

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. Existencia de un registro de casos:** Dada la escasa prevalencia y la gravedad del SAA, debe existir un registro informático individualizado de casos, donde conste el número total de casos diagnosticados cada año, el tipo de SAA (por ejemplo disección aórtica proximal o distal), el tratamiento (médico o quirúrgico) recibido por cada paciente, las posibles complicaciones o reintervenciones y el desenlace final, incluyendo un seguimiento mínimo de 2 años. De esta manera, se puede obtener el porcentaje de cada tipo de SAA que ha sido intervenido quirúrgicamente y con qué resultados. La mera existencia de este registro, adecuadamente cumplimentado y actualizado, ya constituiría un indicador de calidad que, además, facilitaría la obtención de gran parte de los indicadores que se comentan a continuación.
- 2. Prevalencia “aparente” del SAA (en cualquiera de sus formas o tipos):** Dividiendo el número total de casos existentes en el registro de SAA de un centro entre la población teóricamente atendida en el mismo, obtendríamos la prevalencia “aparente” del SAA. Este dato no sería exactamente coincidente con la prevalencia “real” del SAA, tal como se consideraría desde el punto de vista epidemiológico. El hecho de que el SAA sólo se atienda en algunos hospitales de referencia, y con captación desigual de pacientes con SAA de otras áreas hospitalarias, distorsiona el cálculo de la prevalencia, diferenciándola de la estrictamente epidemiológica. Sin embargo, es un indicador muy fácil de obtener y que refleja indirectamente la capacidad de una determinada unidad médico-quirúrgica de identificar (diagnosticar) nuevos casos de SAA y/o de captar un mayor número de pacientes derivados desde otras áreas hospitalarias. Por otro lado, este indicador refleja la experiencia global de una determinada unidad médico-quirúrgica en el tratamiento del SAA. Dado que la experiencia en el tratamiento quirúrgico del SAA es uno de los principales factores determinantes de sus resultados, resulta obvio que éste es el principal indicador en este proceso.
- 3. Porcentaje de pacientes con SAA intervenidos, ajustado por el tipo de SAA:** Sería el número de pacientes con un determinado tipo de SAA (por ejemplo disección aórtica proximal) intervenidos quirúrgicamente, dividido entre el número total de pacientes con ese mismo tipo de SAA atendidos en dicho centro. Este indicador se podría calcular para un periodo de tiempo determinado (por ejemplo, anual), así como también totalizarlo de forma acumulativa.
- 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 número total de pacientes atendidos con SAA. Este indicador se podría calcular para el conjunto de los pacientes con SAA, para un tipo de SAA determinado, o incluso para un tipo de SAA concreto que, además, ha sido sometido a un tratamiento concreto. Por ejemplo: mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con disección aórtica proximal intervenidos quirúrgicamente.

- 5. Porcentaje de reintervenciones:** Sería el número de pacientes que se han tenido que someter a una nueva intervención quirúrgica de su SAA en los 2 primeros años tras la primera intervención, dividido entre el total de pacientes intervenidos con SAA en el mismo centro.
- 6. Porcentaje de complicaciones mayores:** Número de pacientes intervenidos por SAA que han presentado (en los 2 primeros años post-intervención) complicaciones importantes como: insuficiencia aórtica, recurrencia de la disección, formación de nuevos aneurismas (o pseudoaneurismas), expansión de un aneurisma previo y ruptura. Este numerador iría dividido entre el número total de pacientes atendidos con SAA. Al igual que otros indicadores previos, puede estar referido a cualquier SAA o bien a un tipo específico del mismo.
- 7. Tiempos de respuesta en el SAA:** 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 que en el caso del SAA intervenido convendría expresarlo como: **tiempo total desde la demanda de asistencia hasta que se inicia la intervención quirúrgica** expresado mediante la mediana en horas de todos los episodios. La justificación de este indicador es el hecho conocido de que la mortalidad por disección aórtica, de forma acumulativa, se incrementa aproximadamente a razón de un 1% por cada hora de demora. Este tiempo se puede considerar de forma global o desglosado en sus 2 componentes principales: Tiempo desde la demanda de asistencia hasta que se establece el diagnóstico, y tiempo desde el diagnóstico hasta que se inicia la intervención quirúrgica. Desde un punto de vista realista, resulta más fácil de medir el tiempo de respuesta global (desde la demanda de asistencia hasta que se inicia la intervención quirúrgica), que es uno de los indicadores más importantes de este Proceso, ya que condiciona la mortalidad quirúrgica del mismo.
- 8. Porcentaje de valoración positiva de la asistencia recibida en el SAA:** Mediante 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%.
- 9. Porcentaje de reclamaciones recibidas en pacientes asistidos por SAA:** 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.
10. Dentro de los indicadores basados en acontecimientos o sucesos centinela estaría la identificación de un error diagnóstico que ha provocado un enfoque terapéutico inadecuado. El error diagnóstico podría ser tanto un falso positivo como un falso negativo. En el primer caso, estarían los pacientes intervenidos por un supuesto SAA, que no es confirmado en quirófano. En el segundo caso, estarían

los pacientes en los que se descubre (por cualquier método) un SAA que no se ha identificado en una consulta previa reciente (dos últimas semanas) por idéntico motivo al actual. En ambos casos, el hallazgo de un falso positivo y/o negativo que induce a un tratamiento inadecuado debería ser considerado un acontecimiento centinela y su detección debería implicar que el proceso del SAA en dicha área hospitalaria deba ser revisado en su totalidad.