

(PD)

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

Segon Audit Clínic de l'Ictus - Catalunya. 2008

Segon Audit Clínic de l'Ictus

Catalunya. 2008

(PD)

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

Segon Audit Clínic de l'Ictus

Catalunya. 2008



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, desembre de 2008

Tiratge: 500 exemplars

Dipòsit legal: B-3.086-2009

Disseny: Joana López Corduente

Impressió: Migraf Digital

AQUEST DOCUMENT HA ESTAT ELABORAT PER

Sònia Abilleira Castells

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques/
Pla Director Malaltia Vascul·lar Cerebral

Miquel Gallofré

Pla Director Malaltia Vascul·lar Cerebral

Aida Ribera Solé,

Unitat d'Epidemiologia Cardiovascular, Hospital Vall d'Hebron.
CIBER de Epidemiologia i Salut Pública

Amb la col·laboració de:

Guillem Gallofré Ribera i Cristina Jaldón Martínez

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Aquest **Segon Audit de l'ictus** ha estat cofinançat per la Direcció General de Planificació i Avaluació i pel projecte de recerca 05/2709 del Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III. És un producte vinculat a les "Guies de l'ictus"

Conté la informació més rellevant del **Segon Audit de l'ictus**. Per a qualsevol informació addicional, adreceu-vos a: Sònia Abilleira Castells

Pla Director Malalties Àparell Circulatori/ Malaltia Vascul·lar Cerebral
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM)
Roc Boronat 81-95, 2a planta. Barcelona 08005
Telèfon: 0034 935513892 - Fax: 0034 935517510
e-mail: 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, pel seu suport i consell, a tots els responsables de l'ictus dels 48 hospitals participants:

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



SUMARI

Presentació	9
El Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral	11
L'Audit Estructural 2008	17
1. L'atenció al malalt amb ictus al Servei d'Urgències	19
2. L'atenció al malalt amb ictus a planta d'hospitalització.	
Les Unitats d'Ictus	19
3. Equips d'Ictus	21
4. Rehabilitació del malalt amb ictus	22
5. Equipaments: neuroimatge i imatge vascular	22
6. Estudi i atenció a l'AIT	23
7. Altres	24
L'Audit Clínic de l'Ictus 2007/2008	27
1. Introducció	29
2. Metodologia	30
2.1 Definició de la mostra	30
2.2 Recollida de dades	30
2.3 Auditoria externa	30
2.4 Anàlisi estadística	31
• Gestió de les dades	31
• Anàlisi de la concordança entre observadors	31
• Anàlisi descriptiva	31
• Els perfils assistencials	31
3. Resultats	32
3.1 Descripció de la mostra	32
3.2 Els perfils assistencials. Comparatiu amb els resultats de l'Audit Clínic de l'Ictus 2005/2006	37
3.3 El 'top 13'. Comparatiu amb els resultats de l'Audit Clínic de l'Ictus 2005/2006	42
Conclusions	51
Aspectes destacables del segon Audit de l'ictus	57
Annexos	61
1. Glossari i abreviatures	63
2. Càlcul del compliment dels indicadors de qualitat	64
3. Anàlisi descriptiva de l'Audit Clínic de l'Ictus 2007/2008	70
4. Audit Clínic de l'Ictus 2007/2008. Manual de recollida de dades	76



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 cada dos anys per a avaluar el compliment de les recomanacions més rellevants de la GPC.

El Primer Audit de l'ictus es va dur a terme entre març i setembre del 2006. La seva part clínica avaluava la situació de l'atenció hospitalària en una mostra de malalts amb ictus dels 48 hospitals de l'XHUP ingressats i atesos abans de la publicació i difusió de la GPC de l'Ictus (novembre 2005). Simultàniament, es va demanar a cada hospital la descripció, en un qüestionari estructurat, dels recursos humans, d'equipaments i organitzatius amb què comptava per a l'atenció als malalts amb aquesta patologia.

El document que esteu llegint presenta els resultats del Segon Audit de l'Ictus, realitzat entre febrer i juny del 2008, la part clínica del qual es basa en la revisió d'històries clíniques de pacients amb ictus ingressats consecutivament a partir del gener del 2007 en els 48 hospitals de l'XHUP. La part estructural d'aquest audit descriu la situació dels equipaments, recursos humans i organitzatius per a l'atenció al malalt amb ictus al 2008.

L'anàlisi dels seus resultats permet veure la millora de l'atenció a la malaltia al cap de dos anys, després de les actuacions impulsades pel Pla Director de la Malaltia Vasculat Cerebral (PDMVC) conjuntament amb els professionals de tots els centres sanitaris i el suport de les regions sanitàries. Donat que les recomanacions que s'han auditat es consideren, en la seva majoria, molt rellevants en el procés assistencial i, per tant exigibles a tots els hospitals, la seva millora suposa un benefici clar per a tots els pacients amb ictus i ens anima a seguir treballant per tal que els resultats del Tercer Audit de l'Ictus, que es durà a termini l'any 2010, segueixin aquesta tendència.



El Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral

El Pla Director de la Malaltia Vasculat Cerebral

El Pla Director de les Malalties de l'Aparell Circulatori/Malaltia Vasculat Cerebral (PDMVC) és un Pla institucional, integral, multidisciplinari i de base territorial creat pel Departament de Salut a l'any 2004. Com a Pla integral i multidisciplinari aborda totes les fases de la malaltia 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 (2004-2005) es va realitzar una anàlisi exhaustiva de les dades del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBD-AH) sobre malaltia vasculat cerebral, així com de tota la informació existent en els plans de salut. Es va definir 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.

Les "Guies de l'Ictus" van ser una de les primeres mesures impulsades pel PDMVC. La Guia de Pràctica Clínica (GPC) de l'Ictus va seguir un procés de difusió activa en tot el territori, va ser actualitzada al 2007 i ha estat la referència del PDMVC per a implementar totes les mesures d'actuació. La Guia per a Pacients i Cuidadors es reparteix a tots els hospitals de l'XHUP, i en aquest moment se n'està distribuint la seva quarta edició.

1. L'estructura territorial del PDMVC

A partir de les set regions sanitàries en què es divideix Catalunya (mapa 1), es va discutir amb els responsables de cadascuna d'elles la definició d'àmbits territorials on històricament la relació entre els diferents recursos assistencials vinculats a l'ictus estigués establerta, el funcionament fos operatiu i que alhora tinguessin en compte altres divisions territorials: els sectors sanitaris o els futurs Governaments Territorials de Salut (GTS).

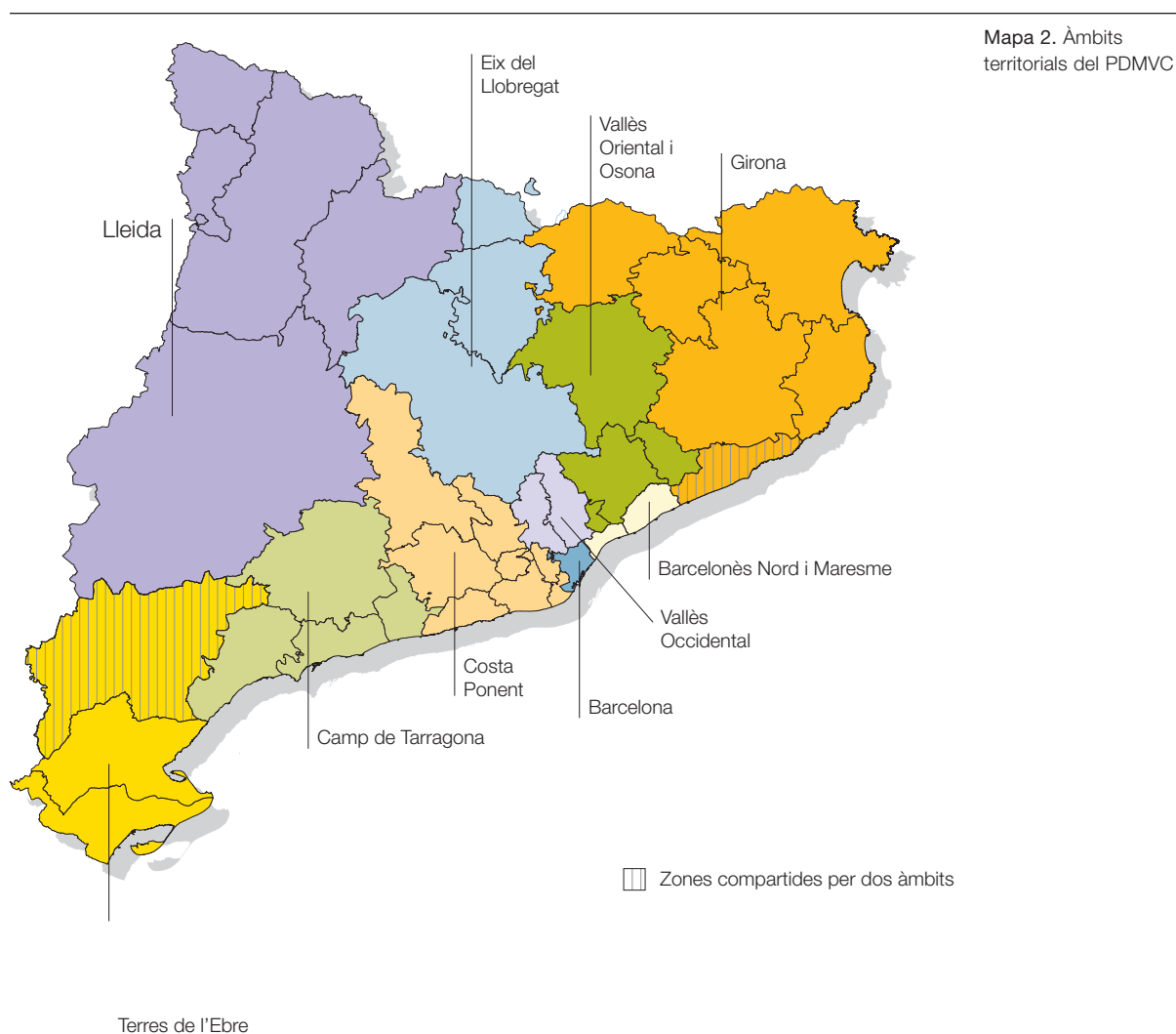
Aquest procés va portar a la creació dels deu àmbits territorials del PDMVC, establerts amb l'acord dels responsables del Mapa Sanitari i les regions sanitàries (mapa 2). Cada àmbit territorial té un Comitè Operatiu del PDMVC que és responsable de la implementa-

Mapa 1. Regions sanitàries



El Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral

ció del mateix. Aquests comitès estan presidits pels responsables de les regions sanitàries implicades i formats pels responsables de l'atenció a l'ictus en cada centre hospitalari de l'àmbit en qüestió, pels professionals d'atenció primària, pels responsables locals del Servei d'Emergències Mèdiques (SEM/061), i pel PDMVC. Aquests comitès locals defineixen diferents grups de treball, que podem incorporar altres professionals en funció dels aspectes a discutir: atenció urgent al malalt amb ictus, rehabilitació del malalt amb ictus, maneig del malalt amb atac isquèmic transitori, etc. La ciutat de Barcelona té una organització diferenciada, d'acord amb la Corporació Sanitària de Barcelona (CSB).



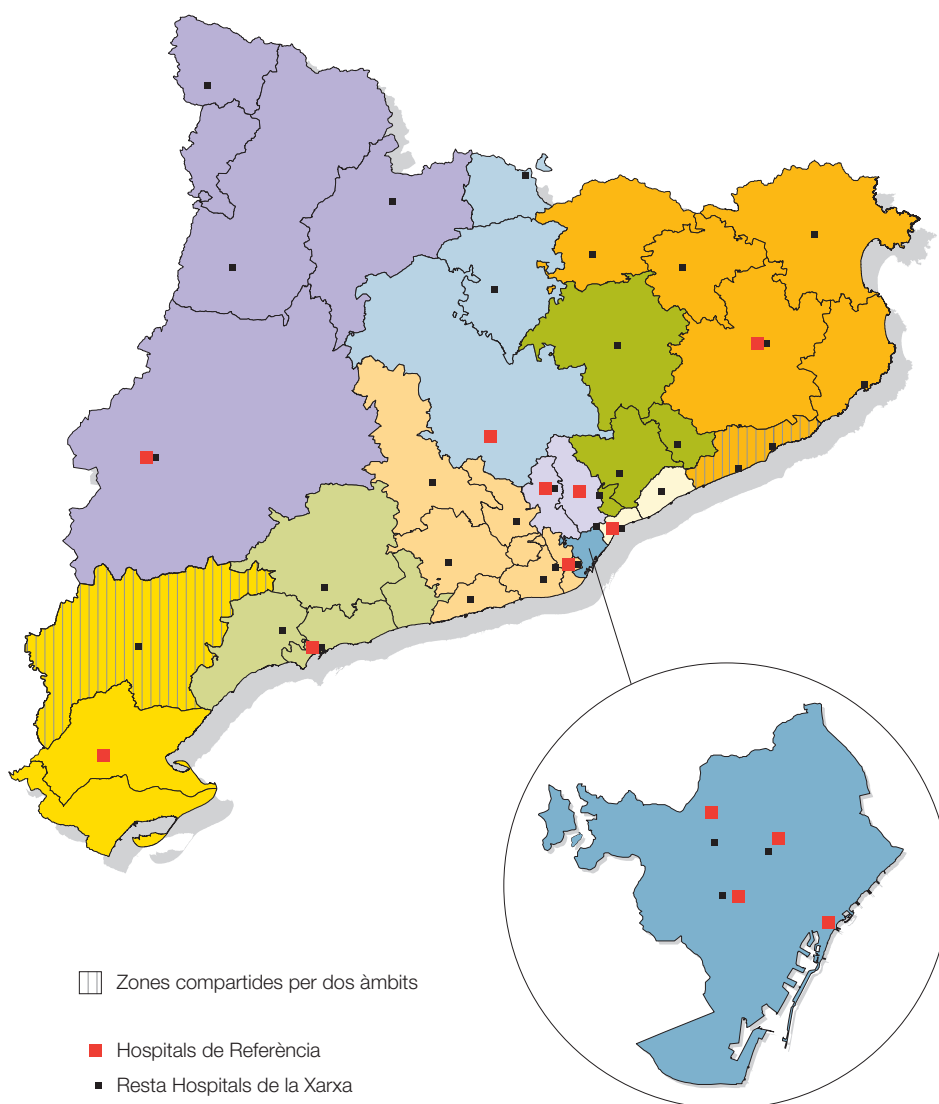
2. Els hospitals de referència

Cada àmbit territorial integra tots els recursos assistencials disponibles per a l'atenció a aquesta patologia 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 recursos més eficients 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 beneficien de tractaments efectius que requereixen la concentració dels casos en

pocs centres, es van definir 13 hospitals de referència a Catalunya en base a criteris de casuística, isocrones i l'acompliment dels requeriments recomanats a la GPC per a la designació de centres de referència (mapa 3).

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



3. Les actuacions del PDMVC

L'estructura territorial i el funcionament periòdic dels Comitès Operatius han estat les eines bàsiques per a les actuacions del PDMVC, de les quals cal destacar:

1. La implementació del Codi Ictus a tota Catalunya, des del maig del 2006. Els pacients que compleixen els criteris d'activació del Codi Ictus són traslladats als centres de referència. S'està avaluant el funcionament d'aquest model.
2. La millora en l'adherència als indicadors estructurals i de procés hospitalari, evidenciada en aquest Segon Audit de l'Ictus.
3. Les actuacions en rehabilitació, a partir de les enquestes territorials realitzades, les accions puntuals de coordinació en diferents àmbits territorials, i l'inici de la rehabilitació intensiva en dos centres.



L'Audit Estructural 2008

L'Audit Estructural 2008

De forma similar al que es va fer en la primera edició de l'Audit Clínic de l'Ictus (2006), al juny de 2008 es va remetre un qüestionari estructurat a cadascun dels responsables de la malaltia vascular cerebral dels 48 hospitals de l'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 ja que les dades han estat recollides localment pels professionals i, per tant, no estan auditades. És fonamental tenir en compte que reflecteixen els recursos existents en un moment concret.

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 observades en el conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària 2006 (CMBD-AH), seguint els mateixos criteris que es van utilitzar en l'audit clínic.

