

(PD)

Planificació i Avaluació
Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori



Primer Audit Clínic de l'Ictus

Catalunya. 2006

10



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

(PD)

Planificació i Avaluació
Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori



Primer Audit Clínic de l'Ictus

Catalunya. 2006



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

© Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Edita: Direcció General de Planificació i Avaluació.

Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori

Primera edició: Barcelona, març de 2007

Tiratge: 500 exemplars

Dipòsit legal: B-16161-2007

Disseny: Joana López Corduente

Impressió: Migraf Digital SL

AQUEST DOCUMENT HA ESTAT ELABORAT PER

Sònia Abilleira Castells

AATRM/Pla Director Malaltia Vasculat Cerebral

Miquel Gallofré

Pla Director Malaltia Vasculat Cerebral

Aida Ribera

Unitat Epidemiologia Cardiovascular, Hospital Vall d'Hebron

Amb la col·laboració de:

Laura Vivó Vivancos

AATRM

Aquest 'Primer Audit Clínic de l'Ictus' ha estat finançat amb el projecte de recerca 05/2709 del 'Fondo de Investigación Sanitaria'.

És un producte vinculat a les "Guies de l'Ictus", les quals van comptar amb el suport de Ferrer Grupo, Novo Nordisk i Bristol Myers Squibb.

Aquest document conté la informació més rellevant del Primer Audit Clínic de l'Ictus/2006. Per qualsevol informació addicional adreceu-vos a:

Sònia Abilleira Castells, AATRM/PDMVC

Parc Sanitari Pere Virgili, C/ Esteve Terrades 30, Edifici Tramuntana

Barcelona 08023

sabilleira@aatrm.catsalut.net



AGRAÏMENTS

Volem agrair la col·laboració de tots els auditors interns i externs que han estat fonamentals en la realització d'aquest audit. També a tots els responsables de l'ictus dels 48 hospitals participants, pel seu suport i consell.

De manera específica, volem destacar les aportacions dels membres del comitè de redacció de la Guia de Pràctica Clínica que, a més, van intervenir en la selecció dels indicadors.

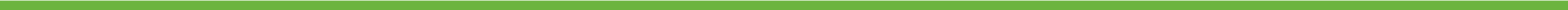
- *Jaume Roquer*,
Neuròleg, Cap de Servei de l'Hospital del Mar
- *Ester Duarte*,
Metge rehabilitador, Cap de Secció de l'Hospital de l'Esperança
- *Emília Sánchez*,
Metge epidemiòleg, Subdirectora de l'AATRM

Especialment, per les seves aportacions qualitatives i desinteressades:

- *Antoni Dávalos*,
Neuròleg, Cap de Servei de l'Hospital Germans Trias i Pujol
- *Josep Álvarez Sabín*,
Neuròleg, Cap de Servei de l'Hospital Vall d'Hebrón
- *Gaietà Permanyer*,
Cardiòleg, Cap de la Unitat d'Epidemiologia Cardiovascular de l'Hospital Vall d'Hebrón
- *Josep Fusté*,
Cap de la Unitat de Mapa Sanitari, Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut
- *Ricard Tresserras*,
Salubrista, Subdirector de la Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut.

Per la seva col·laboració i suport:

- *Alex Hoffman*, LCST MSc
Stroke Programme Manager, Clinical Effectiveness & Evaluation Unit,
Royal College of Physicians, London.



HOSPITALS PARTICIPANTS

Althaia, xarxa assistencial de Manresa
Clínica Plató Fundació Privada
Espitau Val d'Aran
Fundació Privada Hospital de Mollet
Fundació Sanitària d'Igualada
Fundació Sant Hospital, La Seu
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
Hospital Comarcal de Blanes
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès
Hospital Comarcal del Pallars
Hospital Comarcal Móra d'Ebre
Hospital de Campdevàrol
Hospital de Figueres Fundació Privada
Hospital de l'Esperit Sant
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Hospital de Mataró
Hospital de Palamós
Hospital de Puigcerdà
Hospital de Sabadell
Hospital de Sant Boi
Hospital de Sant Celoni
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla
Hospital de Terrassa
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta
Hospital de Viladecans
Hospital del Mar
Hospital Dos de Maig
Hospital General de Granollers
Hospital General de l'Hospitalet
Hospital General de Vic
Hospital General Vall d'Hebron
Hospital Municipal de Badalona
Hospital Mútua de Terrassa
Hospital Residència Sant Carnil
Hospital Sant Bernabé, Berga
Hospital Sant Jaume, Calella
Hospital Sant Jaume, Olot
Hospital Sant Joan de Déu, Martorell
Hospital Santa Maria
Hospital Universitari Arnau de Vilanova
Hospital Universitari de Bellvitge
Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta
Hospital Universitari de Tarragona, Joan XXIII
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Hospital Universitari Sagrat Cor
Hospital Universitari Sant Joan de Reus
Parc Hospitalari Martí i Julià
Pius Hospital de Valls



Índex

Presentació	11
El Pla Director de la Malaltia Vasculat Cerebral	13
1. Els àmbits territorials	15
2. Els hospitals de referència	17
3. Els recursos per a l'atenció a l'ictus	18
3.1. Atenció urgent: el codi ictus i els centres de referència	18
3.2. L'ingrés a la fase aguda. Les unitats d'ictus (UI)	18
3.3. Equips d'ictus	19
3.4. Rehabilitació del malalt amb ictus	20
3.5. Equipaments: neuroimatge i imatge vascular	21
3.6. Estudi i atenció a l'AIT	21
3.7. Altres	22
L'Audit Clínic de l'Ictus 2006	25
1. Introducció	27
2. Metodologia	27
2.1 Definició de la mostra	27
2.2 Recollida de dades	28
2.3 Auditoria externa	28
2.4 Anàlisi estadística	28
• Gestió de les dades	28
• Anàlisi de la concordança entre observadors	28
• Anàlisi descriptiva	28
• Els perfils assistencials	28
3. Resultats	39
3.1 Descripció de la mostra	29
3.2 Els perfils assistencials	31
3.3 El 'top 13'	34
Conclusions	43
Aspectes destacables a millorar en l'atenció hospitalària a l'ictus a Catalunya	49
Annexes	53
1. Glossari i abreviatures	55
2. Barem aplicat per al càlcul dels indicadors que conformen els perfils assistencials	56
3. Anàlisi descriptiva de l'Audit Clínic de l'Ictus 2006	62
4. Audit Clínic de l'Ictus 2006. Manual de recollida de dades	70



PRESENTACIÓ

El 14 de Juny del 2005 es van presentar les “Guies de l'Ictus”, un conjunt que comprèn la Guia de Pràctica Clínica de l'Ictus (GPC) i la Guia per a Pacients i Cuidadors, així com el projecte de realitzar *audits* periòdics per a avaluar el compliment de les recomanacions més rellevants de la GPC.

Les “Guies de l'ictus” van ser una de les mesures impulsades pel Pla Director de les Malalties de l'Aparell Circulatori/Malaltia Vasculat Cerebral (PDMVC), un pla institucional creat pel Departament de Salut. La GPC va seguir un procés de difusió activa a tot el territori i ha estat la referència del PDMVC per a implementar les primeres mesures d'actuació. La Guia per a Pacients i Cuidadors es reparteix a tots els hospitals de la XHUP, i en aquest moments està en premsa la seva tercera edició.

A partir de la presentació de la GPC es van programar les accions per a la realització d'aquest primer *audit* que finalment es va dur a terme entre març i setembre del 2006. La seva part clínica avalua la situació de l'atenció hospitalària en una mostra de malalts amb ictus dels 48 hospitals de la XHUP abans de la publicació i difusió de la GPC (2005). Simultàniament, es va demanar a cada hospital la descripció, en un qüestionari estructurat, dels recursos humans, d'equipaments i organitzatius amb que compta per a l'atenció als malalts amb aquesta patologia.

Aquest document presenta els resultats de l'audit clínic i descriu els recursos per a l'atenció a l'ictus a nivell de Catalunya, analitzant la situació dels diferents territoris i nivells hospitalaris. En versió CD es subministra un document específic i privat per a cada hospital on es mostren els seus resultats i es comparen, tant amb els resultats globals de Catalunya, com els de cadascun dels altres hospitals, tot i que de manera anònima.

El PDMVC impulsarà la realització d'aquest *audit* cada dos anys per tal de poder fer un monitoratge de l'evolució de l'atenció als pacients amb ictus. Les recomanacions que s'han auditat van ser seleccionades pel Comitè de Redacció de la GPC, i es consideren bàsiques en el procés assistencial i, per tant exigibles a tots els hospitals, independentment de la seva grandària o complexitat. Esperem que sigui un estímul i un instrument per a la millora de l'atenció als malalts amb ictus a Catalunya.



El Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral

El Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral

El PDMVC és un Pla institucional, integral, multidisciplinari i de base territorial. Aquestes característiques han estat determinants en la realització d'aquest primer *audit* ja que com a pla institucional enquadrat dintre de la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut, té la capacitat normativa de planificar l'atenció a la malaltia i d'avaluar-ne els resultats. Com a Pla integral i multidisciplinari aborda totes les fases del procés conjuntament amb els diferents professionals que hi intervenen, i ha endegat actuacions que abasten els diferents moments del procés assistencial.

En la primera fase del Pla es va analitzar la situació de l'atenció a la malaltia a tot el territori a partir de visites a totes les regions sanitàries i hospitals, amb entrevistes i enquestes estructurades amb els responsables assistencials locals de l'atenció a l'ictus, així com amb les direccions dels hospitals. També es va entrevistar als gerents i responsables assistencials de cada regió. La direcció de cada hospital va designar un professional responsable de l'atenció a l'ictus.

Es va realitzar una anàlisi exhaustiva en base a les dades del CMBDAH sobre malaltia vascular cerebral, així com tota la informació existent al Pla de Salut. Es va detallar l'impacte de la malaltia a nivell de les diferents regions sanitàries, i es va discutir localment. Això va permetre disposar d'un mapa de situació, tant del pes de la patologia en els diferents àmbits com dels recursos humans o estructurals que hi havia en el punt de partida. La publicació simultània de la GPC de l'ictus va permetre tenir un referent per a definir els objectius a aconseguir.

1. Els àmbits territorials

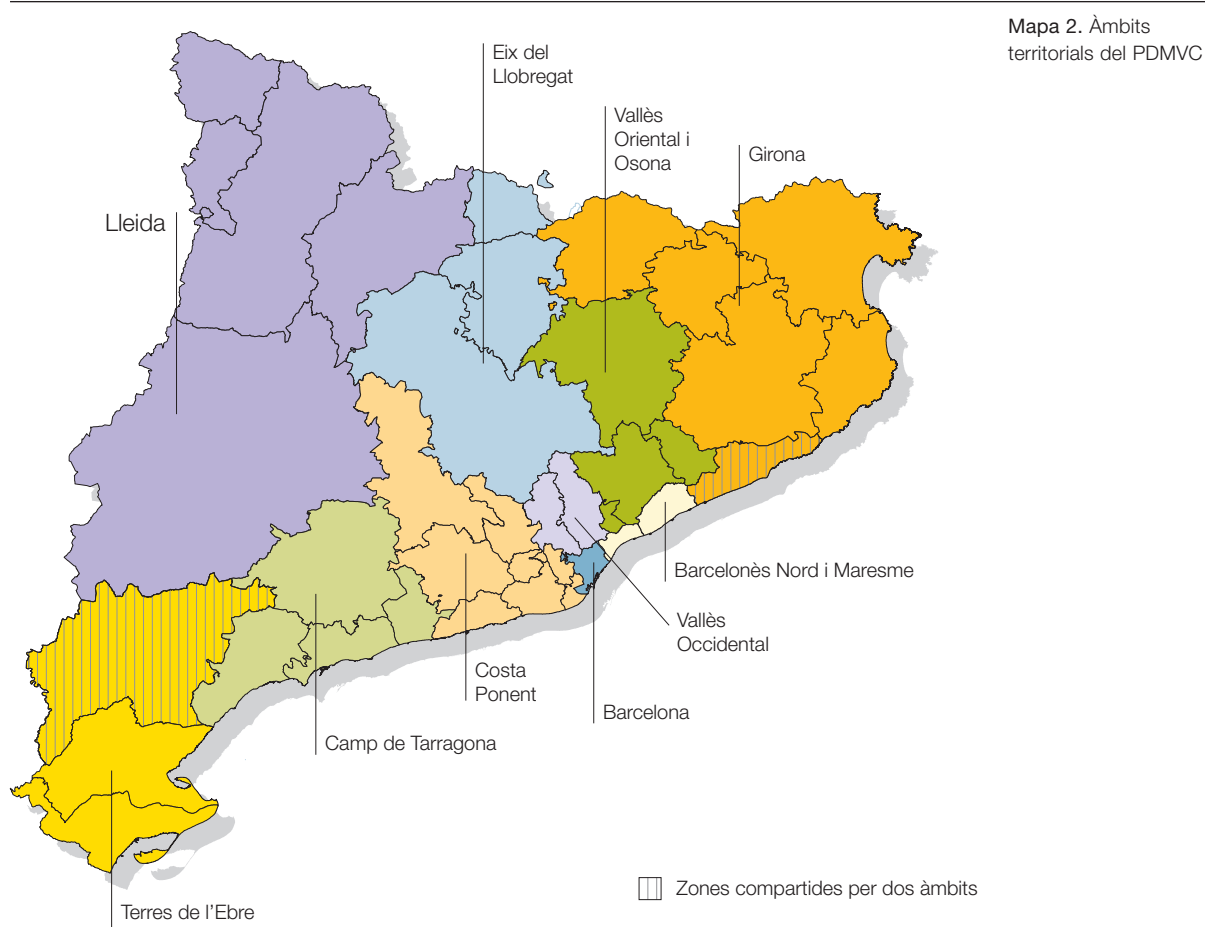
Si bé el punt de partida varen ser les set regions sanitàries en què es va dividir Catalunya (mapa 1), es va discutir amb els responsables de cada regió la definició d'àmbits territorials on històricament la relació entre els diferents recursos assistencials vinculats a la malaltia estigués establerta, el funcionament fos operatiu i que tinguessin en compte altres divisions territorials: els sectors sanitaris o els futurs Governos Territorials de Salut (GTS).

Mapa 1. Regions sanitàries



El Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral

Això va portar a la creació dels deu àmbits territorials del Pla, establerts amb l'acord dels responsables del Mapa Sanitari i les regions sanitàries (mapa 2, taula 1). Cada àmbit territorial té un Comitè Operatiu del PDMVC, responsable de la implementació del mateix, presidit pels responsables de les regions sanitàries implicades i format pels responsables de l'atenció a l'ictus a cada centre, professionals d'atenció primària, responsables locals del Servei d'Emergències Mèdiques (SEM/061), i el PDMVC, que crea diferents grups de treball en funció dels temes a implementar: atenció urgent, rehabilitació i altres. La ciutat de Barcelona té una organització diferenciada, d'acord amb el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB).



Àmbits Territorials de Referència ICTUS	Total
Lleida	389.340
Camp de Tarragona	540.887
Terres de l'Ebre	163.614
Girona	684.155
Costa ponent	1.385.612
Barcelonès Nord i Maresme	760.373
Eix del Llobregat	244.536
Barcelona	1.682.510
Vallès Occidental	830.157
Vallès Oriental i Osona	514.901

Taula 1. Població resident al 2005 als àmbits territorials del PDMVC

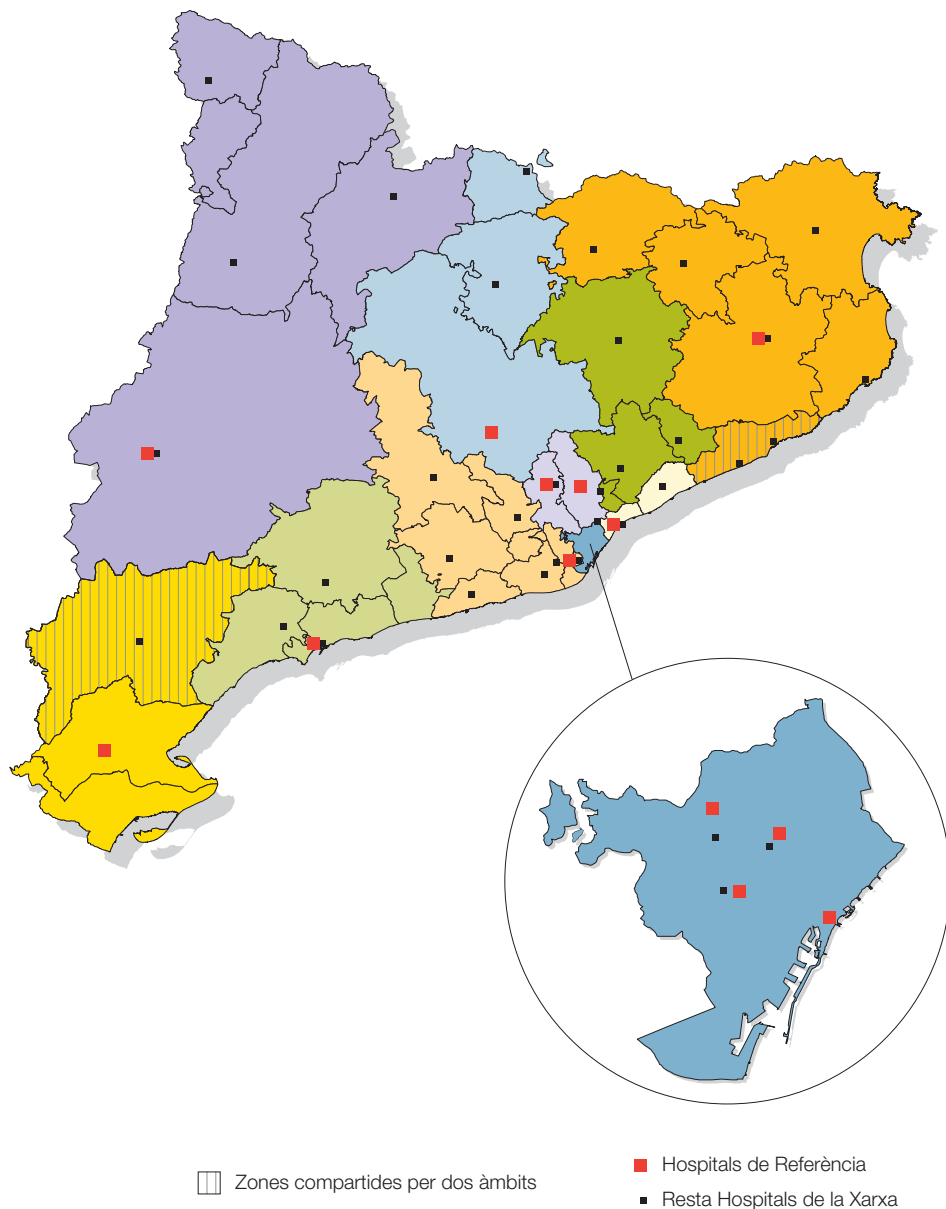
Població Font: CatSalut. RCA a 31/12/2005

2. Els hospitals de referència

Cada àmbit territorial integra tots els recursos assistencials de l'atenció a la malaltia, ja que només la seva coordinació a nivell del territori permetrà que s'acompleixi l'objectiu bàsic del PDMVC: que cada pacient utilitzi en cada moment els recurs més eficient tant en la fase aguda i subaguda, com en la rehabilitació amb ingrés, ambulatoria o domiciliària.

