

# 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 DT.** Fundamento del indicador: 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 DT en un determinado ámbito del SSPA, por el número total de asistencias por DT en dicho ámbito.
- 2. Porcentaje de reconsultas con diagnóstico final de DT de causa grave:** Se calcularía dividiendo el número de reconsultas por el mismo motivo, producidas en un determinado tiempo tras la consulta inicial (en las primeras 72 horas, por ejemplo) que acaban diagnosticadas como DT de causa grave (IAM, TEP, etc), por el número total de consultas atendidas. Este indicador sería aplicable a cualquier punto del SSPA (SCCU-H, DCCU-AP, 061) y pondría en evidencia los fallos del sistema en la detección de procesos graves que cursan con DT.
- 3. Porcentaje de valoración positiva de la asistencia recibida:** Mediante una encuesta de satisfacción al usuario, se dividiría el número total de respuestas positivas, por el número total de respuestas. Este indicador debería superar un estándar del 75%.
- 4. Porcentaje de reclamaciones recibidas:** 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, por el número total de asistencias producidas en el mismo periodo de tiempo.
- 5. Existencia de reuniones interniveles:** Para garantizar la continuidad asistencial en el proceso del DT, todos los niveles asistenciales implicados en el proceso de filiación inicial (AP, AE, SCCU-H, DCCU-AP, 061), deberían tener reuniones periódicas, que se justificarían mediante la correspondiente Acta de la Reunión, firmada por representantes de cada uno de dichos niveles. El indicador sería pues el número de reuniones anuales celebradas, que debería superar el estándar de 1 (o sea como mínimo una reunión anual).
- 6. Existencia de protocolos consensuados interniveles:** Para garantizar la continuidad asistencial en el Proceso de DT, todos los niveles asistenciales implicados en el mismo (AP, AE, SCCU-H, DCCU-AP, 061), deberían tener protocolos de actuación consensuados y vigentes, que se justificarían mediante la correspondiente Acta del Protocolo, firmada por representantes de cada uno de dichos niveles. El indicador sería pues binario: inexistencia (0) o existencia (1) de dicho protocolo y el estándar sería obviamente 1.

**7. Porcentaje de adherencia a los protocolos consensuados:** Mediante una auditoría de una muestra de historias clínicas de pacientes que han consultado por dolor torácico, se podría analizar el porcentaje de actuaciones realizadas según los protocolos consensuados vigentes. Esto se podría computar mediante la asignación de puntos a cada uno de los apartados del protocolo y elaborando un *score* que reflejaría la sumatoria de puntos obtenidos por actuaciones realizadas de acuerdo con dicho protocolo. El estándar debería estar en torno al 75% de la puntuación máxima obtenible. Dicho con otras palabras, el estándar reflejaría que, como mínimo, el protocolo se está cumpliendo en sus 3/4 partes.

**8. Porcentaje de aplicación de cada una de las medidas generales ante un dolor torácico con indicios de gravedad:** A la gran mayoría de los pacientes que se atiende por dolor torácico con indicios de gravedad, deberían aplicársele una serie de medidas generales entre las que se encuentran: 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. Por tanto, el cálculo de estos indicadores se efectuaría dividiendo el número de pacientes atendidos por dolor torácico (no filiado) a los que se les ha aplicado cada una de las medidas generales comentadas, por el número total de pacientes atendidos por dolor torácico (no filiado). Análogamente, este indicador se podría aplicar al dolor torácico ya diagnosticado como secundario a cardiopatía isquémica (en vez de al DT no filiado). En cualquier caso, estos estándares deberían estar próximos al 100%.

**9. Tiempos de respuesta:** Desde que el paciente demanda la asistencia (contacta con algún sistema hospitalario o extrahospitalario) hasta que se inicia la asistencia. Éste es un indicador genérico y aplicable a cualquier nivel del SSPA. Para ello, tomaríamos la hora de contacto con el Sistema Sanitario (hora de llegada en los DCCU-AP y SCCU-H y hora de recepción de llamada para O61) y la hora de inicio de asistencia. El tiempo medio de respuesta sería la sumatoria de las diferencias entre ambos, dividido entre el número total de casos de dolor torácico asistidos; sin embargo, es preferible expresarlo mediante la mediana en minutos de todos los episodios.

En los casos en los que el paciente contacta inicialmente con el sistema extrahospitalario (O61 y DCCU-AP), se pueden definir sus tiempos de respuesta de la siguiente forma: *Tiempo de respuesta extrahospitalaria:* tiempo que transcurre desde que el usuario demanda asistencia hasta que ésta se inicia por parte del O61 o DCCU-AP. *Tiempo de asistencia extrahospitalaria:* tiempo que transcurre desde que se inicia la asistencia en O61 y DCCU-AP hasta la llegada al Hospital (SCCU-H). Ambos se expresan por la mediana de todos los episodios.

Otra variante de los tiempos de respuesta sería el *Tiempo hasta la 1ª asistencia facultativa:* este indicador pretende medir el tiempo que transcurre desde que el

paciente consulta por DT hasta que recibe su primera asistencia médica, y se expresaría mediante la mediana de todos los episodios en minutos. El estándar sería < 10' (en casos de DT persistente) y <30' (si el DT ya ha cedido).

**10. Dentro de los indicadores basados en acontecimientos o sucesos centinela, estaría el fallecimiento inesperado del paciente que consulta por DT, dentro de cualquier nivel del SSPA** (en un SCCU-H, en un DCCU-AP, etc).

Este indicador se podría considerar de forma global o bien dividirlo en dos componentes, según haya recibido o no asistencia médica. Si el indicador se describe como fallecimiento inesperado del paciente tras haber recibido asistencia médica, podría implicar una infravaloración de la gravedad del DT y/o el no haber tomado las medidas de precaución adecuadas (ausencia de vigilancia y/o de proximidad a monitor-desfibrilador y medios de RCP, etc.). Por el contrario, si el indicador se describe como fallecimiento inesperado del paciente sin haber recibido asistencia médica, podría implicar deficiencias en el Triage de estos pacientes. En cualquier caso, deberían ser cuantificados siempre estos acontecimientos centinela ya que su detección implica que el proceso debe ser revisado en su totalidad.

**11. Porcentaje de puntos de atención de urgencias dotados con desfibrilador (monitor-desfibrilador o desfibrilador externo automático –DEA–) y medios de RCP.** Dentro de los indicadores de estructura, éste es un indicador cuya justificación es obvia y cuyo estándar debería ser muy próximo al 100%.

**12. Porcentaje de ambulancias concertadas para el transporte urgente dotadas con dos técnicos con formación específica.** Los pacientes que han consultado por un dolor torácico agudo no deben ser trasladados nunca en una ambulancia de transporte, dotada únicamente con un conductor. Por el contrario, deben ser trasladados mediante una ambulancia medicalizada o, en su defecto, en una ambulancia dotada de al menos dos técnicos con formación específica en uso de desfibrilador (monitor-desfibrilador convencional o desfibrilador externo automático –DEA–). Por tanto, el porcentaje de ambulancias concertadas para el transporte urgente dotadas con dos técnicos con formación específica sería otro indicador de estructura que debería situarse próximo al 100%. Dicho de otra manera, el porcentaje de traslados de pacientes con DT agudo mediante ambulancias de transporte dotadas únicamente de conductor debería ser próximo al 0%.