- Nivell 1, menys de 150 ingressos (16 hospitals)
- Nivell 2, entre 150 i 350 ingressos (21 hospitals)
- Nivell 3, més de 350 ingressos (11 hospitals)

Són hospitals de referència tots els centres de nivell 3 menys un (n= 10), i 3 centres de nivell 2 (taula 1).

Hospitals Nivell 1 (<150 ingressos per ictus/any) N= 16	Hospitals Nivell 2 (150-350 ingressos per ictus/any) N= 21	Hospitals Nivell 3 (> 350 ingressos per ictus/any) N= 11
H. Comarcal del Pallars, Tremp	H. de Santa Maria, Lleida	H. Universitari Arnau de Vilanova, Lleida*
Fundació Sant Hospital, La Seu d'Urgell	H. de Figueres	H. Universitari Doctor Josep Trueta, Girona*
Espitau Val d'Aran, Vielha e Mijaran	H. Althaia, Manresa*	H. Parc Taulí, Sabadell*
H. Provincial Santa Caterina, Girona	Consorci Hospitalari de Terrassa	H. Mútua de Terrassa*
H. de Campdevàrol	H. de Vic	H. Universitari de Bellvitge*
H. Sant Jaume, Olot	H. de Granollers	H. Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona*
H. Comarcal de la Selva, Blanes	H. Verge de la Cinta, Tortosa*	H. de Mataró
H. de Palamós	H. Universitari Joan XXIII, Tarragona*	H. Universitari Vall d'Hebron, Barcelona*
H. de Puigcerdà	H. de Santa Tecla i Sant Pau	H. Clínic i Provincial, Barcelona*
H. Sant Bernabé, Berga	H. Sant Joan de Reus	H. del Mar, Barcelona*
H. de Sant Celoni	H. de Sant Boi	H. de Sant Pau, Barcelona*
Fundació Privada H. de Mollet	H. de Viladecans	
H. de Móra d'Ebre	H. de Sant Joan de Déu, Martorell	
Pius H. de Valls	H. Residència Sant Camil, Sant Pere de Ribes	
H. Municipal de Badalona	H. Comarcal de l'Alt Penedès, Vilafranca	
Clínica Plató	H. d'Igualada	
	H. de l'Hospitalet	
	H. de l'Esperit Sant	
	H. Sant Jaume de Calella	
	H. Sagrat Cor	
	H. Dos de Maig	

Taula 1. Categorització dels hospitals de l'XHUP segons el nombre anual d'ingressos per ictus

(*) Hospital de Referència

1. L'atenció al malalt amb ictus al Servei d'Urgències

L'atenció al servei d'urgències la proporcionen, en la majoria dels centres, metges internistes o metges d'urgències. En aquest darrer grup s'hi inclouen metges de família i metges sense especialitat. El metge internista té major presència als hospitals de nivell 2 i nivell 3, mentre que els metges d'urgències són la clau als hospitals petits. És als hospitals de referència on apareix la figura del **neuròleg de guàrdia** (taula 2), que actualment està present en 11 hospitals, representant un increment respecte al que mostrava el Primer Audit. Només els hospitals de nivell 3, i concretament 7/11 (63,6%) disposen de resident de neurologia de guàrdia.

Taula 2. Recursos per a l'atenció a Urgències als hospitals de referència

Hospitals de Referència N= 13	N altes CMBD-AH 2006	Guàrdia NL (staff)	Resident Neurologia
H. Althaia, Manresa	162	No	No
H. Universitari Joan XXIII, Tarragona	209	Localitzada	No
H. Verge de la Cinta, Tortosa	245	Localitzada	No
H. del Mar, Barcelona	350	Presència	Presència
H. Mútua de Terrassa	388	No	No
H. Universitari Arnau de Vilanova, Lleida	422	Localitzada	No
H. de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona	460	Localitzada*	Presència
H. Universitari Doctor Josep Trueta, Girona	554	Localitzada	Presència
H. Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona	556	Presència	Presència
H. Parc Taulí, Sabadell	569	No*	No
H. Clínic i Provincial, Barcelona	676	Presència	Presència
H. Universitari Vall d'Hebron, Barcelona	682	Presència	Presència
H. Universitari de Bellvitge	772	Presència	Presència

(*) un neuròleg de presència in situ cobreix algunes de les hores del dia. L'hospital Dos de Maig té guàrdia de neurologia localitzada tot i no ser un hospital de referència

Pel que fa als professionals que intervenen o poden intervenir en l'atenció neurològica especialitzada del malalt amb ictus agut, la seva disponibilitat als Serveis d'Urgències hospitalàries es mostra a la taula 3.

Taula 3. Disponibilitat declarada d'altres professionals als serveis d'urgències hospitalàries.

		Nivell 1, n (%) N= 16	Nivell 2, n (%) N= 21	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
Neuroradiòleg diagnòstic	Presència	0	2 (9,5)	4 (36,4)	6 (12,5)
	Localitzable	1 (6,3)*	7 (33,3)	6 (54,5)	14 (29,2)
	No	15 (93,7)	12 (57,1)	1 (9,1)	28 (58,3)
Neurocirurgia	Presència	0	0	5 (45,4)	5 (10,4)
	Localitzable	0	1 (4,8)	6 (54,6)	7 (14,6)
	No	16 (100)	20 (95,2)	0	36 (75,0)
Neurocirurgia vascular	Presència	0	0	1 (9,1)	1 (2,1)
	localitzable	0	0	8 (72,7)	8 (16,7)
	No	16 (100)	21 (100)	2 (18,2)	39 (81,3)

(*) centre amb activitat privada.

2. L'atenció al malalt amb ictus a planta d'hospitalització. Les unitats d'ictus

L'especialitat del professional responsable dels **malalts amb ictus durant l'ingrés** varia entre els diferents nivells hospitalaris: als hospitals de nivell 1 el responsable és, majoritàriament, un metge internista (14/16, 87,5%), mentre que aquesta tendència s'inverteix

L'Audit Estructural 2008

en els centres de nivell 3 on el 100% dels hospitals tenen com a responsable dels malalts ingressats amb ictus a un neuròleg. Aquestes xifres són similars al que s'observà en el Primer Audit de l'Ictus.

Pel que fa als professionals disponibles per a l'atenció del malalt amb ictus ingressat, aquests es mostren a la taula següent.

	Nivel 1, n (%) N= 16	Nivel 2, n (%) N= 21	Nivel 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
Neuròleg staff	8 (50,0)	20 (95,2)	11 (100)	39 (81,3)
Neuròleg resident	0	0	8 (72,7)	8 (16,7)
Infermeria especialitzada	3 (18,8)	11 (52,4)	11 (100)	25 (52,1)
Cirurgia Vascolar	5 (31,3)	13 (61,9)	11 (100)	29 (60,4)
Cirurgia vascular expert TEA	2 (12,5)	7 (33,3)	10 (90,9)	19 (39,6)
Intensivista	1 (6,3)	14 (66,7)	11 (100)	26 (54,2)
Neurointensivista	0	0	5 (45,5)	5 (10,4)
Neurocirurgia	0	2 (9,5)	10 (90,9)	12 (25,0)
Neurocirurgia vascular	0	1 (4,8)	7 (63,6)	8 (16,7)
Radiòleg diagnòstic	13 (81,3)	21 (100)	10 (90,9)	44 (91,7)
Intervencionista	0	1 (4,8)	7 (63,6)	8 (16,7)
Cardiòleg	10 (62,5)	20 (95,2)	11 (100)	41 (85,4)
Rehabilitador staff	11 (68,8)	14 (66,7)	11 (100)	36 (75,0)
Rehabilitador resident	0	2 (9,5)	6 (54,6)	8 (16,7)
Fisioterapeuta	16 (100)	20 (95,2)	11 (100)	47 (97,9)
Terapeuta ocupacional	8 (50,0)	9 (42,9)	7 (63,6)	24 (50,0)
Logopeda	11 (68,8)	13 (61,9)	10 (90,9)	34 (70,8)
Treballador social	16 (100)	19 (90,5)	11 (100)	46 (95,8)
Neuropsicòleg	7 (43,8)	11 (52,4)	10 (90,9)	28 (58,3)

Taula 4. Professionals disponibles per a l'atenció dels malalts segons nivells hospitalaris

A Catalunya, 15 hospitals disposen d'unitat d'ictus en planta d'hospitalització (proporció infermera/pacient: 1/10-1/12), i 8 hospitals tenen unitat d'ictus aguts que ofereixen cures en règim semiintensiu (proporció infermera/pacient: 1/4-1/6) i estan dotats per fer un monitoratge continu de funcions vitals com la pressió arterial, temperatura, activitat ECG, saturació oxigen, etc. Set d'aquestes unitats estan ubicades en hospitals de referència i la vuitena és en un hospital no de referència (H. Dos de Maig, Barcelona) (taula 5).

Pel que fa a les opcions terapèutiques especialitzades per als malalts amb ictus disponibles als hospitals de l'XHUP de Catalunya, aquestes es mostren a la taula 6. En relació al tractament trombolític sistèmic, s'ha de tenir en compte que aquest tractament també pot ser administrat en alguns hospitals comarcals connectats amb centres de referència mitjançant videoconferència.

Taula 5. Les unitats d'ictus als hospitals de referència

Hospitals de Referència N= 13	N altes CMBD-AH 2006	Unitat Ictus Aguts (semi)	Unitat Ictus (Planta)
H. Althaia, Manresa	162	No	No
H. Universitari Joan XXIII, Tarragona	209	No	No
H. Verge de la Cinta, Tortosa	245	No	Si
H. del Mar, Barcelona	350	Si	Si
H. Mútua de Terrassa	388	No	Si
H. Universitari Arnau de Vilanova, Lleida	422	Si	Si
H. de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona	460	No	No
H. Universitari Doctor Josep Trueta, Girona	554	Si	Si
H. Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona	556	Si	Si
H. Parc Taulí, Sabadell	569	No	Si
H. Clínic i Provincial, Barcelona	676	Si	Si
H. Universitari Vall d'Hebron, Barcelona	682	Si	Si
H. Universitari de Bellvitge	772	Si	Si

Taula 6. Cartera declarada de serveis terapèutics en relació a la patologia cerebrovascular als hospitals catalans

	Nivell 1, n (%) N= 16	Nivell 2, n (%) N= 21	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
rtPA intravenós	0	5 (23,8)	10 (90,9)	15 (31,3)
Trombólisi intraarterial	0	0	5 (45,5)	5 (10,4)
Hemicraniectomia descompressiva	0	1 (4,8)	7 (63,6)	8 (16,7)
Cirurgia de l'hemorràgia cerebral	0	2 (9,5)	10 (90,9)	12 (25,0)
Drenatge ventricular	0	2 (9,5)	10 (90,9)	12 (25,0)
Cirurgia de l'aneurisma	0	1 (4,8)	8 (72,7)	9 (18,8)
Teràpia endovascular aneurisma	0	1 (4,8)	7 (63,6)	8 (16,7)
Tractament Malformacions Arteriovenoses	0	1 (4,8)	8 (72,7)	9 (18,8)
TEA de caròtide	1 (6,3)*	6 (28,6)	10 (90,9)	17 (35,4)
Angioplàstia i stenting de caròtide	1 (6,3)*	2 (9,5)	10 (90,9)	13 (27,1)

* Centre amb activitat privada

3. Equips d'ictus

Trenta-vuit (79,2%) dels 48 hospitals participants declaren disposar d'un equip d'ictus. La distribució segons els nivells hospitalaris es: 9 (56,3%) hospitals del nivell 1, 18 (85,7%) hospitals del nivell 2, i 11 (100%) hospitals del nivell 3. Comparat amb el que es declarà en el Primer Audit de l'Ictus, s'observa un increment significatiu en el nombre d'hospitals amb equip d'ictus en tots els nivells. A la taula 7 es mostren els professionals que integren els equips d'ictus, en aquells hospitals on aquest model existeix. Només 14 hospitals (29,2%) declaren organitzar sessions informatives periòdiques per a malalts/familiars, si bé aquest nombre és superior al declarat en el Primer Audit de l'Ictus. Aquests centres es distribueixen de la forma següent: 2 de nivell 1 (12,5%), 4 de nivell 2 (19,1%), i 8 de nivell 3 (72,7%).

L'Audit Estructural 2008

	Nivell 1, n (%) N= 16	Nivell 2, n (%) N= 21	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
Neuròleg	5 (31,3)	18 (100)	11 (100)	34 (70,8)
Internista	9 (56,3)	12 (57,1)	1 (9,1)	22 (45,8)
Rehabilitador	7 (43,8)	10 (47,6)	9 (81,8)	26 (54,2)
Infermer/a	9 (56,3)	17 (81,0)	10 (90,9)	36 (75,0)
Fisioterapeuta	8 (50,0)	17 (81,0)	10 (90,9)	35 (72,9)
T. ocupacional	3 (18,8)	2 (9,5)	5 (45,5)	10 (20,8)
T. social	6 (37,5)	13 (61,9)	9 (81,8)	28 (58,3)
Altres	4 (25,0)	12 (57,1)	5 (45,5)	21 (43,8)

Taula 7. Professionals que integren l'equip d'ictus en cada categoria hospitalària

4. Rehabilitació del malalt amb ictus

Trenta-sis dels 48 (75%) hospitals d'aguts de l'XHUP disposen d'un metge rehabilitador per a l'atenció del malalt ingressat amb ictus. Aquests, es distribueixen de la forma següent, segons els nivells hospitalaris: 11/16 (68,8%) de nivell 1, 14/21 (66,7%) de nivell 2, i 11/11 (100%) de nivell 3. Vuit dels 48 (16,7%) hospitals tenen metges residents de rehabilitació (nivell 1: 0/16 centres, nivell 2: 2/21 centres, i nivell 3: 6/11 centres).

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 8. En general, s'observa un augment del nombre de professionals que integren l'equip de rehabilitació respecte del Primer Audit Clínic de l'Ictus.

	Nivell 1, n (%) N= 16	Nivell 2, n (%) N= 21	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
Rehabilitador staff	11 (68,8)	14 (66,7)	11 (100)	36 (75)
Rehabilitador resident	0	2 (9,5)	6 (54,6)	8 (16,7)
Fisioterapeuta	16 (100)	20 (95,2)	11 (100)	47 (97,9)
T. ocupacional	8 (50,0)	9 (42,9)	7 (63,6)	24 (50,0)
Logopeda	11 (68,8)	13 (61,9)	10 (90,9)	34 (70,8)
T. social	16 (100)	19 (90,5)	11 (100)	46 (95,8)
Neuropsicòleg	7 (43,8)	11 (52,4)	10 (90,9)	28 (58,3)

Taula 8. Integrants de l'equip de rehabilitació (nombre i proporció d'hospitals de cada nivell que declaren disposar de cadascun d'ells)

En relació a la disponibilitat de tractament rehabilitador ambulatori, 12/16 (75,0%) centres de nivell 1, 16/21 (76,2%) centres de nivell 2, i 10/11 (90,9%) centres de nivell 3 declaren tenir-lo disponible, si bé 5/16, 16/21 i 7/11 centres de nivell 1, 2, i 3, respectivament, ho fan a través d'un centre extern.

5. Equipaments: neuroimatge i imatge vascular

El 89,6% (43/48) dels hospitals disposen de TC cranial, i en 35 (72,9%) la disponibilitat d'aquesta prova diagnòstica està garantida 24 hores/dia, 365 dies/any. L'RM cranial està disponible al 58,3% (28/48) dels centres d'aguts. En relació al Primer Audit Clínic de l'Ictus, s'observa un increment moderat dels centres que disposen de TC cranial i molt significatiu del nombre de centres que disposen d'RM cranial.