Donat que l'ictus genera gairebé sempre un ingrés hospitalari, i que determinats pacients es poden beneficiar de tractaments efectius que requereixen la concentració en pocs hospitals, es van definir 13 hospitals de referència a Catalunya en base a la casuística, isocrones i l'acompliment dels criteris recomanats a la GPC (mapa 3). Els pacients que compleixen determinats criteris clínics -Codi Ictus- són traslladats a aquests centres. Aquest sistema funciona a tota Catalunya des del maig del 2006.

Mapa 3. Hospitals d'aguts de referència i no de referència de la XHUP



El Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral

3. Els recursos per a l'atenció a l'ictus

Al març del 2006, es va remetre un qüestionari estructurat a cada un dels responsables de la malaltia vascular cerebral dels 48 hospitals de la XHUP, on es demanava la descripció dels recursos i determinats aspectes de l'organització de l'atenció a l'ictus a urgències, durant l'ingrés, la rehabilitació, la dotació en equipaments, l'estudi de l'AIT i altres. La validesa d'aquesta informació no és absoluta per les següents raons: en primer lloc, les respostes van arribar entre abril i desembre del 2006, i per tant, no reflecteixen la situació dels centres en un mateix moment (per exemple, en alguns dels centres declarants s'han produït canvis que s'han tingut en compte quan s'han conegut); i en segon lloc, les dades enviades no han estat auditades. Es presenta la informació que s'ha considerat més rellevant.

Donat que la quantitat i les característiques dels recursos són diferents segons la grandària de l'hospital, els 48 centres es varen classificar en tres nivells en funció de les altes anuals de pacients amb ictus, seguint els mateixos criteris que es van utilitzar en l'audit clínic.

- Nivell 1, menys de 150 ingressos (18 hospitals)
- Nivell 2, entre 150 i 350 ingressos (19 hospitals)
- Nivell 3, més de 350 ingressos (11 hospitals)

Són hospitals de referència:

- Tots els centres de nivell 3
- 2 centres de nivell 2

3.1. Atenció urgent: el codi ictus i els centres de referència

La GPC de l'ictus va definir els requeriments necessaris que havien d'acomplir els hospitals que podien avaluar i tractar l'ictus isquèmic amb rtPA en la finestra 0-3 hores. Es van definir 13 hospitals de referència adscrits als 10 àmbits territorials per assegurar l'equitat al territori, que en aquest moment administren el tractament trombolític amb rtPA intravenós 24 hores/dia, 365 dies/any^a. L'organització dintre de cada àmbit territorial possibilita que els pacients candidats siguin derivats ràpidament al seu centre de referència (mapa 3).

El responsable del procés assistencial als centres de referència sempre és el neuròleg. L'atenció a urgències és dispensada en aquests 13 hospitals de la següent manera:

- En 8 centres per una guàrdia de neurologia
- En 2 centres per un equip mixt (neuròlegs/ internistes)
- En 3 centres per medicina interna/ urgències

Dotze dels tretze hospitals de referència declaren tenir registres de trombòlisi propis (92,3%).

3.2. L'ingrés a la fase aguda. Les unitats d'ictus (UI)

La taula 2 descriu l'especialitat del professional responsable de l'ictus a cada centre, que és coincident amb el responsable de l'ictus designat per l'hospital per al PDMVC, excepte en 3 hospitals de nivell 1 on el responsable és un professional de la direcció.

^a Només hi ha referència d'un centre de la XHUP considerat no de referència, però que cobreix pacients privats, que ha tractat amb rtPA intravenós un total de 4 pacients amb ictus.

Taula 2. Especialitat del responsable de l'atenció a l'ictus als hospitals

Nivell	Nombre d'hospitals	Neurologia	Medicina Interna	Nombre mig diari de malalts ingressats en els últims 7 dies (mitja±DE)
Nivell 1	18 centres	5	13	2,5±2,5
Nivell 2	19 centres	15	4	3,6±2,7
Nivell 3	11 centres	11	0	7,1±6,9

La revisió de la 'Stroke Unit Trialists' (2003) inclou dintre del concepte d'UI diferents tipologies; des de les UI intensives específiques per a la fase aguda amb estades molt curtes, fins a les UI exclusivament de rehabilitació amb estades superiors als dos mesos. L'enquesta demanava quin tipus de recursos per a l'admissió de pacients amb ictus tenia cada hospital a la fase aguda, i oferia les següents possibilitats:

- Ingrés a una unitat semiintensiva amb monitoratge continu exclusiva per ictus (ratio infermeria/malalt: 1/4-6)
- Ingrés a una unitat semiintensiva amb monitoratge continu que admet ictus i altres patologies (ratio infermeria/ malalt: 1/4-6)
- Ingrés en una planta d'hospitalització on es concentren tots els malalts amb ictus, i amb ratios infermeria/malalt de planta d'hospitalització convencional.
- Ingrés a diferents plantes d'hospitalització segons disponibilitat de llits.

Les dues primeres opcions existeixen únicament als centres de referència, dels quals 7 tenen el model (a), i els 6 restants, variants del model (b). Els centres de referència disposen, a més, de planta de neurologia convencional i la decisió de on ingressa el malalt agut està lligada a les seves característiques clíniques.

A la resta d'hospitals, les respostes obtingudes en relació al recurs per a l'ingrés de malalts amb ictus només permeten assenyalar tendències vinculades al nombre d'ingressos: en els hospitals del nivell 1 el malalt ingressa en diferents plantes segons disponibilitat de llits, i en els del nivell 2 els pacients amb ictus tendeixen a concentrar-se en una mateixa planta d'hospitalització convencional, si bé en aquest cas s'observen diferències importants segons el nombre de llits del centre.

3.3. Equips d'ictus

Vint-i-nou (60,4%) dels hospitals participants disposen d'un equip d'ictus. La distribució segons els nivells hospitalaris es: 7 (38,9%) hospitals del nivell 1, 11 (57,9%) hospitals del nivell 2, i 11 (100%) hospitals del nivell 3.

El responsable de l'equip d'ictus, en el cas que aquest existeixi, és el neuròleg en 21 casos (72,4%), i el metge internista en 6 casos (20,7%). En 2 casos aquesta informació no consta (taula 3).

A la taula 4 es mostren els professionals que integren els equips d'ictus. Vint-i-cinc hospitals dels 29 que disposen d'equip d'ictus (86,2%) fan reunions periòdiques.

Taula 3. Responsable de l'equip d'ictus (nombre i proporció de centres segons nivells hospitalari)

	Nivell 1, n (%) N= 18	Nivell 2, n (%) N= 19	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
Neuròleg	3 (16,7)	7 (36,8)	11 (100)	21 (43,7)
Internista	4 (22,2)	2 (10,5)	0	6 (12,5)
No consta	0	2 (10,5)	0	2 (4,2)
No equip ictus	11 (61,1)	8 (42,1)	0	19 (39,6)

El Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral

	Nivell 1, n (%) N= 7	Nivell 2, n (%) N= 11	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 29
Neuròleg	5 (71,4)	11 (100)	11 (100)	27 (93,1)
Internista	6 (85,7)	5 (45,4)	4 (36,3)	15 (51,7)
RHB	4 (57,1)	10 (90,9)	9 (81,8)	23 (79,3)
Infermer/a	7 (100)	11 (100)	10 (90,9)	28 (96,5)
Fisioterapeuta	7 (100)	9 (81,8)	9 (81,8)	25 (86,2)
T. ocupacional	1 (14,3)	4 (36,3)	3 (27,3)	8 (27,6)
T. social	6 (85,7)	8 (72,7)	8 (72,7)	22 (75,8)
Altres	5 (71,4)	4 (36,3)	3 (27,3)	12 (41,4)

Taula 4. Professionals integrants de l'equip d'ictus (nombre i proporció d'hospitals de cada nivell que declaren disposar-ne)

3.4. Rehabilitació del malalt amb ictus

Tots els hospitals disposen d'algun professional de l'àmbit de la rehabilitació. L'especialitat dels professionals que integren l'equip de rehabilitació als diferents centres varia segons el nivell de l'hospital. Aquesta informació està desglossada a la taula 5.

	Nivell 1, n (%) N= 18	Nivell 2, n (%) N= 19	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
RHB	11 (61,1)	13 (68,4)	8 (72,7)	32 (66,6)
Fisioterapeuta	18 (100)	17 (89,5)	11 (100)	46 (95,8)
T.ocupacional	10 (55,5)	6 (31,6)	6 (54,5)	22 (45,8)
Logopeda	9 (50)	8 (42,1)	9 (81,8)	26 (54,2)
Neuropsicòleg	6 (33,3)	8 (42,1)	8 (72,7)	22 (48,8)
T. social	18 (100)	17 (89,4)	11 (100)	46 (95,8)
Altres	2 (11,1)	7 (36,8)	8 (72,7)	17 (35,4)

Taula 5. Integrants de l'equip de rehabilitació (nombre i proporció d'hospitals de cada nivell que declaren disposar de cadascun d'ells)

Si passada la fase aguda es considera que el pacient requereix rehabilitació neurològica en règim d'ingrés, no hi ha cap recurs dedicat específicament a l'ictus. Quatre centres d'aguts disposen de llits de rehabilitació, i reben els pacients candidats a rehabilitació intensiva del propi hospital i des d'altres de la xarxa.

L'altre recurs per als pacients en els que es creu indicat l'ingrés són centres de Convalescència i mitja estada polivalent. Catalunya disposa, l'any 2006, de 1771 llits d'aquesta tipologia amb una estada mitjana de 42 dies. En aquests centres, l'ictus és el primer diagnòstic d'ingrés en homes i el segon en dones, segons dades CMBD-RSS 2004.

En relació a la capacitat del centre d'organitzar el tractament rehabilitador ambulatori o domiciliari, i el tractament de logopèdia, l'enquesta revela les següents dades:

	Nivell 1, n (%) N= 18	Nivell 2, n (%) N= 19	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
RHB ambulatoria	12 (66,6)	11 (61,1)	10 (90,9)	33 (70,2)
RHB domiciliària	6 (33,3)	4 (21,0)	2 (18,2)	12 (25)
Logopèdia	7 (38,9)	6 (31,6)	9 (81,8)	22 (45,8)

Taula 6. Tractament rehabilitador ambulatori i domiciliari, i logopèdia (nombre i proporció de centres de cada nivell que declaren capacitat per organitzar-lo)

3.5. Equipaments: neuroimatge i imatge vascular

El 85,4% dels hospitals disposen de TC cranial. La disponibilitat d'aquesta prova diagnòstica està garantida 24 hores/dia, 365 dies/any als hospitals de referència. La RM cranial està disponible al 41,7% dels centres, i en 6 pots realitzar-se 24 hores al dia.

Taula 7. Equipaments de neuroimatge (nombre i proporció de centres de cada nivell que declaren disposar d'aquestes exploracions)

	Nivell 1, n (%) N= 18	Nivell 2, n (%) N= 19	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
TC cranial	12 (66)	18 (94,7)	11 (100)	41 (85,4)
RM cranial	2 (11,1)	8 (42,1)	10 (90,9)	20 (41,7)
RM 24 h/dia	1 (5,5) ^b	1 (5,3)	4 (36,4)	6 (12,5)
DWI/PWI	1 (5,5)	5 (26,3)	8 (72,7)	14 (29,2)

Pel que fa a les tècniques d'imatge vascular estan detallades a la taula 8. És destacable que en el 47,9% dels centres es practica el doppler transcranial (DTC), tot i que només en 6 centres de referència es practica 24 hores/dia, 365 dies/any.

Taula 8. Disponibilitat de tècniques d'imatge vascular (nombre i proporció de centres segons nivell que declaren disposar-ne)

	Nivell 1, n (%) N= 18	Nivell 2, n (%) N= 19	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
DTC	4 (22,2)	9 (47,4)	10 (90,9)	23 (47,9)
DTC 24 h/dia	0	1 (5,3)	5 (45,5)	6 (12,5)
Eco-doppler TSA	11 (61,1)	16 (84,2)	10 (90,9)	37 (77,1)
Eco-doppler TSA 24 h/dia	0	1 (5,3)	4 (36,4)	5 (10,4)
Angio-TC i/o Angio-RM	2 (11,1)	7 (36,8)	9 (81,8)	18 (37,5)
Angiografia convencional	1 (5,6)	2 (10,5)	7 (63,6)	10 (20,8)

L'eco-doppler de TSA el realitzen diferents especialistes:

- neuròleg: 12 hospitals (25%)
- radiòleg: 17 hospitals (35,4%)
- cirurgia vascular: 8 hospitals (16,7%)

3.6. Estudi i atenció a l'AIT

L'estudi del malalt amb AIT s'ha de fer preferentment en les primeres 48 hores després de l'episodi. A la taula 9 es mostra la demora fins a l'estudi vascular intra/extracranial al nostre medi.

Taula 9. Demora en l'estudi vascular de l'AIT (nombre i proporció de centres segons nivell)

	Nivell 1, n (%)	Nivell 2, n (%)	Nivell 3, n (%)	Total, n (%)
≤ 48 hores	2 (11,1)	2 (10,5)	7 (63,6)	11 (22,9)
2-7 dies	9 (50)	11 (57,9)	3 (27,3)	23 (47,9)
> 1 setmana	6 (33,3)	6 (31,6)	1 (9,1)	13 (27,1)
No consta	1 (5,6)	0	0	1 (2,1)
Total, N (%)	18 (100)	19 (100)	11 (100)	48 (100)

A Catalunya el malalt amb AIT s'estudia majoritàriament mitjançant l'ingrés hospitalari, i en 5 centres de referència l'estudi es pot garantir a urgències (taula 10).

^b Es tracten pacients privats

El Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral

	Nivell 1, n (%) N= 18	Nivell 2, n (%) N= 19	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
Urgències	0	1 (5,3)	4 (36,4)	5 (10,4)
Ingressat	12 (66,7)	11 (57,9)	5 (45,5)	28 (58,3)
Ambulatori	6 (33,3)	7 (36,8)	2 (18,2)	15 (31,3)

Taula 10. Lloc de l'estudi del malalt amb AIT (nombre i proporció de centres segons nivell)

En 9 dels 15 hospitals (60%) que fan l'estudi de l'AIT ambulatori hi ha una consulta específica per avaluar aquests malalts.

A més de la neuroimatge i la imatge vascular, alguns d'aquests malalts requereixen un estudi cardiològic. A la taula 11 es mostra la disponibilitat de les exploracions diagnòstiques per a l'estudi cardiològic.

	Nivell 1, n (%) N= 18	Nivell 2, n (%) N= 19	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
ETT + ETE	2 (11,1)	10 (52,6)	10 (90,9)	22 (45,8)
ETT	11 (61,1)	9 (44,7)	0	20 (41,7)
Estudi arítmies	10 (55,6)	18 (94,7)	10 (90,9)	38 (79,2)
Estudi isquèmia miocàrdica silent	4 (22,2)	6 (31,6)	9 (81,8)	19 (39,6)

Taula 11. Exploracions disponibles per a l'estudi cardiològic (nombre i proporció de centres segons nivell)

La demora d'aquest estudi al conjunt d'hospitals participants és de (M, IIQ): 7 dies (4,5-14). Als hospitals de nivell 1, 7 dies (6-15); als hospitals de nivell 2, 7 dies (4,5-12,5); i als de nivell 3, 6 dies (4,5-7).

Divuit dels 48 centres participants (37,5%) declaren realitzar tromboendarteriectomia de caròtide (TEA). En conjunt, s'han declarat 528 TEA en un període de 12 mesos. En relació a les angioplasties, s'han declarat 161 casos que s'han realitzat en 11 dels 48 (22,9%) hospitals participants. Els professionals que realitzen aquesta intervenció endovascular varien segons els centres, i es reparteixen en proporcions similars entre angioradiòlegs, neuroradiòlegs i cirurgians vasculars.

3.7. Altres

S'ha explorat l'existència de 7 protocols per al maneig de les complicacions més freqüents. Les dades es mostren a la taula 12.

	Nivell 1, n (%) N= 18	Nivell 2, n (%) N= 19	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
Maneig de la Hipertensió	14 (77,8)	18 (94,7)	11 (100)	43 (89,6)
Maneig de la Hipertensió intracranial	12 (66,7)	10 (52,6)	10 (90,9)	32 (66,7)
Maneig de la Disfàgia	11 (61,1)	14 (73,7)	11 (100)	36 (75)
Maneig de la Hipertèrmia	12 (66,7)	15 (78,9)	11 (100)	38 (79,2)
Prevenició i maneig de la Pneumònia per aspiració	11 (61,1)	13 (68,4)	11 (100)	35 (72,9)
Prevenició i maneig de les nafres per pressió	16 (88,9)	19 (100)	11 (100)	46 (95,8)
Maneig de la incontinència urinària	10 (55,6)	10 (52,6)	9 (81,8)	29 (60,4)

Taula 12. Protocols clínics (nombre i proporció de centres que declaren disposar-ne, segons nivell)

Dins d'algunes de les actuacions vinculades total o parcialment la infermeria, s'ha demanat sobre l'existència de vies clíniques, programes de docència, i sessions informatives per al malalt i familiars, així com si es reparteix el document "Superar l'ictus. Guia per a pacients i cuidadors" elaborat pel PDMVC. Les dades es mostren a la taula 13.

Taula 13. Actuacions de l'àmbit d'infermeria (nombre i proporció de centres que declaren disposar-ne, segons nivell)

	Nivell 1, n (%) N= 18	Nivell 2, n (%) N= 19	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
Vies clíniques	10 (55,6)	11 (57,9)	10 (90,9)	31 (64,6)
Programes de docència per la Infermeria	5 (27,8)	12 (63,1)	8 (72,7)	25 (52,1)
Sessions informatives per a malalts i familiars	0	4 (21,1)	6 (54,5)	10 (20,8)
Es reparteix la Guia "Superar l'Ictus"	9 (50)	13 (68,4)	8 (72,7)	30 (62,5)



L'audit clínic de l'ictus 2006

1. Introducció

L'objectiu principal d'aquest primer audit clínic de l'ictus és avaluar la situació de l'atenció hospitalària al malalt amb patologia cerebrovascular aguda als hospitals d'aguts de la XHUP de Catalunya abans de la publicació i difusió de la GPC de l'Ictus (novembre 2005). L'audit clínic de l'ictus va consistir en la revisió d'històries clíniques de pacients amb ictus ingressats als 48 hospitals d'aguts de la XHUP.

