

INDICADORES EN LA UNIDAD DE DOLOR

Objetivos :

1. Diferenciar entre criterio, indicador y estándar de calidad
2. Conocer las características que debe poseer un indicador de calidad
3. Saber definir indicadores y estándares de calidad
- 4.- Establecer cuáles pueden ser los indicadores para monitorizar la actividad en una Unidad de Dolor (UDO)

- Conocer y evaluar el progreso de un programa de gestión del dolor equivale a registrar y analizar información relacionada con su control y seguimiento.
- Para ello deben se deben definir una serie de porcentajes de diferentes datos involucrados en el proceso de gestión del dolor que sean representativos de la realidad asistencial y del impacto de las intervenciones realizadas. Estos valores, denominados indicadores, deben de aproximarse a los estándares de referencia de las instituciones sanitarias y sociedades científicas con autoridad reconocida en el tratamiento del dolor. A su vez, sirven para valorar el proceso de mejora continua de nuestra organización.

Se ha argumentado que para trabajar en Calidad una condición indispensable es evaluar, es decir, poder medir. Se necesitan datos, no impresiones. Es por ello, que habrá que saber qué, cómo, quién, cuándo, por qué, y para qué, se mide. Aquí es donde entran en juego criterios, indicadores y estándares de calidad que, como veremos, van íntimamente ligados.

I.-GENERALIDADES _____	2
a.-Definición de indicador _____	2
b.-Conceptos a tener en cuenta a la hora de construir un indicador _____	4
Criterios de calidad _____	4
Estándar de calidad _____	5
c.-Requisitos a cumplir por los indicadores _____	6
d-Obtención de datos y fuentes de información _____	9
e.-Dimensiones susceptibles de medición mediante indicadores en sanidad _____	9
f.-Monitorización de los indicadores _____	11
II.-INDICADORES EN LAS UNIDADES DE DOLOR (UDO) _____	14
1.-INDICADORES DE ESTRUCTURA _____	14

2.-INDICADORES DE PROCESO	18
3.-INDICADORES DE RESULTADO	27
1.-Indicadores que valoran la eficacia del control del dolor	28
2.-Indicadores que valoran la eficiencia del control del dolor	32
3.-Indicadores que valoran la efectividad del control del dolor	33
4.-OTROS INDICADORES QUE DEBEN DE CONTEMPLARSE EN LA GESTIÓN DEL DOLOR : LOS INDICADORES CENTINELA	33
III.-CONCLUSIÓN	34
IV.-BIBLIOGRAFÍA	34

I.-GENERALIDADES

- La **Calidad** de un producto o servicio siempre es compleja de evaluar. La razón es simple, la medida de la calidad puede abordarse desde muy diferentes perspectivas y tiene multitud de posibles soluciones. Por esta razón, para hablar de calidad de la forma más objetiva posible, debemos primero *definir* qué podemos entender por esa calidad, segundo *especificar cómo vamos a evaluar* esa calidad y tercero dejar claro *qué nivel de calidad deseamos* y si lo podremos alcanzar.
- La manera más sencilla de enfocar estos pasos es identificar los objetivos que se persiguen en materia de calidad (que aquí normalmente llamamos **criterios de calidad**), establecer una forma para conocer si alcanzamos dichos objetivos (normalmente en forma de un índice numérico que nos informa por dónde vamos y al que llamamos **indicador**) y, por último, estableciendo un rango dentro del cual el nivel de calidad es el aceptable y en el que debemos movernos (y que llamamos **estándar de calidad**).
- Aunque los diferentes sectores de actividad pueden tener, sin duda, sus particularidades, lo cierto es que la metodología para definir criterios, indicadores y estándares es muy semejante en todos los casos. En realidad, hay que combinar unas ciertas nociones metodológicas y un profundo conocimiento del sector en el que nos desenvolvemos para lograr realizar una correcta definición de criterios, indicadores y estándares.

a.-Definición de indicador

- Un indicador es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades. Es decir, la forma particular (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa cada uno de los criterios.

Un indicador es un instrumento esencial para medir el rendimiento de un sistema y la calidad de la asistencia.

- Los indicadores se construyen a partir de la experiencia - lo que implica tener criterios, del conocimiento sobre el sector en el que trabajemos - y deben de poseer ciertas características:
 1. **Sirven:** dan respuesta y se diseña para un propósito definido.
 2. **Validez:** miden lo que intenta medir.
 3. **Confiabilidad:** se reproducen los mismos resultados si la medición es repetida en condiciones similares.
 4. **Especificidad:** miden sólo el fenómeno que se quiere medir.
 5. **Sensibilidad:** miden los cambios en el fenómeno que se quiere medir.
 6. **Mensurabilidad:** se basan en datos disponibles o fáciles de conseguir, de fácil manejo. Es imperativo recopilar una cantidad limitada, pero factible y válida que tratar de hacerlos complejos.
 7. **Relevancia:** deben de dar respuestas claras a los temas relevantes incorporados en las políticas de salud.
 8. **Costo-Efectividad:** la inversión en tiempo y otros recursos necesarios para la construcción de los indicadores debe estar justificada a través de su uso y los resultados obtenidos.
 9. **Integridad:** se refiere a que los datos requeridos estén completos.
 10. **Consistencia interna:** se refiere a que en los indicadores, vistos solos o en grupos, los valores sean coherentes y sensibles al cambio
 11. **Transparencia:** se refiere a que sea fácilmente entendido e interpretado por los usuarios.
 12. **Difusión:** que sean accesibles a los usuarios a través de publicaciones periódicas.
 13. **Dinamismo:** que se actualicen y corrijan en la medida que el entorno cambia. Los indicadores pueden cambiar en cuanto a las condiciones específicas que describen, la disponibilidad de datos, el conocimiento científico, o bien, en los niveles de interés y necesidades de los usuarios.
- Para poder comprender este concepto es bueno poner un ejemplo de indicador. Así, en el caso del sector turístico y en lo referente a la atención en la recepción de un hotel, es:

Incorrecto	Tiempo (en minutos) que espera un cliente para inscribirse en el hotel. Este indicador se recogerá los domingos, martes y viernes de la primera semana de cada mes, tanto en horario punta de 11 a 13 horas como de 20 a 21 horas
Correcto	Número de clientes que esperan más de 10 minutos para inscribirse en el hotel. Este indicador se recogerá los domingos, martes y viernes de la primera semana de cada mes, tanto en horario punta de 11 a 13 horas como de 20 a 21 horas. Para determinar si el tiempo especificado de 10 minutos es aceptable por los clientes, cada trimestre se realizará una encuesta entre los clientes sobre qué valoran y qué le disgusta de la atención en la recepción. <i>En este caso, se adopta una precaución importante, asegurarse que el</i>

	<i>criterio es aceptable por los clientes y al preguntar sobre diferentes aspectos se contempla la posibilidad, por ejemplo, de mejorar la rapidez a cambio de empeorar el trato.</i>
--	---

- Sus limitaciones son que tan sólo describen determinados aspectos de la realidad, en particular aquellas características asimilables a una determinada escala de medición, sea cualitativa o cuantitativa; por tal razón, en algunas descripciones cualitativas es necesario buscar otras formas de medición que capten mejor la riqueza de la realidad. Mantener la simplicidad en la construcción de los indicadores a veces no es un proceso fácil, pues en la mayoría de éstas los datos no están disponibles, o son limitados, o se encuentran dispersos, o bien no tienen continuidad en el tiempo.
- Es conveniente diferenciar entre indicadores índice (los más habituales, normalmente se trata de proporciones, porcentajes, etc.) e indicadores centinela.
 - Un indicador centinela mide un suceso lo bastante grave e indeseable como para realizar una revisión del proceso de trabajo que desarrollamos. Por ejemplo, que teniendo una reserva el cliente se quede sin habitación tras una espera de 20 minutos en la recepción y habiendo mediado una llamada de confirmación de su llegada.

