

# 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.

- 1. Porcentaje de informes clínicos tras asistencia por AI/IAMNST:** Debe proporcionarse siempre un informe clínico tras asistir al paciente en cualquier ámbito del SSPA: Urgencias (SCCU-H, DCCU-AP, 061), consultas de AE y de AP y, muy especialmente, debe entregarse un informe de alta tras el ingreso hospitalario. 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 AI/IAMNST en un determinado ámbito del SSPA entre el número total de asistencias por AI/IAMNST en dicho ámbito.
- 2. Indicadores derivados de la estancia media:** La estancia media del Proceso AI/IAMNST se calcularía como la sumatoria de todas las estancias por AI/IAMNST, dividido entre el número total de ingresos por AI/IAMNST, en el periodo de tiempo considerado. Como ocurre con la mayoría de indicadores temporales, como valor medio de este indicador, se puede tomar la media o la mediana, en días. Por otro lado, este indicador a veces se expresa como el porcentaje de todas las estancias por AI/IAMNST que superan una determinada estancia estándar. Es decir, se calcularía así:  $(n^{\circ} \text{ de estancias} > \text{estándar}) / n^{\circ} \text{ total de estancias}$ .
- 3. Porcentaje de reingresos urgentes por AI/IAMNST dentro del primer mes tras el alta inicial:** El numerador sería el n° de reingresos urgentes con el mismo GRD producidos dentro del primer mes, tras el alta hospitalaria inicial. Se dividiría entre el n° total de pacientes dados de alta hospitalaria con el diagnóstico de AI/IAMNST en el periodo de tiempo considerado.
- 4. Mortalidad intrahospitalaria y mortalidad en el primer mes:** Se calcularía dividiendo el número de pacientes fallecidos durante su estancia hospitalaria (o dentro del primer mes desde su ingreso hospitalario), entre el total de pacientes atendidos con AI/IAMNST, en el periodo de tiempo considerado.
- 5. Porcentaje de valoración positiva de la asistencia recibida en el Proceso AI/IAMNST:** Mediante una encuesta de satisfacción al usuario, se dividiría el número total de respuestas positivas entre el número total de respuestas. Este indicador debería superar un estándar del 75%.
- 6. Porcentaje de reclamaciones recibidas en pacientes asistidos por el Proceso AI/IAMNST:** El porcentaje de reclamaciones es un indicador de calidad percibida por el usuario. Se calcularía dividiendo el número de reclamaciones recibidas en un determinado ámbito de asistencia, entre el número total de asistencias producidas en el mismo periodo de tiempo.
- 7. Porcentajes de aplicación de cada una de las medidas generales ante un Dolor Torácico con indicios de gravedad:** Administración de NTG s.l. y AAS (u otro antiagregante en caso de intolerancia al AAS), realización e interpretación de ECG (en <10' si el DT persiste o en < 30' si ya ha cedido), vía venosa, cercanía a

monitor-desfibrilador y medios de RCP, y oxigenoterapia. El cálculo de estos indicadores se efectuaría dividiendo el número de pacientes atendidos por AI/IAMNST, a los que se les ha aplicado cada una de las medidas generales comentadas, entre el número total de pacientes atendidos por AI/IAMNST. El estándar debería estar próximo al 100% en todos los casos. Estos indicadores servirían para analizar el proceso en su etapa de evaluación inicial urgente, por lo que afectarían principalmente a los servicios de urgencias hospitalarios (SCCU-H) o extrahospitalarios (DCCU-AP, 061).

**8. Porcentaje de troponinas determinadas:** A todos los pacientes a los que se atiende por AI/IAMNST, debe determinárseles el nivel sérico de troponina (T o I). Por tanto, el cálculo de este indicador se efectuaría dividiendo el número de pacientes atendidos por AI/IAMNST a los que se les ha determinado la troponina, entre el número total de pacientes atendidos por AI/IAMNST. El estándar debería estar muy próximo al 100%. Este indicador serviría para analizar el proceso en su etapa de evaluación inicial urgente, por lo que afectaría principalmente a los servicios de urgencias hospitalarios (SCCU-H) o extrahospitalarios (DCCU-AP, 061) en los que esté disponible.

**9. Porcentaje de prescripción a largo plazo de AAS, NTG s.l. y beta-bloqueantes:** A la mayoría de pacientes atendidos por AI/IAMNST, se les debe prescribir (salvo contraindicaciones): AAS, NTG s.l. (si dolor) y beta-bloqueantes. Este indicador sería aplicable tanto en el momento del alta hospitalaria como en las revisiones ambulatorias efectuadas en AE y AP. El cálculo de este indicador se efectuaría dividiendo el número de pacientes atendidos por AI/IAMNST 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 AI/IAMNST. El estándar debería estar muy próximo al 100% para AAS y NTG s.l., siendo algo inferior para los beta-bloqueantes.