Es presenta la informació recollida a l'audit en base a sis perfils assistencials integrats per diferents indicadors que es relacionen amb diferents aspectes de la pràctica assistencial. Un setè perfil, el 'top 13', agrupa tretze indicadors que considerem molt rellevants, si tenim en compte l'evidència científica que els recolza. Aquests perfils són:

- 1) Qualitat de la història clínica
- 2) Estàndards d'atenció bàsica
- 3) Avaluació neurològica
- 4) Mesures inicials del tractament rehabilitador
- 5) Prevenció i maneig de complicacions
- 6) Mesures preventives inicials de l'ictus
- 7) El 'top 13'

Tot i que es descriu de manera exhaustiva la metodologia de l'audit clínic, els resultats s'han de prendre amb cautela per diferents raons. D'una banda, cal tenir en compte que els resultats per hospitals provenen de mostres relativament petites, corresponents a un període de temps curt i subjectes a variacions degudes a l'atzar. I d'altra banda, no disposem de cap criteri de referència (*gold standard*) per avaluar de manera objectiva la qualitat assistencial, de manera que adoptem un criteri intern (la mitjana global de tot el territori). Per tot això, els resultats només poden indicar tendències o cridar l'atenció sobre certs aspectes a millorar en el procés assistencial sense que es puguin prendre o valorar de forma absoluta.

La informació es va recollir seguint una seqüència cronològica però els resultats es presenten segons els perfils assistencials mencionats. Aquest enfocament va lligat a la visió del PDMVC sobre quin ha de ser l'objectiu fonamental d'un audit periòdic. Si cada un d'ells és una fotografia estàtica d'un moment de l'atenció a la malaltia, la seva realització cada dos anys serà un instrument que permetrà detectar els punts de millora de cada centre i en cada moment del procés assistencial i prendre les mesures necessàries per a que els pacients rebin una atenció de la màxima qualitat.

2. Metodologia

2.1. Definició de la mostra

Pacients consecutius ingressats per malaltia vascular cerebral aguda definida mitjançant els codis diagnòstics següents: 431 (hemorràgia intracerebral), 433.01 (oclusió i estenosi d'artèries precerebrals amb infart), 434 (oclusió d'artèries cerebrals) i 436 (malaltia vascular cerebral aguda mal definida). Tots els casos inclosos havien ingressat als hospitals de la XHUP en un període de temps (15/01/2005-15/06/2005) previ a la publicació i difusió de la GPC de l'Ictus (novembre 2005).

El nombre de casos a reclutar per cada centre es va definir segons el nombre d'ingressos anuals per ictus, de la forma següent: menys de 150 ingressos anuals, 20 casos; entre 150-350 ingressos anuals, 40 casos; i més de 350 ingressos anuals, 60 casos. Així, el volum de la mostra global s'havia estimat al voltant de 1800 casos. La selecció

L'audit clínic de l'ictus 2006

dels casos de cada hospital s'ha fet a partir del registre d'altres de l'hospital, utilitzant els codis diagnòstics mencionats anteriorment.

2.2. Recollida de dades

La informació requerida a l'audit clínic es va obtenir mitjançant la revisió de les dades consignades a la història clínica. Per a la recollida de les dades es va dissenyar un formulari estructurat segons els diferents moments de l'ingrés. Aquesta organització del formulari seguint la cronologia de l'ingrés volia determinar si, a més de fer-se, les intervencions es feien en el moment precís recomanat per la GPC de l'ictus.

El formulari tenia un format electrònic i s'hi accedia a través d'un portal web dependent del Departament de Salut. L'aplicació funcionava de manera que obligava a contestar totes les variables de la mateixa secció i, per tant, quan una dada concreta era absent a la història clínica, i la seva absència no estava justificada, se li donava el valor 'no consta'.

2.3. Auditoria externa

Per tal d'assegurar la qualitat de les dades, el 10% dels casos reclutats a cada hospital, i seleccionats de manera aleatòria, es van avaluar externament per monitors aliens a l'hospital. L'auditoria externa es va realitzar posteriorment a la inclusió dels casos, un cop l'accés dels investigadors locals a l'aplicació/ formulari electrònic s'havia tancat.

2.4. Anàlisi estadística

A l'annex 1 hi ha un glossari de termes estadístics emprats en aquest treball.

Gestió de les dades

Un cop realitzades tant la inclusió local dels casos com l'auditoria externa a cadascun dels hospitals implicats en el projecte es va procedir al tancament de l'aplicació electrònica. La base de dades, inicialment en format text (.txt), es va depurar per tal d'eliminar-ne les duplicitats, les exclusions i els casos oberts però sense dades al formulari, d'acord amb els investigadors locals. La matriu de dades resultant s'ha treballat amb el paquet estadístic STATA 9.0.

Anàlisi de la concordança entre observadors

Dels 1791 casos reclutats es van auditar de forma externa 167 històries (9,3%). Es va calcular la concordança entre observadors (és a dir, entre la informació recollida per l'investigador local i la recollida per l'investigador extern) mitjançant el càlcul de l'estadístic Kappa per a cada variable de l'estudi i la concordança global mitjançant el càlcul de la Kappa mitjana de totes les variables de l'estudi.

De les 92 variables analitzades el 7% tenien una concordança regular, el 21% moderada, el 50% important i el 22% gairebé perfecta. La kappa mitjana entre totes les variables era de 0,70. De les 26 variables amb un valor de kappa inferior a 0,60 es va valorar el tipus d'error comès, el tipus d'impacte sobre el resultat i la seva interpretació.

Anàlisi descriptiva

S'ha realitzat una anàlisi descriptiva de freqüències de les variables discretes i de tendència central (mitjana, m ; o mediana, M) i dispersió (desviació estàndard, DE ; o interval interquartils, iiQ) de les variables contínues segons la seva distribució.

Els perfils assistencials

S'han establert set agrupacions de variables segons diferents criteris. Aquestes agrupacions són:

- a. Qualitat de la història clínica. Inclou variables que determinen la qualitat de les dades que apareixen a la història clínica d'un ictus.
- b. Estàndards d'atenció bàsica. Agrupa intervencions bàsiques que s'han de realitzar inicialment en el curs d'ictus.
- c. Avaluació neurològica. Integra les intervencions o accions que s'han de realitzar per tal d'avaluar i fer el seguiment neurològic del malalt amb ictus.
- d. Mesures inicials del tractament rehabilitador. Inclou intervencions relacionades amb el tractament rehabilitador i l'establiment dels seus objectius.
- e. Prevenció i maneig de complicacions. Agrupa les intervencions dirigides a la prevenció i maneig de les complicacions que poden aparèixer en el curs d'un ictus.
- f. Mesures preventives inicials de l'ictus. Integra indicadors que exploren l'establiment de mesures de prevenció i control de factors de risc.
- g. El 'top 13'. Els indicadors més rellevants de cadascun dels perfils anteriors (nombre total= 13), i que tenen una recomanació de grau elevat a la GPC de l'Ictus, s'han agrupat en un setè perfil que hem anomenat 'top 13'.

Totes les variables englobades en aquests perfils assistencials, i que representen indicadors de qualitat de l'atenció o del procés assistencial, s'han recodificat de manera que l'indicador pren valor 0 quan l'atenció no compleix els criteris de qualitat i 1 quan l'atenció compleix els criteris de qualitat. El barem aplicat per al càlcul del compliment dels indicadors que conformen els perfils es mostra a l'annex 2.

S'han calculat els valors percentuals i els intervals de confiança del 95% (IC 95%) per a cada indicador de qualitat per cada hospital individualment, i s'han posat en referència al percentatge mitjà de la mostra total representativa del territori català.

En aquest informe, es presenten els resultats al conjunt del territori català i els resultats concrets de cada hospital s'entreguen en versió CD, de manera individualitzada, als responsables de cada centre.

3. Resultats

3.1. Descripció de la mostra

L'anàlisi descriptiva complerta de totes les variables de l'audit en el conjunt del territori català es mostra a l'annex 3, així com el manual de recollida de dades de l'audit (annex 4).

S'han recollit un total de 1.791 casos. L'edat mitjana de la mostra ha estat de 75,6±12,4 anys (<65 anys: 17,4%, 312 casos), i per gèneres la mostra s'ha distribuït de la següent forma: 966 homes (53,9%), i 825 dones (45,1%).

Pel que fa al perfil de factors de risc vascular, aquests es van distribuir segons que es mostra al gràfic 1.

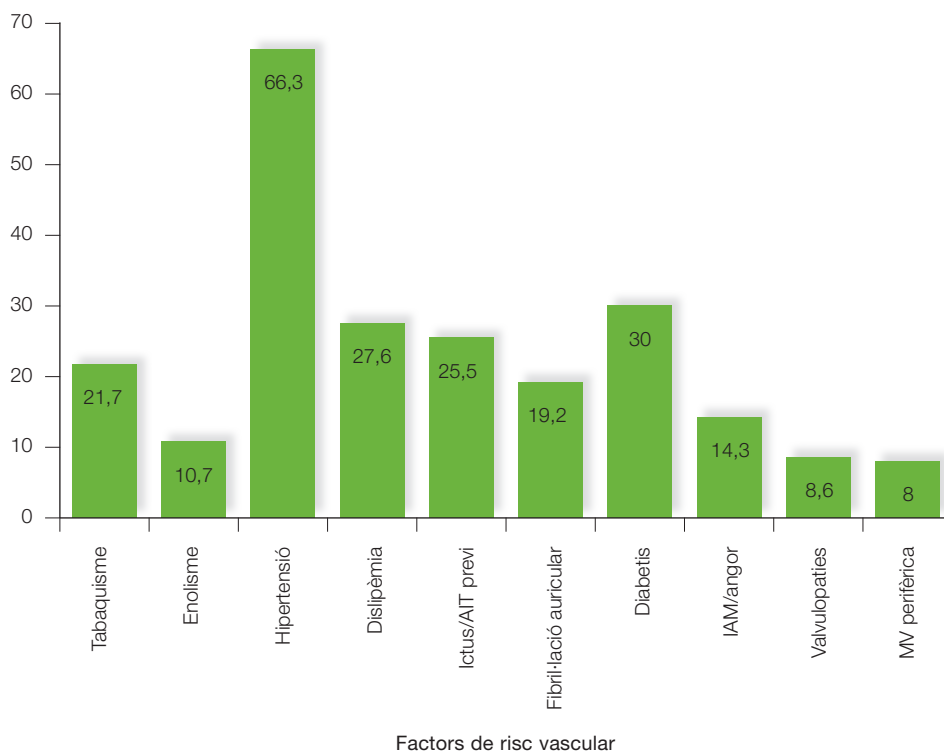
El 59,2% (1.056) dels casos eren independents abans de l'ictus i el 15,7% (281) tenien discapacitat prèvia. Aquesta dada es desconeixia en el 2,8% (51) de la mostra i no constava a la història clínica fins en un 22,2% (397) dels casos.

La data i hora d'inici dels símptomes era coneguda en el 87,7% i el 34,8% dels casos, i no es coneixia en el 8,5% i 46,3% dels casos respectivament, mentre que a la història clínica no es feia menció d'aquestes dades en el 3,8% i el 18,9% dels casos, respectivament. La mediana del temps transcorregut des del inici dels símptomes fins a l'arribada a l'hospital va ser de 2,4 hores (IIQ: 1,2-7 hores). Globalment, el codi ictus es va activar en el 8,9% (159) de la mostra i el nivell de les activacions va ser majoritàriament

L'audit clínic de l'ictus 2006

intrahospitalari (43,4%; 69 casos) i des dels hospitals comarcals (31,4%; 50 casos). El 2,7% (49) dels casos inclosos va rebre tractament amb rtPA intravenós en les 3 primeres hores de l'ictus^c.

Percentatge (%)



Gràfic 1. Perfil de factors de risc vascular

El diagnòstic principal inicial (realitzat en les primeres 24 hores) va ser: ictus isquèmic en el 76,8% dels casos (1.363) i hemorràgia intracerebral en el 14,5% (258 casos). En el 4,7% (84 casos) aquesta dada no apareixia en la història clínica, i en el 2,8% (49 casos) era absent donat que la TC cranial estava pendent de practicar-se.

En relació al consum de recursos d'hospitalització, l'estada mitjana hospitalària va ser de 11,1 dies (DE: 10,8 dies), i en el 96,7% dels casos (1.696) l'ingrés transcorregué en 1-2 ubicacions diferents, excloent l'estada a urgències. Pel que fa a la mortalitat de la mostra, el 13,7% (240 casos) van ser exitus en el transcurs de l'ingrés, dels quals el 8,7% (155) va morir en els primers 7 dies.

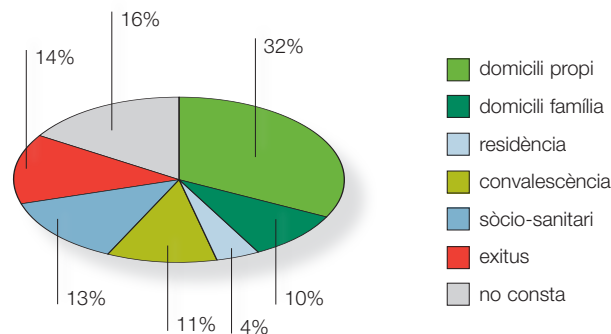
En relació a la informació que apareix al informe d'alta, l'NIHSS mitjana a l'alta va ser de $4,8 \pm 5,8$ (informada en 321 casos; 18,3%), i en el cas que s'utilitzés l'escala Canadenc, la puntuació mitjana va ser de $7,4 \pm 2,5$ (informada en 7 casos; 0,4%). De forma similar, la situació funcional del malalt a l'alta apareix en el 9,0% (157) dels casos mesurada amb l'escala de Barthel ($49,5 \pm 34,6$), i en el 11,8% (207 casos) mesurada amb l'escala modificada de Rankin ($2,7 \pm 1,6$). La situació neurològica del malalt a l'alta no consta en el 10,0% (176) dels casos i la situació funcional és absent en el 20,9% (366 casos). Pel que fa al diagnòstic topogràfic i el mecanisme pel qual s'estableix l'ictus, aquests no

^c Aquestes dades il·lustren la situació que existia a la primera meitat del 2005, abans del desplegament del model territorial d'atenció a l'ictus agut impulsat pel PDMVC al 2006 i que funciona a la totalitat del territori des del maig de 2006.

consten en el 26,2% (459 casos) i 35,5% (622) dels casos, respectivament. En relació a la prescripció d'antitrombòtics a l'alta, aquests eren absents en el 6,0% (104 casos) d'ictus isquèmics.

El destí dels malalts a l'alta es va distribuir de la següent forma:

Gràfic 2. Destí a l'alta



3.2. Els perfils assistencials

En aquest apartat es mostra el compliment dels perfils assistencials mitjançant una taula. A les taules hi apareix el compliment, sobre els casos vàlids, de cadascun dels indicadors que conformen els perfils.

Els casos vàlids es defineixen com aquells casos en què l'acció avaluada és aplicable. Els casos no vàlids es generen a partir de 3 situacions diferents: 1) quan l'acció avaluada no és aplicable, 2) quan s'ha seleccionat la resposta 'exitus', i 3) quan la variable en qüestió és 'perduda'; és a dir, quan la secció en la que s'inclou la variable està en blanc, donat que es refereix a un període de l'ingrés que no va transcórrer a l'hospital des del que s'està incloent el cas.

Si prenem la variable 'prescripció d'antiagregants en les primeres 48 hores', i les seves possibles respostes: 'SI', 'altres antiagregants', 'NO', 'NP', i 'exitus', hem definit les següents possibilitats:

- Casos no vàlids: els que tenen com a resposta 'NP' (no procedeix perquè es tracta d'una hemorràgia intracerebral), 'exitus' (no es va arribar a prescriure el tractament per mort del pacient), i quan la secció a la qual pertany aquesta variable està en blanc.
- Casos vàlids: els que tenen com a resposta 'SI', 'altres antiagregants', i 'NO'. D'aquestes, les dues primeres es consideren respostes òptimes, mentre que la resposta 'NO', que en aquest cas equival a 'no consta', s'avalua negativament; és a dir, que es considera no òptima.

A l'annex 2 es detalla el barem aplicat per a l'avaluació de les variables com a òptimes o no òptimes.

L'audit clínic de l'ictus 2006

Perfil 1: Qualitat de la història clínica

S'han seleccionat determinats indicadors que han d'aparèixer específicament a la història clínica d'un malalt que ha patit un ictus.

S'ha avaluat com a òptim que la informació que es demana consti a la història clínica, i no quin és el valor concret de la variable. Per exemple, l'indicador "situació funcional a l'alta" expressa si aquesta informació constava al informe d'alta i no la situació funcional concreta del pacient

	Global Catalunya	
	Casos vàlids	% de compliment (IC 95%)
Habitatge abans ingrés	1.785	71,8 (69,7-74)
AP/ factors de risc vascular	1.785	100 (99,8-100)
Medicació habitual i control dels factors de risc	1.554	80,3 (78,2-82,3)
Situació funcional pre-ingrés	1.785	77,7 (75,8-79,7)
Data inici ictus	1.775	96,2 (95,3-97,1)
Hora inici ictus	1.775	81,1 (79,2-82,9)
Classificació inicial	1.705	95 (93,9-96,1)
Situació neurològica alta	1.518	88,4 (86,7-90)
Situació funcional alta	1.518	75,9 (73,6-78)
Diagnòstic topogràfic a l'alta	1.632	71,8 (69,5-74)
Mecanisme de l'ictus a l'alta	1.624	61,6 (59,2-64)
Destí a l'alta	1.514	81,4 (79,3-83,3)

Taula 14. Compliment dels indicadors agrupats al perfil 'qualitat de la història clínica'

És molt destacable la mancança d'informació a l'informe d'alta sobre quina és la situació neurològica del malalt a l'alta, present només al 55% dels casos, la situació funcional (present al 50%), i en, menor grau, el mecanisme pel qual s'estableix l'ictus (present al 61,6%), així com el diagnòstic topogràfic (present al 71,8%).

Perfil 2: Estàndards d'atenció bàsica

Aquest perfil avalua la realització de determinades actuacions que són bàsiques en la fase inicial de l'ictus.