Taula 9. Equipaments de neuroimatge (nombre i proporció de centres de cada nivell que declaren disposar d'aquestes exploracions)

	Nivell 1, n (%) N= 16	Nivell 2, n (%) N= 21	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
TC cranial	12 (75,0)	20 (95,2)	11 (100)	43 (89,6)
TC 24 h/dia	9 (56,3)	15 (71,4)	11 (100)	35 (72,9)
TC perfusió	4 (25,0)	5 (23,8)	6 (54,6)	15 (31,3)
TC perfusió 24 h/dia	4 (25,0)	0	4 (36,4)	8 (16,7)
RM cranial	5 (31,3)	12 (57,1)	11 (100)	28 (58,3)
RM multimodal 24 h/dia ¹	1 (6,3)*	0	3 (27,3)	4 (8,3)

¹ RM multimodal inclou: T1, T2, eco-gradient, FLAIR, angio-RM, DWI/PWI

* Centre amb activitat privada

Les tècniques d'imatge vascular estan detallades a la taula 10. És destacable que en el 58,3% (28/48) dels hospitals es practica el doppler transcranial (DTC), tot i que només en 9 centres de referència i 2 altres centres no de referència es pot practicar 24 hores/dia, 365 dies/any. En relació a aquestes tècniques d'imatge vascular, és molt destacable l'augment del nombre d'hospitals que les practiquen respecte del que s'observà en el Primer Audit. Aquest increment es produeix, majoritàriament, a expenses dels centres de nivell 2 i 3.

Taula 10. Disponibilitat de tècniques d'imatge vascular (nombre i proporció de centres segons nivell que declaren disposar-ne)

	Nivell 1, n (%) N= 16	Nivell 2, n (%) N= 21	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
Doppler/dúplex transcranial	3 (18,8)	14 (66,7)	11 (100)	28 (58,3)
Doppler/dúplex transcranial 24 h/dia	0	2 (9,5)	9 (81,8)	11 (22,9)
Eco-doppler TSA	12 (75,0)	20 (95,2)	10 (90,9)	42 (87,5)
Eco-doppler TSA 24 h/dia	0	1 (4,8)	8 (72,7)	9 (18,8)
Angio-TC	5 (31,3)	11 (52,4)	10 (90,9)	26 (54,2)
Angio-TC 24 h/dia	3 (18,8)	1 (4,8)	5 (45,5)	9 (18,8)
Angio-RM	5 (31,3)	14 (66,7)	11 (100)	30 (62,5)
Angio-RM 24 h/dia	1 (6,3)	0	4 (36,4)	5 (10,4)
Angiografia convencional	0	2 (9,5)	9 (81,8)	11 (22,9)
Angiografia disponible 24 h/dia	0	0	3 (27,3)	3 (6,3)

L'ultrasonografia dels TSA la realitzen diferents especialistes: neuròlegs en 16 hospitals (39,0%), radiòlegs en 16 hospitals (39,0%), cirurgians vasculars en 7 hospitals (17,1%), i un altre especialista en 1 centre (2,4%). Aquesta informació es desconeix en 1 altre centre.

6. Estudi i atenció a l'AIT

El propòsit de l'estudi etiològic del malalt amb AIT és que aquest es completi al més aviat possible, i que el diagnòstic i el tractament antitrombòtic estiguin implementats en les primeres 48 hores després de l'episodi. En aquest sentit, és important destacar que s'observa un increment significatiu respecte el Primer Audit dels hospitals que poden fer l'estudi vascular extra/intracranial en la finestra 0-48 hores, com es mostra a la taula 11.

Taula 11. Demora declarada en l'estudi vascular de l'AIT (nombre i proporció de centres segons nivell)

	Nivell 1, n (%) N= 16	Nivell 2, n (%) N= 21	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
≤ 48 hores	5 (31,3)	5 (23,8)	9 (81,8)	19 (39,6)
2-7 dies	9 (56,3)	12 (57,1)	2 (18,2)	23 (47,9)
>1 setmana	1 (6,3)	1 (4,8)	0	2 (4,2)
No consta	1 (6,3)	3 (14,3)	0	4 (8,3)
Total, N (%)	16 (100)	21 (100)	11 (100)	48 (100)

L'Audit Estructural 2008

A Catalunya el malalt amb AIT s'estudia majoritàriament, en el 54,4% dels casos, mitjançant l'ingrés hospitalari, i en 7 centres de nivell 3 i 1 de nivell 2 l'estudi mínim requerit (avaluació clínica, neuroimatge i imatge vascular extra/intracranial) es pot garantir a urgències (taula 12). Aquest fet és clarament diferent al que s'observà en el Primer Audit Clínic de l'Ictus, així com també la reducció del nombre de centres hospitalaris que requereixen ingressar el malalt per a completar-ne l'estudi etiològic observada en aquesta segona edició.

	Nivell 1, n (%) N= 16	Nivell 2, n (%) N= 21	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
Urgències	0	1 (4,8)	7 (63,6)	8 (17,4)
Ingressat	9 (64,3)	13 (61,9)	3 (27,3)	25 (54,4)
Consulta externa ràpida	4 (28,6)	4 (19,1)	1 (9,1)	9 (19,6)
Consulta externa rutinària	1 (7,1)	3 (14,3)	0	4 (8,7)
Total, n (%)	14 (87,5) 2 (12,5) perduts	21 (100)	11 (100)	46 (95,8) 2 (4,2) perduts

Taula 12. Nivell/àmbit on es fa l'estudi del malalt amb AIT (nombre i proporció de centres segons nivell)

En 9 casos dels 13 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 13 es mostra la disponibilitat de les exploracions diagnòstiques per a l'estudi cardiològic.

	Nivell 1, n (%) N= 16	Nivell 2, n (%) N= 21	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
ETE	0	11 (52,4)	10 (90,9)	21 (43,8)
ETT	15 (93,8)	21 (100)	11 (100)	47 (97,9)
ECG-Holter	12 (75,0)	20 (95,2)	11 (100)	43 (89,6)

Taula 13. Exploracions declarades 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): 4 dies (2-15). Als hospitals de nivell 1, 4 dies (2-10); als hospitals de nivell 2, 3,5 dies (1,5-12,5); i als de nivell 3, 7 dies (2-20).

Dinou dels 48 centres participants (39,6%) declaren realitzar tromboendoarterectomia de caròtide (TEA): 1 (6,3) centre de nivell 1 (centre amb activitat privada), 8 (38,1) centres de nivell 2, i 10 (90,9) centres de nivell 3. En relació a les angioplàsties, 12 dels 48 (25,0%) hospitals participants declaren estar en disposició de realitzar-la (1, 2 i 9 centres de nivell 1, 2, i 3, respectivament). La demora fins a la TEA/ angioplàstia de caròtide a Catalunya és de (M (IIQ)): 11 dies (7-21).

7. Altres

S'ha demanat per l'existència de 7 protocols per al maneig de les complicacions més freqüents. Les dades es mostren a la taula 14.

	Nivell 1, n (%) N= 16	Nivell 2, n (%) N= 21	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
Maneig de la Hipertensió	14 (87,5)	19 (90,5)	11 (100)	44 (91,7)
Maneig de la Hipertensió intracranial	12 (66,7)	10 (52,6)	10 (90,9)	32 (66,7)
Maneig de la Disfàgia	13 (81,3)	19 (90,5)	10 (90,9)	42 (87,5)
Maneig de la Hipertèrmia	12 (75,0)	16 (76,2)	11 (100)	39 (81,3)
Prevençió i maneig de la Pneumònia per aspiració	11 (68,8)	19 (90,5)	9 (81,8)	39 (81,3)
Prevençió i maneig de les nafres per pressió	15 (93,8)	20 (95,2)	11 (100)	46 (95,8)
Maneig de la incontinència urinària	7 (43,8)	11 (52,4)	8 (72,7)	26 (54,2)

Taula 14. Protocols clínics (nombre i proporció de centres que declaren disposar-ne, segons nivell)

En relació a la situació que mostrava el Primer Audit Clínic de l'Ictus, s'observa un augment discret del nombre de centres que disposen dels esmentats protocols.

Set (43,8%) hospitals del nivell 1, 12 (57,1%) del nivell 2, i 9 (81,8%) hospitals del nivell 3 declaren disposar de registres específics d'ictus (28/48 hospitals participants, 58,3%). De les actuacions vinculades a l'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 15. Pel que fa a l'existència de programes/cursos de formació per als professionals mèdics de l'àmbit d'urgències, n'existeixen a 6 (37,5%), 12 (57,1%), i 10 (90,9%) centres de nivell 1, 2 i 3, respectivament.

Taula 15. Actuacions de l'àmbit d'infermeria (nombre i proporció de centres que declaren disposar-ne, segons nivell)

	Nivell 1, n (%) N= 16	Nivell 2, n (%) N= 21	Nivell 3, n (%) N= 11	Total, n (%) N= 48
Vies clíniques	10 (62,5)	13 (61,9)	11 (100)	34 (70,8)
Programes de formació Infermeria	4 (25,0)	12 (57,1)	11 (100)	27 (56,3)
Sessions informatives per a malalts i familiars	2 (12,5)	4 (19,1)	8 (72,7)	14 (29,2)
Es reparteix la Guia "Superar l'ictus"	9 (56,3)	18 (85,7)	10 (90,9)	37 (77,1)

Comparades amb les dades obtingudes en el Primer Audit Clínic de l'Ictus, s'observa un increment rellevant en totes quatre actuacions.



L'Audit clínic de l'ictus 2007-2008

1. Introducció

L'objectiu principal d'aquest Segon Audit Clínic de l'Ictus és avaluar la situació de l'atenció hospitalària al malalt amb patologia cerebrovascular aguda als hospitals d'aguts de l'XHUP de Catalunya a l'any 2007. Atès que les intervencions inicials promogudes pel PDMVC, entre les quals hem de destacar la constitució de comitès locals de l'MVC i l'elaboració i difusió de la GPC de l'Ictus per a professionals, es varen dur a terme en el 2005, aquest Segon Audit Clínic de l'Ictus analitza la situació de l'atenció després de la publicació de la GPC i, per tant, de forma indirecta pretén determinar si s'ha fet efectiva la seva implementació. Com en el primer audit, aquest també ha consistit en la revisió d'històries clíniques de pacients ingressats per un ictus agut en els 48 hospitals d'aguts de l'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. Addicionalment, s'aporta informació del grup anomenat 'top 13', que agrupa tretze indicadors procedents dels diferents perfils assistencials i que considerem molt rellevants per l'evidència científica que els recolza. Els perfils assistencials que s'avaluen són:

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

De forma similar al que succeí amb el Primer Audit Clínic de l'Ictus, 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 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 anteriorment. Aquest enfocament va lligat a la visió del PDMVC sobre quin ha de ser l'objectiu fonamental d'un audit periòdic. Si cadascun d'ells és una fotografia estàtica d'un moment de l'atenció a la malaltia, la seva realització cada dos anys ens permetrà detectar els aspectes subòptims de l'atenció en cada centre i en cada moment del procés assistencial i d'aquesta manera facilitarà que es prenguin les mesures necessàries per a que els pacients rebin una atenció de la màxima qualitat. En línia amb aquesta visió, després del Primer Audit Clínic de l'Ictus, el PDMVC va fer una sèrie de visites al territori per discutir, en el marc dels comitès locals de l'MVC, els resultats obtinguts i les estratègies per millorar els aspectes subòptims de l'atenció. El Segon Audit Clínic de l'Ictus aporta resultats sobre l'estat de l'atenció hospitalària a l'ictus i permet la comparació amb els obtinguts en el primer audit.

L'Audit clínic de l'ictus 2007-2008

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.x1 (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 varen ingressar als hospitals d'aguts de l'XHUP entre gener i desembre de 2007; per tant, amb posterioritat 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 (CMBD-AH 2006), de la forma següent: menys de 150 ingressos anuals, 20 casos (16 centres); entre 150-350 ingressos anuals, 40 casos (21 centres); i més de 350 ingressos anuals, 60 casos (11 centres). Així, el volum estimat de la mostra global, abans de la recollida dels casos, era de 1800 casos. La selecció dels casos de cada hospital s'ha fet a partir del registre d'altres de l'hospital, utilitzant els codis diagnòstics mencionats anteriorment. Dels 48 hospitals que havien de participar en la recollida de dades, un dels centres (el que té un menor nombre d'ingressos per ictus/any) finalment no hi va contribuir per falta de casos, de manera que en aquesta edició de l'audit clínic de l'ictus hem comptat amb la participació de 47 centres.

2.2. Recollida de dades

La informació requerida a l'audit clínic es va obtenir mitjançant la revisió retrospectiva 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 depenent del Departament de Salut.

Una diferència important respecte del Primer Audit Clínic de l'ictus és que en aquest segon audit les dades varen ser recollides majoritàriament per auditors externs (en 25 dels 47 centres participants), mentre que en la resta la recollida fou interna; és a dir, que les dades varen ser recollides per un investigador del centre, generalment algun professional sanitari del propi centre relacionat amb l'atenció als malalts amb ictus. En aquest cas, el 10% dels casos s'auditaren externament per comprovar-ne la qualitat. Cada usuari, intern o extern, tenia un perfil propi d'accés al sistema per tal d'assegurar la confidencialitat de les dades. Tots els investigadors varen disposar d'un manual clínic on s'explicava la dinàmica de l'audit, els seus ítems, i les possibles respostes en cada cas, per tal d'aconseguir uns criteris al més homogenis possibles en l'elecció de les respostes.

La recollida de dades es va dur a terme entre febrer i juny de 2008, i en aquest període la comunicació entre la coordinació del projecte i els investigadors locals va ser molt intensa, fonamentalment a través del correu electrònic.

2.3. Auditoria externa

En el cas que les dades fossin recollides i comunicades per un investigador local (22 dels 47 centres), i per tal d'assegurar la qualitat d'aquestes 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 document.

Gestió de les dades

Un cop realitzades tant la inclusió local i externa dels casos com l'auditoria externa en el cas que la recollida fos local inicialment, 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, i corregir els possibles errors d'entrada de dades, 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 813 casos reclutats per un investigador local es van auditar de forma externa 77 històries (9,5%). 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 un total de 72 variables de l'estudi, i la concordança global mitjançant el càlcul de la Kappa mitjana de totes elles.

De les 72 variables analitzades el 11% tenien una concordança dolenta, el 18% regular, el 15% moderada, el 32% important i el 24% gairebé perfecta. La kappa mitjana entre totes les variables era de 0,63. De les 27 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

De forma similar al que es va fer en el Primer Audit Clínic de l'Ictus, 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'Audit clínic de l'ictus 2007-2008

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. És important destacar que en aquest Segon Audit Clínic de l'Ictus s'han modificat les fórmules per al càlcul del compliment de 3 indicadors del 'top 13': maneig de la hipertèrmia, maneig de la dislipèmia i maneig de la hipertensió. Aquestes noves definicions, més restrictives que les que s'utilitzaren en el Primer Audit Clínic, impliquen doncs una major dificultat en assolir un bon compliment d'aquests indicadors (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 del Segon Audit Clínic de l'Ictus al conjunt del territori català. Els resultats concrets assolits per cada hospital participant s'entreguen 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 dades d'un total de 1.835 episodis. El diagrama d'inclusions i pèrdues es mostra a la figura 3.1.

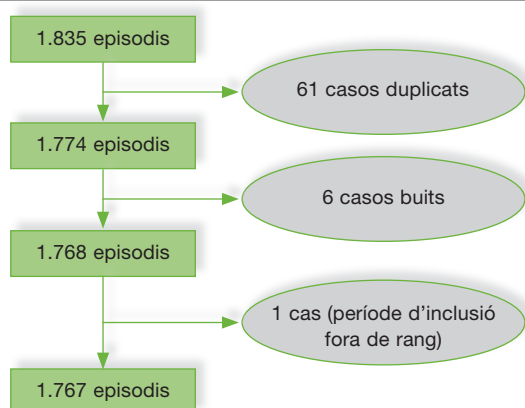


Figura 3.1. Diagrama d'inclusions i pèrdues de l'estudi

Així, els 1.767 registres que finalment s'han analitzat corresponen a 1.762 pacients i 5 reingressos. L'edat mitjana de la mostra ha estat de $75,4 \pm 12,3$ anys ($p50= 77,8$; $p25= 69$; $p10= 58,5$), i per sexes la mostra s'ha distribuït de la forma següent: 925 homes (52,4%), i 842 dones (47,7%).

La contribució al Segon Audit Clínic de l'Ictus dels diferents àmbits territorials del PDMVC, i dels hospitals inclosos en cadascun d'ells, es mostra a la taula 3.1.