b.-Conceptos a tener en cuenta a la hora de construir un indicador

Criterios de calidad

- Los **criterios** se definen como aquella condición que debe cumplir una determinada actividad, actuación o proceso para ser considerada de calidad. Es decir, qué perseguimos, cuál es el objetivo, qué pretendemos teniendo en cuenta aquellas características que mejor representan (siempre que pueden medirse) lo que deseamos lograr.
- Normalmente los criterios se confeccionan a partir de la información que recojamos de encuestas, cualquier otro método de análisis del comportamiento de la clientela, de la competencia, etc. Por lo general, los criterios de calidad parten de la combinación de las necesidades reales y de las demandas de la clientela, con el conocimiento de las ofertas y productos de organizaciones de la competencia y las posibilidades que nuestra organización posee para satisfacer esas necesidades y expectativas o para procurar en la medida de lo posible y/o aconsejable.
- Un buen criterio debe reunir los siguientes requisitos:
 1. **Ser explícito**, es decir debe dejar muy claro y, sin lugar a dudas, a qué se refiere, qué se pretende. Debe estar expresado con claridad y objetividad.
 2. **Aceptado por los diferentes interesados** (productores, clientes, etc...), siempre es deseable que todos los implicados acepten el criterio y que se comprometan a alcanzarlo.

3. **Elaborado en forma participativa**, la mejor forma de lograr que sea aceptado es que en su elaboración participe el mayor número de personas posible.
 4. **Comprensible**, todos deben entender, sin lugar a dudas, lo mismo
 5. **Fácilmente cuantificable**, de lo contrario ¿cómo vamos a saber si lo alcanzamos?
 6. Debe ser **flexible**, capaz de adaptarse a cambios difícilmente previsible.
 7. **Aceptable** por el cliente, que al fin y al cabo es quien juzgará lo acertado de los criterios de calidad
- Para poder comprender este concepto pongo un ejemplo de criterio en el caso del sector turístico y en lo referente a la atención en la recepción de un hotel

Incorrecto	Que el cliente no espere demasiado tiempo para inscribirse a su llegada al hotel.
Correcto	El tiempo de espera para que un cliente realice la inscripción a la llegada al hotel no superará los 10 minutos

- El primer criterio podría ser adecuado, de hecho, es lo que deseamos. Sin embargo, no es suficientemente concreto y puede dar paso a diferentes interpretaciones en función de la persona que proceda a describir el criterio. Por esta razón, la segunda versión es mucho más adecuada.

Una buena definición del criterio de calidad guía y hace sencillo definir los indicadores. Una sencilla regla es que si después de definir un criterio de calidad no podemos identificar un indicador que resulte apropiado, volvamos a revisar el criterio porque, probablemente, no estará bien definido

Estándar de calidad

- Un **estándar de calidad** se define como el grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad. Dicho en otros términos, define el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad que se alcanza en un determinado proceso.
- Los estándares de calidad determinan el nivel mínimo y máximo aceptable para un indicador. Si el valor del indicador se encuentra dentro del rango significa que estamos cumpliendo con el criterio de calidad que habíamos definido y que las cosas transcurren conforme a lo previsto. Estamos cumpliendo con nuestro objetivo de calidad. Si, por el contrario, estamos por debajo del rango significa que no cumplimos nuestro compromiso de calidad y deberemos actuar en consecuencia (o bien la apuesta fue demasiado optimista para los medios disponibles). Por el contrario, si estamos por encima, o bien tendremos que redefinir el criterio o, desde luego, estamos gastando

(en términos de esfuerzo) más de lo que pensábamos que era necesario (o fuimos pesimistas para fijar el rango o pecamos de inexpertos).

Un estándar determina el mínimo nivel que comprometería la calidad de ese proceso. Por debajo del estándar la práctica (producto o servicio) no reúne calidad suficiente.

- Una observación que no debe olvidarse es que los estándares no deben ser nunca del 100% en razón ya que siempre sucederán imprevistos que impedirán tal cumplimiento. Además, cualquier auditor de calidad sospechará que un estándar se logre al 100% una y otra vez, o que se supere año tras año. Esto normalmente solo indica que no estaban adecuadamente definidos
- En el ejemplo del caso del sector turístico y en lo referente a la atención en la recepción de un hotel, un estándar de calidad sería:

Incorrecto	El 100% de los clientes se atenderán antes de 10 minutos.
Correcto	Entre un 85% y un 90% de los clientes serán atendidos antes de 10 minutos desde su llegada

Un estándar es el grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad. Determina el nivel mínimo y máximo aceptable para un indicador. GRAN DIFICULTAD EN CONOCERLOS CUANDO SE HABLA DE DOLOR.

c.-Requisitos a cumplir por los indicadores

- Para que la información que proporciona un indicador sea útil es necesario que cumpla con algunas condiciones como son:
 - 1.- **Definición clara de los términos usados en el indicador.** Es preciso aclarar los términos o conceptos del indicador que pueden ser ambiguos o generar dudas. No se puede permitir un elevado grado de dificultad en su interpretación
 - 2.- Ser **enunciados con objetividad y de la forma más sencilla posible.** Los términos usados en el indicador que puedan inducir a dudas, o sean susceptibles de diferentes interpretaciones, deben ser definidos para que todos los profesionales entiendan y midan lo mismo y de idéntica forma.
 - 3.- Ser **fáciles de capturar.**
 - 4.- Deben ser **relevantes para la toma de decisiones:**

A.-Hay que asegurarse de **la validez del indicador**: La validez indica el grado en que el indicador realmente mide lo que suponemos que mide, en otras palabras, si cumple su propósito.

La validez implica que el indicador es capaz de identificar todos aquellos casos en que existe un problema real de calidad.

Un indicador será poco válido si depende en gran parte de factores no controlables por nosotros o si no tenemos en cuenta circunstancias que pueden justificar una actividad que no siga la norma (las excepciones que siempre aparecerán

B.- Hay que asegurarse de la **fiabilidad del indicador**: la fiabilidad se define como el grado de reproducibilidad de los resultados para los mismos casos y situaciones cuando el indicador es utilizado por observadores diferentes

Un indicador no puede ser influido por quien recoge el dato o por el método de recogida

C.-Hay que asegurarse que sean **apropiados**. Un indicador debe ser útil para que de los resultados de su aplicación puedan derivarse acciones de mejora.

5.- Deben asociarse a:

A.-**La fuente que proporciona el dato**: Es muy importante establecer de dónde se van a obtener los datos necesarios. Asimismo, hay que definir los responsables de recoger los datos

B.-**La periodicidad con que se recogerá**

C.- **El método de análisis o recogida**

D.- Un **estándar de calidad**: Interesa conocer los estándares externos y los propios institucionales.

- Se recomienda que se identifique: 1) **El tipo de indicador** : según gravedad y si se refiere a estructura, proceso o resultado , 2) El **fundamento**: explicar la utilidad del indicador y la dimensión de la calidad que valora; 3) **Los factores responsables del resultado del indicador** : es preciso considerar los factores que pueden explicar las posibles variaciones del indicador, divididos en aquellos que dependen del paciente, los que dependen de los profesionales y los que son atribuibles al propio sistema organizativo. En principio, los factores dependientes del paciente son los que no podemos mejorar; podremos actuar sobre los que dependen de los profesionales o del sistema organizativo.

- Una vez enunciado un indicador es recomendable determinar cada cuanto tiempo habrá que evaluar la utilidad del mismo, lo que determinará su vigencia (vida media).