	Global Catalunya	
	Casos vàlids	% de compliment (IC 95%)
ECG basal	1.756	95,4 (94,4-96,4)
PA basal	1.753	99,5 (99-99,8)
Glucèmia basal	1.750	93,2 (91,9-94,3)
Oxigenoteràpia i saturació basal	1.241	75,4 (72,9-77,7)

Taula 15. Compliment dels indicadors agrupats al perfil 'estàndards d'atenció bàsica'

En prop d'un 7% dels casos no consta la glucèmia basal, i en un 5% l'ECG inicial no està disponible. L'oxigenoteràpia es realitza en el 75,4% dels casos en què està indicada (saturació <92%). El 24,6% de casos restants il·lustren les situacions següents: s'administra oxigenoteràpia sense una mesura de la saturació, s'administra oxigen amb una saturació >92%, o bé no s'administra oxigen quan la saturació és inferior al 92%.

Perfil 3: Avaluació neurològica

Dins d'aquest perfil s'hi han inclòs els ítems de l'audit que exploren les intervencions relacionades amb l'avaluació neurològica i seguiment clínic del malalt amb ictus.

Taula 16. Compliment dels indicadors inclosos al perfil 'avaluació neurològica'

	Global Catalunya	
	Casos vàlids	% de compliment (IC 95%)
TC cranial < 24 h	1.733	92,3 (91-93,6)
Avaluació neurològica basal ^d	1.752	69,5 (67,3-71,7)
Avaluació neurològica plus ^e	1.666	52,7 (50,3-55,1)
Escales neurològiques 24 h	1.749	32,6 (30,4-34,8)
Escales neurològiques 48 h	1.665	29 (26,8-31,3)
Escales neurològiques 72 h	1.595	28,7 (26,6-31,1)
Escales neurològiques 1a setmana	1.390	26 (23,8-28,4)
Territori vascular	1.702	59,4 (57-61,7)
Parla	1.593	91,4 (90-92,8)
Deambulació	1.591	79 (77,1-81,2)
Dèficits motors	1.775	93,7 (92,5-94,9)
Estat cognitiu	949	53 (49,7-56,1)

El perfil 'avaluació neurològica' presenta diversos indicadors amb un compliment no satisfactori. És destacable el poc ús que es fa de les escales neurològiques al llarg de l'ingrés (24 h, 32,6%; 48 h, 29%; 72 h, 28,7%; i 1a setmana, 26%). L'avaluació neurològica basal és del 69,5%, i la definició inicial del territori vascular afectat és del 59,4%. També és molt baixa l'avaluació de l'estat cognitiu (53%).

Perfil 4: Mesures inicials del tractament rehabilitador

En aquest perfil s'hi inclouen algunes intervencions que es relacionen amb les mesures inicials del tractament rehabilitador i l'establiment dels seus objectius de forma individualitzada.

Taula 17. Compliment dels indicadors inclosos al perfil 'mesures inicials del tractament rehabilitador'

	Global Catalunya	
	Casos vàlids	% de compliment (IC 95%)
Mobilització precoç	1.487	52,5 (49,9-55)
Avaluació necessitats RHB	1.326	40 (37,4-42,7)
Avaluació necessitats logopèdia	790	27,2 (24,1-30,5)
Objectius de l'RHB	917	69,4 (66,3-72,4)
Treball social	855	47,6 (44-50,9)
Estat d'ànim	1.277	34,5 (32-37,3)

Tots els indicadors agrupats en aquest perfil tenen un compliment baix, especialment l'avaluació de les necessitats del tractament rehabilitador (40%), l'avaluació de les necessitats de logopèdia quan està indicada (27,2%), i l'avaluació de l'estat d'ànim (34,5%). Destaca el compliment de l'indicador 'objectius del tractament rehabilitador', que tot i no ser gaire elevat (69,4%) és clarament superior a la resta d'indicadors del perfil.

^d Avaluació neurològica que inclou totes les següents: nivell de consciència, moviments oculars i dèficit motor.

^e Avaluació neurològica en malalts amb nivell de consciència no deprimit que inclou totes les següents: camps visuals, llenguatge i sensibilitat.

L'audit clínic de l'ictus 2006

Perfil 5: Prevenció i maneig de complicacions

Aquest perfil determina si s'han establert les mesures necessàries per prevenir determinades complicacions que solen aparèixer en la fase aguda d'aquesta malaltia, i si es tracten de manera efectiva.

	Global Catalunya	
	Casos vàlids	% de compliment (IC 95%)
Test deglució	1.522	30 (27,8-32,5)
Prevenció TVP	1.453	82,3 (80,3-84,3)
Maneig hipertèrmia	362	79,2 (74,7-83,3)
Sonda urinària i motius	1.360	98,8 (98,1-99,3)

Taula 18. Compliment dels indicadors inclosos al perfil 'prevenció i maneig de complicacions'

És destacable el baix compliment d'una intervenció d'elevat nivell d'evidència científica com la pràctica del test de deglució (30%).

Perfil 6: Mesures preventives inicials de l'ictus

En aquest perfil s'hi han inclòs les mesures dirigides a la prevenció i tractament de l'ictus que s'han d'iniciar durant l'ingrés del malalt.

	Global Catalunya	
	Casos vàlids	% de compliment (IC 95%)
AAS < 48 hores	1.433	76,4 (74,2-78,7)
Maneig de l'HTA	1.029	75,2 (72,6-77,9)
Anticoagulació si ACxFA	385	50,6 (45,4-55,6)
Maneig de la dislipèmia	1.192	59,6 (56,7-62,4)
Fàrmacs antitrombòtics a l'alta	1.516	93,1 (91,7-94,4)

Taula 19. Compliment dels indicadors inclosos al perfil 'mesures preventives inicials'

La utilització de l'aspirina en les primeres 48 hores i el maneig de l'HTA no arriben al 80%, i el maneig de l'ACxFA amb anticoagulants és del 50,6%.

3.3. El perfil 'Top 13'

Aquest perfil engloba tretze intervencions sobre les que existeix evidència científica de qualitat bona o molt bona i que varen motivar la presència de recomanacions de grau A o B a la GPC de l'ictus. Els indicadors 'determinació de la glucèmia basal' i 'determinació de la PA basal' s'han inclòs en aquest perfil, tot i estar recolzats per una recomanació de grau C, per la seva rellevància clínica (taula 20).

	Grau de la recomanació
Glucèmia basal	C
PA basal	C
TC crani < 24 hores	A
Test de deglució	B
Mobilització precoç	B
Prescripció d'AAS < 48 hores	A
Maneig de la hipertèrmia	B
Prevenció de la TVP	A
Avaluació de les necessitats de rehabilitació	A
Maneig de la hipertensió	A
Maneig de la dislipèmia	A
Anticoagulació si fibril·lació auricular	A
Antitrombòtics a l'alta	A

Taula 20. Graus de recomanació dels indicadors seleccionats per al perfil 'top 13'

El compliment dels indicadors que integren el perfil 'Top 13' es mostra a la taula 21. El compliment de cadascun dels indicadors que integren aquest perfil s'ha representat mitjançant un gràfic on es mostra el compliment (percentatge i IC 95%) als 48 hospitals participants i el compliment mitjà a Catalunya (línia contínua de color verd).

Taula 21. Compliment dels indicadors inclosos al perfil 'top 13'

	Global Catalunya	
	Casos vàlids	% de compliment (IC 95%)
Glucèmia basal	1.453	93,2 (91,9-94,3)
PA basal	1.753	99,5 (99-99,8)
TC crani < 24 h	1.733	92,4 (91-93,6)
Test de deglució	1.522	30 (27,8-32,5)
Mobilització precoç	1.487	52,3 (49,9-55)
AAS < 48 h	1.433	76,4 (74,2-78,7)
Maneig de la hipertèrmia	362	79,3 (74,7-83,3)
Prevenió TVP	1.453	83 (80,3-84,3)
Avaluació necessitats RHB	1.326	40 (37,4-42,7)
Maneig de la HTA	1.029	75,2 (72,6-77,9)
Maneig de la dislipèmia	1.192	59,6 (56,7-62,4)
Anticoagulants si fibril·lació auricular	385	50,6 (45,4-55,6)
Antitrombòtics a l'alta	1.516	93,1 (91,7-94,4)

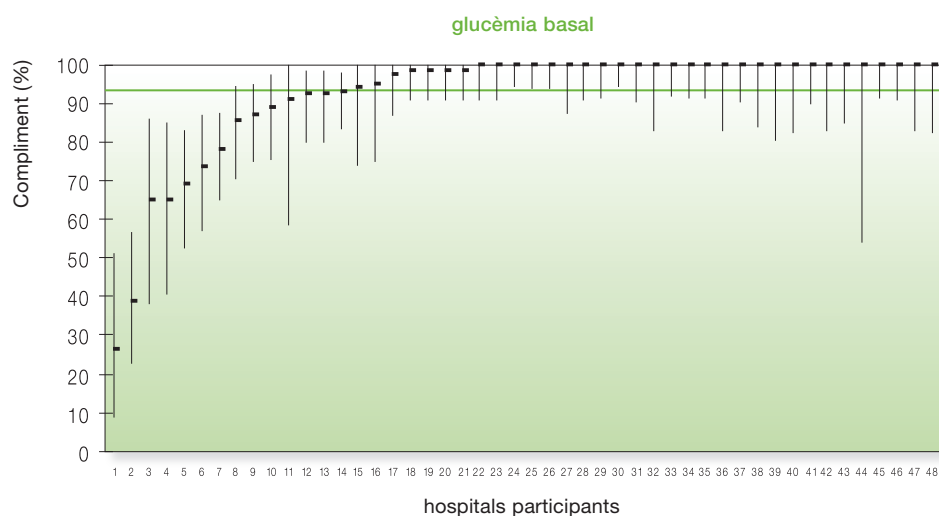
Si bé totes les actuacions incloses al 'Top 13' haurien d'estar al nivell màxim de compliment a tots els hospitals de Catalunya, ja que es tracta d'actuacions bàsiques, el nivell de compliment de cada indicador al conjunt del territori varia entre el 99,5% (pressió arterial basal) i el 30% (test de deglució).

En els gràfics es mostra el grau de compliment a cada hospital, que a la vegada conforma el de Catalunya, el qual varia per diferents motius en cada cas. En uns casos el compliment és molt alt en tots els centres, mentre que en altres la gran variabilitat existent baixa el nivell global. En aquests casos, quan el baix compliment global és degut a un grup concret d'hospitals, les actuacions a prendre s'hauran de focalitzar en aquests centres.

S'ha de tenir en compte que hi ha indicadors que tenen un nivell de compliment a Catalunya i a la majoria d'hospitals molt alt, ja que es practiquen històricament de manera rutinària i són cabdals per l'evolució del procés (glucèmia basal, PA basal i altres), però el seu baix compliment a nivell d'algun centre té una importància molt elevada. Hi ha altres actuacions en què l'evidència que les recolza és més recent. En alguns casos (TC cranial en les primeres 24 hores) s'aconsegueixen nivells molt alts de compliment, i en d'altres (test de deglució) succeeix exactament el contrari.

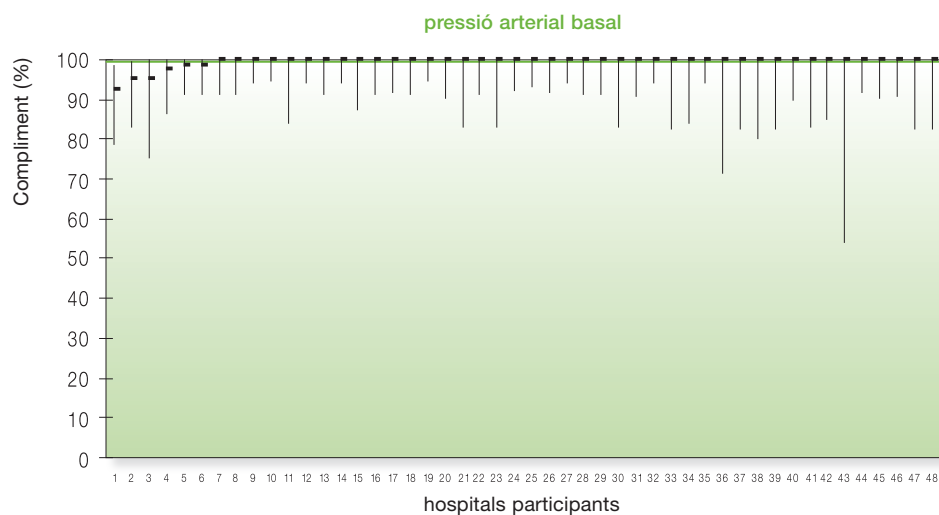
Hi ha dos indicadors ('maneig de la hipertèrmia' i 'anticoagulació si ACxFA') on el baix nombre de casos vàlids per centre no permet l'anàlisi a aquest nivell, però sí marcar tendències a nivell de Catalunya, que requeriran ser analitzats amb detall.

L'audit clínic de l'ictus 2006



Gràfic 3. Compliment de l'indicador 'determinació basal de glucèmia' als 48 hospitals

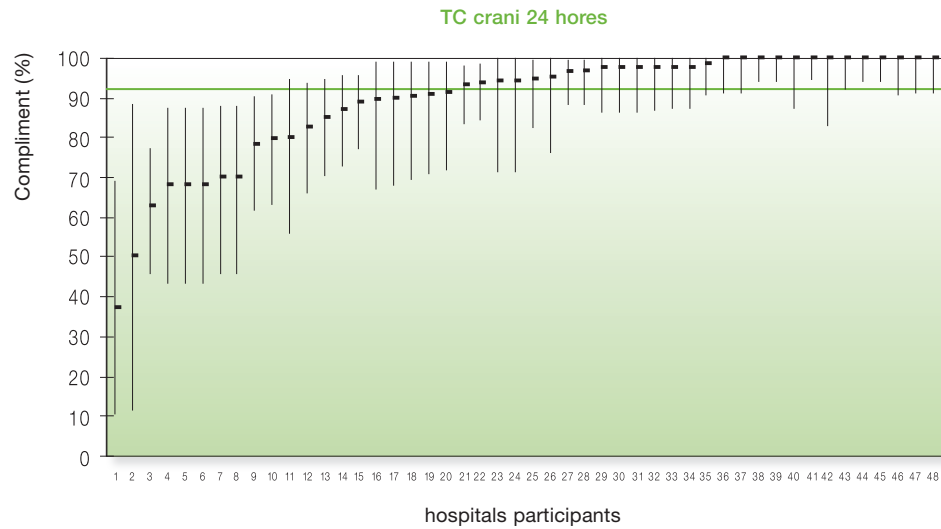
La determinació basal de la glucèmia és una pràctica habitual a la majoria de centres tot i que alguns estan significativament per sota de la mitjana de compliment a Catalunya.



Gràfic 4. Compliment de l'indicador 'determinació basal de la pressió arterial' als 48 hospitals

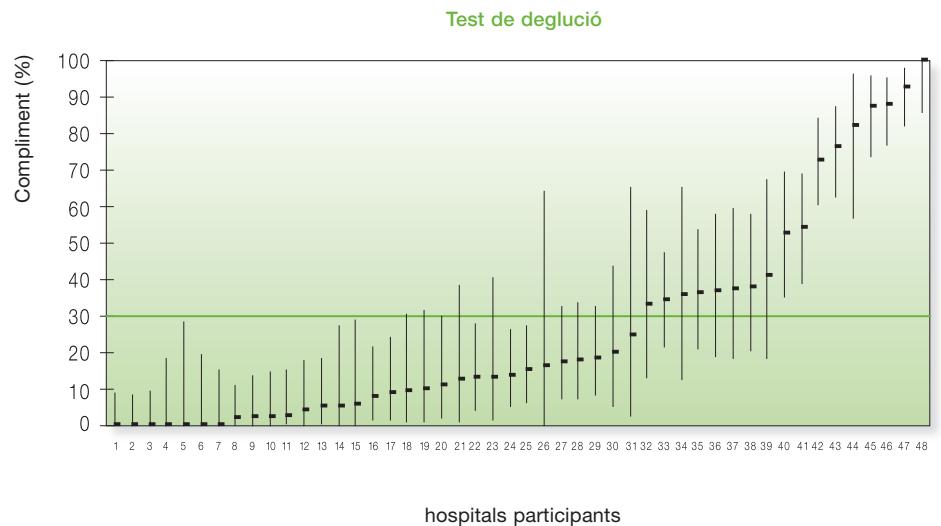
Pràcticament tots els hospitals de Catalunya fan la determinació basal de la pressió arterial en el 100% dels casos.

Gràfic 5. Compliment de l'indicador 'realització de TC cranial en les primeres 24 hores' als 48 hospitals



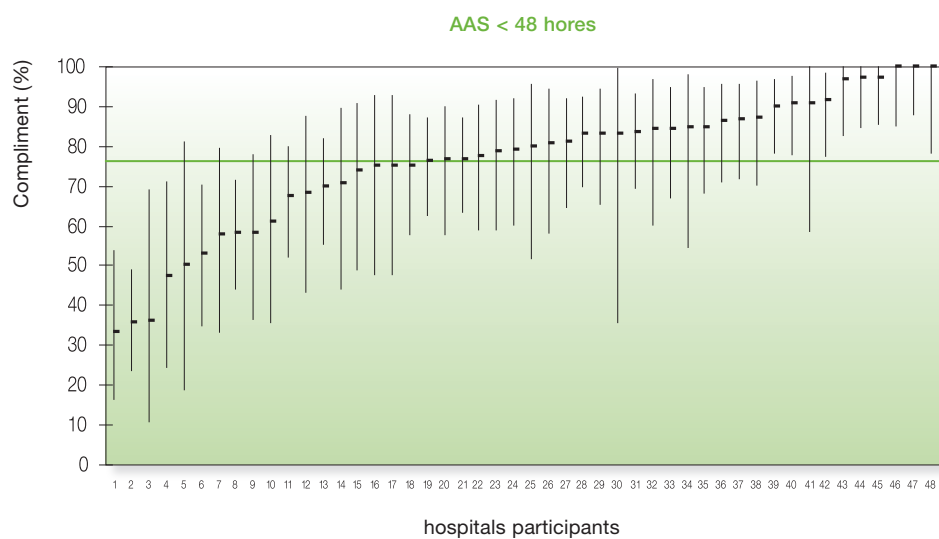
El compliment d'aquest indicador és elevat i, en general, són els centres petits amb un nombre d'inclusions menor (IC 95% més ample) els que tenen un compliment més baix.