Taula 3.1. Nombre de casos aportats pels centres hospitalaris participants

HOSPITAL	ÀMBIT TERRITORIAL	N (%)
H. Universitari Arnau de Vilanova	Lleida	59 (3.34)
H. de Santa Maria, Lleida	Lleida	39 (2.21)
H. Comarcal del Pallars, Tremp	Lleida	19 (1.1)
Fundació Sant Hospital, La Seu d'Urgell	Lleida	20 (1.13)
Espitau Val d'Aran, Vielha e Mijaran	Lleida	0
H. Universitari de Girona Doctor Josep Trueta	Girona	60 (3.4)
H. Provincial Santa Caterina, Girona	Girona	20 (1.13)
H. de Figueres	Girona	39 (2.21)
H. de Campdevànol	Girona	20 (1.13)
H. Sant Jaume, Olot	Girona	21 (1.19)
H. Comarcal de la Selva, Blanes	Girona	18 (1.02)
H. de Palamós	Girona	20 (1.13)
H. de Puigcerdà	Eix del Llobregat	21 (1.19)
H. Sant Bernabé, Berga	Eix del Llobregat	19 (1.08)
H. Althaia, Manresa	Eix del Llobregat	40 (2.26)
H. Parc Taulí, Sabadell	Vallès Occidental	60 (3.4)
H. Mútua de Terrassa	Vallès Occidental	60 (3.4)
Consorti Hospitalari de Terrassa	Vallès Occidental	40 (2.26)
H. de Vic	Vallès Oriental i Osona	40 (2.26)
H. de Granollers	Vallès Oriental i Osona	38 (2.15)
H. de Sant Celoni	Vallès Oriental i Osona	20 (1.13)
Fundació Privada H. de Mollet	Vallès Oriental i Osona	20 (1.13)
H. Verge de la Cinta, Tortosa	Terres de l'Ebre	40 (2.26)
H. de Móra d'Ebre	Terres de l'Ebre	21 (1.19)
H. Universitari Joan XXIII, Tarragona	Tarragona	41 (2.32)
H. de Santa Tecla i Sant Pau	Tarragona	42 (2.38)
H. Sant Joan de Reus	Tarragona	42 (2.38)
Pius H. De Valls	Tarragona	20 (1.13)
H. Universitari de Bellvitge	Costa de Ponent	60 (3.40)
H. de l'Hospitalet	Costa de Ponent	20 (1.13)
H. de Sant Boi	Costa de Ponent	40 (2.26)
H. de Viladecans	Costa de Ponent	40 (2.26)
H. de Sant Joan de Déu, Martorell	Costa de Ponent	39 (2.21)
H. Residència Sant Camil, Sant Pere de Ribes	Costa de Ponent	39 (2.21)
H. Comarcal de l'Alt Penedès, Vilafranca	Costa de Ponent	40 (2.26)
H. d'Igualada	Costa de Ponent	34 (1.92)
H. Universitari Germans Trias i Pujol	Barcelonès Nord i Maresme	62 (3.51)
H. Municipal de Badalona	Barcelonès Nord i Maresme	20 (1.13)
H. de l'Esperit Sant	Barcelonès Nord i Maresme	40 (2.26)
H. Sant Jaume de Calella	Barcelonès Nord i Maresme	40 (2.26)
H. de Mataró	Barcelonès Nord i Maresme	60 (3.40)
H. Universitari Vall d'Hebron	Barcelona	60 (3.40)
H. Clínic i Provincial	Barcelona	62 (3.51)
H. Sagrat Cor	Barcelona	36 (2.04)
Clínica Plató	Barcelona	16 (0.91)
H. del Mar	Barcelona	60 (3.40)
H. de Sant Pau	Barcelona	60 (3.40)
H. Dos de Maig	Barcelona	40 (2.26)

L'Audit clínic de l'ictus 2007-2008

Pel que fa al perfil de factors de risc vascular, aquests es van distribuir segons que es mostra a la figura 3.2.

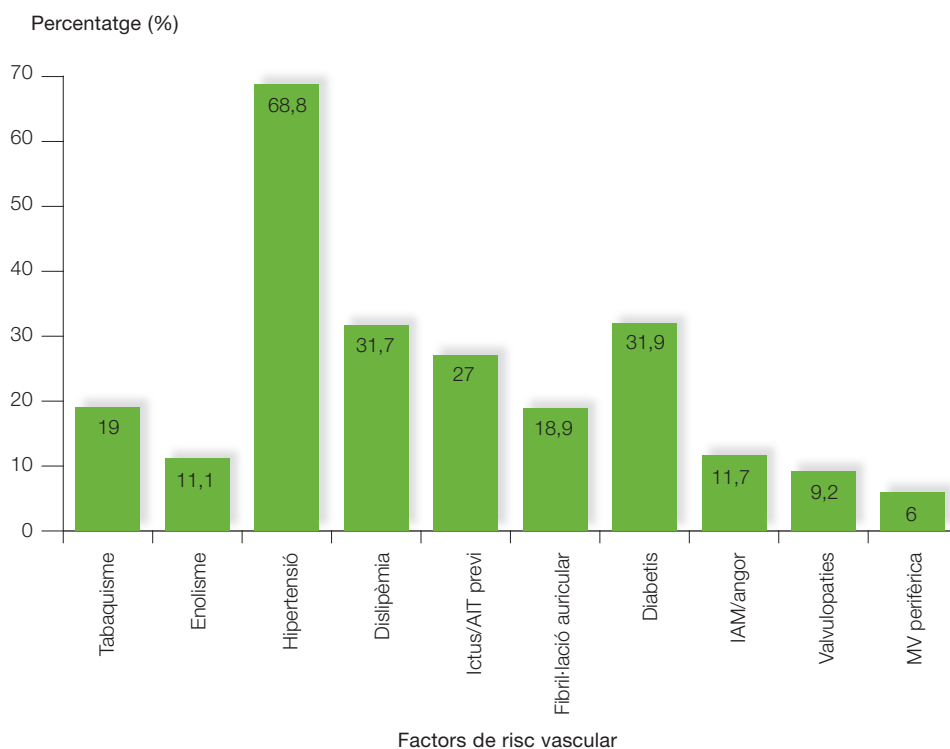


Figura 3.2. Perfil de factors de risc vascular

El 70,7% (1.248) dels casos eren independents abans de l'ictus i el 20,2% (357) tenien discapacitat prèvia. Aquesta dada es desconeixia en el 1,1% (20) de la mostra i no constava a la història clínica en el 7,9% (140) dels casos.

La data i hora d'inici dels símptomes era coneguda en el 86,7% (1.503) i el 40,4% (700) dels casos, i no es coneixia en el 11,1% i 47,1% dels casos respectivament, mentre que a la història clínica no es feia menció d'aquestes dades en el 2,1% i el 12,5% dels casos, respectivament. La mediana del temps transcorregut des de l'inici dels símptomes fins a l'arribada a l'hospital va ser de 2,4 hores (IIQ: 1,3-6,5 hores) (figura 3.3). Globalment, el codi ictus es va activar en el 20,3% (351) de la mostra i el nivell de les activacions va ser majoritàriament intrahospitalari (47,3%; 166 casos) i des del SEM/061 (25,1%; 88 casos). El 5,9% (102) de les activacions del codi ictus va rebre tractament amb rtPA intravenós en les 3 primeres hores de l'ictus.

El diagnòstic principal inicial (realitzat en les primeres 24 hores) va ser: ictus isquèmic en el 82,7% dels casos (1.424) i hemorràgia intracerebral en el 11,0% (189 casos). En el 4,5% (78 casos) aquesta dada no apareixia en la història clínica, i en el 1,7% (30 casos) era absent donat que la TC cranial estava pendent de ser realitzada.

En relació al consum de recursos d'hospitalització, l'estada mitjana hospitalària va ser de 10,6 dies (DE: 10,3 dies) (figura 3.4), i en el 96,4% dels casos (1.679) l'ingrés transcorregué en 1-2 ubicacions diferents, excloent l'estada a urgències. El 22,6% (394) dels episodis varen ser ingressats en una unitat d'ictus i l'estada mitjana hospitalària a la unitat d'ictus va ser de 4,9 dies (DE: 3,6 dies). Pel que fa a la mortalitat de la mostra, el 9,5% (167 casos) varen ser exitus en el transcurs de l'ingrés, i el 6,8% (119) varen morir en els primers 7 dies.

Figura 3.3. Distribució del temps transcorregut des de l'inici dels símptomes fins a l'arribada a l'hospital (en hores) excloent els valors extrems (pacients amb temps superior a les 30 hores)

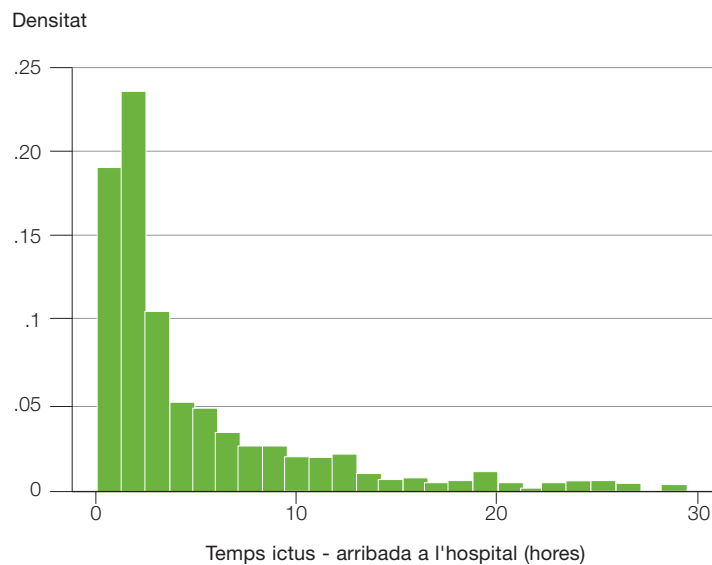
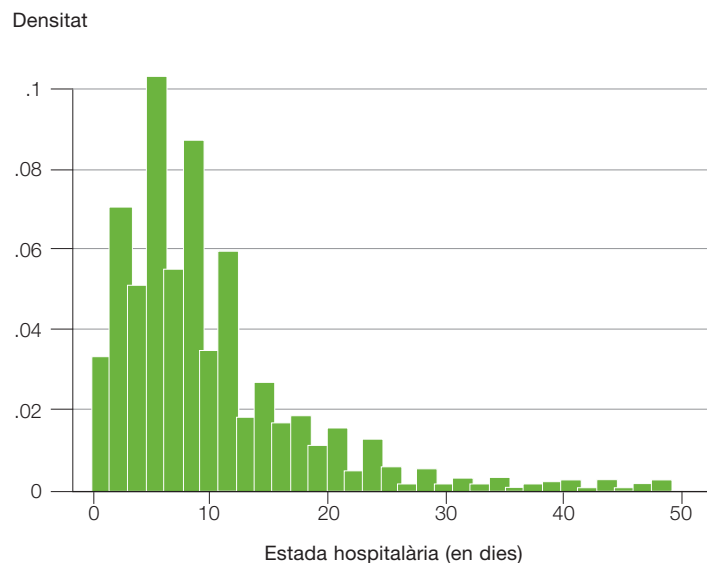


Figura 3.4. Distribució de l'estada hospitalària (en dies) excloent els valors extrems (pacients amb una estada de més de 50 dies)



En relació a la informació que apareix a l'informe d'alta, la situació funcional del malalt a l'alta estava definida de la següent manera: puntuació en l'escala NIHSS: 30,7% (534), puntuació de l'escala Canadenc: 2,1% (37), descripció: 52,6% (915), no constava en el 3,8% (67), i era absent per mort del pacient en el 10,8% (188). En els casos en què s'usà l'escala NIHSS, la puntuació a l'alta va ser de 3 (1-6) (M, (IIQ)), i en el cas que s'utilitzés l'escala Canadenc, la puntuació va ser de 9 (7-10). De forma similar, la situació funcional del malalt a l'alta apareix en el 16,7% (291) dels casos mesurada amb l'escala de Barthel (M (IIQ): 60 (20-95)), i en el 21,3% (371 casos) mesurada amb l'escala modificada de Rankin (3 (1-4)). La situació funcional del malalt a l'alta no consta en el 6,2% (107) dels casos i hi és absent per mort del malalt en el 10,7% (187 casos). Pel que fa al diagnòstic topogràfic i el mecanisme pel qual s'estableix l'ictus, aquests no consten en l'informe

L'Audit clínic de l'ictus 2007-2008

d'alta en el 42,9% (746 casos) i 32,6% (567) dels casos, respectivament. La distribució dels diagnòstics topogràfics i dels mecanismes, en el cas que aquests estiguessin consignats a l'informe d'alta, es mostra a les figures 3.5 i 3.6.

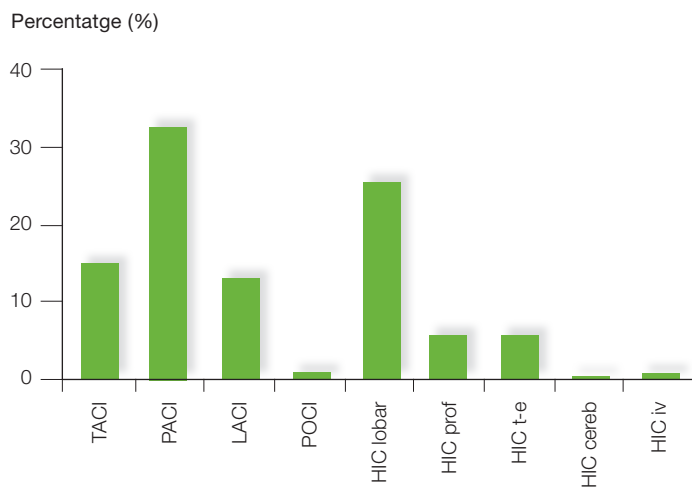


Figura 3.5. Diagnòstics topogràfics

TACI, PACI, LACI, POCI: classificació OCSP (veure annex 1); HIC lobar; HIC prof: hemorràgia intracerebral profunda; HIC t-e: tronc-encefàlica; HIC cereb: cerebel·losa; HIC iv: intraventricular

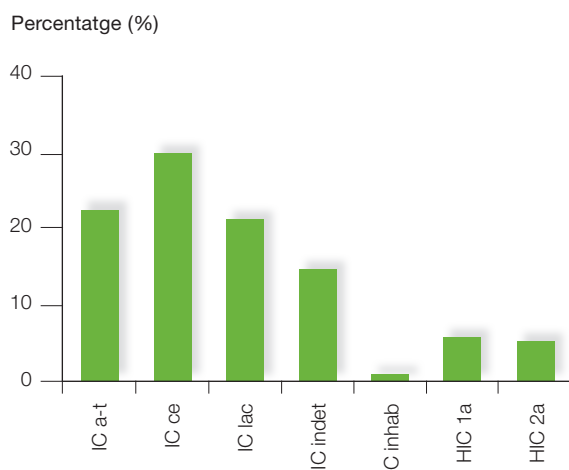
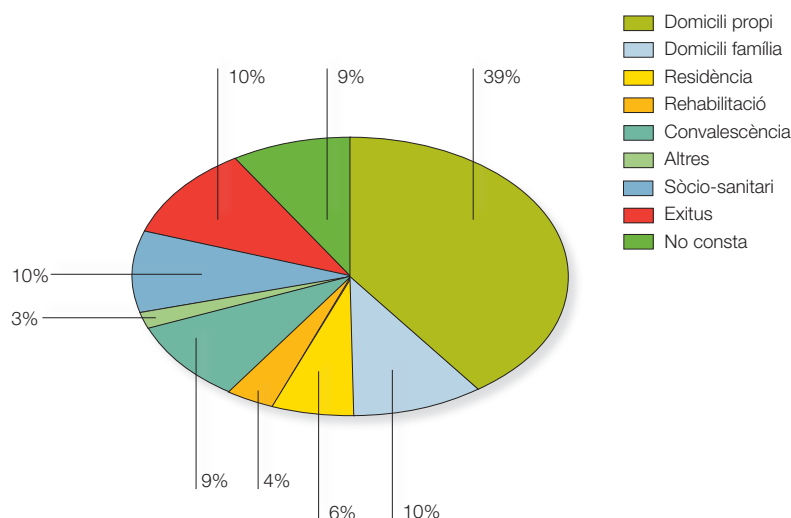


Figura 3.6. Mecanismes de l'ictus

IC a-t: infart cerebral aterotrombòtic; IC ce: cardioembòlic; IC lac: lacunar; IC indet: indeterminat; IC inhab: inhabitual; HIC 1a: hemorràgia intracerebral primària; HIC 2a: secundària

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

Figura 3.7. 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, tant el compliment assolit en el Segon Audit Clínic de l'Ictus (2007/2008) com el que es va assolir en la primera edició de l'Audit de l'Ictus (2005/2006), així com el p-valor de la comparació.