Figura 1. Ejemplo de ficha para la construcción de un indicador

GRUPO:	(Tipo de dolor: Agudo, Crónico Maligno, o Crónico No maligno)
ÁREA:	(General, o específico de una determinada patología o condición)
Sub-área	Patología o tipo de paciente
Nº	n ₁ (de n)
NOMBRE DEL INDICADOR	
FORMA DE MEDICIÓN	
DESCRIPCIÓN	
	Numerador
	Denominador
FUENTE DE DATOS	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	(propio o adaptado)
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
OBSERVACIONES	(Para la comprensión y/o la medición del indicador)

d-Obtención de datos y fuentes de información

- La obtención de datos muchas veces constituye uno de los más importantes obstáculos en el uso de indicadores. *La forma en que se obtienen los datos, su volumen y complejidad tiene un enorme peso en el resultado final.* Las fuentes de datos son esencialmente las historias clínicas, las bases de datos administrativas y las bases de datos que cada organización pueda disponer internamente. Ciertos estudios como los de calidad de vida, satisfacción, etc., se recogen directamente de los pacientes

La calidad de un indicador, si bien depende mucho de la calidad de los datos a partir de los cuales se construye (componentes), también depende de la calidad de los sistemas de información o fuentes de información

- Todos los autores insisten en recoger la menor cantidad de datos posible, los datos esenciales, para hacer el proceso simple. Los métodos complicados en los que se recogen múltiples datos pueden llevar a confusión.

Lo importante no es tener indicadores, sino que estos cumplan la función de informarnos si vamos conforme a lo que considerábamos era lo apropiado (criterio de calidad).

Los indicadores no pueden ser, por tanto, un fin en sí mismos y, desde luego, no pueden resultar tan costosos de recoger que en la práctica sean más altos los costes derivados de los indicadores que los costes de la atención al cliente

- La obtención de los datos se puede dividir en dos fases: 1) en la primera deben obtenerse los datos correspondientes al numerador y al denominador; 2) en la segunda fase se debe realizar un estudio de la información disponible sobre la calidad de la asistencia que se presta y los factores que afectan al numerador
- Para más información ver el capítulo “CLAVES PARA EL DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EN LAS UNIDADES DE DOLOR”.

e.-Dimensiones susceptibles de medición mediante indicadores en sanidad

- Las dimensiones susceptibles de medición mediante indicadores son:
 1. **Accesibilidad.** Facilidad con que la población accede a la asistencia sanitaria. Frente a la accesibilidad aparecen barreras estructurales, económicas, organizativas, sociales, culturales y geográficas.

2. **Adecuación.** Grado en que la atención médica se corresponde con las necesidades del paciente en cada patología concreta. En estrecha relación con la calidad científico-técnica, intenta medir si el tipo de asistencia sanitaria, así como, su duración son las adecuadas según el estado del conocimiento en el momento de la medición. La realización de pruebas o tratamientos según la tipología de los pacientes.
3. **Calidad científico-técnica.** Se refiere al grado de cumplimiento de las pautas científicas más actuales y aceptadas relativas a la atención al paciente. Determina la competencia o capacidad del personal para utilizar el nivel más avanzado del conocimiento para obtener los resultados esperados. Áreas para fijar indicadores de calidad científico-técnica pueden ser: seguimiento de protocolos, cumplimiento de criterios de ingreso y alta, etc.
4. **Efectividad.** Es el grado en que la atención sanitaria produce en la población el beneficio deseado tras una intervención en condiciones de aplicabilidad reales. La eficacia sería el beneficio obtenido en condiciones ideales (por ejemplo, en un ensayo clínico). Por tanto, lo deseable es que en un proceso en el que se ha constatado un grado de eficacia se pretenda alcanzar igual grado de efectividad. Son los típicos indicadores de resultados clínicos: mortalidad, infección, mejoría en síntomas o signos, etc.
5. **Eficiencia.** Es la consecución del más alto nivel de calidad con los recursos disponibles. Este componente de la calidad ha adquirido mucha importancia por la elevación de los gastos sanitarios de manera exponencial de la mano de los avances en tecnología sanitaria (nuevos medicamentos, tratamientos quirúrgicos complejos, etc...), sanidad universal, mayor esperanza de vida y mayor prevalencia de patologías crónicas, convirtiendo a la sanidad en un problema de primera magnitud para los gobiernos que deben afrontar en sus presupuestos dichos gastos. La eficiencia no significa recortar gastos, significa obtener el mayor beneficio de los recursos invertidos. Evaluar la eficiencia implica relacionar el coste de un proceso con la efectividad de este. Aspectos de esta dimensión son: estancia, repetición de pruebas, costes económicos de la asistencia.
6. **Continuidad.** Proporcionar la asistencia precisa en los diferentes niveles de relación clínica (Atención Primaria, Hospital, hospitalización domiciliaria, centros de pacientes crónicos, etc...). Algunos indicadores son: pacientes con informe de alta y pautas de cuidados tras el alta hospitalaria, pacientes con remisión a consulta externa después de la hospitalización, etc.
7. **Satisfacción del paciente.** La satisfacción del paciente se concibe como la percepción de la calidad sobre el proceso y resultado de la asistencia por parte del paciente. La satisfacción del paciente es una medida de carácter individual y es el resultado de comparar las expectativas del paciente con la atención recibida. En general, los pacientes dan por sobreentendida la calidad científico-técnica, que suele ser, a priori, la que importa al profesional, y aspiran a tener una buena

información, buena accesibilidad a las prestaciones sanitarias, cuidados de enfermería, participación en la elección del tratamiento, etc. Los indicadores de esta dimensión de la calidad suelen extraerse de la encuesta post-hospitalización (pacientes satisfechos o muy satisfechos, satisfacción con la información o con la asistencia, etc...

- Existen otros componentes importantes de la calidad asistencial de los cuales se pueden establecer igualmente indicadores, como son la calidad de vida (medida habitualmente mediante cuestionarios específicos), la coordinación (entre profesionales), la oportunidad (recibir la atención en el momento preciso), etc...

f.-Monitorización de los indicadores

- Una vez que se han establecido los indicadores y estándares como medios para medir y comparar la calidad precisamos de un sistema que permita controlar cómo esos indicadores varían en el tiempo. La razón es obvia, los indicadores son útiles siempre y cuando se “vigilen a lo largo del tiempo” para comprobar y analizar su evolución. A este proceso se le denomina **monitorización**. Baste recordar que el modelo EFQM sugiere analizar la evolución de los indicadores clave durante un período de cinco años.

Los indicadores se usan para detectar problemas potenciales y avisar de posibles defectos de calidad, y debe ser el análisis de esos problemas detectados realizado por los profesionales implicados, el que determine si existe una situación de no calidad. Son instrumentos que dan una señal de alarma que indica dónde se deben revisar los procesos asistenciales

- Una forma sencilla de monitorizar un indicador es mediante los denominados **“cuadros de mando”**. Un cuadro de mando consiste habitualmente en un gráfico donde se describen los datos del indicador, se ubica el criterio de calidad para determinar si se cumple, y las posibles incidencias.
 - Los cuadros de mando deben confeccionarse para que, de un solo vistazo, podamos comprobar la evolución del indicador y de tal modo que resulte sencilla su codificación
 - Un ejemplo de cuadro de mando podría ser el siguiente