Gràfic 6. Compliment de l'indicador 'realització del test de deglució' als 48 hospitals



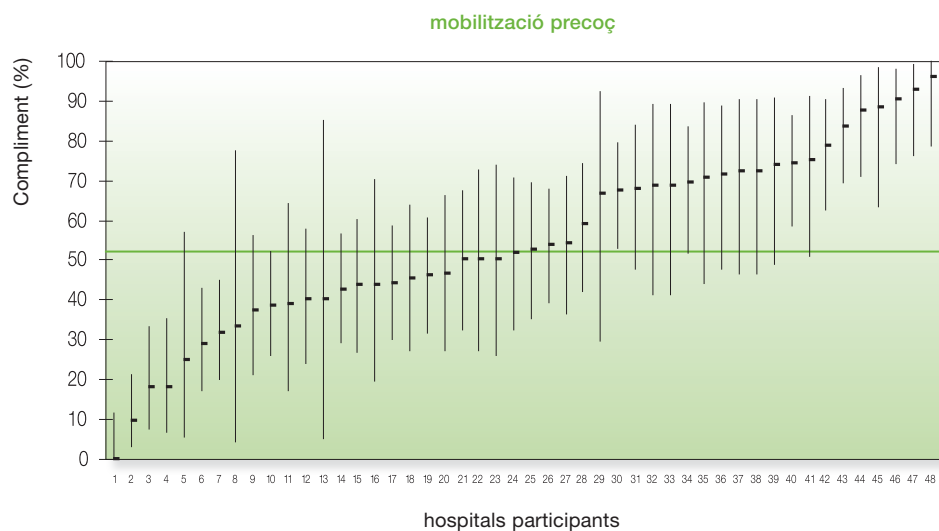
Aquest indicador mostra el compliment més baix de tots els que integren el perfil 'top 13', tant de manera global, com en la majoria de centres. Molt pocs hospitals tenen un compliment acceptable.

L'audit clínic de l'ictus 2006



Gràfic 7. Compliment de l'indicador 'prescripció d'AAS en les primeres 48 hores' als 48 hospitals

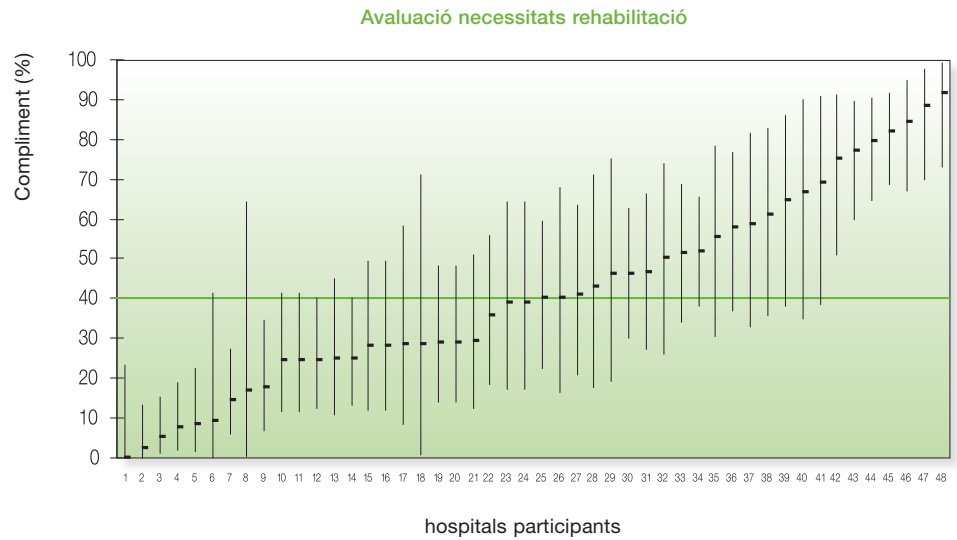
La major part de centres s'agrupen al voltant del compliment mitjà a Catalunya, si bé alguns hospitals tenen un compliment significativament inferior.



Gràfic 8. Compliment de l'indicador 'mobilització precoç' als 48 hospitals

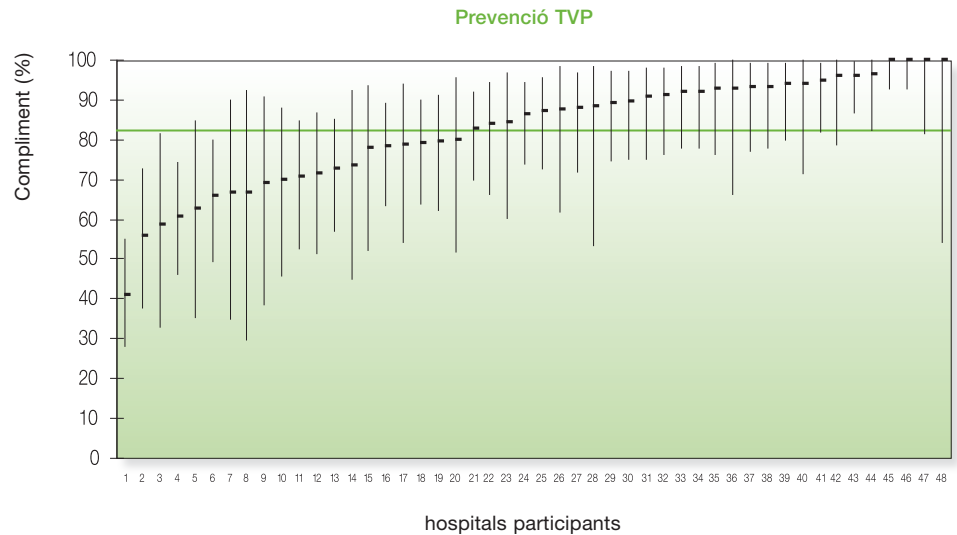
El compliment d'aquest indicador mostra una heterogeneïtat molt gran entre centres; des dels que no fan mobilització precoç en cap cas, fins el que la fan habitualment.

Gràfic 9. Compliment de l'indicador 'avaluació de les necessitats de rehabilitació' als 48 hospitals



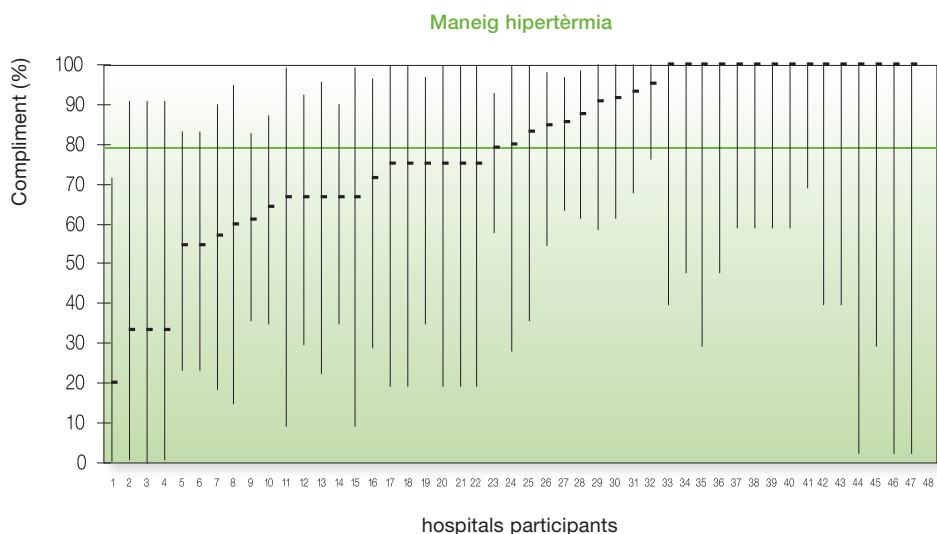
Com al cas anterior, el compliment d'aquest indicador és molt heterogeni; des dels que no fan avaluació de les necessitats de rehabilitació, fins el que la fan entre el 75% i el 90% dels casos.

Gràfic 10. Compliment de l'indicador 'prevenció de la TVP' als 48 hospitals



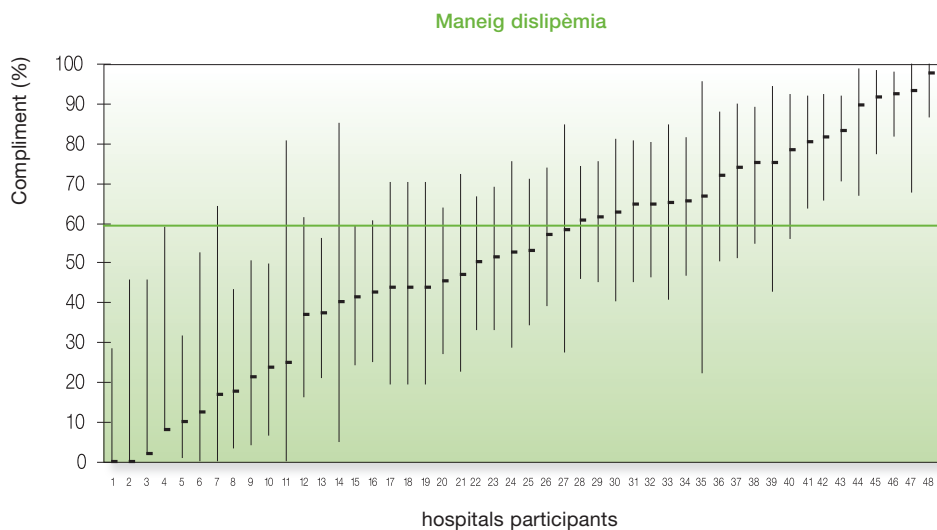
Aquest indicador mostra un compliment mitjà acceptable excepte en alguns hospitals que tenen un compliment significativament inferior a la mitjana de Catalunya.

L'audit clínic de l'ictus 2006



Gràfic 11. Compliment de l'indicador 'maneig de la hipertèrmia' als 48 hospitals

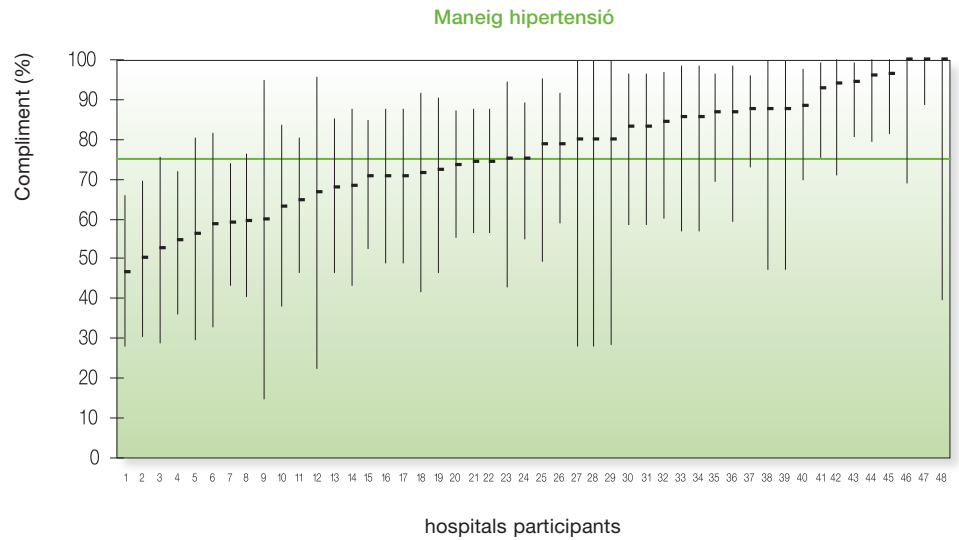
En aquest cas, només s'han inclòs 47 centres donat que un centre no tenia cap cas vàlid per aquesta anàlisi. El reduït nombre de casos en els que s'ha pogut avaluar el compliment d'aquest indicador fa que no es puguin extraure conclusions dels resultats per hospitals.



Gràfic 12. Compliment de l'indicador 'maneig de la dislipèmia' als 48 hospitals

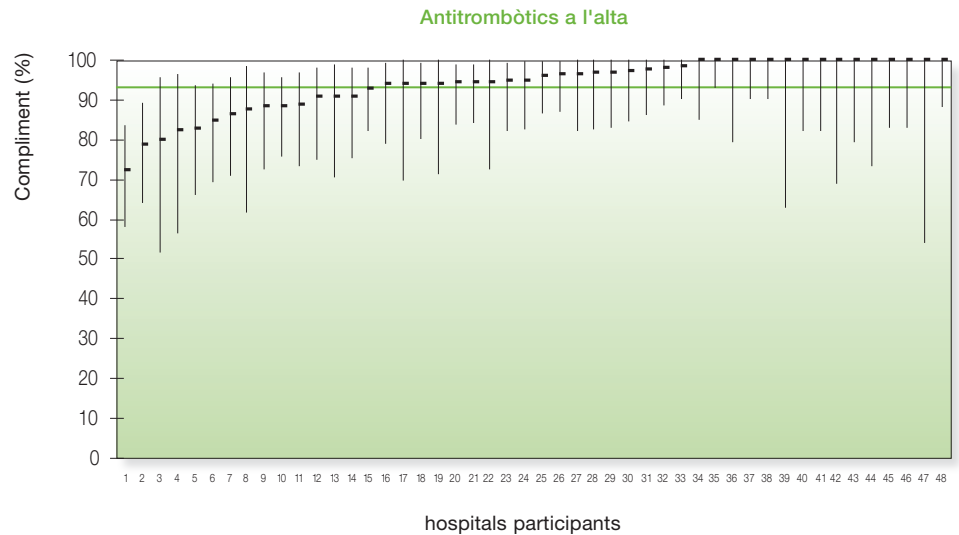
De forma similar als gràfics 8 i 9, el compliment d'aquest indicador és molt heterogeni.

Gràfic 13. Compliment de l'indicador 'maneig de la hipertensió' als 48 hospitals



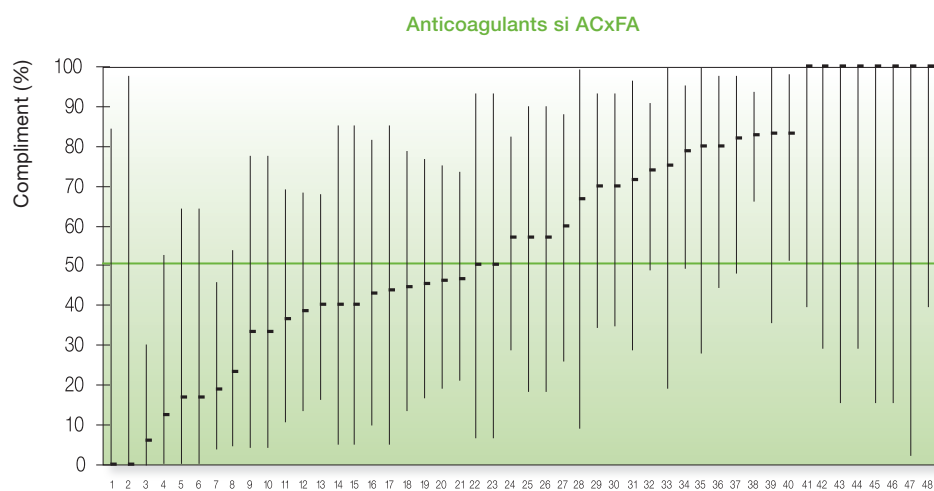
En general, el compliment és acceptable excepte en alguns casos que estan significativament per sota de la mitjana a Catalunya.

Gràfic 14. Compliment de l'indicador 'prescripció d'antitrombòtics a l'alta' als 48 hospitals



En general, el compliment és elevat excepte en alguns pocs casos que estan significativament per sota de la mitjana a Catalunya.

L'audit clínic de l'ictus 2006



Gràfic 15. Compliment de l'indicador 'prescripció d'anticoagulants si fibril·lació auricular' als 48 hospitals

El reduït nombre de casos en els que s'ha pogut avaluar el compliment d'aquest indicador no permet extraure conclusions dels resultats per la majoria d'hospitals.

Conclusions

Conclusions

Aquest "Primer Audit Clínic de l'Íctus. Catalunya 2006" avalua la disponibilitat de recursos als 48 hospitals de la XHUP i l'atenció clínica a l'íctus en una mostra de prop de 1800 històries clíniques de pacients amb íctus ingressats abans de la publicació de la 'Guia de Pràctica Clínica'. L'auditoria externa del 10% d'aquestes històries clíniques va mostrar un nivell de concordança "important", segons l'escala de Landis i Koch. Els resultats d'aquest audit, que mostren els recursos disponibles per l'atenció a l'íctus i les tendències en l'actuació clínica, s'han de prendre com un punt de partida, ja que només la seva repetició periòdica cada dos anys determinarà si es produeixen canvis en l'atenció als pacients. En aquest sentit, l'actuació del PDMVC i l'existència de Comitès Operatius en els deu àmbits territorials són la garantia de que la informació obtinguda sigui una eina útil per a la implementació de les mesures de millora.

Al llarg del document s'han descrit amb detall els resultats obtinguts de manera global a Catalunya, i a continuació es resumeixen els aspectes més rellevants, tant de l'enquesta de recursos com de l'audit clínic.

Enquesta de recursos. Dades més rellevants

Les respostes obtingudes demostren que els recursos estan en proporció a la grandària de l'hospital i nivell de complexitat, i que només l'estructura en xarxa territorial i la col·laboració entre els diferents nivells assistencials en la que es basa el PDMVC possibilita la cobertura de determinats serveis i exploracions. Així, encara que alguns centres no tenen determinat especialista o exploració, aquesta demanda es pot cobrir de comú acord amb un altre centre del territori, el que optimitza la utilització dels recursos.

Atenció a la fase aguda

- El responsable de l'atenció a l'íctus a la fase aguda és majoritàriament el neuròleg (31 dels 48 hospitals).
- El tractament trombolític s'administra, en l'actualitat, als 13 hospitals de referència, seguint els criteris territorials del PDMVC.
- Vuit d'aquests centres disposen d'unitats d'íctus agudes tancades semiintensives.
- Més del 60% d'hospitals disposen d'equips d'íctus.

La rehabilitació

- El 66% dels centres disposen de metge rehabilitador i tots els hospitals tenen algun professional d'aquest àmbit.
- Els terapeutes ocupacionals, els logopedes i els neuropsicòlegs són presents en el 50% dels casos, aproximadament.
- No existeixen unitats d'íctus de rehabilitació. Els pacients que poden requerir ingrés per rehabilitació intensiva passada la fase aguda disposen de cinc centres per a pacients postaguts, així com de les unitats de convalsència, on l'íctus és el diagnòstic més freqüent.
- No hi ha estructures diferenciades en cap d'aquests dos àmbits pel tractament rehabilitador de l'íctus.

Conclusions

- Més del 70% dels pacients que pateixen un AIT són estudiats en els 7 dies posteriors a l'episodi, i el 23% d'aquests, en els primers dos dies, tal i com recomana la GPC de l'Ictus.
- La majoria s'estudien en règim d'ingrés hospitalari, i el 60% dels que s'estudien de manera ambulatoria ho fan en una consulta específica d'AIT.
- De les exploracions que es realitzen pel seu diagnòstic, l'estudi cardiològic genera demores de 7 dies de mediana.

AIT

- Només el 21% d'hospitals realitzen sessions informatives per a pacients i familiars,
- El 33% de centres no reparteixen la Guia per a Pacients i Cuidadors.

