development of systematic measures for guaranteeing the quality of care.

KEY WORDS

Registry; Screening; Prevention; Elderly.

128 INTRODUCCION

La mejora de la calidad de vida en los ancianos, en lo que respecta a lo que podemos aportar a ello los profesionales sanitarios, pasa por plantearnos la propia calidad de la atención que nosotros dispensamos.

Diversos autores, como H. Vuori, pionero en la implantación del concepto de calidad en la atención sanitaria, señalan a una enfermera, Florence Nightingale, como la primera en prestar una atención a la calidad de forma sistemática, ya que propuso a todas sus compañeras el registro de sus acciones y resultados (1).

Dentro de este contexto, durante el año 1995, varios grupos de trabajo repartidos por toda España y convocados por las diferentes direcciones de enfermería de Atención Primaria del INSA-LUD trabajamos en la elaboración del proyecto de un nuevo servicio sanitario que se deseaba implantar a partir de 1996: "Prevención y detección de problemas en el anciano" (2).

Un servicio, éste, orientado principalmente hacia aspectos de promoción y prevención en el colectivo de ancianos de mayor riesgo por su avanzada edad, y por el deterioro fisiológico propio del progresivo envejecimiento.

El objetivo principal que se planteó, al menos en el grupo de Cantabria, fue el hacer hincapié en aspectos sobre los cuales los profesionales pudiéramos intervenir para mejorar la calidad de vida de este colectivo, minimizando, en lo posible, la utilización de pruebas o procedimientos agresivos.

Fuimos principalmente enfermeras las que trabajamos en su elaboración, puesto que en lo que se refiere a los aspectos preventivos, de promoción y educación para la salud, mantenemos una posición de privilegio y responsabilidad elevada en la atención primaria de salud (3).

Los diferentes grupos de trabajo consensuamos por separado una serie de normas definitorias del servicio, cuyo cumplimiento, según la diferente bibliografía consultada, definiría como de calidad la asistencia prestada.

Fue posteriormente, en la Subdirección General de Atención Primaria en Madrid, donde se elaboró el definitivo texto que recogía el contenido del proyecto, siendo éste el que posteriormente se entregaría a los equipos (2).

La presentación del mismo, en diversos Centros de Salud de Cantabria, fue realmente mal recibida por los profesionales, pues se vivió como una nueva carga de trabajo. Ciertamente se trataba de un texto que recogía un servicio prolijo en Normas Técnicas Mínimas, cada una de ellas, en ocasiones, con varios subapartados y entregada desde la Gerencia de Atención Primaria de nuestra comunidad autónoma sin ningún tipo de soporte previo que facilitara la aceptación y puesta en marcha del servicio.

Se podría concluir que la *adecuación* del mismo, como criterio de calidad, era buena, pero le faltaba *eficacia*, puesto que sin la aceptación de los profesionales difícilmente podrían conseguirse los objetivos básicos de *cobertura* y calidad de *proceso* (1).

Nosotras, como participantes en su elaboración y firmes defensoras de su *justificación*, trasladamos nuestra preocupación a otros profesionales de nuestro equipo, en este caso médicos, sobre la manera de resolver el problema (2).

Desde esta perspectiva, y desde nuestra posición como profesionales de la salud, nos estábamos planteando uno de los componentes importantes para garantizar la calidad, esto es la evaluación interna, mediante la cual los profesionales de un centro identifican los problemas en la asistencia al paciente y realizan estudios para determinar su causa, de forma que estas diferencias puedan ser corregidas (1).

OBJETIVOS

Puesto que los sistemas de registro suponen un escalón imprescindible para el desarrollo de actividades de garantía de calidad y que de sus insuficiencias se derivan muchas de las dificultades para la validez de los estudios que se hacen al respecto, nos planteamos como solución al problema creado la elaboración de un documento que fuera capaz de englobar diversos objetivos (1, 3-7).

1. Mejorar la aceptabilidad del servicio por parte de los profesionales y, de esta forma, aumentar la motivación para su realización.
2. Ser sencillo en su cumplimentación para no aumentar las cargas burocráticas.



3. Ser globalizador de toda la información sobre un mismo individuo a lo largo del tiempo, sin necesidad de tener que acudir a documentos alternativos.
4. Resultar de fácil manejo y de rápida identificación dentro de la historia clínica.
5. Que dé opción a ser utilizado por cualquier profesional que intervenga en la atención del anciano.
6. Que sea capaz de facilitar la evaluación del proceso, esto es el cumplimiento de las Normas Técnicas Mínimas del servicio.
7. Que cumpla criterios de validez para en el futuro poder obtener información para evaluar el resultado del servicio prestado.
8. Que resulte lo suficientemente abierto para respetar el registro individualizado de los cuidados propuestos por cada profesional.

DESCRIPCION DEL SISTEMA DE REGISTRO

La hoja elaborada se presenta en un formato de tamaño DIN-A3; es decir, el doble del habitual de un folio DIN-A4, utilizando como soporte informático el procesador WORD 6.0 de Microsoft.

En la cara principal, en primer lugar, queda enmarcado el nombre del servicio y los datos de filiación de la persona.

El cuadro que ocupa la parte superior está basado en la idea propuesta por la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Barcelona para el registro del Programa de Actividades de Promoción y Prevención de la Salud (PAPPS) (3).

En negrita, queda remarcada la edad a partir de la cual los ancianos entrarán a formar parte del servicio y la frecuencia de realización posterior de los criterios propuestos; esto es, cada dos años.