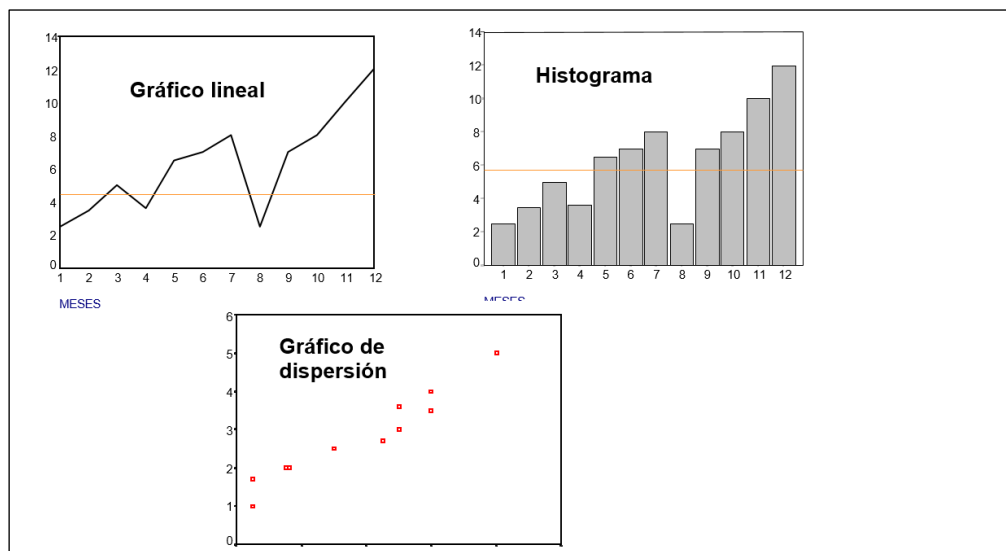
Figura 2. Ejemplo de cuadro de mando



➤ La línea naranja fija el rango dentro del cual cabe esperar discorra el indicador (estándar de calidad). Las líneas de colores son los indicadores que se monitorizan, en este caso, a lo largo de dos años. Como se puede comprobar, aunque la evolución de los indicadores es la adecuada, la línea azul del indicador sobre Valij. no termina de comportarse como se esperaba sucediera. En estos casos lo prudente es analizar las posibles razones, buscar soluciones eficientes y ponerlas en práctica.

- No obstante, existen otros gráficos para la monitorización de indicadores.

Figura 3.- Otros gráficos para la monitorización de indicadores



- Para poder llevar a cabo la monitorización, es necesario definir un **“plan de monitorización”** que debe incluir los indicadores a medir, la periodicidad con la que deben ser medidos, y el método a utilizar. La recolección de datos debe realizarse siguiendo unos criterios uniformes.
- La representación gráfica de los indicadores permite identificar:

1. **La variabilidad del proceso:** nos muestra una representación de los datos obtenidos a lo largo del tiempo, la variación “permitida” puede definirse y si los datos se salen del rango admitido establecer medidas de mejora.
2. **La consistencia de funcionamiento:** identificar los extremos de funcionamiento, las variaciones especiales, la frecuencia de aparición de valores distorsionadores.
3. **El nivel medio de funcionamiento del proceso:** una vez eliminadas las variaciones especiales entonces la media verdadera del proceso puede ser obtenida y evaluada para comprobar si alcanza un nivel aceptable
4. Es importante reseñar que los indicadores de calidad no deben ser estáticos, deben revisarse periódicamente para saber si son útiles, si se están utilizando y si sirven para mejorar la calidad (tomar decisiones). Así, periódicamente debe revisarse la evidencia científica sobre el desarrollo de indicadores y de esta forma añadir, modificar o suprimir los indicadores existentes

II.-INDICADORES EN LAS UNIDADES DE DOLOR (UDO)

- Los indicadores en las UD son variables que permiten objetivar cambios en la toma de decisiones y ser usados como guías para controlar y valorar la calidad del manejo del dolor.
- En la actualidad, los indicadores en las UDO se suelen agrupar según sean :
 - 1) INDICADORES DE ESTRUCTURA : miden la calidad de los medios de los que disponemos y la organización de nuestro sistema
 - 2) INDICADORES DE PROCESO : miden la calidad del proceso asistencial propiamente dicho y expresarían, numéricamente, aspectos cualitativos del funcionamiento de la Unidad.
 - 3) INDICADORES DE RESULTADO : miden el resultado final de la actividad, independientemente de cuál haya sido el proceso seguido para llegar a ese resultado.

Los indicadores pueden ser planteados en cualquiera de los aspectos que implican al triple enfoque de Donabedian: estructura, proceso y resultado. En nuestro ámbito, suelen estar referidos casi exclusivamente a proceso o resultado. No obstante, también se emplean para analizar algunos aspectos de la estructura.

- La utilidad de los indicadores clínicos es diversa, en cada uso deben elegirse unos indicadores especialmente diseñados para ese fin, no deben usarse los mismos indicadores para diversas funciones pues aparecerían sesgos.
- Es importante ajustar el número de indicadores de forma que sea lo suficientemente amplio para cubrir todos los aspectos del proceso y las dimensiones de la calidad, pero no demasiado como para que el esfuerzo de recoger los datos y analizarlos, sea tan grande que haga poco práctico su uso.

1.-INDICADORES DE ESTRUCTURA

- Los indicadores de estructura informan acerca de qué tipo de infraestructura, herramienta, servicio, etc. está disponible para usarse a la hora de prestar servicios sanitarios. p. ej., número de habitantes por servicio de dolor intrahospitalario/por En este sentido, la organización debe planificar e implementar un programa para inspeccionar, probar y mantener equipo médico y documentar los resultados Por ello debemos diseñar indicadores que valoren aspectos relacionados con el personal y las instalaciones y equipos.
- Los aspectos que se evalúan son: 1. **Accesibilidad**: se refiere a la condición variable de la población de utilizar o ser atendido por el sector salud formal. En este aspecto pueden influir razones geográficas, económicas, tales como distancia entre el lugar de trabajo o de residencia y el centro de salud, o bien el gasto en movilización para llegar a un centro de atención. 2. **Disponibilidad**: define los recursos

existentes en función de las necesidades de la población a cubrir. A modo de ejemplo: recurso humano por 10.000 habitantes, número de centros de salud por población de referencia.

- Algunos ejemplos de este tipo de indicadores hacen referencia a la adecuación de dotaciones de plantilla, de stocks o de dispositivos utilizados en el control del dolor. También pueden incluirse otros indicadores que hagan referencia a cursos de formación de los profesionales o al clima laboral en profesionales.
- **Indicadores de estructura propuestos :**

✓ *Indicadores que evidencien el compromiso de la dirección con los valores de nuestra organización*

✓ *Indicadores relacionados con la existencia de procesos para identificar y monitorizar a los pacientes que padecen dolor.*

- Criterio para considerar: “Es necesario disponer de criterios y orientaciones referidos a los distintos atributos de los procesos que intervienen en la gestión del dolor”.

✓ *Monitorización del personal involucrado en la gestión del dolor*

- Criterio por considerar: “Se ha de disponer del personal necesario para realizar sus actividades de control del dolor según los protocolos establecidos. Está definido el equipo multidisciplinar de profesionales responsables del seguimiento del paciente, las 24 horas del día, todo el año”.
- Aclaraciones: Los miembros de la organización deben de ser personal cualificado que proporcionen una atención al paciente segura y efectiva y que garanticen un seguimiento del paciente las 24 del día todo el año .
- Indicador propuesto

$$\frac{\text{Número de profesionales que realizan pase de visita durante un período determinado} \times 100}{\text{Total de profesionales que existen en el servicio de Anestesia}}$$

*Se puede desglosar por profesionales específicos.

✓ *Indicadores relacionados con la adecuación de la dotación de plantilla*

- Criterios para considerar:
 - “Se ha de disponer del personal necesario para realizar sus actividades de control del dolor, según los protocolos establecidos. Está definido el equipo multidisciplinar de profesionales responsables del seguimiento del paciente, las 24 horas del día, todo el año”.
 - La organización diseña y lleva adelante procesos para brindar servicios continuos de atención al paciente dentro de la misma y una continua coordinación entre los profesionales sanitarios.
- Aclaraciones:

- A medida que los pacientes se mueven dentro una organización de atención sanitaria, desde la admisión hasta el alta, la unidad debe realizar una serie de seguimientos que permitan hacer coincidir las necesidades del paciente con los recursos adecuados en la organización hasta el momento del alta. Ello implica, que debe considerarse este criterio para adecuar la plantilla a las necesidades asistenciales de la unidad
- Indicadores relacionados:
 - **Pacientes nuevos por día de la semana (= Pacientes en 1º día de tratamiento)**

$$\frac{\text{Número de pacientes en 1º día de tratamiento para el día específico}}{\text{Total de pacientes en 1º día de tratamiento en el período estudiado}} \times 100$$

