

5 INDICADORES

PROPUESTA DE INDICADORES: INTRODUCCIÓN Y LIMITACIONES

Los indicadores son mediciones de las características de un proceso, que permiten evaluarlo periódicamente. De esta forma, se puede conocer si el proceso está estabilizado, con escasa variabilidad, y se facilita la identificación de oportunidades de mejora. Los indicadores tradicionalmente se clasifican en tres tipos, según analicen la *estructura*, el *proceso* o los *resultados*. A su vez, los indicadores de resultados, suelen clasificarse en indicadores de *efectividad*, de *eficiencia* y de *satisfacción* de los usuarios. Finalmente, los indicadores pueden estar basados en *índices* o bien en *sucesos centinelas*.

En cualquier caso, un indicador es siempre el resultado de un proceso de medición, con el consiguiente consumo de recursos. Por ello, deben ser seleccionados de forma que sean los mínimos necesarios para informar de las características de calidad fundamentales del proceso. Esto es especialmente importante cuando los datos no pueden ser adquiridos de fuentes informatizadas (CMBD, sistemas de información de AP, registros de cáncer u otras patologías, etc.). La mayoría de las características de calidad de un proceso no están disponibles en registros informatizados, sino que requieren la realización de auditorías con la revisión de historiales clínicos lo que, evidentemente, supone una gran limitación para la evaluación de los procesos. Por ello, la primera propuesta sería la existencia de registros informatizados para la obtención de

algunos de los indicadores que ofertamos a continuación. Somos conscientes de que no es posible extender el registro informático a todos los indicadores que exponemos, sino a un pequeño subconjunto de los mismos. En este sentido, la selección dependerá, entre otros factores, del grado de concordancia con los indicadores propuestos para el resto de procesos asistenciales.

Otra limitación importante que debe ser tenida en cuenta, especialmente si se utilizan para comparar diferentes instituciones, es la utilización de los siguientes indicadores: la estancia media, la mortalidad intrahospitalaria o el porcentaje de reingresos. Estos indicadores tienen la ventaja de ser fácilmente obtenibles, por estar incluidos en los sistemas de información de los centros; sin embargo, deben ser ajustados por otros factores como severidad, comorbilidad, etc. En ausencia de estos ajustes, su uso debe limitarse al estudio longitudinal a lo largo del tiempo, de la evolución del proceso en una misma institución.

El porcentaje de reclamaciones recibidas en una institución con relación a un determinado proceso suele considerarse como un indicador de calidad percibida por el usuario. De hecho, con frecuencia, es el único indicador de calidad percibida que está disponible para un proceso concreto, cuando éste no ha sido contemplado en la Encuesta de satisfacción del usuario, o no se dispone de una encuesta reciente. La limitación en el uso de este indicador reside en que las reclamaciones se deben muchas veces a aspectos ajenos al proceso que se está analizando, por lo que es esencial una adecuada clasificación de los motivos de las reclamaciones para poder usarlo.

Finalmente, hay una cuarta limitación que merece la pena destacar: para la mayoría de las características de calidad del proceso no existen estándares de referencia que puedan ser utilizados para su aplicación en el conjunto del SSPA. Habrá que esperar, por tanto, a que la monitorización de los indicadores seleccionados permita obtener los correspondientes estándares en el futuro. Mientras tanto, se proporcionan algunos datos orientativos, obtenidos a partir de recomendaciones de las guías de práctica clínica consultadas en cada proceso.

A continuación se exponen los indicadores, **remarcando en color rojo los que se consideran más importantes** para el proceso analizado.

(Todos los indicadores propuestos son aplicables tanto a la asistencia en consultas de Cardiología como de AP)

- 1. Porcentaje de informes clínicos tras asistencia por Angina Estable:** Tras asistir al paciente en cualquier ámbito del SSPA, debe proporcionarse siempre un informe clínico, incluyendo las consultas de AE y de AP. Por tanto, este indicador debería superar un estándar teórico del 95%. El cálculo del indicador se basaría en dividir el número de informes de asistencia por angina estable en un determinado ámbito del SSPA, por el número total de asistencias por angina estable en dicho ámbito.
- 2. Tiempo de demora para consulta en Atención Primaria:** Mediana 24 horas.
- 3. Tiempo de demora para una primera consulta en Cardiología:** Mediana 10 días.
- 4. Porcentaje de prescripción a largo plazo de AAS, NTG s.l. y beta-bloqueantes:** A la mayoría de pacientes con angina estable se les debe prescribir (salvo contraindicaciones): AAS, NTG s.l. (si tiene dolor) y beta-bloqueantes. El cálculo de este indicador se efectuaría dividiendo el número de pacientes atendidos con angina estable a los que se les ha administrado cada una de estas medicaciones (AAS, NTG s.l., beta-bloqueantes), por el número total de pacientes atendidos por angina estable. El estándar debería estar muy próximo al 100% para AAS y NTG s.l., pudiendo ser algo inferior para los beta-bloqueantes.
- 5. Porcentaje de pacientes con perfil lipídico determinado:** Este indicador se calcularía dividiendo el número de pacientes atendidos por angina estable con análisis del perfil lipídico (al menos una determinación del perfil lipídico en el último año), por el número total de pacientes atendidos por angina estable en el periodo de tiempo seleccionado. El estándar debería estar muy próximo al 100%.
- 6. Porcentaje de prescripción de estatinas:** Los pacientes atendidos por angina estable, y que presentan $cLDL > 100$ deben recibir tratamiento con estatinas, además de la dieta hipolipemiante. El cálculo de este indicador se efectuaría dividiendo el número de pacientes atendidos por angina estable a los que se les ha prescrito estatinas, por el número total de pacientes atendidos por angina estable.
- 7. Porcentaje de pacientes en los que se han investigado todos los factores de riesgo coronario (FRC) modificables:** Fundamento del indicador: en todos los casos de pacientes con angina estable debe dejarse constancia escrita de que se han investigado y tratado de corregir todos los FRC modificables. Ello implica que a estos pacientes se les determine periódicamente la TA, el perfil lipídico y la glucemia, e interrogarles acerca de tabaquismo, sedentarismo y sobrepeso, así

como darles los consejos apropiados para su modificación. El numerador de este indicador serían los pacientes atendidos por angina estable a los que se ha estudiado todos los FRC modificables, mientras que el denominador sería el conjunto total de pacientes atendidos por angina estable. Su estándar debería ser cercano al 100%.

8. Porcentaje de pacientes a los que se ha practicado un Test de Isquemia Miocárdica (TIM). Fundamento del indicador: todos los pacientes con angina estable, susceptibles de beneficiarse de una estratificación de riesgo, deben haber sido valorados alguna vez mediante un TIM. Se excluirían de este indicador los pacientes que, por razones de comorbilidad, edad avanzada, u otras razones similares, no van a poder beneficiarse de dicha estratificación. El numerador de este indicador serían los pacientes atendidos por angina estable valorados con TIM, y el denominador sería el conjunto total de pacientes atendidos por angina estable. Su estándar debería ser cercano al 100%.