**10. Porcentaje de prescripción de IECAs:** Los pacientes que han sido atendidos por AI/IAMNST, especialmente si presentan HTA, disfunción ventricular, insuficiencia cardíaca o diabetes mellitus, deben de recibir un IECA (salvo contraindicaciones). Este indicador sería aplicable tanto en el momento del alta hospitalaria como las revisiones ambulatorias efectuadas en AE y AP. El cálculo de este indicador se efectuaría dividiendo el número de pacientes atendidos por AI/IAMNST a los que se les ha administrado el IECA, entre el número total de pacientes atendidos por AI/IAMNST.

**11. Porcentaje de pacientes ingresados por AI/IAMNST con perfil lipídico determinado,** a partir de una muestra sanguínea extraída en las primeras 24 horas del ingreso. Este indicador se calcularía dividiendo el número de pacientes ingresados por AI/IAMNST con perfil lipídico, entre el número total de pacientes ingresados por AI/IAMNST, en el periodo de tiempo seleccionado.

**12. Porcentaje de prescripción de estatinas:** Los pacientes que han sido atendidos por AI/IAMNST, y presentan  $cLDL > 130$  (o entre 100 y 130 mg/dl, siempre que tengan algún factor de riesgo coronario), deben de recibir tratamiento con estatinas, además de la dieta hipolipemiante. Este indicador sería aplicable tanto en el momento del alta hospitalaria como en las revisiones ambulatorias efectuadas en AE y AP. El cálculo de este indicador se efectuaría dividiendo el número de pacientes atendidos por AI/IAMNST a los que se les ha administrado estatinas, entre el número total de pacientes atendidos por AI/IAMNST.

**13. Porcentaje de coronariografías realizadas: Éste es el principal indicador de calidad en el proceso AI/IAMNST.** El fundamento de este indicador reside en el gran protagonismo que tiene actualmente la coronariografía en el manejo del Proceso AI/IAMNST. La coronariografía está ineludiblemente indicada en todos los pacientes con AI/IAMNST que presenten algunos de los siguientes criterios de alto riesgo: isquemia recurrente, disfunción ventricular, inestabilidad hemodinámica o arritmica, alteraciones marcadas del ST, troponinas elevadas, angina post-IAM (<2 semanas), revascularización previa, o test de isquemia miocárdica (TIM) positivo de alto riesgo. Es más, estudios recientes han demostrado que una estrategia invasiva precoz con coronariografía sistemática (y revascularización si procede) a todos los pacientes con AI/IAMNST mejora su pronóstico. A partir de estos datos no podemos afirmar que un alto porcentaje de coronariografías en estos pacientes garantiza una atención de alta calidad, pero lo que no admite duda es que un bajo porcentaje de coronariografías en estos pacientes es sinónimo de atención de baja calidad. Este indicador se calcularía dividiendo el nº de pacientes con AI/IAMNST sometidos a coronariografía, por el nº total de pacientes atendidos con AI/IAMNST. Este indicador admite varias modificaciones o variantes, como considerar el porcentaje de procedimientos de revascularización efectuados mediante ACTP y/o cirugía (en vez del porcentaje de coronariografías). Es obvio que la mejoría del pronóstico de estos pacientes se debe a los procedimientos de revascularización y no a la coronariografía en sí misma. De todas formas, la indicación de una revascularización no se va a producir sin la práctica de una coronariografía previa y es mucho más factible monitorizar un indicador cuyos datos sean fácilmente obtenibles. Por tanto, consideramos más realizable, desde una perspectiva realista, construir este indicador simplemente como el porcentaje de coronariografías realizadas en estos pacientes. Un indicador que contemplara los procedimientos de revascularización efectuados sería mucho más complejo (y por tanto inviable), ya que debería integrar la siguiente información: revascularización mediante ACTP o cirugía, número de vasos coronarios tratados, número de *stents* implantados, *bypass* efectuados, estado del árbol coronario previo, etc.

Respecto a un estándar para este indicador, no hay datos disponibles en este momento que permitan proponer una cifra que sea aplicable al conjunto del SSPA. Por tanto, habría que monitorizar durante un tiempo el indicador en los diferentes centros del SSPA, y determinar su estándar a posteriori.