- * Se desglosa por día de la semana
- * En función del servicio atendido, técnica analgésica empleada o protocolo analgésico utilizado

- **Seguimientos realizados por día de la semana**

$$\frac{\text{Número de seguimientos por día de la semana}}{\text{Total de seguimientos realizados}} \times 100$$

- * Se desglosa por día de la semana
- * En función del servicio quirúrgico atendido, técnica analgésica empleada o protocolo analgésico utilizado

- **Media de pacientes por día de la semana**

$$\frac{\text{Número de seguimientos por día de la semana}}{\text{Total de seguimientos realizados}} \times 100$$

- * Se desglosa por día de la semana
- * En función del servicio quirúrgico atendido, técnica analgésica empleada o protocolo analgésico utilizado

- **Tiempo medio de duración de los tratamientos**

$$\text{Media de seguimientos en días por paciente}$$

- * Se desglosa por día de la semana
- * En función del servicio quirúrgico atendido, técnica analgésica empleada o protocolo analgésico utilizado

- Criterios para considerar:
 - “Es necesario disponer de las técnicas necesarias (incluidas las técnicas invasivas) para el abordaje de los procedimientos atendidos “
 - “Es necesario disponer de una base de datos de pacientes con análisis periódico de los datos de la analgesia y los efectos secundarios debidos a los tratamientos administrados para la mejora de los procedimientos aplicados “.
 - “A fin de asegurar que el equipo médico esté disponible para su uso y que funcione debidamente, la organización debe:
 - i. hacer un inventario del equipo médico
 - ii. inspeccionar regularmente el equipo médico
 - iii. probar el equipo médico según sea adecuado para su uso y requisitos y
 - iv. Realizar un mantenimiento preventivo
- Indicadores relacionados:

1.-Media de consumo de fármacos/trimestre
2.-media de técnicas realizadas/ trimestre

✓ *Formación en dolor*

- Criterio por considerar:
 - La unidad establece y/o participa en programas formativos basados en la actividad que realiza, dirigidos a los profesionales de su centro, sobre el abordaje integral del dolor y la seguridad/prevención de eventos adversos (EA).
 - La unidad establece y/o participa en programas formativos basados en la actividad que realiza, dirigidos a los profesionales de su centro, sobre el abordaje integral del dolor y la seguridad/prevención de eventos adversos (EA).
- Aclaraciones:
 - La organización utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal clínico sean coherentes con las necesidades del paciente.
 - El conocimiento debe de evaluarse mediante una gran variedad de medios, como por ejemplo, la demostración de la adecuación de la formación a través de cuestionarios específicos

Número de profesionales formados por categoría x 100

Total de profesionales por categoría

Número de profesionales formados que consideran que la formación ha sido adecuada por categoría x 100

Total de profesionales por categoría

✓ Existencia de protocolos para el manejo del dolor

- Definición y significado del indicador Existencia en el centro de un protocolo escrito de manejo del dolor consensuado entre los servicios implicados. El protocolo debe contemplar las indicaciones, contraindicaciones, métodos de vigilancia y actuaciones en caso de complicaciones o intervención quirúrgica o percutánea.
- Naturaleza estadística: Dicotómico
- Fuentes: Servicios implicados
- Umbral recomendado: 100%
- Cálculo: Indicador cualitativo (SI/NO)

✓ EXISTENCIA DE UNA GUIA DE ACTUACIÓN COMPARTIDA PARA SEGUIMIENTO ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA

- Definición y significado del indicador: Existencia de una guía de actuación compartida para el seguimiento de Atención Primaria – Atención Hospitalaria
- Naturaleza estadística: Dicotómico
- Fuente: Informe de cumplimientos sobre la existencia de guía de actuación compartida para seguimiento AP – AH
- Umbral recomendado: 100%
- Cálculo Indicador cualitativo (SI/NO)

✓ Divulgación de la actividad y difusión entre los profesionales sanitarios del servicio

1.-Número de publicaciones en revistas indexadas

2. Número de comunicaciones a congresos de ámbito nacional e internacional

3. Número de ponencias en congresos de ámbito nacional e internacional

4. Número de proyectos de investigación activos

2.-INDICADORES DE PROCESO

- Son los indicadores que miden la forma y la intensidad como se utilizan los recursos disponibles para atender la actividad asistencial realizada a los pacientes.
- Se emplean para medir productividad, rendimiento, uso (considerando éste como intensidad y extensión) y utilización.

Los indicadores de proceso son los indicadores que proporcionan la información para identificar dónde existen deficiencias, aportando así la posibilidad de medidas de corrección

- Para su definición es esencial identificar los aspectos de los procesos que está demostrado que influyen en el resultado final. En este sentido, los mejores indicadores de proceso son aquellos que están vinculados a resultados.
 - ✓ Para facilitar su definición reseñar que como unidad que se basa en el seguimiento de pacientes es necesario:
 1. Identificar correctamente los pacientes
 2. Mejorar la comunicación efectiva
 3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alerta alta
 4. Optimizar el procedimiento elegido en el paciente determinado
 - ✓ Asimismo, si nos centramos en la evaluación y control del dolor es adecuado señalar que es un proceso que consta de tres procesos primarios:
 1. Reunión de información y datos sobre el estado físico, psicológico y social del paciente y su historia de salud.
 2. Análisis de datos e información para identificar las necesidades de atención sanitaria del paciente.
 3. Elaboración de un plan de atención para cubrir las necesidades identificadas del paciente en el que es esencial identificar:
 - a. La inclusión y seguimiento de los pacientes con dolor intenso por la UD
 - b. La existencia de una evaluación estandarizada
 - c. La existencia de protocolos analgésicos y su cumplimentación
 - d. La existencia de unos estándares de seguridad
- Los indicadores de proceso son menos complicados de manejar e interpretar que los indicadores de resultado además, son más susceptibles de medir factores de calidad fácilmente modificables por el facultativo.

- Las ventajas e inconvenientes de los indicadores de proceso se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 3: Ventajas e inconvenientes de los indicadores de proceso

VENTAJAS	DESVENTAJAS
1. Medida directa de lo que se ha hecho	1. Escaso significado si no se asocian a un resultado
2. Evaluación con una periodicidad relativamente corta	2. Si se trata de un ratio, puede ser que el objetivo se desconozca
3. Se pueden usar muestras pequeñas	3. Demasiado específicos
4. Se pueden obtener fácilmente	
5. Fácilmente influenciable por acciones clínicas apropiadas	
6. Fácilmente interpretadas por clínicos	

- Indicadores de proceso propuestos**

✓ *Pacientes en seguimiento por la unidad con una correcta indicación del tratamiento analgésico y/o el procedimiento realizado según los criterios establecidos*

- Definición y significado del indicador: *Indicación de tratamiento siguiendo las recomendaciones dadas por la sociedad española de dolor*
- Naturaleza estadística: *Proporción*
- Fuentes: *Análisis estadístico, corte transversal*
- Umbral recomendado: *> 90%*
- Cálculo: *En el numerador el número de pacientes con indicación de tratamiento según criterios establecidos X 100 y en el denominador el número total de pacientes con indicación de tratamiento.*

✓ *La Unidad notifica y analiza los eventos adversos*

- Definición y significado del indicador: *Número de eventos adversos notificados y analizados respecto a pacientes con dolor que sufren un efecto adverso mayor*
- Naturaleza estadística: *Proporción*
- Fuentes y evidencias: *Historia clínica*
- Umbral recomendado: *> 80%*
- Cálculo: *En el numerador el número de eventos adversos notificados x 100 y en el denominador el número total de pacientes con dolor con eventos adversos mayores.*

✓ *Indicadores que hagan referencia al número de servicios o actividades realizadas por unidad de tiempo = INDICADORES DE ACTIVIDAD*

Distribución de los pacientes incluidos para seguimiento según el tipo de dolor/
trimestre

- Este indicador pretende valorar la significación clínica (“clinical role “): la organización debe aportar beneficio a pacientes que no optan a tratamientos convencionales.
- Esta información se va a obtener de un ítem específico obligatorio en el momento de la elaboración.
- Recordad que según la medicina basada en la evidencia.