Pacients i Cuidadors

L'Audit Clínic de l'Ictus. Dades més rellevants

- L'estada mitjana als hospitals de Catalunya per als pacients amb ictus és de 11,1 dies.
- El 13,7% dels casos és exitus durant l'ingrés, dels quals el 8,7% moren en els primers 7 dies.
- L'hora d'inici dels símptomes només és coneguda en un 35% dels casos.
- El codi ictus es va activar en el 8,9% dels casos i el 2,7% dels casos inclosos va rebre tractament amb rtPA intravenós en les 3 primeres hores de l'ictus^C.
- El 16% dels casos inclosos té discapacitat prèvia.
- La situació funcional a l'alta apareix reflectida amb una puntuació en l'escala mRS o índex de Barthel només en el 21% dels casos.

Anàlisi descriptiu

^c Aquestes dades il·lustren la situació que existia a la primera meitat del 2005, abans del desplegament del model territorial d'atenció a l'ictus agut impulsat pel PDMVC al 2006 i que funciona a la totalitat del territori des del maig de 2006.

Anàlisi dels perfils assistencials

La valoració global dels perfils 'qualitat de la història clínica', 'estàndards d'atenció bàsica', 'prevenció i maneig de complicacions', i 'mesures preventives inicials de l'ictus' és bona, però els perfils 'avaluació neurològica' i 'mesures inicials del tractament rehabilitador' mostren, en conjunt, un compliment baix. A continuació es detallen els aspectes millorables dels perfils assistencials.

- La situació funcional del malalt abans de l'ingrés no consta en un 22% de les històries clíniques
- L'hora d'inici dels símptomes no consta en un 19% dels casos
- Els indicadors 'situació neurològica' i 'situació funcional' a l'alta o bé no consten o bé no es descriuen amb les escales validades a tal efecte en el 45% i 50% dels casos, respectivament.
- La utilització d'escales neurològiques és baixa (al voltant del 30% en cada cas)
- És millorable l'avaluació neurològica inicial del malalt
- La descripció inicial del territori vascular afectat és del 59%
- L'avaluació de l'estat cognitiu té un compliment molt baix (53%).
- L'avaluació de les necessitats de rehabilitació és del només del 40%
- L'avaluació de de les necessitats de logopèdia és del 27%
- L'avaluació de l'estat d'ànim és molt baixa (34%).

Anàlisi del perfil "top 13"

Seria desitjable que el compliment fos molt alt en tots els casos donat que es tracta d'indicadors recolzats per un nivell elevat d'evidència científica. En el document s'analitza el compliment d'aquests indicadors als 48 hospitals de la xarxa, però a nivell global de Catalunya cal destacar:

- L'elevat compliment d'alguns indicadors:
 - la realització de la TC cranial en les primeres 24 hores (92%)
 - la determinació de la pressió arterial basal (99%)
 - la indicació d'antiagregants a l'alta (93%).
- El baix compliment d'alguns indicadors:
 - la pràctica del test de deglució (30%)
 - l'anticoagulació dels malalts amb fibril·lació auricular (50%)
 - l'avaluació de les necessitats del tractament rehabilitador (40%).



Aspectes destacables a millorar en l'atenció hospitalària a l'ictus a Catalunya

Aspectes destacables a millorar en l'atenció hospitalària a l'ictus a Catalunya

La millora dels indicadors que ha estudiat aquest audit només s'assolirà mitjançant l'anàlisi de cadascun d'ells als diferents centres, i aplicant les mesures adequades a tot el territori. La millora global de l'atenció a l'ictus, però, abasta molts altres aspectes i fases de la malaltia que no han estat estudiats en aquest audit.

L'anàlisi d'aquest audit clínic permet concloure quins són els aspectes de l'atenció hospitalària a l'ictus que s'han de millorar. Destaquem els següents:

- Ha de millorar la qualitat d'algunes de les dades registrades a la història clínica, particularment, l'enregistrament de l'hora d'inici de l'episodi, i la situació funcional i neurològica a l'alta.
- Ha d'augmentar el nombre d'activacions del codi ictus i el de pacients tractats amb rtPA.
- Tots els hospitals han de disposar d'equips d'ictus, adaptats a la seva grandària i complexitat.
- S'ha de millorar l'avaluació neurològica dels pacients, especialment l'ús d'escala validades i l'avaluació de l'estat cognitiu.
- Ha d'augmentar el nombre d'AIT estudiats i tractats en els dos primers dies.
- S'ha de millorar l'avaluació de les necessitats de rehabilitació, especialment les de logopèdia, l'avaluació de l'estat cognitiu, i de l'estat d'ànim del pacient.
- S'ha de garantir que els pacients que a la fase postaguda de l'ictus requereixen rehabilitació intensiva, puguin accedir als recursos adequats.
- S'ha de practicar el test de deglució en els casos en que estigui indicat.
- Ha d'augmentar el percentatge de pacients amb fibril·lació auricular que reben tractament anticoagulant.
- S'ha de millorar, de manera notable, el nivell d'informació a pacients, familiars i cuidadors.



Annexes

Annexes

Annex 1. Glossari i abreviatures

Glossari

Estadística paramètrica

Conjunt de tècniques que permeten fer inferències sobre una població a partir d'una mostra gràcies a la possibilitat d'assumir que la variable sobre la qual volem fer inferències segueix una distribució de la qual en podem estimar analíticament els paràmetres (per exemple, distribució normal). Si no podem fer aquesta assumpció podem utilitzar altres eines que permeten fer inferències sense pressuposar una distribució de freqüències determinada (estadística no paramètrica).

Heterogeneïtat

Desigualtat entre els paràmetres de dues mostres.

Mediana (M)

Paràmetre de tendència central que és igual al valor de la variable que divideix una distribució de freqüències o de probabilitats en dues parts iguals.

Indicador

Variable susceptible de ser mesurada directament.

Interval de confiança del 95% (IC 95%)

Marge de valors entre els quals cal esperar, amb una probabilitat del 95%, que es trobi el valor real de la població

Interval interquartils (IIQ)

Paràmetre de dispersió que és igual al interval entre els dos valors de la variable que divideixen una distribució de freqüències o de probabilitats entre el percentil 25 i el percentil 75.

Índex de kappa

Mesura del grau de concordança no aleatòria entre observadors. L'estadístic kappa proposat per Cohen (1960) mesura la concordança entre dos observadors de la següent manera:

$$k = (p_o - p_e) / (1 - p_e)$$

On p_o és la proporció de casos concordants observats i p_e és la proporció de casos concordants esperats, de manera que k prendrà valor 0 quan la concordança observada és igual a la que s'esperaria per efecte de l'atzar i valor 1 quan la concordança és perfecta. Per als valors intermedis Landis i Koch (1977) suggereixen la següent interpretació:

Menys de 0	Dolenta
0.00 – 0.20	Lleugera
0.21 – 0.40	Regular
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	Important
0.81 – 1.00	Gairebé perfecta

Annexes

Abreviatures

AAS,	àcid acetilsalicílic
ACxFA,	arítmia complerta per fibril·lació auricular
AIT,	atac isquèmic transitori
CMBDAH,	conjunt mínim de bases de dades d'alta hospitalària
CSB,	ConSORCI Sanitari de Barcelona
DTC,	doppler transcranial
ETE,	ecocardiografia transesofàgica
ETT,	ecocardiografia transtoràcica
GPC,	guia de pràctica clínica
GTS,	Governos Territorials de Salut
HTA,	hipertensió arterial
NIHSS,	'National Institute of Health Stroke Scale'
PA,	pressió arterial
PDMVC,	Pla Director de les Malalties de l'Aparell Circulatori/ Malaltia Vasculat Cerebral
RCA,	registre central d'assegurats
RHB,	rehabilitació
RM,	ressonància magnètica
rtPA,	activador recombinant del plasminogen tissular
SEM/061,	Servei d'Emergències Mèdiques/061
TC,	tomografia computada
TEA,	tromboendoarterectomia de caròtide
TSA,	troncs supraòrtics
TVP,	trombosi de venes profundes
UI,	unitats d'ictus
XHUP,	xarxa d'hospitals d'utilització pública

Annex 2. Barem aplicat per al càlcul dels indicadors que conformen els perfils assistencials

Claus per a la lectura de les taules

Respostes òptimes	se'ls assigna valor 1
Respostes no òptimes	se'ls assigna valor 0
∅, variable sense resposta	Aquesta situació succeeix en aquells casos en que dues variables estan vinculades. En aquest cas, segons quina resposta es seleccioni per a la primera variable es fa necessari/obligatori seleccionar una resposta per a la segona variable. De la mateixa manera, algunes respostes a la primera variable no requereixen que es complementin amb una resposta a la segona variable. En aquest cas, s'ha utilitzat el símbol ∅ per a representar-ho.

Qualitat de la història clínica

Aquest perfil està integrat per 12 indicadors, les respostes dels quals s'han avaluat de la forma següent:

	Secció de l'audit on s'ubica el indicador	Respostes considerades òptimes	Respostes considerades no òptimes
1. Habitatge abans ingrés	Secció 1. Situació prèvia i dades de l'ingrés	viu sol viu amb la família residència avis hospital desconegut	NC (= no hi consta)
2. AP/factors de risc vascular	Secció 1. Situació prèvia i dades de l'ingrés	SI NO desconegut	NC
3. Medicació habitual i control dels factors de risc	Secció 1. Situació prèvia i dades de l'ingrés	SI i SI, TOTS SI i SI, ALGUNS SI i NO SI i desconegut NO i Ø Desconegut i Ø	NC i Ø SI i NC
<i>Per al indicador 3, s'han combinat les respostes de dues variables que s'han de considerar en conjunt. En les columnes 'respostes òptimes' i 'respostes no òptimes' la informació que hi apareix mostra en primer lloc la resposta a la pregunta 'pren medicació habitualment?', i en segon lloc, la resposta a la pregunta 'els factors de risc estan controlats amb la medicació?'</i>			
4. Situació funcional pre-ingrés	Secció 1. Situació prèvia i dades de l'ingrés	SI NO DESCONEGUT	NC
5. Data inici ictus	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI NO	NC
6. Hora inici ictus	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI NO	NC
7. Classificació inicial	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	Ictus isquèmic/ infart Hemorragia intracereb	NC
<i>En el indicador 7, s'han exclòs de l'anàlisi els casos amb respostes NP i exitus</i>			
8. Situació neurològica alta	Secció 7. Dades de l'alta hospitalària/mortalitat	NIHSS Canadenca Descripció	NC
9. Situació funcional alta	Secció 7. Dades de l'alta hospitalària/mortalitat	Índex de Barthel Escala de Rankin Descripció	NC
10. Diagnòstic topogràfic a l'alta	Secció 7. Dades de l'alta hospitalària/mortalitat	SI	NO
<i>En el indicador 10, no són casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			
11. Mecanisme de l'ictus a l'alta	Secció 7. Dades de l'alta hospitalària/mortalitat	SI	NO
<i>En el indicador 11, no són casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			
12. Destí a l'alta	Secció 7. Dades de l'alta hospitalària/mortalitat	Domicili propi Domicili de la família Residència Ingrés per a rehabilitac Ingrés per a convalesc Ingrés sòcio-sanitari	NC
<i>En el indicador 12, no són casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			

Annexes

Estàndards d'atenció bàsica

Aquest perfil està integrat per 4 indicadors, les respostes dels quals s'han avaluat de la forma següent:

	Secció de l'audit on s'ubica el indicador	Respostes considerades òptimes	Respostes considerades no òptimes
1. ECG basal	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
<i>En el indicador 1, no són casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			
2. Pressió arterial	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
<i>En el indicador 2, no són casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			
3. Glucèmia basal	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
<i>En el indicador 3, no són casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			
4. Oxigenoteràpia i saturació pretractament	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI i <92% NO i >92% NO i NC	SI i >92% SI i NC NO i <92%
<i>Per al indicador 4, s'han combinat les respostes de dues variables que s'han de considerar en conjunt. En les columnes 'respostes òptimes' i 'respostes no òptimes' la informació que hi apareix mostra en primer lloc la resposta a la pregunta 's'ha iniciat oxigenoteràpia?', i en segon lloc, la resposta a la pregunta 'saturació d'oxigen a l'inici del tractament?'</i>			

Avaluació neurològica

Aquest perfil està integrat per 12 indicadors, les respostes dels quals s'han avaluat de la forma següent:

	Secció de l'audit on s'ubica el indicador	Respostes considerades òptimes	Respostes considerades no òptimes
1. TC cranial <24 h	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
<i>En el indicador 1, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'exitus'</i>			
2. Avaluació neurològica basal	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI a les 3 variables	La resta de combinacions
<i>En el indicador 2, s'analitzen de forma combinada les respostes a les variables 'nivell de consciència', 'moviments oculars', i 'dèficit motor'. No han estat vàlids per aquesta anàlisi els casos on la resposta va ser 'exitus'</i>			
3. Avaluació neurològica plus	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI a les 3 variables	La resta de combinacions
<i>En el indicador 3, s'analitzen de forma combinada les respostes a les variables 'camps visuals', 'llenguatge', i 'sensibilitat', que s'han d'avaluar en malalts amb nivell de consciència no deprimat. No s'han considerat casos vàlids per aquesta anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus' o 'NP'</i>			
4. Escales neurològiques 24 hores	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
<i>En el indicador 4, no han estat considerats casos vàlids per aquesta anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			
5. Escales neurològiques 48 hores	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI	NO
<i>En el indicador 5, no han estat considerats casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			
6. Escales neurològiques 72 hores	Secció 4. Avaluació en les primeres 72 hores	SI	NO
<i>En el indicador 6, no han estat considerats casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			
7. Escales neurològiques 1a setmana	Secció 5. Avaluació a la primera setmana	SI	NO
<i>En el indicador 7, no han estat considerats casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			

	Secció de l'audit on s'ubica el indicador	Respostes considerades òptimes	Respostes considerades no òptimes
8. Territori vascular	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
<i>En el indicador 8, s'han considerat només aquells casos amb ictus isquèmic/infart cerebral</i>			
9. Pot parlar?	Secció 4. Avaluació en les primeres 72 hores	SI NO	NC
<i>En el indicador 9, no s'han considerat casos vàlids per a l'anàlisi, aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			
10. Pot caminar?	Secció 4. Avaluació en les primeres 72 hores	SI NO	NC
<i>En el indicador 10, no s'han considerat casos vàlids per a l'anàlisi, aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			
11. Hi ha dèficits motors	Secció 4. Avaluació en les primeres 72 hores	SI NO	NC
<i>En el indicador 11, no s'han considerat casos vàlids per a l'anàlisi, aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			
12. Estat cognitiu	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI	NO
<i>En el indicador 12, no s'han considerat casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'NP', i 'exitus'</i>			

Mesures inicials del tractament rehabilitador

Aquest perfil està integrat per 6 indicadors, les respostes dels quals s'han avaluat de la forma següent:

	Secció de l'audit on s'ubica el indicador	Respostes considerades òptimes	Respostes considerades no òptimes
1. Mobilització precoç	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI	NO
<i>En el indicador 1, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
2. Avaluació de les necessitats de rehabilitació	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI	NO
<i>En el indicador 2, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
3. Avaluació de les necessitats de logopèdia	Secció 5. Avaluació a la primera setmana	SI	NO
<i>En el indicador 3, no s'han considerat casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
4. Objectius de la rehabilitació són palesos?	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI	NO
<i>En el indicador 4, no han estat considerats casos vàlids per aquesta anàlisi aquells on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
5. S'ha establert contacte amb treball social? (en cas que el malalt torni a casa i hi hagi seqüeles)	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI	NO
<i>En el indicador 5, no han estat considerats casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
6. Avaluació de l'estat d'ànim	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI	NO
<i>En el indicador 6, no han estat considerats casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			

Annexes

Prevençió i maneig de complicacions

Aquest perfil està integrat per 4 indicadors, les respostes dels quals s'han avaluat de la forma següent:

	Secció de l'audit on s'ubica el indicador	Respostes considerades òptimes	Respostes considerades no òptimes
1. Test de deglució	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
<i>En el indicador 1, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
2. Prevençió de la TVP	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI	NO
<i>En el indicador 2, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
3. Maneig hipertèrmia	Secció 5. Avaluació a la primera setmana	SI i SI NO i NO	SI i NO
<i>En el indicador 3, s'analitzen de forma combinada les respostes a les variables 'hi ha registres de temperatura superiors a 37,5°?' i 's'ha iniciat tractament amb antitèrmics?'. En les columnes 'respostes òptimes' i 'respostes no òptimes' la informació que hi apareix mostra en primer lloc la resposta a la pregunta 'hi ha registres de temperatura > 37,5°?', i en segon lloc, la resposta a la pregunta 's'ha iniciat tractament amb antitèrmics?'. No s'han considerat casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			
4. Sonda urinària i motius	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI i motiu NO i Ø	SI i NC
<i>En el indicador 4, s'analitzen de forma combinada les respostes a les variables 'ha dut sonda urinària?' i 'per quina raó?'. En les columnes 'respostes òptimes' i 'respostes no òptimes' la informació que hi apareix mostra en primer lloc la resposta a la pregunta 'ha dut sonda?', i en segon lloc, la resposta a la pregunta 'per quina raó?'. No han estat considerats casos vàlids per aquesta anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			

Mesures preventives inicials de l'ictus

Aquest perfil està integrat per 5 indicadors, les respostes dels quals s'han avaluat de la forma següent:

	Secció de l'audit on s'ubica el indicador	Respostes considerades òptimes	Respostes considerades no òptimes
1. Prescripció d'AAS en les primeres 48 hores	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI Altres antiagregants	NO
<i>En el indicador 1, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
2. Maneig de la hipertensió	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI	NO
<i>En el indicador 2, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
3. Anticoagulació si fibril·lació auricular	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI	NO
<i>En el indicador 3, no s'han considerat casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
4. Maneig de la dislipèmia	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI i SI, estatines SI i NO, cap	NO i Ø SI i altres SI i dieta
<i>En el indicador 4, s'analitzen de forma combinada les respostes a les variables 'hi ha constància de la mesura del colesterol?' i 's'ha prescrit tractament hipolipèmiant?'. En les columnes 'respostes òptimes' i 'respostes no òptimes' la informació que hi apareix mostra, en primer lloc, la resposta a la pregunta 'hi ha constància de la mesura del colesterol?', i en segon lloc, la resposta a la pregunta 's'ha prescrit tractament hipolipèmiant?'. No han estat considerats casos vàlids per aquesta anàlisi aquells on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
5. Fàrmacs anti-trombòtics a l'alta	Secció 7. Dades de l'alta hospitalària/mortalitat	SI, antiagregant SI, anticoagulant SI, diferit	NO
<i>En el indicador 5, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			

Perfil 'Top 13'