Els casos vàlids es defineixen com aquells casos en què l'acció avaluada és aplicable. Els casos no vàlids es generen a partir de 2 situacions diferents: 1) quan l'acció avaluada no és aplicable, i 2) 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 inclouent el cas.

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

- Casos no vàlids: els que tenen com a resposta 'NA' (no procedeix o no aplica perquè es tracta d'una hemorràgia intracerebral), 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 també 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 2007-2008

Perfil 1: Qualitat de la història clínica

S'hi inclouen indicadors que expressen la qualitat de 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 2007/2008		Global Catalunya 2005/2006	Comparació 1er/2on audit
	Casos vàlids	% de compliment (IC 95%)	% de compliment (IC 95%)	p valor
Habitatge abans ingrés	1.765	82,2 (80,3-84,0)	71,8 (69,7-74)	<0,001
AP/ factors de risc vascular	1.765	99,9 (99,6-100)	100 (99,8-100)	ns
Medicació habitual i control dels factors de risc	1.765	89,5 (87,9-90,9)	80,3 (78,2-82,3)	<0,001
Situació funcional pre-ingrés	1.765	92,1 (90,7-93,3)	77,7 (75,8-79,7)	<0,001
Data inici ictus	1.733	97,9 (97,1-98,5)	96,2 (95,3-97,1)	<0,01
Hora inici ictus	1.733	87,5 (85,8-89,0)	81,1 (79,2-82,9)	<0,001
Classificació inicial	1.691	95,4 (94,3-96,3)	95 (93,9-96,1)	ns
Situació neurològica alta	1.553	95,7 (94,6-96,6)	88,4 (86,7-90)	<0,001
Situació funcional alta	1.554	93,1 (91,7-94,3)	75,9 (73,6-78)	<0,001
Diagnòstic topogràfic a l'alta	1.741	57,2 (54,8-59,5)	71,8 (69,5-74)	<0,001
Mecanisme de l'ictus a l'alta	1.741	67,4 (65,2-69,6)	61,6 (59,2-64)	<0,01
Destí a l'alta	1.554	90,2 (88,6-91,7)	81,4 (79,3-83,3)	<0,001

Taula 3.2. Compliment dels indicadors agrupats al perfil 'qualitat de la història clínica'

En línies generals, s'observa una millora significativa en 9/12 indicadors, en 2 casos el compliment es manté estable (determinació d'antecedents patològics/ factors de risc vascular, i classificació inicial de l'ictus), probablement perquè el compliment ja era òptim en el Primer Audit Clínic de l'Ictus, i en un cas el compliment empitjora significativament (diagnòstic topogràfic a l'alta).

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 2007/2008		Global Catalunya 2005/2006	Comparació 1er/2on audit
	Casos vàlids	% de compliment (IC 95%)	% de compliment (IC 95%)	p valor
ECG basal	1.721	97,0 (96,1-97,8)	95,4 (94,4-96,4)	<0,05
PA basal	1.721	99,4 (98,9-99,7)	99,5 (99-99,8)	ns
Glucèmia basal	1.721	96,9 (95,9-97,6)	93,2 (91,9-94,3)	<0,001
Oxigenoteràpia i saturació basal	1.572	84,0 (82,1-85,8)	75,4 (72,9-77,7)	<0,001

Taula 3.3. Compliment dels indicadors agrupats al perfil 'estàndards d'atenció bàsica'

De nou, s'observa una millora significativa en 3 dels 4 indicadors que componen aquest perfil (realització d'ECG basal, determinació de la glucèmia basal i establiment d'oxigenoteràpia orientada segons pulsioximetria). L'indicador 'determinació de la PA basal' roman estable i cal destacar que el seu compliment ja era molt elevat en el Primer Audit Clínic de l'Ictus.

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 3.4. Compliment dels indicadors inclosos al perfil 'avaluació neurològica'

	Global Catalunya 2007/2008		Global Catalunya 2005/2006	Comparació 1er/2on audit
	Casos vàlids	% de compliment (IC 95%)	% de compliment (IC 95%)	p valor
TC cranial < 24 h	1.721	95,1 (93,9-96,0)	92,3 (91-93,6)	<0,01
Aval NL basal ¹	1.721	85,1 (83,3-86,7)	69,5 (67,3-71,7)	<0,001
Aval NL plus ²	1.598	75,0 (72,8-77,1)	52,7 (50,3-55,1)	<0,001
Escales NL 24 h	1.721	59,0 (56,6-61,3)	32,6 (30,4-34,8)	<0,001
Escales NL 48 h	1.667	57,3 (54,9-59,7)	29 (26,8-31,3)	<0,001
Escales NL 72 h	--	--	28,7 (26,6-31,1)	--
Escales NL 1a setmana	--	--	26 (23,8-28,4)	--
Territori vascular	1.424	81,9 (79,8-83,9)	59,4 (57-61,7)	<0,001
Parla	1.590	91,1 (89,6-92,5)	91,4 (90-92,8)	ns
Deambulació	1.590	89,4 (87,8-90,8)	79 (77,1-81,2)	<0,001
Dèficits motors	1.590	97,0 (96,0-97,8)	93,7 (92,5-94,9)	<0,001
Estat cognitiu	1.246	66,8 (64,1-69,4)	53 (49,7-56,1)	<0,001

En el Segon Audit Clínic de l'Ictus s'han eliminat 2 dels 12 indicadors que inicialment s'havien inclòs en aquest perfil per considerar-los molt específics d'una atenció molt especialitzada i, per tant, poc replicables en el conjunt d'hospitals participants. Pel que fa als 10 indicadors restants, s'observa una millora significativa en 9 casos i el manteniment del compliment del desè indicador (avaluació de la parla) que ja era òptim en el primer audit. Globalment, l'adherència als indicadors d'aquest perfil és força òptima a excepció de l'ús d'escales per definir la situació neurològica del malalt en les primeres 24 i 48 hores que, si bé millora significativament respecte del primer audit, segueix essent baixa.

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

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

L'Audit clínic de l'ictus 2007-2008

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.

	Global Catalunya 2007/2008		Global Catalunya 2005/2006	Comparació 1er/2on audit
	Casos vàlids	% de compliment (IC 95%)	% de compliment (IC 95%)	p valor
Mobilització precoç	1.403	76,8 (74,5-79,0)	52,5 (49,9-55)	<0,001
Aval necessitats RHB	1.262	50,9 (48,1-53,7)	40 (37,4-42,7)	<0,001
Avaluació necessitats logopèdia	778	35,3 (32,0-38,8)	27,2 (24,1-30,5)	<0,01
Objectius RHB	904	71,3 (68,3-74,3)	69,4 (66,3-72,4)	ns
Treball social	834	49,9 (46,4-53,3)	47,6 (44-50,9)	ns
Estat d'ànim	1.243	51,8 (49,0-54,6)	34,5 (32-37,3)	<0,001

Taula 3.5. Compliment dels indicadors inclosos al perfil 'mesures inicials del tractament rehabilitador'

Els indicadors inclosos en aquest perfil segueixen mostrant les adherències més baixes de tots els perfils, si bé s'observa una millora significativa en 4 dels indicadors que s'hi inclouen. En 2 casos (objectius de la rehabilitació i treball social) el compliment es manté estable.

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 2007/2008		Global Catalunya 2005/2006	Comparació 1er/2on audit
	Casos vàlids	% de compliment (IC 95%)	% de compliment (IC 95%)	p valor
Test deglució	1.529	47,4 (44,8-49,9)	30 (27,8-32,5)	<0,001
Prevenció TVP	1.433	85,3 (83,3-87,1)	82,3 (80,3-84,3)	ns
Maneig hipertèrmia	1.667	97,7 (96,8-98,3)	79,2 (74,7-83,3)	<0,0001
Sonda urinària i motius	1.427	98,3 (97,5-98,9)	98,8 (98,1-99,3)	<0,1

Taula 3.6. Compliment dels indicadors inclosos al perfil 'prevenció i maneig de complicacions'

A excepció feta de l'indicador 'test de deglució', que si bé millora respecte de l'edició anterior segueix tenint un compliment subòptim, la resta d'indicadors d'aquest perfil mostren adherències molt bones.

Perfil 6: Mesures preventives inicials de l'ictus

En aquest perfil s'hi han inclòs les mesures dirigides a la prevenci3 i tractament de l'ictus que s'han d'iniciar durant l'ingrés del malalt.

Taula 3.7. Compliment dels indicadors inclosos al perfil 'mesures preventives inicials'

	Global Catalunya 2007/2008		Global Catalunya 2005/2006	Comparaci3 1er/2on audit
	Casos vàlids	% de compliment (IC 95%)	% de compliment (IC 95%)	p valor
AAS < 48 hores	1.451	79,4 (77,2-81,4)	76,4 (74,2-78,7)	ns
Maneig de l'HTA	1.093	63,5 (60,6-66,4)	75,2 (72,6-77,9)	<0,0001
Anticoagulaci3 si ACxFA	370	63,2 (58,1-68,2)	50,6 (45,4-55,6)	<0,01
Maneig de la dislipèmia	1.019	51,9 (48,8-55,0)	59,6 (56,7-62,4)	<0,001
Fàrmacs antitromb3tics a l'alta	1.458	93,3 (91,9-94,5)	93,1 (91,7-94,4)	ns

El perfil 'Mesures preventives inicials de l'ictus' inclou 5 indicadors, el compliment dels quals és irregular: en dos casos (prescripci3 d'AAS en les primeres 48 hores i prescripci3 de fàrmacs antitromb3tics a l'alta) el compliment és òptim, mentre que en els tres casos restants s'observa un empitjorament significatiu en el compliment dels indicadors 'maneig de la hipertensi3' i 'maneig de la dislipèmia', i una millora significativa en el compliment de 'anticoagulaci3 si fibril·laci3 auricular', si bé l'adherència encara és molt millorable.

Ès molt probable que l'empitjorament en el compliment dels indicadors 'maneig de la hipertensi3' i 'maneig de la dislipèmia' estigui relacionat amb el refinament de la fórmula per al càlcul del seu compliment. Així, en el cas del 'maneig de la dislipèmia' s'han definit com a casos vàlids tots els ictus isquèmics vius més enllà de la primera setmana, i la intervenci3 s'ha considerat òptima quan a més de fer un perfil lipídic, es prescriuen estatines en cas que aquest mostri dislipèmia. En el cas del 'maneig de la hipertensi3', s'han considerat casos vàlids aquells ictus vius més enllà de la primera setmana, i la intervenci3 s'ha considerat òptima quan incloïa la prescripci3 de fàrmacs antihipertensius (diürètics tiazídics, IECA i ARA-II).

L'Audit clínic de l'ictus 2007-2008

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).

Indicador	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
Tractament de la hipertèrmia	B
Prevenió de la TVP	A
Avaluació de les necessitats de rehabilitació	A
Maneig de la hipertensió	A
Dislipèmia i maneig	A
Anticoagulació si fibril·lació auricular	A
Antitrombòtics a l'alta	A

Taula 3.8. Graus de recomanació dels indicadors seleccionats

El compliment dels indicadors que integren el perfil 'Top 13' es mostra a la taula 3.9. El compliment de cadascun dels indicadors que integren aquest grup en el Segon Audit Clínic de l'ictus s'ha representat mitjançant un gràfic on es mostren els compliments (percentatge i IC 95%) assolits als 47 hospitals participants i el compliment mitjà a Catalunya aconseguit en el Segon Audit Clínic de l'ictus (línia verda).

	Global Catalunya 2007/2008		Global Catalunya 2005/2006	Comparació 1er/2on audit
	Casos vàlids	% de compliment (IC 95%)	% de compliment (IC 95%)	p valor
Glucèmia basal	1.721	96,9 (95,9-97,6)	93,2 (91,9-94,3)	<0,001
PA basal	1.721	99,4 (98,9-99,7)	99,5 (99-99,8)	ns
TC crani < 24 h	1.721	95,1 (93,9-96,0)	92,4 (91-93,6)	<0,01
Test de deglució	1.529	47,4 (44,8-49,9)	30 (27,8-32,5)	<0,001
Mobilització precoç	1.403	76,8 (74,5-79,0)	52,3 (49,9-55)	<0,001
AAS < 48 h	1.451	79,4 (77,2-81,4)	76,4 (74,2-78,7)	ns
Maneig hipertèrmia	1.667	97,7 (96,8-98,3)	79,3 (74,7-83,3)	<0,0001
Prevenió TVP	1.433	85,3 (83,3-87,1)	83 (80,3-84,3)	ns
Aval necessitats RHB	1.262	50,9 (48,1-53,7)	40 (37,4-42,7)	<0,001
Maneig de l'HTA	1.093	63,5 (60,6-66,4)	75,2 (72,6-77,9)	<0,0001
Maneig de la dislipèmia	1.019	51,9 (48,8-55,0)	59,6 (56,7-62,4)	<0,001
Anticoagulants si fibril·lació auricular	370	63,2 (58,1-68,2)	50,6 (45,4-55,6)	<0,01
Antitrombòtics a l'alta	1.458	93,3 (91,9-94,5)	93,1 (91,7-94,4)	ns

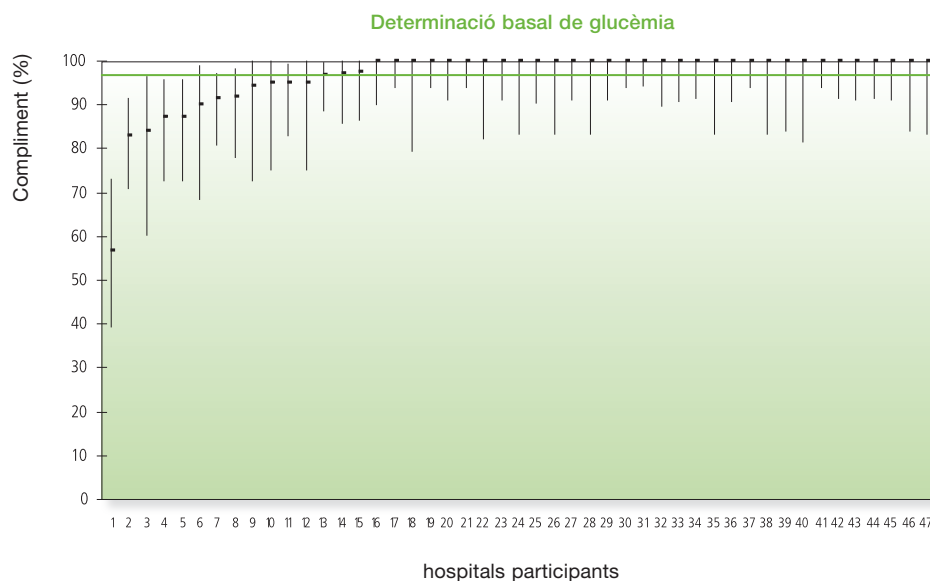
Taula 3.9. Compliment dels indicadors inclosos al perfil 'top 13'

Si bé totes les actuacions incloses al 'Top 13' haurien d'estar al nivell màxim de compliment ja que es tracta d'actuacions bàsiques, el nivell de compliment de cada indicador al conjunt del territori varia entre el 99,4% (determinació de la pressió arterial basal) i el 47,4% (test de deglució). En 6/13 indicadors el compliment és molt satisfactori i superior al 85% (glucèmia basal, PA basal, TC crani, maneig hipertèrmia, prevenció TVP, i antitrombòtics a l'alta). En 2/13 indicadors el compliment és proper al 80% (mobilització precoç i AAS en les primeres 48 hores), i en els 5 indicadors restants el compliment oscil·la entre el 47% i el 63%.

En els gràfics que apareixen a continuació es mostra el grau de compliment de cada hospital (m, IC 95%), que a la vegada conforma el de Catalunya, el qual varia per diferents motius en cada cas. Ens uns casos, el compliment és molt alt en tots els centres, mentre que en altres la gran variabilitat existent baixa el compliment 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. En d'altres casos, el nombre de casos vàlids a nivell de la majoria d'hospitals és massa baix per la qual cosa s'obtenen IC 95% molt amples que, en general no són valorables.