Distribución de las técnicas analgésicas específicas seguidas por la Unidad en cada servicio/trimestre

- Lista de los 15 procedimientos más frecuentes para seguimiento por la Unidad/trimestre

Lista de los 15 procedimientos más frecuentes en cada servicio para seguimiento por / trimestre

✓ *Indicadores que hagan referencia al grado de penetración de la unidad en el control del dolor postoperatorio del hospital (“ =average effect”)*

- Criterio para considerar: La organización debe valorar el impacto de la unidad en el medio hospitalario
- Aclaraciones: La organización debe de medir la forma y la intensidad como se utilizan los recursos disponibles para atender la actividad asistencial realizada a los pacientes.
- Indicadores por considerar:

$$\frac{\text{Nº de pacientes seguidos por la unidad} \times 100}{\text{Número total de procedimientos realizados en el mismo periodo}}$$

*Para los 15 procedimientos más frecuentes en cada servicio

✓ *Indicadores que hagan referencia a la identificación correcta del paciente y la cumplimentación de la historia clínica*

- Criterio para considerar:
 - En la unidad es necesario identificar correctamente a los pacientes
 - La codificación siguiendo los estándares internacionales mejora la calidad de la información obtenida
 - Todo paciente que sea seguido por la unidad debe tener reflejado en su historial clínico una anamnesis que incluya la evaluación del dolor y los efectos indeseables asociados al tratamiento pautado, así como, el plan terapéutico analgésico a seguir.
 - El informe de alta (IA) debe cumplir los aspectos exigidos por la normativa vigente

Distribución de las técnicas analgésicas empleadas por la Unidad/trimestre

- Aclaraciones:
 - Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no del todo alertas, puede que los cambien de cama, de habitación o de lugar dentro del hospital, pueden padecer discapacidades sensoriales o estar sujetos a otras situaciones que pueden conducir a errores en cuanto a la identificación correcta. La intención de esta meta es doble: en primer lugar, identificar en forma confiable a la persona como aquella a quien está dirigido el servicio o tratamiento; en segundo lugar, hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona.
 - Las políticas y/o procedimientos exigen al menos dos formas de identificación de un paciente, como por ejemplo el **nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento**, una pulsera con código de barras u otras maneras. El número de habitación del paciente o su ubicación no son datos que se puedan usar como identificación.
 - Los hallazgos de la evaluación y el tratamiento pautado se documentan en el expediente clínico del paciente y están a inmediata disposición de los responsables de la atención del paciente.
 - Toda organización tiene una política que establece el alta apropiada para los pacientes

- Indicadores por considerar:
 - Pacientes con dolor*

$$\frac{\text{Nº de pacientes cuyo número de historia no proporciona, desde el servidor, la información de que se dispone en el momento de su inclusión en la unidad en un periodo (EJM: el nombre del paciente y la edad) X 100}}{\text{Total de pacientes vistos en la unidad en el mismo periodo}}$$

$$\frac{\text{Nº de pacientes cuyo diagnóstico está codificado utilizando CIE-10 X 100}}{\text{Total de pacientes vistos en la unidad en el mismo periodo}}$$

$$\frac{\text{Nº de pacientes cuyo procedimiento está codificado utilizando CIE-10 X 100}}{\text{Total de pacientes vistos en la unidad en el mismo periodo}}$$

Número de pacientes que entrañan elevada complejidad y/o no responden a un tratamiento convencional en un período determinado x 100/ número de pacientes aceptados en la unidad

Nº de HC que cumple los criterios de calidad para la cumplimentación en un periodo X 100

Total de historias clínicas cumplimentadas en el mismo periodo

Nº de Informe de Alta (IA) que cumplen los aspectos exigidos por la normativa vigente en un periodo X 100

Total de historias clínicas cumplimentadas en el mismo periodo

Total de altas codificadas X 100

Total de altas del período

- *Indicadores que hagan referencia a la correcta implantación del procedimiento de seguimiento y tratamiento del paciente con dolor por parte de la Unidad*
- Criterios para considerar:
 - La organización debe contar con un proceso para la inclusión y registro de pacientes.
 - La organización debe velar por una correcta entrada de pacientes en el proceso de control del dolor en la UD
 - La organización debe desarrollar un enfoque para mejorar la seguridad de los medicamentos de alerta alta. Ello implica implantar protocolos según el tipo de dolor.
 - Han de existir documentos informativos y educativos (guías, folletos, manuales), adaptados a los pacientes, donde se contemplen múltiples aspectos, como hábitos y conductas saludables, evaluación, recomendaciones de automanejo, prevención de efectos adversos, técnicas analgésicas y opciones no farmacológicas de tratamiento, formas de contactar con la unidad, recursos disponibles, etc.
 - Todo paciente que reciba un tratamiento analgésico por parte de la unidad del dolor debe disponer de registros de seguimiento, que permitan tomar decisiones sobre los procedimientos analgésicos empleados. Estas evaluaciones y revaluaciones las realizarán personas cualificadas

- La evaluación del dolor se registra en la historia clínica, siendo el dolor considerado como 5ª constante vital.
- Cada paciente ha de recibir el tratamiento analgésico pautado.
- Aclaraciones:
 - La organización diseña y lleva a cabo procesos para brindar servicios continuos de atención al paciente dentro de la misma y una coordinación entre los profesionales sanitarios. Para ello es esencial la correcta entrada de pacientes en el control del dolor.
 - El hacer coincidir las necesidades del paciente con la misión y los recursos de la organización de asistencia sanitaria depende de una adecuada inclusión de los pacientes en la unidad.
 - Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento del paciente es fundamental el manejo adecuado a fin de garantizar la seguridad del paciente. Una de las estrategias que lo facilitan es la elaboración e implantación de protocolos analgésicos.
 - La organización debe velar por la comunicación efectiva, la cual, debe ser oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente. Asimismo, la educación del paciente y de su familia ayuda a los pacientes a participar mejor en su atención y a tomar decisiones informadas sobre la atención en la unidad.
 - La organización determina el alcance y el contenido de las evaluaciones, basándose en las leyes y reglamentaciones correspondientes y en los estándares profesionales. En el caso del dolor:
 - La evaluación del dolor debe incorporar valoración estática (en reposo) y dinámica (sentado, con tos, en movimiento, etc.).
 - Han de emplearse escalas validadas que cuantifiquen el dolor y midan sus características (EVA, EVN, etc)
 - Debe realizarse en todas y cada una de las visitas que se lleven a cabo.
 - El tratamiento recibido debe haberse prescrito de forma clara y ha de abarcar la analgesia base, la analgesia combinada y contemplar la posibilidad de rescate
- Indicadores para considerar

Número de pacientes seguidos por la unidad que no han entrado por los procedimientos x 100
--

Número total de pacientes seguidos por la unidad
--

Número de pacientes seguidos por la unidad dados de alta en la 1ª visita x 100

Número total de pacientes seguidos por la unidad

Existencia de protocolos para manejo del dolor

Número de pacientes seguidos por la unidad en los que se constata la entrega de información escrita relacionada con la técnica analgésica x 100

Número total de pacientes seguidos por la unidad

Número de seguimientos en los que se constata la valoración diaria por parte de personal facultativo X 100

Número total de seguimientos realizados

Número de seguimientos en los que se constata la valoración según los criterios establecidos x 100

Número total de seguimientos realizados

✓ *Indicadores que hagan referencia a la existencia de unos estándares de seguridad a la hora de evaluar y pautar un tratamiento analgésico*

- “La prevención de riesgos y el control de la seguridad del paciente constituyen desafíos en la mayoría de los entornos de atención sanitaria”. Para abordar este tema es importante tener en cuenta:
 1. Las medidas de seguridad establecidas en el uso seguro de la medicación: alergias, interacciones farmacológicas, identificación de los medicamentos de alto riesgo, prácticas seguras de manejo y conciliación con la medicación habitual
 2. La necesidad de disponer de sistemas de decisión por algoritmos, mapas de actividades para el tratamiento de efectos secundarios, etc. con identificación de puntos críticos
 3. La utilización de doble chequeo y/o listas de verificación para asegurar el cumplimiento de procesos o procedimientos clave, como iniciación, carga y monitorización de bombas de opioides y anestésicos locales.”
 4. La preparación, almacenamiento y distribución de los fármacos debe estar monitorizada para garantizar la seguridad y el cumplimiento con las leyes, reglamentaciones y prácticas actualmente aceptables.
 5. La necesidad de elaborar un sistema para la gestión de riesgos.