Aquest perfil està integrat per 13 indicadors, les respostes dels quals s'han avaluat de la forma següent:

	Secció de l'audit on s'ubica el indicador	Respostes considerades òptimes	Respostes considerades no òptimes
1. Glucèmia basal	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
<i>En el indicador 1, no són casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			
2. Pressió arterial	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
<i>En el indicador 2, no són casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			
3. TC cranial < 24 h	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
<i>En el indicador 3, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'exitus'</i>			
4. Test de deglució	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
<i>En el indicador 4, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
5. Prescripció d'AAS en les primeres 48 hores	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI Altres antiagregants	NO
<i>En el indicador 5, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
6. Mobilització precoç	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI	NO
<i>En el indicador 6, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
7. Avaluació de les necessitats de rehabilitació	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI	NO
<i>En el indicador 7, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
8. Prevenció de la TVP	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI	NO
<i>En el indicador 8, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
9. Maneig de hipertèrmia	Secció 5. Avaluació a la primera setmana	SI i SI NO i NO	SI i NO
<i>En el indicador 9, s'analitzen de forma combinada les respostes a les variables 'hi ha registres de temperatura superiors a 37,5°?' i 's'ha iniciat tractament amb antitèrmics?'. En les columnes 'respostes òptimes' i 'respostes no òptimes' la informació que hi apareix mostra en primer lloc la resposta a la pregunta 'hi ha registres de temperatura > 37,5°?', i en segon lloc, la resposta a la pregunta 's'ha iniciat tractament amb antitèrmics?'.</i>			
<i>No s'han considerat casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			
10. Maneig de la dislipèmia	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI i SI, estatines SI i NO, cap	NO i Ø SI i altres SI i dieta
<i>En el indicador 10, s'analitzen de forma combinada les respostes a les variables 'hi ha constància de la mesura del colesterol?' i 's'ha prescrit tractament hipolipemiant?'. En les columnes 'respostes òptimes' i 'respostes no òptimes' la informació que hi apareix mostra, en primer lloc, la resposta a la pregunta 'hi ha constància de la mesura del colesterol?', i en segon lloc, la resposta a la pregunta 's'ha prescrit tractament hipolipemiant?'.</i>			
<i>No han estat considerats casos vàlids per aquesta anàlisi aquells on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
11. Maneig de la hipertensió	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI	NO
<i>En el indicador 11, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
12. Fàrmacs antitrombòtics a l'alta	Secció 7. Dades de l'alta hospitalària/mortalitat	SI, antiagregant SI, anticoagulant SI, diferit	NO
<i>En el indicador 12, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			
13. Anticoagulació si fibril·lació auricular	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI	NO
<i>En el indicador 13, no s'han considerat casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'NP', o 'exitus'</i>			

Annexes

Annex 3. Anàlisi descriptiva de l'Audit Clínic de l'Ictus 2006

A continuació es presenta un descriptiu de tota la informació recollida a l'audit a la mostra global de Catalunya. Els valors són percentatges respecte els casos vàlids per a l'anàlisi que apareixen en la primera fila de cada taula.

Les sigles NC corresponen a "no consta" i NP a "no procedeix". Quan el pacient ha estat 'exitus' i no s'ha pogut recollir la informació requerida per aquesta raó, apareix a la taula com a "exitus".

Secció 1. Situació prèvia i dades de l'ingrés

Tipus d'habitatge abans de l'ingrés	Catalunya %
N=1.785	
Viu sol	11,3
Viu amb la família	51,9
Residència d'avis	4,3
Hospital	0,3
Desconegut	4,0
NC	28,1

Té antecedents patològics o hàbits tòxics?	Catalunya %
N=1.785	
Sí	97,0
No	2,6
Desconegut	0,4
NC	0,0

Quins?	Catalunya %
N=1.785	
Tabaquisme	21,7
Enolisme	10,7
Fibril·lació auricular	19,2
Ictus o ait previ	25,5
Diabetis	30,0
Dislipèmia	27,6
Hipertensió arterial	66,3
Infart de miocardi o angina	14,3
Malaltia vascular perifèrica	8,0
Valvulopatia	8,6
Altres AP	70,6

Pren Alguna Medicació Regularment?	Catalunya %
N=1.785	
Sí	86,2
No	11,6
Desconegut	0,9
NC	1,3

Els factors de risc estan controlats amb la medicació?	Catalunya %
N=1.539	
Sí, tots	33,6
Sí, alguns	8,4
No	8,4
Desconegut	30,7
NC	18,9

Era independent per les AVD abans de l'ingrés? (IB>90 o MRS< 3)	Catalunya %
N=1.785	
Sí	59,2
No	15,7
Desconegut	2,9
NC	22,2

Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores

Es coneix la data de l'ictus?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	87,7
No	8,5
NC	3,8

Es coneix l'hora d'inici de l'ictus?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	34,8
No	46,3
NC	18,9

S'ha activat el Codi Ictus?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	9,0
No	66,2
NC	24,8

Des de quin nivell assistencial?	Catalunya %
	N=159
CAP	8,2
061	17,0
H, Comarcal	31,4
Intrahospitalari	43,4

El pacient ha mort en les primeres 24 hores?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	2,3
No	97,7

S'ha realitzat un ECG basal?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	94,4
No	4,5
Exitus	1,1

S'ha fet determinació basal de la pressió arterial?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	98,2
No	0,5
Exitus	1,2

S'ha fet determinació basal de glucèmia?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	91,9
No	6,7
NP	0,4
Exitus	1,0

S'ha iniciat oxigenoteràpia?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	22,2
No	76,6
Exitus	1,2

Saturació d'oxigen a l'inici del tractament	Catalunya %
	N=1.775
≥ 92%	38,1
< 92%	6,2
NC	25,6
NP	28,8
Exitus	1,2

S'ha fet TC cranial en les 1es 24 hores?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	90,1
No	7,5
Exitus	1,1
NP	1,3

Classificació de l'ictus	Catalunya %
	N=1.775
Ictus isquèmic / infart cerebral	76,8
Hemorràgia intracerebral	14,5
NC	4,7
NP	2,8
Exitus	1,2

Annexes

HI HA UNA AVALUACIÓ NEUROLÒGICA QUE INCLOGUI:	
Nivell de consciència?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	95,0
No	3,8
Exitus	1,2
Moviments oculars?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	70,2
No	28,4
Exitus	1,3
Dèficit motor?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	96,0
No	2,8
Exitus	1,2

SI EL PACIENT ESTÀ CONSCIENT, S'HAN AVALUAT:	
Els camps visuals?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	53,7
No	39,7
NP	5,2
Exitus	1,5
El llenguatge/parla?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	82,5
No	12,4
NP	3,6
Exitus	1,5
Les alteracions de la sensibilitat?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	70,6
No	22,9
NP	5,0
Exitus	1,5

S'han fet servir escales neurològiques?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	32,1
No	66,4
Exitus	1,5

S'ha descrit el territori vascular afectat?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	57,0
No	39,0
NP	2,7
Exitus	1,4

S'ha fet test de deglució?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	25,8
No	59,9
NP	12,7
Exitus	1,6

S'ha administrat RTPA?	Catalunya %
	N=1.775
Sí	2,8
No	95,3
Exitus	1,9

S'ha enregistrat la PA durant el tractament?	Catalunya %
	N=82
Sí	59,7
No	0,0
Exitus	40,2

S'ha practicat doppler abans d'administrar RTPA?	Catalunya %
	N=81
Sí	37,0
No	23,5
Exitus	39,5

Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores

El pacient ha mort entre les 24-48h?	Catalunya %
	N=1.698
Sí	2,3
No	97,7

S'ha iniciat tractament amb AAS?	Catalunya %
	N=1.698
Sí	50,5
No	19,8
Altres antiagregants	14,1
NP	13,7
Exitus	1,9

Escales per avaluar l'evolució neurològica?	Catalunya %
	N=1.698
Sí	28,4
No	69,6
Exitus	1,9

S'ha fet monitoratge cardíac continu?	Catalunya %
	N=1.698
Sí	15,4
No	82,7
Exitus	1,9

S'ha iniciat mobilització del pacient?	Catalunya %
	N=1.698
Sí	45,9
No	41,6
NP	10,4
Exitus	2,0

Es prenen mesures per prevenir TVP?	Catalunya %
	N=1.698
Sí	70,5
No	15,1
NP	12,5
Exitus	1,9

En cas afirmatiu, quina?	Catalunya %
	N=1.229
Mesures físiques	3,6
Heparina profilàctica	93,7
Exitus	2,7

Hi ha registres de temperatura >37,5°?	Catalunya %
	N=1.698
Sí	21,3
No	76,9
Exitus	1,9

S'ha iniciat tractament amb antitèrmics?	Catalunya %
	N=393
Sí	73,0
No	18,8
Exitus	8,1

S'han avaluat les necessitats de rehabilitació?	Catalunya %
	N=1.698
Sí	31,3
No	46,8
NP	19,8
Exitus	2,1

Annexes

Secció 4. Avaluació en les primeres 72 hores

El pacient ha mort entre les 48-72h?	Catalunya %
N=1.633	
Sí	2,5
No	97,5

Pot parlar?	Catalunya %
N=1.633	
Sí	68,3
No	20,9
NC	8,3
Exitus	2,4

Hi ha dèficit motor?	Catalunya %
N=1.633	
Sí	63,3
No	28,3
NC	6,1
Exitus	2,4

Camina sense ajuda d'una altra persona?	Catalunya %
N=1.633	
Sí	30,9
No	46,2
NC	20,3
Exitus	2,6

Escales per valorar situació neurològica?	Catalunya %
N=1.633	
Sí	28,1
No	69,6
Exitus	2,3

Secció 5. Avaluació a la primera setmana

El pacient ha mort entre les 72h i la primera setmana?	Catalunya %
N=1.465	
Sí	5,2
No	94,8

S'han valorat necessitats de logopèdia?	Catalunya %
N=1.465	
Sí	14,7
No	39,3
NP	40,9
Exitus	5,2

Ha dut sonda urinària?	Catalunya %
N=1.465	
Sí	15,6
No	79,8
Exitus	4,6

Per quina raó?	Catalunya %
N=228	
Retenció aguda d'orina	34,2
Catèter preexistent	1,7
Incontinència urinària	14,5
Control del balanç hídric	26,3
Problemes cutanis locals	0,0
Altres	7,0
NC	16,2

Escales per valorar situació neurològica?	Catalunya %
N=1.465	
Sí	24,7
No	70,2
Exitus	5,1

Secció 6. Dades de la fase subaguda

El pacient ha mort més enllà de la 1 ^a setmana?	Catalunya %
	N=1.276
Sí	7,1
No	92,9

S'ha valorat l'estat d'ànim del pacient?	Catalunya %
	N=1.276
Sí	34,6
No	65,4
NP	0,0
Exitus	0,0

Hi ha una avaluació de l'estat cognitiu?	Catalunya %
	N=1.276
Sí	39,3
No	34,9
NP	19,1
Exitus	6,6

Els objectius de la rehabilitació són palesos?	Catalunya %
	N=1.276
Sí	49,8
No	21,9
NP	21,6
Exitus	6,7

S'ha contactat amb el/la treballador/a social?	Catalunya %
	N=1.276
Sí	31,7
No	35,2
NP	26,3
Exitus	6,7

S'ha prescrit tractament antihipertensiu?	Catalunya %
	N=1.276
Sí	60,6
No	20,0
NP	12,7
Exitus	6,7
Quin?	Catalunya %
	N=775
IECA	63,2
ARA-II	15,9
α -BLOCADOR	7,5
β -BLOCADOR	15,2
Ca-ANTAGONISTA	18,2
Diurètics tiazídics	21,7
Altres fàrmacs	15,2

Si hi ha acxfa, s'ha anticoagulat?	Catalunya %
	N=1.276
Sí	15,3
No	15,0
NP	63,1
Exitus	6,7

Hi ha mesures del colesterol?	Catalunya %
	N=1.276
Sí	78,3
No	15,1
Exitus	6,7

S'ha prescrit tractament hipolipemiant?	Catalunya %
	N=1.084
Sí, estatines	32,3
Sí, altres	1,0
No, només consell dietètic	3,8
No, cap	21,9
NP	32,9
Exitus	8,1

Secció 7. Dades de l'alta hospitalària/mortalitat

Ha estat ingressat en una unitat d'ictus?	Catalunya %
N=1.753	
Sí	15,3
No	76,8
NC	4,3
Exitus	3,6

Al diagnòstic final s'inclou el mecanisme?	Catalunya %
N=1.753	
Sí	57,1
No	35,5
Exitus	7,4

Situació neurològica a l'alta	Catalunya %
N=1.753	
NIHSS	18,3
Canadenca	0,4
Descripció	57,8
NC	10,0
Exitus	13,5

Mecanisme pel que s'estableix l'ictus	Catalunya %
N=1.001	
IC aterotrombòtic	27,0
IC cardioembòlic	29,4
IC lacunar	18,2
IC Indeterminat	10,5
IC Inhabitual	0,8
HIC primària o espontània	9,0
HIC secundària	5,2

Situació funcional a l'alta	Catalunya %
N=1.753	
Barthel	9,0
MRS	11,8
Descripció	44,9
NC	20,9
Exitus	13,5

A l'alta pren algun fàrmac antitrombòtic?	Catalunya %
N=1.753	
Sí, antiagregant	56,3
Sí, anticoagulant	16,9
Sí, diferit	7,3
No	5,9
NP	13,2
Exitus	0,3

S'inclou el diagnòstic topogràfic?	Catalunya %
N=1.753	
Sí	66,9
No	26,2
Exitus	7,0

S'ha fet algun procediment de revascularització?	Catalunya %
N=1.753	
Sí, durant l'ingrés	0,7
Sí, diferidament (1-3 mesos)	1,5
No, discapacitat greu	3,7
No, reavaluar en 3 mesos	2,7
NP	78,5
Exitus	12,8

Diagnòstic topogràfic	Catalunya %
N=1.172	
IC TACI	20,1
IC PACI	27,2
IC LACI	21,9
IC POCI	13,3
HIC Lobar	5,7
HIC Profunda	9,2
HIC troncoencefàlica	0,6
HIC cerebel·losa	1,3
HIC intraventricular	0,7

Nombre d'ubicacions hospitalàries (excloure URG)	Catalunya %
N=1.753	
1-2	96,7
3-4	3,0
5 o més	0,3

Més del 50% de l'estada hospitalària a:	Catalunya %
N=1.753	
Unitat d'ictus	7,8
Planta NL	36,3
Planta MI	45,3
UCI	1,4
Altres plantes	9,2

Destí a l'alta	Catalunya %
N=1.753	
Domicili propi	32,5
Domicili de família	9,6
Residència	4,3
Ingrés per convalescència	10,8
Ingrés sociosanitari	13,2
NC	16,0
Exitus	13,7

Annex 4. Audit Clínic de l'Ictus 2006. Manual de recollida de dades

AUDIT CLÍNIC DE L'ICTUS 2006 **PLA DIRECTOR DE LA MALALTIA VASCULAR CEREBRAL**

Consideracions inicials

- En començar a emplenar un cas nou podeu localitzar el pacient a través del CIP (targeta sanitària) o bé, si no en disposa, podeu donar-lo d'alta al registre. Les ajudes tècniques sobre quins passos s'han de seguir estan recollides al *Manual de l'usuari*.
- Un cop hagueu localitzat o donat d'alta el vostre pacient al registre heu de definir el tipus d'accés. En el vostre cas, sempre heu de seleccionar **ACCÉS LOCAL**. L'altre accés és per als auditors externs.
- Aquest registre està dividit en **7 seccions** diferents que fan referència a moments diferents de l'ingrés d'un pacient amb ictus. Cada secció és independent de l'anterior i s'ha previst que hi hagi mobilitat del pacient entre centres i que, per tant, l'ingrés transcorri en diferents hospitals (per exemple, la fase aguda en un hospital terciari i la fase subaguda en un hospital comarcal). Per aquest motiu, a l'inici de cada secció hi ha una casella, "CENTRE SANITARI", on heu de seleccionar l'hospital des del qual s'emplena aquella secció en particular. En els casos en què l'ingrés inclogui més d'un centre sanitari, cada hospital ha d'emplenar els ítems de la secció/període de l'ingrés que va transcórrer al seu hospital.
- Les caselles/finestres de color gris signifiquen que es tracta d'una variable de formalització obligatòria. Les caselles/finestres de color blanc són opcionals tot i que, en molts casos, estan vinculades a la variable prèvia. Això vol dir que segons quin valor seleccioneu per a la primera variable, us obligarà a seleccionar un valor per a la segona. Això és així perquè algunes d'aquestes variables estan unides per fórmules de coherència. En qualsevol cas, si s'ha definit una fórmula de coherència i deixeu la segona variable en blanc, quan vulgueu desar/gravar la informació d'aquella secció us apareixerà una finestra d'alerta que us informará del problema i us obligarà a seleccionar un valor per a la segona variable.
- A l'inici de cada secció es pregunta si el malalt va ser "Exitus" durant aquell període concret (p. ex., durant les primeres 24 hores). Si seleccioneu "Sí" us apareixerà per defecte el valor "Exitus" a les variables següents dins de la mateixa secció. S'ha fet així per estalviar-vos feina però podeu modificar aquest valor "Exitus" per un altre en el cas que tingueu informació addicional (p. ex., el malalt és "Exitus" durant les primeres 24 hores però hi ha hagut temps per fer la TC cranial, recollir constants, etc., i, per tant, podeu canviar el valor "Exitus" de cadascuna d'aquestes variables i seleccionar la resposta o el valor més adequat en cada cas).

Seccions de l'auditoria

1. Situació prèvia i dades de l'ingrés
2. Avaluació en les primeres 24 hores
3. Avaluació en les primeres 48 hores
4. Avaluació en les primeres 72 hores
5. Avaluació en la primera setmana
6. Dades corresponents a la fase subaguda (> 1a setmana)
7. Dades corresponents a l'alta hospitalària/mortalitat

- Si el pacient és “Exitus” durant l’ingrés, les seccions següents poden quedar en blanc però cal emplenar la secció 7, “Dades corresponents a l’alta hospitalària/mortalitat”.

A continuació es mostren les diferents pantalles del registre de l’auditoria clínica de l’ictus desglossades per seccions, i es dona informació complementària sobre el significat dels valors de cada variable o ítem.

Secció 1. Situació prèvia i dades de l’ingrés

Aquesta secció l’ha d’omplir el centre que va tenir el malalt ingressat durant les primeres 24-48 hores.

** La data d’activitat i centre sanitari se seleccionen de forma automàtica.

1. Tipus d’habitatge abans de l’ingrés:

- Viu sol
 Viu amb la família
 Residència d’avis
 Hospital
 Desconegut
 NC

DESCONEGUT si a la història clínica (HC) es fa esment exprés que es desconeix aquesta informació. NC si a la HC no hi ha cap informació relativa a l’habitatge abans de l’ingrés.

