

# 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 IAMST:** Debe proporcionarse siempre un informe clínico de alta tras el ingreso hospitalario por IAMST. 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 IAMST en un determinado centro, entre el número total de asistencias por IAMST en dicho centro.
- 2. Indicadores derivados de la estancia media:** La estancia media del Proceso IAMST se calcularía como la sumatoria de todas las estancias por IAMST, dividido entre el número total de ingresos por IAMST, en el periodo de tiempo considerado. Como ocurre con la mayoría de los 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 IAMST 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 IAMST dentro del primer mes tras el alta inicial:** El numerador sería el  $n^\circ$  de reingresos urgentes con el mismo GRD, producidos dentro del primer mes tras el alta hospitalaria inicial. Se dividiría entre el  $n^\circ$  total de pacientes dados de alta hospitalaria con el diagnóstico de IAMST 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), con respecto al total de pacientes atendidos con IAMST, en el periodo de tiempo considerado.
- 5. Porcentaje de valoración positiva de la asistencia recibida en el Proceso IAMST:** 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 IAMST:** 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 indi-

cadores se efectuaría dividiendo el número de pacientes atendidos por IAMST a los que se les ha aplicado cada una de las medidas generales comentadas, entre el número total de pacientes atendidos por IAMST. 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 prescripción a largo plazo de AAS, NTG s.l. y beta-bloqueantes:**

A la mayoría de pacientes atendidos por IAMST, se les debe prescribir (salvo contraindicaciones): AAS, NTG s.l. (si dolor) y beta-bloqueantes. Este indicador sería aplicable tanto al momento del alta hospitalaria como a las revisiones ambulatorias efectuadas en AE y AP. El cálculo de este indicador se efectuaría dividiendo el número de pacientes atendidos por IAMST a los que se les ha administrado cada una de estas medicaciones (AAS, NTG s.l., beta-bloqueantes), entre el número total de pacientes atendidos por IAMST. El estándar debería estar muy próximo al 100% para AAS y NTG s.l., siendo algo inferior para los beta-bloqueantes.

**9. Porcentaje de prescripción de IECAs:**

Los pacientes que han sido atendidos por IAMST, especialmente si presentan IAM anterior y/o extenso, disfunción ventricular o insuficiencia cardíaca, deben de recibir un IECA (salvo contraindicaciones). Este indicador sería aplicable tanto al momento del alta hospitalaria como a las revisiones ambulatorias efectuadas en AE y AP. El cálculo de este indicador se efectuaría dividiendo el número de pacientes atendidos por IAMST a los que se les ha administrado el IECA, entre el número total de pacientes atendidos por IAMST.

**10. Porcentaje de pacientes ingresados por IAMST 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 IAMST con perfil lipídico, entre el número total de pacientes ingresados por IAMST, en el periodo de tiempo seleccionado.

**11. Porcentaje de prescripción de estatinas.**

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

**12. Indicadores relacionados con el tratamiento fibrinolítico. Éste es el principal conjunto de indicadores en el Proceso IAMST.**

El fundamento de estos indicadores reside en el gran protagonismo del tratamiento fibrinolítico en el mane-

jo del Proceso IAMST. Se han propuesto numerosos indicadores de trombolisis, entre los que destacamos los siguientes:

- a) **Índice de fibrinólisis = Porcentaje de fibrinólisis realizadas** sobre el total de pacientes atendidos con el diagnóstico inicial de IAMST.
- b) Índice de fibrinólisis en 1ª hora = Porcentaje de fibrinólisis realizadas en la 1ª hora desde el comienzo del DT, sobre el total de fibrinólisis practicadas.
- c) Índice de fibrinólisis en las 2 primeras horas = Porcentaje de fibrinólisis realizadas en las 2 primeras horas desde el comienzo del DT, sobre el total de fibrinólisis practicadas.
- d) Tasa de complicaciones hemorrágicas graves = Porcentaje de pacientes que presentan hemorragia mayor (sangrado que necesita transfusión, AVC hemorrágico), sobre el número total de pacientes que reciben tratamiento fibrinolítico.
- e) Tasa de ACV hemorrágico = Porcentaje de pacientes que presentan hemorragia cerebral como complicación, sobre el número total de pacientes que reciben fibrinolítico.
- f) **Retraso de fibrinólisis** (a cualquier nivel del SSPA, hospitalario o extrahospitalario) = Tiempo transcurrido desde que el paciente contacta con el SSPA y el inicio de la fibrinólisis. También denominado tiempo “puerta-aguja”, a diferencia del tiempo “dolor-aguja”, que mide el retraso total de fibrinólisis (desde comienzo del DT hasta el inicio de la fibrinólisis). El retraso de fibrinólisis puede ser ajustado en función del sistema de prioridades ARIAM, de forma que se definen retrasos específicos para cada prioridad, con sus estándares correspondientes. **Retraso de fibrinólisis en Prioridad I:** Retraso desde el comienzo de la asistencia en cualquier punto del SSPA, hasta el inicio de la trombolisis en casos de IAMST con Prioridad ARIAM I. Se mide mediante la mediana de todos los episodios, en minutos. El estándar es < 30'. **Retraso de fibrinólisis en Prioridad II:** Retraso desde el comienzo de la asistencia en cualquier punto del SSPA, hasta el inicio de la trombolisis en casos de IAMST con prioridad ARIAM II. Se mide mediante la mediana de todos los episodios, en minutos. El estándar es < 45'.
- g) Tasa de fibrinólisis en Prioridad I: Porcentaje de fibrinólisis realizadas en los pacientes asignados a Prioridad ARIAM I.
- h) Tasa de fibrinólisis en Prioridad II: igual que el anterior pero referido a pacientes de Prioridad ARIAM II.

**13. Indicadores relacionados con la Angioplastia primaria.** De la misma forma que para la fibrinólisis, se establecen indicadores análogos para la Angioplastia. Se añade también el **índice total de pacientes con tratamiento de reperfusión** (suma de pacientes tratados con ACTP primaria y fibrinólisis/número total de pacientes con IAMST). Otro indicador específico en la angioplastia es el desglose

de los tiempos de atención desde el inicio del dolor, contacto inicial con el sistema sanitario, activaciones sucesivas de la cadena y traslados, hasta el momento de apertura con balón del vaso. Especialmente importante es el **tiempo puerta-balón** estimado desde la primera puerta de urgencias que recibe al paciente y el desglose de los tiempos intermedios. Finalmente es fundamental **el indicador de resultados en tasas de éxito** (apertura del vaso sin estenosis residual y con flujo TIMI adecuado) **y de complicaciones**.

Otros indicadores relativos al número de pacientes que reciben angioplastia de rescate y al número final de pacientes que reciben angioplastia electiva o diferida a lo largo del proceso también son de interés.