✓ *Indicadores que hagan referencia a la equidad de los servicios prestados*

- Las organizaciones, con frecuencia, prestan servicios a comunidades con una población diversa. Los pacientes pueden ser personas mayores, tener discapacidades, hablar varios idiomas, presentar una diversidad cultural u otras barreras que hagan muy difícil el proceso de acceso y obtención de atención. También puede ser que la organización ofrezca diferentes servicios en función del sexo, edad o peso del paciente. La organización debe estar familiarizada con estas barreras e implementar procesos para eliminarlas o reducirlas durante el proceso de ingreso y seguimiento. La organización, también, debe buscar disminuir el impacto de estas barreras en la prestación de servicios.
- Los pacientes, con los mismos problemas de salud y necesidades de atención, tienen derecho a obtener la misma calidad de atención en toda la organización. A fin de llevar adelante el principio de “un nivel de calidad de atención”, es preciso que los líderes planifiquen y coordinen la atención del paciente. En particular los servicios prestados a poblaciones similares de pacientes en múltiples departamentos o entornos deben guiarse por políticas y procedimientos que resulten en una prestación uniforme. Esta atención uniforme del paciente debe reflejarse en lo siguiente:
 - a. El acceso y la idoneidad de la atención y del tratamiento no dependen de la capacidad del paciente para pagar ni de la fuente de pago.
 - b. El acceso a la atención y el tratamiento adecuados, prestados por facultativos cualificados, no depende del día de la semana ni de la hora del día.
 - c. La agudeza del estado del paciente determina los recursos destinados a cubrir las necesidades del paciente.
 - d. El nivel de atención proporcionado a los pacientes (por ejemplo, atención de anestesia) es el mismo en toda la organización.
 - e. Los pacientes con las mismas necesidades de atención de enfermería reciben niveles comparables de atención de enfermería en toda la organización.

3.-INDICADORES DE RESULTADO

- Los indicadores de resultado miden el producto de la asistencia sanitaria.
- Pueden ser medidos en forma directa a través de eficiencia y eficacia, o bien, a través de resultados indirectos (Impacto en la población).
- Son fáciles de obtener y se perciben más como objetivos, pero en su manejo puede incurrirse en el error de dar importancia al resultado sea cual sea la práctica, introduciendo factores de confusión de variables del paciente y la enfermedad.

✓ En el dolor, es interesante reseñar, que toda organización centrada en su control busca la mejora de la capacidad de alcanzar una serie de objetivos de **eficacia**:

1. Aliviar el dolor mediante la inhibición o la modulación de la transmisión del estímulo nociceptivo a nivel periférico, espinal o supraespinal.
2. Minimizar los efectos indeseables asociados a los tratamientos propuestos.
3. Incrementar la funcionalidad del paciente.

Todo ello empleando los mejores medios posibles **-eficiencia-**. Asimismo, deben permitir la mejora en la calidad de la analgesia percibida, ya sea por el cliente (paciente) ya sea por el personal sanitario. También la formación, información, educación y asesoramiento relacionados con el alivio del dolor. El objetivo deseado **-efectividad-** es la satisfacción del paciente.

- Los indicadores de resultado resultan poco apropiados cuando miden resultados que se expresan a medio-largo plazo, como por ejemplo la supervivencia a 5 años.
- Para establecer diferencias estadísticamente significativas, los indicadores de resultado necesitan un número de casos mucho mayor que los indicadores de proceso. Otras veces el resultado final es multifactorial y es difícil determinar en qué grado influye cada factor (gravedad, epidemiología, etc.), o bien sencillamente todos los factores implicados (dependientes de la enfermedad o del enfermo) no son conocidos o no son mensurables. Por otro lado, no siempre el resultado es susceptible de ser modificado por el facultativo o el sistema sanitario/hospital por tratarse de factores que escapan a su control. Algunos autores consideran que un indicador debe ser modificable por los profesionales, en caso contrario se convierte sencillamente en un resultado sanitario.
- Las ventajas e inconvenientes de los indicadores de resultado se desglosan en la siguiente tabla:

Tabla 5: Ventajas e inconvenientes de los indicadores de resultado

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Fácilmente definidos, objetivables y medibles	Influenciados por muchos factores fuera del control de la organización
Información más significativa	Poca sensibilidad para hacer comparaciones entre distintas organizaciones
Aportan medición integrada de la efectividad de un tratamiento	Pueden necesitar grandes muestras para encontrar diferencias estadísticamente significativas
Representan más claramente los objetivos de la organización	Pueden requerir obtener datos directamente de los pacientes
	Largo periodo de tiempo de observación

Difícil interpretación si el proceso que produjo el resultado sucedió el pasado

- **Indicadores de resultado propuestos**

A.-Indicadores que valoren la eficacia del control del dolor

B.-Indicadores que valoren la eficiencia del control del dolor

C.-Indicadores que valoren la efectividad del control del dolor

1.-Indicadores que valoran la eficacia del control del dolor

I.-En relación con el alivio del dolor

II.-En relación con la minimización de los efectos indeseables asociados a los tratamientos propuestos

III.-En relación con el incremento de la funcionalidad del paciente/Calidad de vida

I.-En relación con el alivio del dolor

- Criterios por considerar: Se considera dolor aquél que, a pesar de analgesia, tiene una intensidad mayor de 7 en escala visual analógica
- Aclaraciones: La organización debe medir la forma y la intensidad del dolor en las visitas de control y en alta de la unidad
- Indicadores por considerar:

$$\frac{\text{Número de pacientes con intensidad de dolor 3 o más de 3 en reposo (sobre escala de 0 a 10) al alta de la unidad}}{\text{Número total de pacientes seguidos por la unidad}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de pacientes con intensidad de dolor 6 o más de 6 en movimiento (sobre escala de 0 a 10) al alta de la unidad}}{\text{Número total de pacientes seguidos por la unidad}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de evaluaciones en las que se constata un EVA de reposo 7 o mayor de 7 en la escala visual analógica}}{\text{Número total de evaluaciones realizadas por la unidad}}$$

$$\frac{\text{Número de evaluaciones en las que se constata un EVA dinámico 7 o mayor de 7}}{\text{Número total de evaluaciones realizadas por la unidad}}$$

$$\frac{\text{Número de pacientes cuya proporción de dolor intenso en las 24h previas al alta ha sido mayor del 40\%}}{\text{Número total de pacientes vistos por la unidad por la unidad}} \times 100$$

*En función del servicio atendido, técnica analgésica empleada o protocolo analgésico utilizado

* Estos indicadores se pueden calcular todos los días de seguimiento del paciente en la UD

II.-En relación con la minimización de los efectos indeseables asociados a los tratamientos propuestos

- Criterio para considerar: se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.
- Aclaraciones: La monitorización de los efectos de los medicamentos incluye la observación y documentación de todo efecto adverso. La organización cuenta con una

política que identifica todos los efectos adversos que deben registrarse y aquellos que deben informarse. La organización establece un mecanismo para informar los acontecimientos adversos cuando sea necesario y el marco de tiempo para hacerlo.

