

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:** Dado que la incidencia de TEP no es muy alta, y que se trata de un proceso grave, debería existir un registro informático individualizado de casos, donde consten el número total de casos nuevos diagnosticados cada año, y algún campo más, como el tratamiento prescrito y su duración, posibles complicaciones y el desenlace final, tras un seguimiento mínimo de 6-12 meses. De esta manera, se puede conocer la incidencia “aparente” o “estimada” de TEP en cada área hospitalaria. Si un centro muestra una incidencia de TEP que se desvía ampliamente de la mayoría de los centros, habrá que analizar si se está infradiagnosticando/sobrediagnosticando el TEP, así como el grado de cumplimiento de las medidas profilácticas para evitarlo. En cualquier caso, 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. Porcentaje de informes clínicos tras asistencia por TEP:** 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 TEP en un determinado ámbito del SSPA, entre el número total de asistencias por TEP en dicho ámbito.
- 3. Indicadores derivados de la estancia media:** La estancia media del TEP se calcularía como la sumatoria de todas las estancias por TEP dividido entre el número total de ingresos por TEP, 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 TEP que superan una determinada estancia estándar. Es decir, se calcularía así: $(n^{\circ} \text{ de estancias} > \text{estándar}) / n^{\circ} \text{ total de estancias}$.
- 4. Porcentaje de reingresos por TEP en los 3 primeros meses tras el alta inicial:** El numerador sería el n° de reingresos con el mismo diagnóstico de TEP, producidos en los 3 primeros meses tras el alta hospitalaria inicial. Se dividiría entre el n° total de pacientes dados de alta hospitalaria con el diagnóstico de TEP en el periodo de tiempo considerado. El fundamento de este indicador consiste en que todo paciente diagnosticado de TEP debe permanecer con un tratamiento de anticoagulación durante un mínimo de 3-6 meses (excepto contraindicaciones). Si un paciente presenta recidivas de TEP durante los 3 primeros meses, éstas pueden deberse a 2 motivos: (a) Estados de hipercoagulabilidad que provocan recidivas a pesar de un adecuado nivel de anticoagulación, demostrable mediante un estudio de coagulación con INR entre 2 y 3. (b) El paciente estaba mal anticoagulado, lo que también es objetivo mediante un estudio de coagulación. A su vez, el hecho de que un paciente

esté mal anticoagulado puede deberse a que los controles y/o la pauta de anticoagulación no eran suficientemente adecuados o bien a un cumplimiento subóptimo del tratamiento por parte del paciente. Está demostrado que el mal cumplimiento del tratamiento se minimiza mediante una información adecuada al paciente y a la familia destacando la importancia del tratamiento con dicumarínicos y el riesgo que supone su interrupción arbitraria. Por tanto, el porcentaje de recidivas de TEP en los 3 primeros meses, con un nivel de anticoagulación subóptimo, sería un indicador que pondría en evidencia fallos en el control de la anticoagulación y/o en la información al paciente y a la familia sobre la importancia de dicho tratamiento. El estándar de este indicador debería ser cercano al 0%.

- 5. 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 TEP, en el periodo de tiempo considerado.
- 6. Porcentaje de valoración positiva de la asistencia recibida en el TEP:** 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%.
- 7. Porcentaje de reclamaciones recibidas en pacientes asistidos por TEP:** 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.
- 8. Porcentaje de casos tratados precozmente con heparina:** Fundamento del indicador: Ante una probabilidad clínica intermedia o alta de TEP, debe comenzarse siempre (salvo contraindicaciones) con el tratamiento antitrombótico apropiado (heparina, en la inmensa mayoría de los casos) con carácter urgente, sin esperar a la confirmación definitiva del TEP mediante las técnicas de imagen. Por tanto, el numerador de este indicador sería el nº total de casos con probabilidad clínica intermedia o alta de TEP tratados con heparina, dividido entre el nº total de casos atendidos con probabilidad clínica intermedia o alta de TEP. Se excluiría del cálculo a los pocos pacientes con contraindicaciones para la anticoagulación y los escasos enfermos a los que se indica tratamiento fibrinolítico. El escoger este indicador se basa en el acuerdo unánime de que la heparina urgente es la principal medida terapéutica en el TEP y que debe ser administrada tan pronto existe una sospecha fundada o firme de TEP. El estándar de este indicador debería estar muy próximo al 100%.
- 9. Porcentaje de pacientes con diagnóstico confirmado de TEP anticoagulados con dicumarínicos durante un mínimo de 3-6 meses:** El fundamento de este indicador se basa, como el anterior, en que la principal medida terapéutica del TEP es la anticoagulación (con heparina inicialmente y con dicumarínicos a largo

plazo). También en este caso se excluirían los pocos pacientes que presentan contraindicación para la anticoagulación. Se calcularía de forma análoga al indicador previo: el numerador de este indicador sería el nº total de casos confirmados de TEP tratados con dicumarínicos durante un mínimo de 3 a 6 meses, dividido entre el nº total de casos atendidos con diagnóstico confirmado de TEP. También en este caso el estándar debería ser muy próximo al 100%.

10. Porcentaje de casos diagnosticados de TEP, en los que dicho diagnóstico se ha confirmado mediante alguna técnica de imagen:

Generalmente, gammagrafía de perfusión o angioTC y, menos frecuentemente, angiografía pulmonar. También se admitiría la demostración de TVP en MMII mediante cualquier técnica de las descritas en el apartado correspondiente. El fundamento de este indicador es que la sospecha fundada de TEP basta para iniciar el tratamiento urgente con heparina, pero debe ser siempre confirmada por una técnica de imagen, antes de establecer un diagnóstico definitivo que va a suponer mantener a un paciente con un tratamiento de anticoagulación durante meses. Este indicador se construiría de la siguiente forma: el numerador sería el nº total de casos de TEP confirmados por alguna técnica de imagen, dividido entre el nº total de casos diagnosticados de TEP, en el mismo centro y durante el mismo periodo de tiempo considerado. El estándar debería situarse próximo al 100%.

11. Porcentaje de casos con probabilidad clínica baja de TEP, a los que se les ha solicitado alguna técnica de imagen (angio-TC, gammagrafía V/Q, angiografía pulmonar), sin haber determinado previamente el dímero D (o siendo éste normal).

El fundamento de este indicador consiste en la excepcionalidad de que exista TEP en presencia de un valor normal del dímero D (<500 mg/L por técnica ELISA). Por tanto, antes de solicitar una técnica de imagen (más costosa y más molesta para el enfermo), debería solicitarse un dímero D. Si éste es normal y la probabilidad clínica es baja, no deberían solicitarse las técnicas de imagen antes reseñadas. Por tanto, este indicador se calcularía como el nº de casos con probabilidad clínica baja de TEP a los que se les ha solicitado alguna técnica de imagen, con Dímero D normal o no determinado, dividido entre el nº total de pacientes atendidos con probabilidad clínica baja de TEP. Su estándar debería ser próximo al 0%. Este sería un indicador importante de este proceso, ya que facilita el screening del mismo, evita exploraciones molestas al paciente, y un consumo de recursos injustificado.

12. Tiempo de respuesta en el TEP: Desde que el paciente demanda la asistencia (contacta con algún sistema hospitalario o extrahospitalario) hasta que se inicia la asistencia. Este es un indicador genérico que, en el caso del TEP, convendría expresarlo como: **tiempo total desde la demanda de asistencia hasta que se inicia el tratamiento con heparina**, expresado mediante la mediana en horas de todos los episodios. Éste sería uno de los indicadores más importantes de este proceso.