La parte izquierda recoge todos los ítems que se investigarán, y la derecha el modo de cumplimentarlos.

Esta medida tan simplificada de recoger la información está fundamentalmente dirigida a facilitar la evaluación posterior del servicio; es decir, en términos de calidad, evaluación del Proceso.

La parte negrita inferior está así recalcada para recordar que su cumplimiento sólo será preciso si el anciano cumple alguno de los criterios que le definirán como anciano de riesgo.

La información que se recoge contigua a la parte inferior del cuadro principal responde a las llamadas que en algunos de los ítems se adjuntan.

En el cuadro que incorpora la información "consejo", figura la llamada "1" puesto que, en el panel de evaluación, tan sólo hay que plasmar el grafismo "X" para identificar que se cumple.

La parte inferior ayuda al profesional a recordar los aspectos sobre los que debe recalcar la educación sanitaria.

La llamada "2" en el ítem "anciano de riesgo", cumplimentada en la casilla correspondiente con un "SI" o un "NO", nos integra en el cuestionario de Barber, elegido como válido para definir al anciano como tal.

A su vez quisimos enmarcar el cuestionario en un diseño de rejillas que recogiera la información sobre este particular en los diferentes años en que al anciano se le realizara, sencillamente con la anotación en la casilla correspondiente de un aspa "X" o un simple "SI" o "NO".

De esta manera podríamos comparar la evolución a lo largo del tiempo de este aspecto y la cumplimentación continuaría respetando el principio deseado de simplicidad.

El número "3" responde al test validado para la valoración mental (test de Pfeifer). De esta forma, en el caso de tenerlo que realizar, no necesitaríamos adjuntar otro nuevo documento, ni recurrir a la memoria en el caso de conocerlo en su totalidad previamente.

Anexo al test se explica la manera apropiada de interpretar el resultado y la cumplimentación adecuada en el cuadro general superior.

Por último, la parte inferior izquierda deja espacio para que con frecuencia de dos años se recoja la evolución de la situación socio-económica del anciano. Está orientado de forma que pueda servir de información básica previa a una hipotética derivación al trabajador social, si fuera precisa su intervención.

La llamada número "5", responde a la valoración de los aspectos funcionales. Elegimos la escala física de Barthel y no el índice de Katz, pues



consideramos que la primera reunía los requisitos suficientes de herramienta válida de screening para poder derivar al anciano, si así se considerara, a otros programas más específicos como el de inmobilizados, atención a terminales u otros en cada caso. El enrejado cumple idéntica finalidad que los anteriores; es decir, obtener información longitudinal en un pequeño espacio físico, y en este caso, con el añadido de que conoceremos la edad crítica en que varía la situación funcional del anciano. Es decir, nos puede servir como soporte de información para posteriores estudios descriptivos de nuestra población anciana atendida. De la misma manera, este apartado incorpora un anexo posterior donde se informa de la forma correcta de interpretar y registrar el resultado del cuestionario.

Toda la parte posterior de la hoja, que está subdividida longitudinalmente para ganar espacio, queda destinada a pormenorizar los datos recogidos en la exploración de los distintos ítems, y para diseñar el plan de cuidados a seguir (2).

CONCLUSIONES

131

Entrando en las consideraciones finales, queremos señalar que si bien la elaboración de este documento persigue como último resultado conseguir una elevada calidad de la atención, no debemos olvidar que su eficacia no se demostrará hasta que se ponga en marcha y, posteriormente, se evalúe su supuesta validez, se detecten los problemas surgidos y nuevamente se busquen medidas correctoras, es decir hasta que realicemos el ciclo de retroalimentación (1, 2).

Igualmente consideramos que todos los profesionales de la salud desde los diferentes estamentos y niveles desde donde actuaremos, desde las gerencias a los trabajadores de primera línea debemos plantearnos la necesidad de implantar herramientas adecuadas para conseguir mejorar la calidad de la atención que ofrecemos de una manera sistemática; por ello nos adherimos a todos aquellos que defienden la idea de la implantación de programas de garantía de calidad (1, 4, 5, 7).

BIBLIOGRAFIA

1. MARQUET R. "Garantía de calidad en atención primaria de salud". Monografías clínicas en atención Primaria, nº 13. Doyma, 1993.
2. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, SUBDIRECCION GENERAL DE ATENCION PRIMARIA. "Cartera de servicios de atención primaria: definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas mínimas". Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Secretaría General, Servicio de Documentación y Publicaciones, 1996.
3. MARTIN ZURRO A, GENE BADIA J, SUBIAS LOREN P. "Actividades preventivas y de promoción de la salud". En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 3ª edición. Barcelona: Doyma, 1994.
4. PALMER RH. "Garantizar la calidad de la atención primaria de la salud". *Atenc Primaria* 1989; 6: 209-212.
5. COMISIO DE MILLORA DE LA QUALITAT DE LA SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNI-TARIA. "Criteris de qualitat en l'atenció primària de salut". EDIDE, 1993.
6. GENE BADIA J, JIMENEZ VILLA J, MARTIN ZURRO A. "Historia clínica, sistemas de registro e información". En: Martín Zurro A, Cano Pérez, JF, editores. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 3ª edición. Barcelona: Doyma, 1994.
7. AVELLANA E, DAVINS J, MARQUET R. "La calidad en atención primaria de salud: nuevas perspectivas. III. La mejora de la calidad de vida". *FMC* 1994; 1: 156-167.