S'ha de tenir en compte que hi ha indicadors que tenen un nivell de compliment molt alt a Catalunya i a la majoria d'hospitals, ja que es practiquen històricament de manera rutinària i són cabdals per l'evolució del procés (glucèmia basal, PA basal i altres). En aquest cas, un compliment baix a nivell d'algun centre té una importància molt elevada. Hi ha altres actuacions però, en què l'evidència que les recolza és més recent i, per tant, el seu coneixement està menys difós. 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, si bé aquest últim ha experimentat una millora significativa respecte del Primer Audit Clínic de l'Ictus.

Figura 3.8. Compliment de l'indicador 'determinació basal de glucèmia' als 47 hospitals



La determinació basal de la glucèmia és una pràctica habitual als hospitals d'aguts de l'XHUP i només alguns centres estan significativament per sota de la mitjana de compliment a Catalunya.

L'Audit clínic de l'ictus 2007-2008

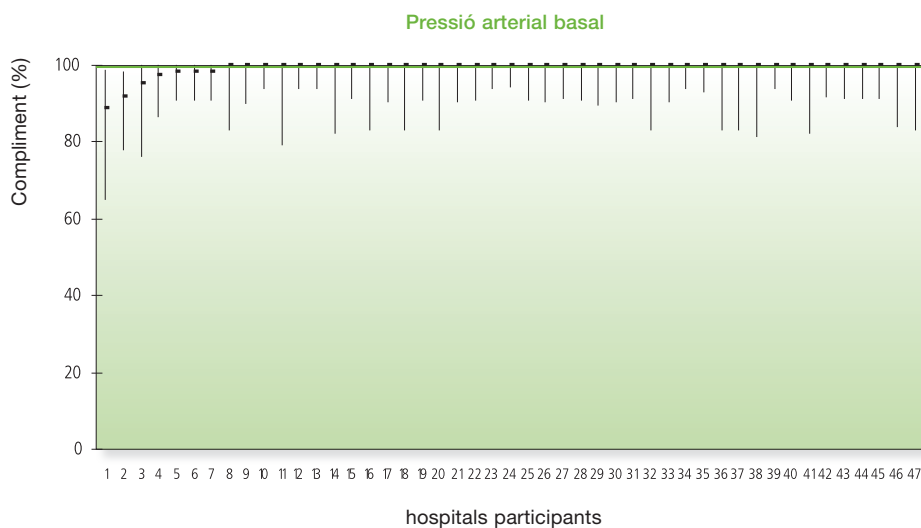


Figura 3.9. Compliment de l'indicador 'determinació basal de la pressió arterial' als 47 hospitals

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

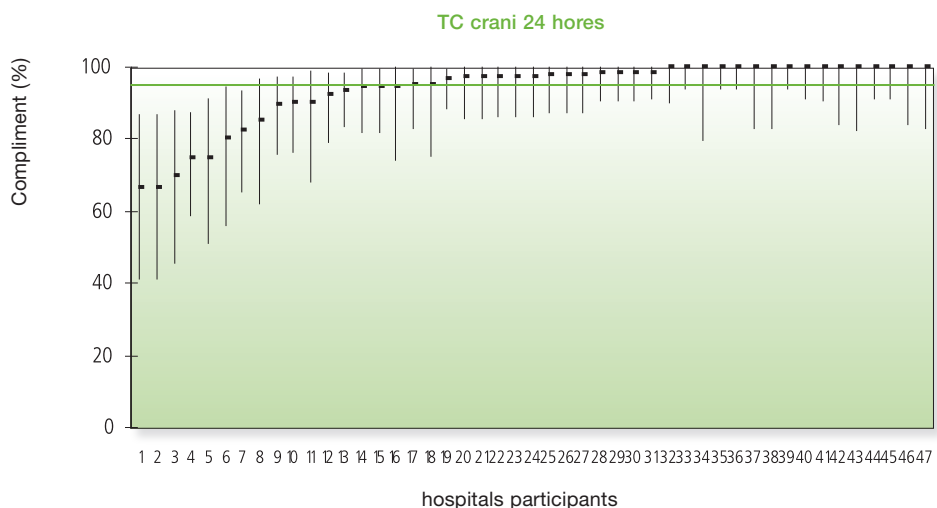
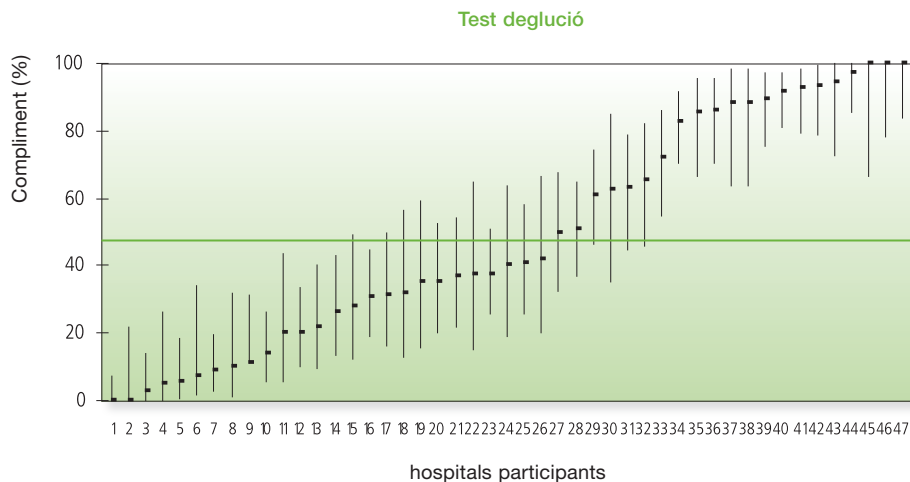


Figura 3.10. Compliment de l'indicador 'realització de TC cranial en les primeres 24 hores' als 47 hospitals

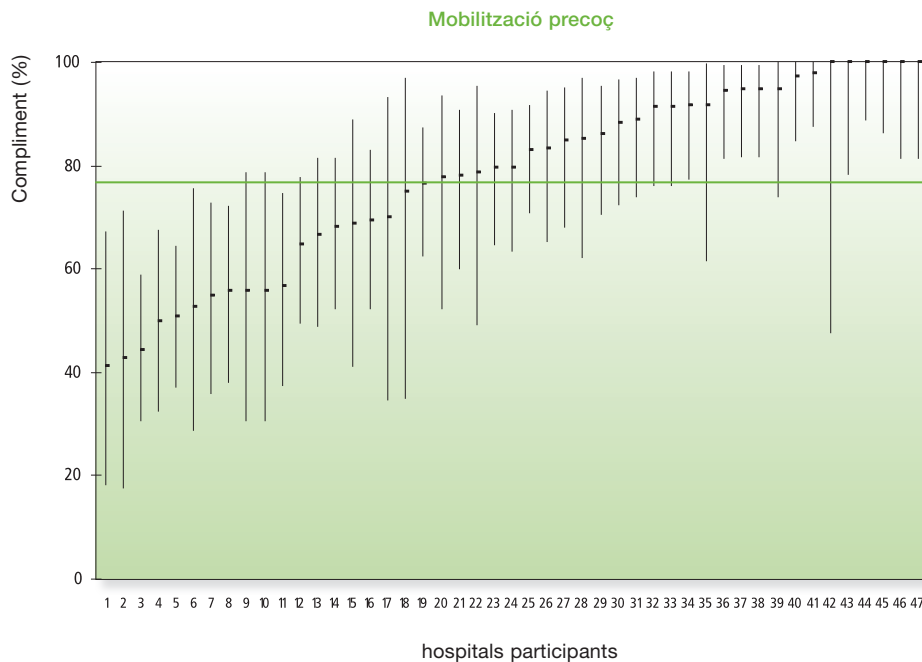
El compliment d'aquest indicador és elevat i, en general, són els centres petits amb un nombre d'inclusions menor (IC 95% més ample) els que tenen un compliment significativament més baix que la mitjana de Catalunya.

Figura 3.11.
Compliment de l'indicador 'realització del test de deglució' als 47 hospitals



Aquest indicador mostra el compliment més baix de tots els que integren el perfil 'top 13' i una gran variabilitat entre centres. Al voltant d'un terç dels hospitals mostren un compliment acceptable.

Figura 3.12.
Compliment de l'indicador 'mobilització precoç' als 47 hospitals



El compliment d'aquest indicador mostra una heterogeneïtat important entre centres i també, en alguns casos, intracentre.

L'Audit clínic de l'ictus 2007-2008

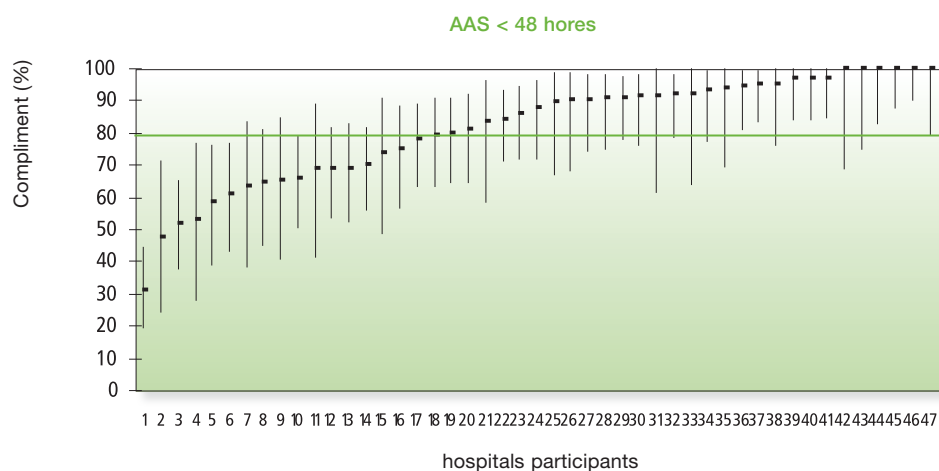


Figura 3.13.
Compliment de l'indicador 'prescripció d'AAS en les primeres 48 hores' als 47 hospitals

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

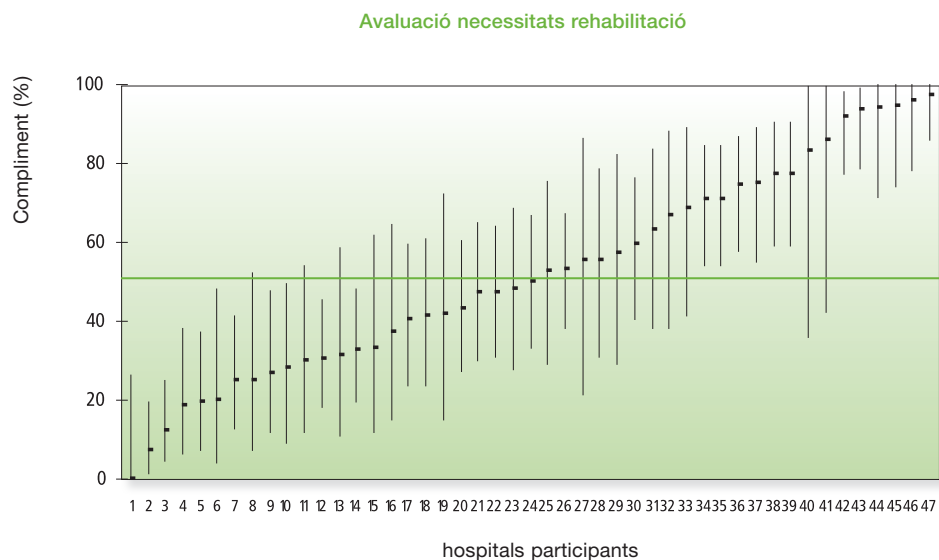
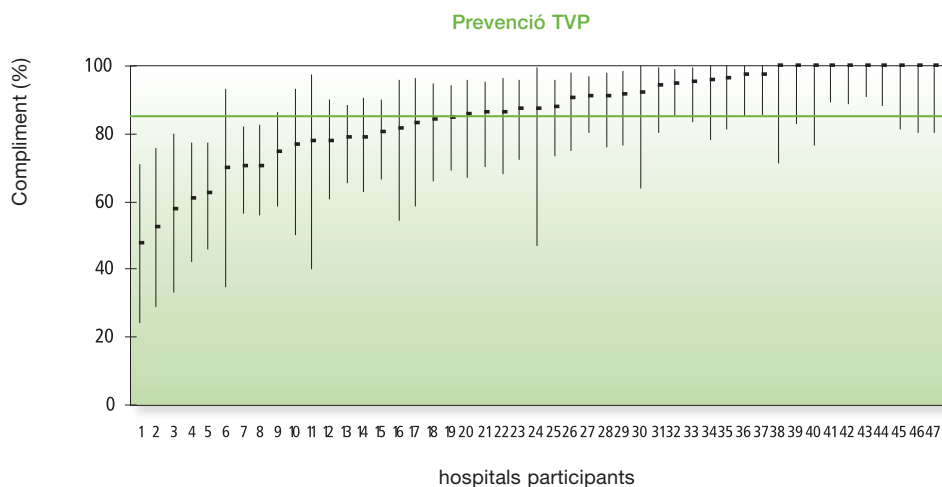


Figura 3.14.
Compliment de l'indicador 'avaluació de les necessitats de rehabilitació' als 47 hospitals

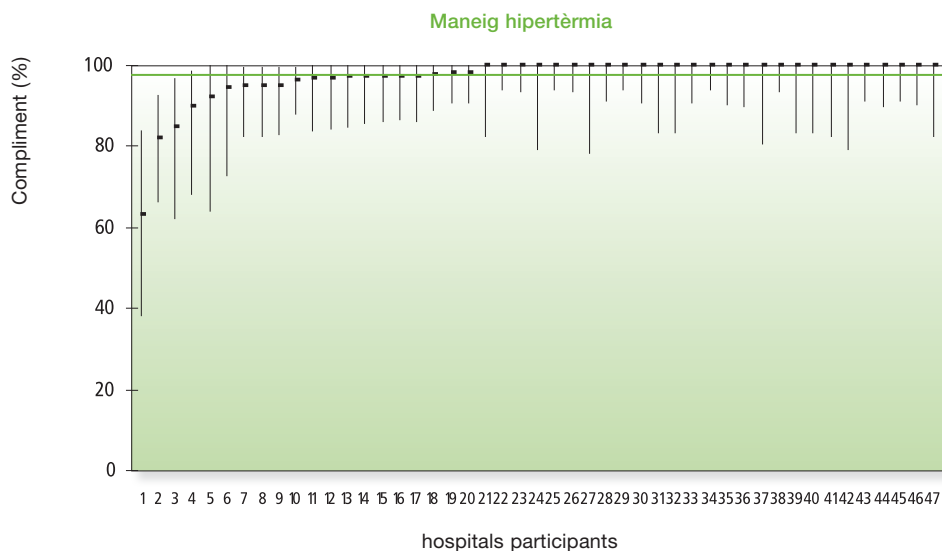
Com en el cas anterior, el compliment d'aquest indicador és molt heterogeni; des dels que no fan avaluació de les necessitats de rehabilitació, fins els que la fan entre el 75% i el 90% dels casos.

Figura 3.15.
 Compliment de
 l'indicador 'prevenció
 de la TVP' als 47
 hospitals



Aquest indicador mostra un compliment mitjà molt acceptable, si bé alguns centres encara tenen un compliment significativament inferior a la mitjana de Catalunya.

Figura 3.16.
 Compliment de
 l'indicador 'maneig de
 la hipertèmia' als 47
 hospitals



El compliment global a Catalunya és excel·lent i només de manera excepcional es mostra significativament pitjor a la mitjana del conjunt del territori.