- Indicadores para considerar:

$$\frac{\text{Número de pacientes con efectos indeseables} \times 100}{\text{Número total de pacientes seguidos por la unidad}}$$

*En función del servicio atendido, técnica analgésica empleada o protocolo analgésico utilizado

* Estos indicadores se pueden hacer todos los días de seguimiento del paciente en la UD

$$\frac{\text{Número de pacientes con un efecto indeseable determinado} \times 100}{\text{Número total de pacientes seguidos por la unidad}}$$

III.-En relación con el incremento de la funcionalidad del paciente/Calidad de vida

- Criterio para considerar: La organización debe velar por la mejoría de la funcionalidad de los pacientes atendidos
- Aclaraciones: La monitorización de diferentes ítems relacionados con la funcionalidad del paciente permite valorar la interferencia del dolor en la actividad de este.
- Indicadores propuestos:

$$\frac{\text{Número de pacientes cuyo grado de dolor ha interferido en la actividad en la cama (girar, sentarse, cambiar de posición) a los 3 meses} \times 100}{\text{Número total de pacientes vistos por la unidad por la unidad}}$$

$$\frac{\text{Número de pacientes cuyo grado de dolor ha interferido en la actividad fuera de la cama (deambulaci3n, sedestaci3n) a los 3 meses} \times 100}{\text{Número total de pacientes vistos por la unidad por la unidad}}$$

$$\frac{\text{Número de pacientes cuyo grado de dolor ha interferido en conciliar el sue1o a los 3 meses} \times 100}{\text{Número total de pacientes vistos por la unidad}}$$

Número de pacientes cuyo grado de dolor ha interferido en la continuidad del sueño a los 3 meses x 100
--

Número total de pacientes vistos por la unidad por la unidad
--

*En función del servicio atendido, técnica analgésica empleada o protocolo analgésico utilizado

* Estos indicadores se pueden calcular todos los días de seguimiento del paciente en la UD

2.-Indicadores que valoran la eficiencia del control del dolor

- Criterio para considerar: La organización debe velar por la mejoría de la eficiencia
- Aclaraciones: El monitoreo de diferentes ítems relacionados con la funcionalidad del paciente permite la valoración de la interferencia del dolor en la actividad del paciente
- Indicadores propuestos:

Media de seguimientos en días por paciente

Número de tratamientos modificados x 100

Número total de tratamientos pautados por la unidad

*En función del servicio atendido, técnica analgésica empleada o protocolo analgésico utilizado

* Estos indicadores se pueden hacer para todos los días de seguimiento del paciente en la UDO

*Se puede sacar análisis de cada uno de los ítems relacionados con la modificación del tratamiento pautado.

1.-ANALGESIA INSUFICIENTE	2.-CONTROL ADECUADO CON ANAI GESIA	3.-PREVENCIÓN EFECTOS INDESEABLES ASOCIADOS A LA PALITA ANALGÉSICA	4.-INCIDENCIAS / EFEC ADVERSOS
---------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------

Número de incidencias x 100

Número total de seguimientos por la unidad

*En función del servicio atendido, técnica analgésica empleada o protocolo analgésico utilizado

* Estos indicadores se pueden hacer para todos los días de seguimiento del paciente en la UD

1.-ANALGESIA INSUFICIENTE	2.-DOLOR A LA INYECCIÓN DEL ANAI GÉSICO	3.-EFECTOS ADVERSOS	4.-PROBLEMAS CON SISTEMAS Y/O BOMBAS	5.-RETIRADA DEL TRATAMIENTO ANALGÉSICO	6.-FALTA SOLUCIONES ANALGÉSICAS	7.-PACIENTES NO REGISTRADOS	8.-QUEJAS /RECLAMACIONES
---------------------------	---	---------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------	-----------------------------	--------------------------

3.-Indicadores que valoran la efectividad del control del dolor

- Criterio para considerar: La organización vela por la “capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera”
- Aclaraciones: Los pacientes esperan que se les proporcione un alivio a su dolor, una adecuada información y/o un buen trato a la hora de recibir los cuidados prestados. Esta información se obtiene tras la realización de cuestionarios en el momento del alta por la unidad
- Indicadores para considerar:

$$\frac{\text{Número de pacientes satisfechos} + \text{Número de pacientes muy satisfechos en un periodo} \times 100}{\text{Total de encuestas de satisfacción en el mismo periodo}}$$

$$\frac{\text{Número de pacientes que han sufrido menos de lo que imaginaban en un período determinado} \times 100}{\text{Total de pacientes vistos en el mismo periodo}}$$

$$\frac{\text{Número de pacientes que consideran satisfactoria la información recibida en un período determinado} \times 100}{\text{Total de pacientes vistos en el mismo periodo}}$$

$$\frac{\text{Número de pacientes que consideran satisfactorio el trato recibido en un período determinado} \times 100}{\text{Total de pacientes vistos en el mismo periodo}}$$

$$\text{Total de pacientes vistos en el mismo periodo}$$

4.-OTROS INDICADORES QUE DEBEN CONTEMPLARSE EN LA GESTIÓN DEL DOLOR: LOS INDICADORES CENTINELA

- Son indicadores que avisan de la aparición de sucesos que no deberían ocurrir; sucesos no esperados.
- Hay que definir qué acontecimientos imprevistos son significativos en relación con el dolor postoperatorio. En la actualidad, nosotros consideramos eventos centinela todos aquellos que implican mortalidad o daños físicos o psíquicos importantes (ejemplos: lesión neurológica permanente, hematoma epidural, absceso epidural, depresión respiratoria). La aparición de un único

evento es suficientemente importante como para que se revise el caso y se habilite una respuesta inmediata orientada a la prevención de nuevos casos.

- La dirección de la organización y los propios profesionales son los responsables de establecer métodos para la identificación, análisis, documentación y prevención de eventos centinela.

III.-CONCLUSIONES

- Los indicadores constituyen una excelente forma de medir y monitorizar el estado de salud de la población, siempre y cuando se construyan a partir de datos verídicos, de fuentes de información válidas.
- Los indicadores son de gran utilidad para evaluar el desarrollo de programas de mejora de la calidad pues dan cuenta del desempeño de los planes, programas y metas de nuestra unidad.
- Si bien los indicadores comenzaron a construirse a partir de datos numéricos, es decir, atendiendo a procesos cuantitativos, hoy se abren a la medición cualitativa dando cuenta de la calidad de atención recibida.
- Para su construcción es fundamental adaptar la evidencia científica a nuestra realidad en la UD.

IV.-BIBLIOGRAFÍA

1. [Recomendaciones de SIP sobre la implementación europea de indicadores de calidad en el manejo del dolor crónico no maligno](#)
2. [McLees AW, Nawaz S, Thomas C, Young A. Defining and assessing quality improvement outcomes: a framework for public health. Am J Public Health. 2015 Apr;105 Suppl 2:S167-73. doi: 10.2105/AJPH.2014.302533. Epub 2015 Feb 17.](#)
3. [Indicadores de salud de la Comisión Eusopea](#)
4. [Improving the Quality of Pain Management Through Measurement and Action. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2003.](#)
5. [Meissner W, Huygen F, Neugebauer EAM, Osterbrink J, Benhamou D, Betteridge N, Coluzzi F, De Andres J, Fawcett W, Fletcher D, Kalso E, Kehlet H, Morlion B, Montes Pérez A, Pergolizzi J, Schäfer M. Management of acute pain in the postoperative setting: the importance of quality indicators.Curr Med Res Opin. 2018 Jan;34\(1\):187-196. doi: 10.1080/03007995.2017.1391081. Epub 2017 Nov 15.](#)
6. [J.L. de la Calle , D. Abejón , J. Cid , C. del Pozo , J. Insausti , E. López y el Panel de expertos de la Sociedad Madrileña del Dolor Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2010;17\(2\):114-13](#)

7. [Unidad de Tratamiento del Dolor Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2011 MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD](#)
8. [Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca . Informe técnico Diciembre 2008 . Ministerio de Sanidad y Política Social](#)