2. Té antecedents patològics?

- Sí
 NO
 Desconegut
 NC

DESCONEGUT si a la HC es fa esment exprés que es desconeix aquesta informació (p. ex., malalt sense família i afàsic sobre el qual no es coneix cap precedent). NC si a la HC no hi ha informació relativa als antecedents.

3. Antecedents patològics

En aquest cas, es tracta d’una variable opcional. Si el pacient no té antecedents patològics podeu deixar-les totes en blanc però si seleccioneu el valor “Sí” per a la variable “Té antecedents patològics?” haureu de seleccionar obligatòriament algun dels valors següents:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tabaquisme | <input type="checkbox"/> Hipertensió arterial |
| <input type="checkbox"/> Enolisme | <input type="checkbox"/> Infart de miocardi o angina |
| <input type="checkbox"/> Fibril·lació auricular | <input type="checkbox"/> Malaltia vascular perifèrica (claudicació intermitent) |
| <input type="checkbox"/> Ictus o AIT previ | <input type="checkbox"/> Valvulopaties |
| <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Altres AP |
| <input type="checkbox"/> Dislipèmia | |

En cada cas heu de seleccionar Sí o NO segons que el pacient tingui o no tingui aquell AP en concret.

Annexes

4. Pren alguna medicació regularment?

- Sí
 NO
 Desconegut
 NC

DESCONEGUT si a la HC es fa esment exprés que es desconeix aquesta informació. NC si a la HC no hi consta cap informació.

5. Els factors de risc estan controlats amb la medicació?

Variable opcional vinculada a l'anterior.

- Sí, tots
 Sí, alguns
 NO
 Desconegut
 NC

DESCONEGUT si a la HC es fa esment exprés que es desconeix aquesta informació. NC si a la HC no hi consta cap informació.

6. Independent per les AVD?

- Sí
 NO
 Desconegut
 NC

Independent si: index de Barthel previ \geq 90 o mRS prèvia $<$ 3.

DESCONEGUT si a la HC es fa esment exprés que es desconeix aquesta informació. NC si a la HC no hi consta cap informació

Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores

Ha de ser emplenada pel centre on va transcórrer aquest període de l'ingrés.

** La data d'activitat i el centre sanitari se seleccionen de forma automàtica.

The screenshot shows a detailed medical form with the following sections and fields:

- Informació bàsica del pacient:**
 - DATA ACTIVITAT (dropdown)
 - CENTRE SANITARI (dropdown)
- Si ha ictus:**
 - ES CONEIX LA DATA DE L'ICTUS? (dropdown)
 - DATA DE L'ICTUS (dropdown)
 - ES CONEIX L'HORA EXACTA DE L'ICTUS? (dropdown)
 - HORA INICI ICTUS (HH:MM) (dropdown)
- Admissió:**
 - DATA D'INGRESSO (dropdown)
 - HORA D'ENTRADA O ADMISSIÓ (HH:MM) (dropdown)
 - SI HA ACTIVAT EL CODI VERMEL PER AL MALALT? (dropdown)
 - DES DE QUAN INIÇA L'ASISTÈNCIA? (dropdown)
 - EL PACIENT HA MORT EN LES 24 HORES? (dropdown)
 - SI HA REALITZAT UN ECG BASAL? (dropdown)
 - SI HA FET DETERMINACIÓ BASAL DE FIAT? (dropdown)
 - SI HA FET DETERMINACIÓ BASAL DE GLUCEMIA? (dropdown)
- Diagnòstic:**
 - SI HA REGISTAT CONSCIÈNCIA? (dropdown)
 - SATURACIÓ OXIGEN A L'HEU TRACTAMENT? (dropdown)
 - SI HA FET TC CRANIAL EN LES 24 HORES? (dropdown)
 - CLASSIFICACIÓ DE L'ICTUS (dropdown)
- Si ha Avaluació Neurofisiològica que inclou:**
 - NIVEL·L DE CONSCIÈNCIA (dropdown)
 - MOVIMENTS OLLARS (dropdown)
 - DEFICIT MOTOR (dropdown)
- Si el Pacient està Vigilat 24h continu:**
 - ELS CAMPS VISUALS (dropdown)
 - LINGÜÍSTIC PARLA (dropdown)
 - ALTERACIÓ DE CONSCIÈNCIA? (dropdown)
 - SI HA FET SERVIR ESCALES NEUROLÒGUES? (dropdown)
 - SI HA DESCRIT EL TÈRRER VASCULAR AFECTAT? (dropdown)
 - SI HA FET TEST DE DEBILITAT? (dropdown)
- ITXA:**
 - SI HA ADMETRAT ERRAT? (dropdown)
 - SI HA ENREGISTRAT FA DURANT TRACTAMENT? (dropdown)
 - SI HA REALITZAT DOPPLER D'ARTERIA CAROTÍD? (dropdown)

Inici de l'ictus

1. Es coneix la data de l'ictus?

- Sí
 NO
 NC

NO, si a la HC es fa esment que no es coneix la data (malalt sense família i afàsic). NC, si aquesta informació no apareix a la HC.

2. Data de l'ictus

Aquesta és una variable opcional vinculada a l'anterior. Format data.

3. Es coneix l'hora d'inici de l'ictus?

- Sí
 NO
 NC

NO, si a la HC es fa esment que no es coneix l'hora (malalt sense família i afàsic). NC, si aquesta informació no apareix a la HC.

4. Hora d'inici de l'ictus

Variable opcional vinculada a l'anterior. Format hh:mm (0-24 h).

5. Data d'admissió

Variable obligatòria. Format data.

6. Hora d'entrada o admissió

Variable obligatòria. Format hh:mm (0-24 h).

7. S'ha activat el codi ictus per a aquest malalt?

- Sí
 NO
 NC

NO, si a la HC s'especifica clarament el motiu pel qual no es va activar el codi ictus. NC, si no hi consta cap informació.

8. Des de quin nivell assistencial?

- CAP
 061
 H. comarcal
 Intrahospitalari

Punt origen de l'alerta, tot i que en molts casos el trasllat fins al centre de referència es fes a través del 061.

9. El pacient ha mort durant les primeres 24 hores?

- Exitus
 No exitus

10. S'ha realitzat un ECG basal?

- Sí
 NO
 Exitus

Annexes

11. S'ha fet determinació basal de pressió arterial?

- Sí
- NO
- Exitus

12. S'ha fet determinació basal de glucèmia?

- Sí
- NO
- NP
- Exitus

NP (no però), si hi ha un motiu clar pel qual no es va fer (p. ex., ja ho havia fet el 061)

Oxigenoteràpia

13. S'ha iniciat oxigenoteràpia?

- Sí
- NO
- Exitus

14. Saturació d'oxigen a l'inici del tractament

- ≥ 92 %
- < 92 %
- NC
- NP

NC, si s'ha administrat oxigenoteràpia però no hi ha una determinació de la saturació d'oxigen.
NP (no és aplicable), si no s'ha fet oxigenoteràpia.

15. S'ha fet TC cranial en les primeres 24 hores des de l'inici de l'ictus?

- Sí
- NO
- Exitus

En aquesta auditoria només s'inclouen ictus isquèmics i hemorràgics. S'exclouen: hematomes epidurals, subdurals i HSA.

16. Classificació de l'ictus

- Ictus isquèmic / infart cerebral
- Hemorràgia intracerebral
- NC
- NP
- Exitus

En aquesta auditoria només s'inclouen ictus isquèmics i hemorràgics. S'exclouen: hematomes epidurals, subdurals i HSA.

NC, no hi ha informació sobre aquest punt a la HC. NP, si hi ha un motiu clar per a l'absència d'aquesta dada (p. ex., no es va fer la TC cranial en aquest període de temps i per tant no es disposa d'aquesta informació).

Hi ha una avaluació neurològica que inclogui:

17. Nivell de consciència

- Sí
- NO
- Exitus

Escala de Glasgow (GCS) o una descripció del nivell de consciència.

NO, si no consta a la HC.

18. Moviments oculars

- Sí
- NO
- Exitus

Descripció de l'oculomotricitat extrínseca, parells cranials III, IV, VI, o reflexos oculocefàlics.

NO, si no consta a la HC.

19. Dèficit motor

- Sí
- NO
- Exitus

NO, si no consta a la HC.

Si el pacient està conscient, s'han avaluat:

20. Els camps visuals

- Sí
- NO
- NP
- Exitus

NO, si no consta a la HC. NP, si el pacient no està vigíl i aquesta pregunta no és aplicable.

21. Llenguatge/parla

- Sí
- NO
- NP
- Exitus

NO, si no consta a la HC. NP, si el pacient no està vigíl i aquesta pregunta no és aplicable.

22. Alteracions de la sensibilitat

- Sí
- NO
- NP
- Exitus

NO, si no consta a la HC. NP, si el pacient no està vigíl i aquesta pregunta no és aplicable.

Annexes

23. S'han fet servir escales neurològiques per avaluar el dèficit (canadenca, escandinava, NIHSS)?

- Sí
- NO
- NP
- Exitus

NO, si no consta a la HC.

24. S'ha descrit el territori vascular probablement afectat?

- Sí
- NO
- NP
- Exitus

NO, si no consta a la HC. NP si es tracta d'una HIC.

25. S'ha fet el test de deglució?

- Sí
- NO
- NP
- Exitus

NO, si no s'ha fet o no consta a la HC. NP, si no s'ha fet perquè el pacient no està vigíl.

Tractament amb rtPA

26. S'ha administrat rtPA?

- Sí
- NO
- Exitus

27. S'ha enregistrat la pressió arterial durant el tractament?

Variable opcional vinculada a l'anterior.

- Sí
- NO
- Exitus

28. S'ha practicat un DTC/TSA abans de l'administració del fàrmac?

Variable opcional vinculada a l'anterior.

- Sí
- NO
- Exitus

Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores

Ha de ser emplenada pel centre on va transcórrer aquest període de l'ingrés.

** La data d'activitat i el centre sanitari se seleccionen de forma automàtica.

1. El pacient ha mort entre les 24-48 hores?

- Èxitus
 No èxitus

2. S'ha iniciat tractament amb AAS?

- Sí
 NO
 Altres antiagregants
 NP
 Èxitus

NO, si no s'ha iniciat o no consta a la HC. NP, si no s'ha iniciat AAS bé perquè és una HIC o bé perquè s'han prescrit anticoagulants.

3. S'utilitzen escales per avaluar l'evolució del dèficit neurològic?

- Sí
 NO
 Èxitus

NO, si no s'utilitzen o no consta a la HC.

4. S'ha fet monitoratge cardíac continu?

- Sí
 NO
 Èxitus

NO, si no s'ha fet o no consta a la HC.

5. S'ha iniciat la mobilització del pacient?

- Sí
 NO
 NP
 Èxitus

NO, si no s'ha iniciat o no consta a la HC. NP, la pregunta no és aplicable perquè el pacient es mobilitza sol.

6. Es prenen mesures per prevenir l'aparició de TVP?

- Sí
 NO
 NP
 Èxitus

NO, si no se'n prenen o no consta a la HC. NP, la pregunta no és aplicable perquè el pacient es mobilitza sol.

Annexes

7. En cas afirmatiu, quina mesura?

Variable opcional vinculada a l'anterior. Si heu seleccionat "NO" a la variable anterior, deixeu aquesta en blanc.

- Mesures físiques
- Heparina profilàctica
- Exitus

8. Hi ha registres de temperatura superiors a 37,5°?

- Sí
- NO
- Exitus

9. S'ha iniciat tractament amb antitèrmics?

Variable opcional vinculada a l'anterior. Deixeu-la en blanc si heu seleccionat "NO" a la variable anterior.

- Sí
- NO
- Exitus

10. S'han avaluat les necessitats en rehabilitació del malalt en aquest període?

- Sí
- NO
- NP
- Exitus

NO, si no s'ha fet o no consta a la HC. NP, la pregunta no és aplicable perquè el pacient no ho requereix.

Secció 4. Avaluació en les primeres 72 hores

Ha de ser emplenada pel centre on va transcórrer aquest període de l'ingrés.

AVALUACIÓ A LES 72 HORES	
DATA ACTIVITAT	SELECCIÓ
CENTRE SANITARI	SELECCIÓ
EL PACIENT HA MORT ENTRE LES 48-72H	SELECCIÓ
POT PARLAR?	SELECCIÓ
HA HA DÉFICIT MOTOR?	SELECCIÓ
CANBIA SENSE AJUDA D'UNA ALTRA PERSONA	SELECCIÓ
ESCALES PER VALORAR (EVALUACIÓ NEUROLÒGICA)	SELECCIÓ

** La data d'activitat i el centre sanitari se seleccionen de forma automàtica.

1. El pacient ha mort entre les 48-72 hores?

- Exitus
- No exitus

2. El pacient pot parlar?

- Sí
- NO
- NC
- Exitus

NO, no pot parlar (afàsic, anàrtric/disàrtric o no valorable per disminució del nivell de consciència). NC, a la HC no es fa esment d'aquest aspecte en el període evolutiu d'interès.

3. Hi ha dèficit motor?

- Sí
 NO
 NC
 Exitus

NO, no n'hi ha. NC, a la HC no es fa esment d'aquest aspecte en el període evolutiu d'interès.

4. Pot caminar sense ajuda d'una altra persona?

- Sí
 NO
 NC
 Exitus

NO, no pot caminar. NC, a la HC no es fa esment d'aquest aspecte en el període evolutiu d'interès.

5. S'utilitzen escales per avaluar l'evolució de la situació neurològica (canadenca, NIHSS)?

- Sí
 NO
 Exitus

Secció 5. Avaluació a la primera setmana

Ha de ser emplenada pel centre on va transcórrer aquest període de l'ingrés.

** La data d'activitat i el centre sanitari se seleccionen de forma automàtica.

1. El pacient ha mort entre les 72 hores i la primera setmana?

- Exitus
 No exitus

2. S'han valorat les necessitats de logopèdia?

- Sí
 NO
 NP
 Exitus

NO, no s'han avaluat o no consta a la HC. NP, no és aplicable (el pacient no presenta cap alteració del llenguatge/parla).

3. Ha dut sonda urinària?

- Sí
 NO
 Exitus

4. Els objectius de la rehabilitació són palesos?

- Sí
 NO
 NP
 Exitus

NO, no consten a la HC. NP, no és aplicable (no requereix rehabilitació).

5. S'ha establert contacte amb el treballador social (en el cas que el pacient retorni a casa i hi hagi seqüeles)?

- Sí
 NO
 NP
 Exitus

NO, no s'ha fet o no consta a la HC. NP, no és aplicable (no hi ha seqüeles).

Tractament antihipertensiu

6. S'ha prescrit tractament antihipertensiu?

- Sí
 NO
 NP
 Exitus

NO, no s'ha prescrit o no consta a la HC. NP, no és aplicable (no en requereix).

Les variables següents fins a la número 7 són opcionals i vinculades a la número 6. Deixeu-les en blanc en el cas que no s'hagi prescrit tractament antihipertensiu.

IECA	Alfa-blocador	Calci-antagonista	Altres
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
ARA-II	Beta-blocador	Diurètics tiazídics	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	

7. Si ACxFA, s'ha prescrit anticoagulant al pacient?

- Sí
 NO
 NP
 Exitus

NO, no s'ha prescrit o no consta a la HC, tot i tenir ACxFA. NP, no és aplicable (no té ACxFA).

8. Hi ha constància de la mesura del colesterol?

- Sí
 NO
 Exitus

Annexes

9. S'ha prescrit tractament hipolipemiant?

- Sí, estatines
- Sí, d'altres
- NO, només consell dietètic
- NP, no és aplicable (no dislipèmia).
- NO, cap
- NP
- Exitus

NP, no és aplicable (no dislipèmia).

Secció 7. Dades de l'alta hospitalària/ mortalitat

Aquesta secció ha de ser emplenada pel centre que fa l'informe d'alta o el de mortalitat.

** La data d'activitat i el centre sanitari se seleccionen de forma automàtica.

1. Ha estat ingressat en una unitat d'ictus?

- Sí
- NO
- NC
- Exitus

2. Estada hospitalària a la unitat d'ictus (en dies)

Variable opcional vinculada a la resposta de la variable anterior. Numèrica.

3. Data d'alta

4. Data d'exitus

** Hi ha una fórmula de coherència que fa obligatori que es contesti a alguna de les variables anteriors (3 o 4).

5. Situació neurològica a l'alta

- NIHSS
- Canadenca
- Descripció
- NC
- Exitus

6. Valor de l'escala seleccionada

Variable opcional vinculada a la resposta de la variable anterior.

7. Situació funcional a l'alta

- Barthel
- MRS
- Descripció
- NC
- Exitus

8. Valor de l'escala seleccionada

Variable opcional vinculada a la resposta de la pregunta anterior.

9. S'inclou el diagnòstic topogràfic a l'informe?

- Sí
- NO
- Exitus

10. Diagnòstic topogràfic

Variable opcional vinculada a la resposta de la variable anterior.

Els valors possibles són:

- Infart cerebral TACI
- Infart cerebral PACI
- Infart cerebral LACI
- Infart cerebral POCI
- HIC lobar
- HIC profunda
- HIC troncocefàlica
- HIC cerebel·losa
- HIC intraventricular

11. Al diagnòstic final s'inclou el mecanisme pel qual es va establir l'ictus?

- Sí
- NO
- Exitus

12. Mecanisme

Variable opcional vinculada a la resposta de la variable anterior. Deixeu-la en blanc si responeu "NO" a la variable anterior.

Les possibles respostes són:

- Infart cerebral aterotrombòtic
- Infart cerebral cardioembòlic
- Infart cerebral lacunar
- Infart cerebral indeterminat
- Infart cerebral inhabitual
- HIC primària o espontània
- HIC secundària

Annexes

13. A l'alta pren algun fàrmac antitrombòtic?

- Sí, antiagregant
- Sí, anticoagulant
- Sí, diferit
- NO
- NP
- Exitus

14. S'ha plantejat/fet algun procediment de revascularització?

- Sí, durant l'ingrés (\leq 1 mes)
- Sí, diferidament (1-3 mesos)
- NO, discapacitat greu
- NO, revalorar en 3 mesos
- NP
- Exitus

15. Nombre d'ubicacions hospitalàries durant l'ingrés (excloent-ne el període a Urgències)

- 1-2
- 3-4
- 5 o més

16. Més del 50 % de l'estada hospitalària a:

- Unitat d'ictus
- Planta NL
- Planta MI
- UCI
- Altres plantes d'hospitalització

17. Destí a l'alta

- Domicili propi
- Domicili de la família
- Residència
- Ingrés per a rehabilitació
- Ingrés per a convalsència
- Ingrés sociosanitari
- NC
- Exitus