L'Audit clínic de l'ictus 2007-2008

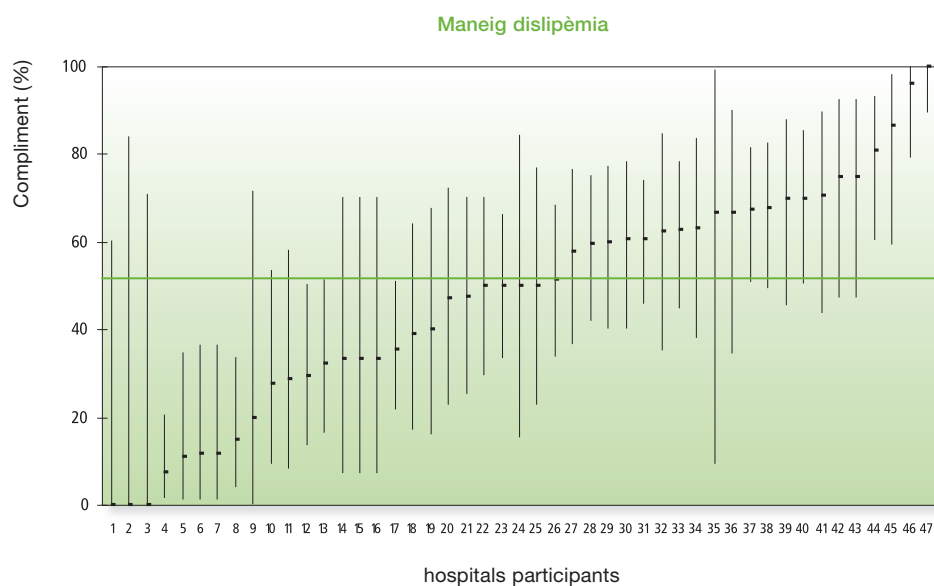


Figura 3.17.
Compliment de
l'indicador 'maneig de
la dislipèmia' als 47
hospitals

De forma similar al que succeeix amb els indicadors 'avaluació de les necessitats de rehabilitació' i 'test de deglució', el compliment d'aquest indicador és molt heterogeni: pocs centres mostren un bon compliment, la majoria d'hospitals es situen al voltant de la mitjan de compliment, que és baixa, i alguns pocs hospitals tenen una adherència significativament inferior. En alguns casos, el compliment no és valorable donat el baix nombre de casos.

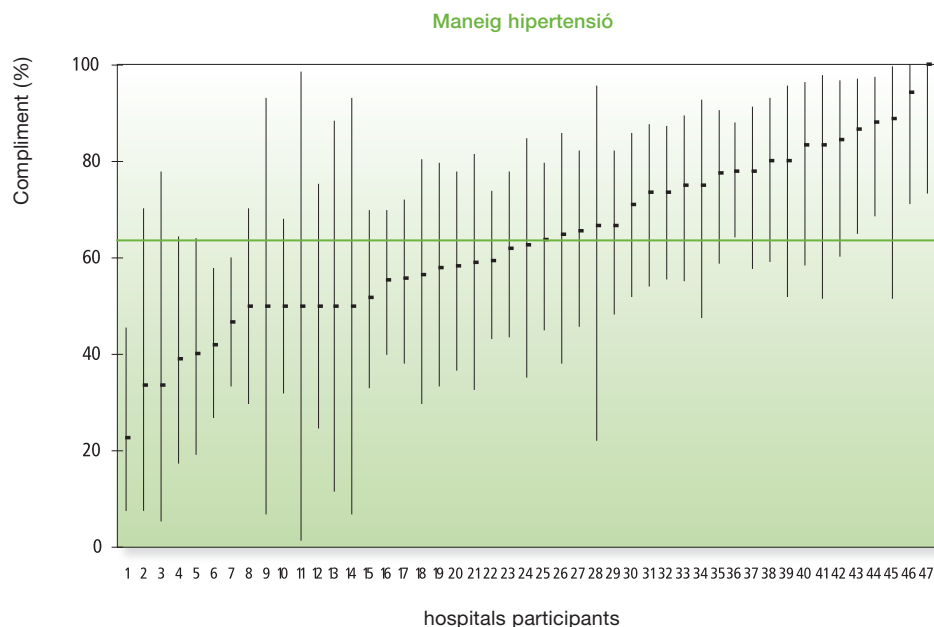
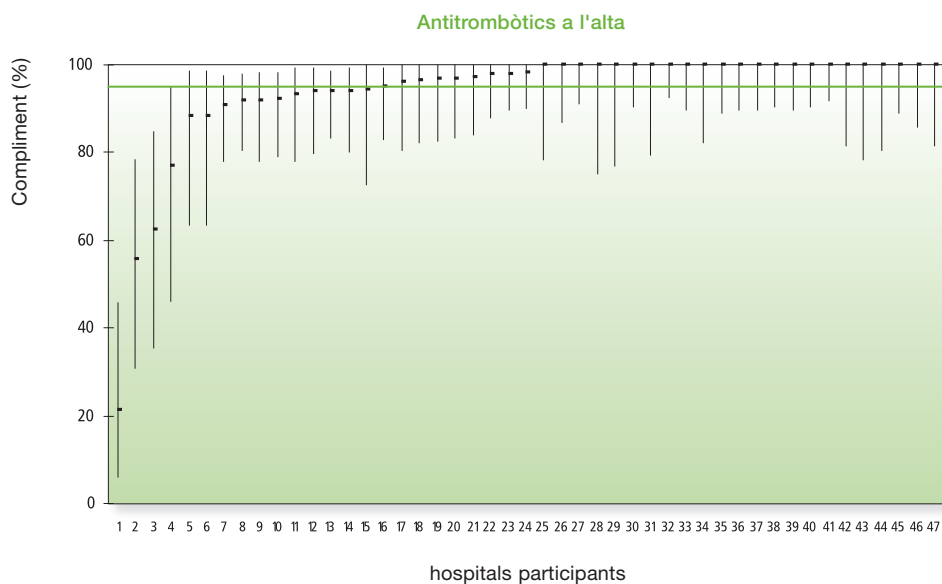


Figura 3.18.
Compliment de
l'indicador 'maneig de
la hipertensió' als 47
hospitals

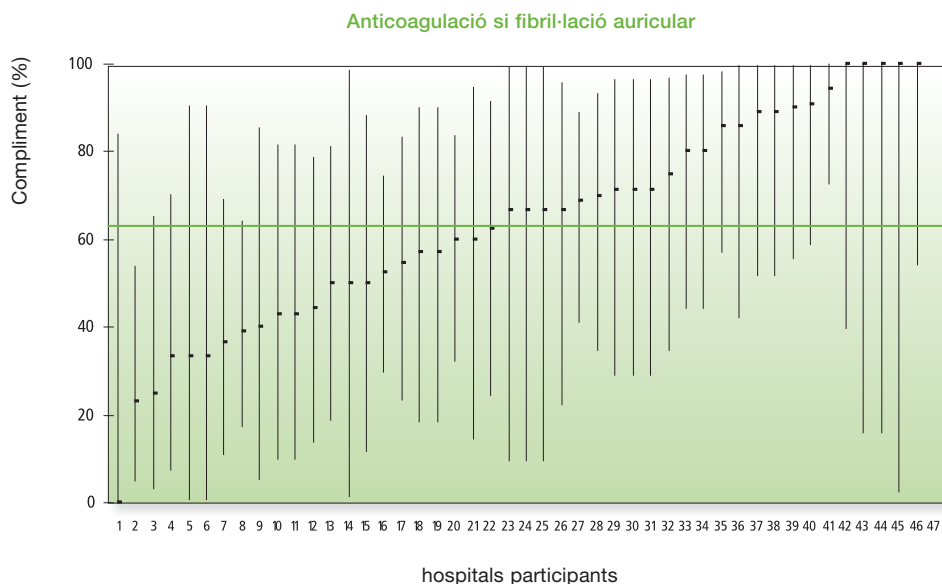
El compliment d'aquest indicador es mostra molt heterogeni tant entre els centres com intracentre, la qual cosa s'explica pel baix nombre de casos vàlids per al càlcul del compliment en alguns hospitals.

Figura 3.19.
 Compliment de l'indicador 'prescripció d'antitrombòtics a l'alta' als 47 hospitals



El compliment d'aquest indicador és molt elevat en el conjunt del territori, si bé alguns pocs centres mostren compliments significativament inferiors a la mitjana de Catalunya.

Figura 3.20.
 Compliment de l'indicador 'prescripció d'anticoagulants si fibril·lació auricular' als 47 hospitals



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



Conclusions

Conclusions

El "Segon Audit de l'Ictus" analitza la situació de l'atenció hospitalària al malalt amb ictus agut des de dues vessants: la clínica, a través de l'anàlisi del compliment de diversos indicadors de procés en prop de 1.800 històries de malalts ingressats per aquesta patologia, i l'estructural, a partir de les dades de l'enquesta sobre els recursos humans i tècnics disponibles als hospitals d'aguts de l'XHUP per a l'atenció a aquesta patologia. És important recordar que mentre que el Primer Audit de l'Ictus analitzà la situació de l'atenció en un període previ a la publicació de la Guia de Pràctica Clínica de l'Ictus (GPC), aquest Segon Audit ho fa amb posterioritat a aquest fet, de tal manera que permet estimar l'efecte de la GPC i les intervencions del PDMVC en l'atenció a l'ictus, tot i que indirectament, ja que el plantejament metodològic d'aquest treball no permet demostrar causalitat.

En aquesta secció s'enumeren les conclusions que s'extrauen de les dues vessants del Segon Audit de l'Ictus: l'Audit Estructural i l'Audit Clínic, i es mostren organitzades segons els seus apartats. Es destaquen els aspectes més rellevants que ofereix el Segon Audit de l'Ictus, i és al final de cada apartat on es mostren de forma sintètica les diferències que s'observen entre ambdós audits.

L'Audit Estructural 2008

L'atenció al Servei d'Urgències

- Onze hospitals tenen la guàrdia de neurologia implementada (10 hospitals de referència i 1 no de referència).
- En la resta de centres, l'atenció a urgències està proveïda per metges internistes i metges d'urgències.
- En 7 hospitals de referència hi ha metge resident de neurologia de guàrdia.

Hi ha un increment de l'atenció especialitzada als serveis d'urgències.

L'atenció a planta d'hospitalització.

Les Unitats d'Ictus

- En el 81,3% dels centres d'aguts tenen un neuròleg implicat en l'atenció hospitalària al malalt amb ictus.
- El 52,1% dels centres hospitalaris (el 52,4% dels de nivell 2 i el 100% dels de nivell 3) tenen infermeria especialitzada en ictus.
- Hi ha 8 unitats d'ictus aguts i 15 unitats d'ictus planta.
- Quinze hospitals (13 de referència i 2 més amb suport telemèdic) administren tPA intravenós.

S'observa un augment de l'atenció especialitzada durant l'hospitalització, tant en els professionals implicats com en els medis disponibles.

Els Equips d'Ictus

- El 79% dels centres han organitzat un equip d'ictus.

Hi ha un increment notable, en tots els nivells hospitalaris, del nombre d'hospitals amb equips d'ictus.

Conclusions

- El 75% dels hospitals d'aguts disposen d'un metge rehabilitador.
- Pel que fa a la resta de membres de l'equip de rehabilitació, el 98% dels centres disposen de fisioterapeuta, el 50% tenen terapeuta ocupacional, el 96% disposen d'un treballador social, i el 58% tenen un neuropsicòleg.

S'observa un increment en el nombre de professionals implicats en el tractament rehabilitador.

La Rehabilitació del malalt amb ictus

- El 89,6% dels hospitals disposa de TC cranial, i en el 72,9% aquesta prova està disponible 24 hores/dia, 365 dies/any.
- L'RM cranial està disponible en el 58,3% dels centres.
- 28/48 centres tenen doppler/dúplex transcranial, i en 11/48 està disponible les 24 hores del dia.
- 42/48 centres poden fer l'estudi ultrasonogràfic dels troncs supraòrtics, i en 9 d'aquests la tècnica està disponible 24 hores/dia.
- L'estudi vascular es pot fer mitjançant angio-TC en 26/48 centres, amb angio-RM en 30/48, i l'angiografia convencional es pot practicar en 11/48 centres.

S'observa un increment important en la disponibilitat de totes les exploracions de neuroimatge i imatge vascular.

Equipaments: neuroimatge i imatge vascular

- El 87,5% dels centres estudien el malalt amb AIT en els 7 dies posteriors a l'episodi, i el 39,6% d'aquests en els 2 primers dies.
- El 54,4% dels hospitals estudien els malalts amb AIT en règim d'ingrés hospitalari.
- En 8 centres l'AIT s'estudia habitualment a urgències i en 9 hi ha una consulta externa ràpida.
- La demora de l'estudi cardiològic és de 4 dies (mediana) però en els hospitals de nivell 3 és de 7 dies.

L'AIT s'estudia més ràpid i genera menys ingressos hospitalaris. La demora de l'estudi cardiològic ha disminuït globalment però ha augmentat als hospitals de nivell 3.

Atenció al malalt amb Atac Isquèmic Transitori

- Hi ha un increment moderat del nombre de centres que disposa de protocols i vies clíniques.
- Han augmentat els centres amb programes de formació d'infermeria.

S'observa un lleuger augment en la disponibilitat de protocols i vies clíniques.

Protocols i formació

Pacients i cuidadors

- El 29,2% dels centres organitza sessions informatives periòdiques per a pacients i familiars/cuidadors.
- La Guia "Superar l'Ictus" es reparteix en un 77,1% dels centres.

Tot i que hi ha un increment dels hospitals que organitzen sessions informatives aquest nombre encara és molt baix.

L'Audit Clínic 2008**Dades generals**

- L'hora d'inici dels símptomes es coneixia en el 40,4% dels casos.
- En aquests casos, el temps transcorregut entre l'inici dels símptomes i l'arribada a l'hospital va ser de (M [IIQ]): 2,4 hores (1,3-6,5).
- El 'Codi Ictus' es va activar en el 20,3% dels casos, i el 5,9% dels casos inclosos va rebre tractament trombolític en les tres primeres hores de l'ictus.
- L'estada mitjana hospitalària va ser de 10,6 dies (DE: 10,3 dies).
- El 9,5% dels casos varen morir durant l'ingrés hospitalari, i la mortalitat al 7è dia fou de 6,8%.
- La situació funcional del malalt en el moment de l'alta apareix reflectida mitjançant la puntuació en l'escala de Rankin modificada o l'índex de Barthel en el 38% dels informes d'alta.

És molt destacable l'increment significatiu del nombre d'activacions del 'Codi Ictus' i del nombre de tractaments trombolítics, així com la davallada de la mortalitat intra-hospitalària i mortalitat al 7è dia. També disminueix l'estada hospitalària.

Perfil "Qualitat de la història clínica"

- La majoria dels indicadors mostren compliments molt bons: superiors al 80% en tots menys dos dels indicadors, i superiors al 90% en 7/12 indicadors.
- Els indicadors "mecanisme de l'ictus a l'alta" i "diagnòstic topogràfic a l'alta" són els que mostren compliments més baixos; del 67% i 57%, respectivament.

La majoria dels indicadors d'aquest grup mostren una millora significativa, si bé indicadors tan importants com el "diagnòstic topogràfic a l'alta" i el "mecanisme de l'ictus a l'alta" són encara millorables.

Perfil "Estàndards d'atenció bàsica"

- Els compliments d'aquests quatre indicadors són molt elevats, i superiors al 90% en 3/4 indicadors.

S'observa una millora significativa en 3 dels 4 indicadors, i el quart roman estable i amb un compliment molt elevat.

Conclusions

- L'ús d'escala per avaluar la situació neurològica del malalt encara és limitada.
- L'avaluació de l'estat cognitiu del malalt arriba fins el 67%.

Perfil "Avaluació neurològica"

L'adherència als indicadors d'aquest perfil millora de forma significativa en tots els casos menys un, que ja era molt elevat en el Primer Audit.

- Aquest perfil mostra els complimentes més baixos. En concret, 4 dels 6 indicadors mostren adherències inferiors al 55% ("avaluació de les necessitats de rehabilitació", "avaluació de les necessitats de logopèdia", "contacte amb el treballador social", i "avaluació de l'estat d'ànim").

Perfil "Mesures inicials dels tractament rehabilitador"

S'observa una millora significativa en 4/6 indicadors si bé els complimentes encara són baixos.

- Les adherències als indicadors d'aquest perfil són superiors al 85% en 3 casos ("prevenció de TVP", "maneig d'hipertèrmia", i "sonda urinària i motius").
- L'indicador "test de deglució" té un compliment inferior al 50%.

Perfil "Prevenció i maneig de complicacions"

A excepció de l'indicador "test de deglució", que si bé millora significativament manté una adherència subòptima, la resta d'indicadors tenen complimentes òptims.

- Els indicadors "maneig de la hipertensió", "maneig de la dislipèmia", i "anticoagulació si fibril·lació auricular" tenen adherències inferiors al 65%.
- El compliment dels indicadors "prescripció d'AAS en les primeres 48 hores" i "fàrmacs antitrombòtics a l'alta" és del 79% i 93%, respectivament.

Perfil "Mesures preventives inicials"

Només un dels 5 indicadors d'aquest grup millora significativament. Els indicadors "maneig de la hipertensió" i "maneig de la dislipèmia" empitjoren significativament. Aquest fet pot haver estat influït pel refinament de les fórmules per al càlcul del compliment.

- Vuit dels 13 indicadors mostren complimentes superiors al 75%.
- El "test de deglució", "l'avaluació de les necessitats de rehabilitació", i el "maneig de la dislipèmia" tenen complimentes subòptims, al voltant del 50%.

El "Top 13"

Set dels 13 indicadors d'aquest grup mostren millores significatives en relació al Primer Audit. Els indicadors "test de deglució", "maneig de la dislipèmia" i "avaluació dels objectius del tractament rehabilitador" encara mostren complimentes baixos.

Aspectes destacables del Segon Audit de l'Ictus

Aspectes destacables del Segon Audit de l'Ictus

Aspectes destacables del Segon Audit de l'Ictus

- El Segon Audit de l'Ictus mostra un augment del nombre de recursos especialitzats en l'atenció a l'ictus, tant en l'àmbit dels professionals, com de l'estructura i dels equipaments, en relació al que s'observava al Primer Audit de l'Ictus.
- En aquests dos anys han millorat algunes mesures de resultat com el percentatge d'activacions del codi ictus, el nombre de tractaments trombolítics, la mortalitat intrahospitalària i al 7è dia, i l'estada hospitalària.

Tot i la millora global dels resultats, caldrà endegar intervencions específiques per a la millora dels següents aspectes:

- Augmentar el nombre d'Unitats d'Ictus garantint que tots els hospitals de referència en disposen.
- Disposar d'equips d'ictus a tots els hospitals d'aguts, adaptats a la seva grandària.
- Reduir la demora per a l'estudi cardiològic en el malalt amb AIT, sobretot als centres de referència.
- Incrementar el nombre de centres que organitzen sessions informatives periòdiques per als malalts amb ictus i les seves famílies.

En l'àmbit de l'atenció clínica, cal millorar els aspectes que encara tenen un compliment poc satisfactori:

- Reflectir als informes d'alta el diagnòstic topogràfic, el mecanisme de l'ictus i la situació neurològica i funcional a l'alta, així com avaluar l'estat cognitiu i utilitzar escales per a l'avaluació clínica.
- Incrementar el nombre de pacients en els que s'avaluen precoçment les necessitats de rehabilitació i logopèdia, l'estat d'ànim i la deglució, així com millorar la preparació del retorn a la comunitat mitjançant el treballador social.
- Millorar la prevenció secundària del malalt amb ictus i, específicament, el maneig de la hipertensió, el de la dislipèmia i l'anticoagulació quan estigui indicat.



Annexos

Annexos

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 a l'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

Annexos

Abreviatures

AAS,	àcid acetilsalicílic
ACxFA,	arítmia complerta per fibril·lació auricular
AIT,	atac isquèmic transitori
CMBD-AH,	conjunt mínim bàsic de dades de l'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
LACI,	infart lacunar (classificació OCSP)
NIHSS,	'National Institute of Health Stroke Scale'
PA,	pressió arterial
PACI,	infart parcial de circulació anterior (classificació OCSP)
PDMVC,	Pla Director de les Malalties de l'Aparell Circulatori/ Malaltia Vasculat Cerebral
POCI,	infart de circulació posterior (classificació OCSP)
RCA,	registre central d'assegurats
RHB,	rehabilitació
RM,	ressonància magnètica
rtPA,	activador del plasminogen tissular
SEM/061,	Servei d'Emergències Mèdiques/ 061
TACI,	infart total de circulació anterior (classificació OCSP)
TC,	tomografia computada
TEA,	tromboendoarteriectomia de caròtide
TSA,	troncs supraaòrtics
TVP,	trombosi de venes profundes
UI,	unitats d'ictus
XHUP,	xarxa d'hospitals d'utilització pública

Annex 2. Fórmules per al càlcul del compliment 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
Ø, 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 Ø 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 a l'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 H e m o r r à g i a intracerebral	NC
<i>En l'indicador 7, s'han exclòs de l'anàlisi els casos amb respostes NA</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
11. Mecanisme de l'ictus a l'alta	Secció 7. Dades de l'alta hospitalària/mortalitat	SI	NO
12. Destí a l'alta	Secció 7. Dades de l'alta hospitalària/mortalitat	Domicili propi Domicili de la família Residència Ingrés per a rehabilitació Ingrés convalsència Ingrés socio-sanitari Altres	NC
<i>En l'indicador 12, no són casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'exitus'</i>			

Annexos

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
2. Pressió arterial	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
3. Glucèmia basal	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
4. Oxigenoteràpia i saturació pretractament	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI i <92% NO i >92% NO i NA	SI i >92% SI i NC NO i <92%

Per a l'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?'

Avaluació neurològica

Aquest perfil està integrat per 10 indicadors, les respostes dels quals s'han avaluat de la forma següent:

	Secció de l'audit on s'ubica l'indicador	Respostes considerades òptimes	Respostes considerades no òptimes
1. TC cranial <24 h	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
2. Avaluació neurològica basal	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI a les 3 variables	La resta de combinacions
<i>En l'indicador 2, s'analitzen de forma combinada les respostes a les variables 'nivell de consciència', 'moviments oculars', i 'dèficit motor'.</i>			
3. Avaluació neurològica plus	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI a les 3 variables	La resta de combinacions
<i>En l'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 'NA' (= pacient no vigíl)</i>			
4. Escales neurològiques 24 hores	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
5. Escales neurològiques 48 hores	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI	NO
6. Territori vascular	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
<i>En l'indicador 6, s'han considerat només aquells casos amb ictus isquèmic/infart cerebral</i>			
7. Hi ha alteracions del llenguatge/ parla?	Secció 4. Avaluació en les primeres 72 hores	SI NO	NC
8. Pot caminar?	Secció 4. Avaluació en les primeres 72 hores	SI NO	NC
9. Hi ha dèficits motors	Secció 4. Avaluació en les primeres 72 hores	SI NO	NC
10. Estat cognitiu	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI	NO

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 l'indicador 1, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NA'</i>			
2. Avaluació de les necessitats de rehabilitació	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI	NO
<i>En l'indicador 2, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NA'</i>			
3. Avaluació de les necessitats de logopèdia	Secció 5. Avaluació a la primera setmana	SI	NO
<i>En l'indicador 3, no s'han considerat casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'NA'</i>			
4. Objectius de la rehabilitació són palesos?	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI	NO
<i>En l'indicador 4, no han estat considerats casos vàlids per aquesta anàlisi aquells on la resposta va ser 'NA'</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 l'indicador 5, no han estat considerats casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'NA'</i>			
6. Avaluació de l'estat d'ànim	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI	NO

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 l'indicador 1, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NA'</i>			
2. Prevençió de la TVP	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI	NO
<i>En l'indicador 2, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NA'</i>			
3. Maneig hiper-tèrmia	Secció 5. Avaluació en les primeres 48 hores	SI i SI NO i Ø	SI i NO
<i>En l'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?'</i>			
4. Sonda urinària i motius	Secció 6. Avaluació en la primera setmana	SI i motiu NO i Ø	SI i NC
<i>En l'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?'</i>			

Annexos

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 l'indicador 1, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NA'</i>			
2. Maneig de la hipertensió	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI i D. TIAZÍDIC SI i IECA SI i ARA-II	NO
<i>En l'indicador 2, es combinen les respostes a dues variables 's'ha prescrit tractament antihipertensiu?' i 'amb quin fàrmac?'. 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 prescrit tractament antihipertensiu?', i en segon lloc, la resposta a la pregunta 'amb quin fàrmac?'</i>			
3. Anticoagulació si fibril·lació auricular	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI	NO
<i>En l'indicador 3, no s'han considerat casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'NA'</i>			
4. Maneig de la dislipèmia	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI i SI, estatines SI i NA	NO i Ø SI i altres SI i dieta SI i NO, cap
<i>En l'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 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?'. S'han considerat casos vàlids aquells amb diagnòstic d'ictus isquèmic.</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 l'indicador 5, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NA', 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
2. Pressió arterial	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	33,443 mm
3. TC cranial < 24 h	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
4. Test de deglució	Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores	SI	NO
<i>En l'indicador 4, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NA'</i>			
5. Prescripció d'AAS en les primeres 48 hores	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI Altres antiagregants	NO
<i>En l'indicador 5, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NA'</i>			
6. Mobilització precoç	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI	NO
<i>En l'indicador 6, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NA'</i>			
7. Avaluació de les necessitats de rehabilitació	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI	NO
<i>En l'indicador 7, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NA'</i>			
8. Prevenció de la TVP	Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores	SI	NO
<i>En l'indicador 8, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NA'</i>			
9. Maneig hipotèrmia	Secció 5. Avaluació en les primeres 48 hores	SI i SI NO i Ø	SI i NO
<i>En l'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>			
10. Maneig de la dislipèmia	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI i SI, estatives SI i NA	NO i Ø SI i altres SI i dieta SI i NO, cap
<i>En l'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 hipolipèmiat?'. 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 hipolipèmiat?'. S'han considerat casos vàlids aquells amb diagnòstic d'ictus isquèmic.</i>			
11. Maneig de la hipertensió	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI i D. TIAZÍDIC SI i IECA SI i ARA-II	NO
<i>En l'indicador 11, es combinen les respostes a dues variables 's'ha prescrit tractament antihipertensiu?' i 'amb quin fàrmac?'. 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 prescrit tractament antihipertensiu?', i en segon lloc, la resposta a la pregunta 'amb quin fàrmac?'</i>			
12. Fàrmacs antitrombòtics a l'alta	Secció 7. Dades de l'alta hospitalària/mortalitat	SI, antiagregant SI, anticoagulant SI, diferit	NO
<i>En l'indicador 12, no són vàlids per a l'anàlisi els casos on la resposta va ser 'NA', o 'exitus'</i>			
13. Anticoagulació si fibril·lació auricular	Secció 6. Dades de la fase subaguda (> 1a setmana)	SI	NO
<i>En l'indicador 13, no s'han considerat casos vàlids per a l'anàlisi aquells on la resposta va ser 'NA'</i>			

Annexos

Annex 3. Anàlisi descriptiva de l'Audit Clínic de l'Ictus 2007/ 2008

A continuació es presenta un descriptiu de tota la informació recollida en el Segon Audit Clínic de l'Ictus, globalment a 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 NA a "no aplica".

Secció 1. Situació prèvia i dades de l'ingrés

Tipus d'habitatge abans de l'ingrés	Catalunya %
N=1.765	
Viu sol	10,4
Viu amb la família	62,7
Residència d'avis	6,9
Hospital	1,1
Desconegut	1,0
NC	17,8

Pren Alguna Medicació Regularment?	Catalunya %
N=1.765	
Sí	88,1
No	10,6
Desconegut	0,7
NC	0,6

Té antecedents patològics o hàbits tòxics?	Catalunya %
N=1.765	
Sí	97,5
No	2,2
Desconegut	0,2
NC	0,1

Els factors de risc estan controlats amb la medicació?	Catalunya %
N=1.555	
Sí, tots	61,0
Sí, alguns	19,4
No	6,0
Desconegut	2,3
NC	11,3

Quins?	Catalunya %
N=1.765	
Tabaquisme	19,0
Enolisme	11,1
Fibril·lació auricular	18,9
Ictus o ait previ	27,0
Diabetis	31,9
Dislipèmia	31,7
Hipertensió arterial	68,8
Infart de miocardi o angina	11,7
Malaltia vascular perifèrica	6,0
Valvulopatia	9,2
Altres AP	69,6

Era independent per les AVD abans de l'ingrés? (IB>90 o MRS< 3)	Catalunya %
N=1.765	
Sí	70,7
No	20,2
Desconegut	1,2
NC	7,9

Secció 2. Avaluació en les primeres 24 hores

Es coneix la data de l'ictus?	Catalunya %
	N=1.733
Sí	80,7
No	11,1
NC	2,2

Es coneix l'hora d'inici de l'ictus?	Catalunya %
	N=1.733
Sí	40,4
No	47,1
NC	12,5

S'ha activat el Codi Ictus?	Catalunya %
	N=1.733
Sí	20,3
No	79,7

Des de quin nivell assistencial?	Catalunya %
	N=351
CAP	8,8
061	25,1
H, Comarcal	18,8
Intrahospitalari	47,3

El pacient ha mort en les primeres 24 hores?	Catalunya %
	N=1.733
Sí	0,9
No	99,1

S'ha realitzat un ECG basal?	Catalunya %
	N=1.721
Sí	97,0
No	3,0

S'ha fet determinació basal de la pressió arterial?	Catalunya %
	N=1.721
Sí	99,4
No	0,6

S'ha fet determinació basal de glucèmia?	Catalunya %
	N=1.721
Sí	96,9
No	3,1

S'ha iniciat oxigenoteràpia?	Catalunya %
	N=1.721
Sí	22,2
No	77,5

Saturació d'oxigen a l'inici del tractament	Catalunya %
	N=1.721
≥ 92%	50,8
< 92%	8,8
NC	9,8
NA	30,6

S'ha fet TC cranial en les 1es 24 hores?	Catalunya %
	N=1.721
Sí	95,1
No	4,9

Classificació de l'ictus	Catalunya %
	N=1.721
Ictus isquèmic / infart cerebral	82,7
Hemorràgia intracerebral	11,0
NC	4,5
NP	1,7

HI HA UNA AVALUACIÓ NEUROLÒGICA QUE INCLOGUI:

Nivell de consciència?	Catalunya %
	N=1.721
Sí	98,8
No	1,2

Moviments oculars?	Catalunya %
	N=1.721
Sí	86,4
No	13,6

Dèficit motor?	Catalunya %
	N=1.721
Sí	97,9
No	2,1

Annexos

SI EL PACIENT ESTÀ CONSCIENT, S'HAN AVALUAT:		
Els camps visuals?	Catalunya %	
		N=1.721
Sí	74,3	
No	20,0	
NA	5,7	
El llenguatge/parla?	Catalunya %	
		N=1.721
Sí	89,7	
No	6,2	
NA	4,1	
Les alteracions de la sensibilitat?	Catalunya %	
		N=1.721
Sí	83,9	
No	11,0	
NA	5,1	
S'han fet servir escales neurològiques?	Catalunya %	
		N=1.721
Sí	59,0	
No	41,0	

Quines escales	Catalunya %
	N=1.015
NIHSS	63,7
Canadencia	13,7
Altres	22,6

S'ha descrit el territori vascular afectat?	Catalunya %
	N=1.721
Sí	78,2
No	21,8

S'ha fet test de deglució?	Catalunya %
	N=1.721
Sí	42,1
No	46,8
NA	11,2

S'ha administrat RTPA?	Catalunya %
	N=1.721
Sí	5,9
No	94,1

Secció 3. Avaluació en les primeres 48 hores

El pacient ha mort entre les 24-48h?	Catalunya %
	N=1.689
Sí	1,4
No	98,6

S'ha iniciat mobilització del pacient?	Catalunya %
	N=1.667
Sí	64,7
No	19,5
NA	15,8

S'ha iniciat tractament amb AAS?	Catalunya %
	N=1.667
Sí	55,2
No	17,9
Altres antiagregants	13,9
NA	13,0

Es prenen mesures per prevenir TVP?	Catalunya %
	N=1.667
Sí	73,3
No	12,7
NA	14,0

Escales per avaluar l'evolució neurològica?	Catalunya %
	N=1.667
Sí	57,3
No	42,7

En cas afirmatiu, quina?	Catalunya %
	N=1.222
Mesures físiques	5,0
Heparina profilàctica	95,0

S'ha fet monitoratge cardíac continu?	Catalunya %
	N=1.667
Sí	23,8
No	76,2

Hi ha registres de temperatura >37,5°?	Catalunya %
N=1.667	
Sí	16,9
No	83,1
En cas afirmatiu, s'ha iniciat tractament amb antitèrmics?	Catalunya %
N=282	
Sí	86,2
No	13,8

S'han avaluat les necessitats de rehabilitació?	Catalunya %
N=1.662	
Sí	38,6
No	37,3
NA	24,1

Secció 4. Avaluació en les primeres 72 hores

El pacient ha mort entre les 48-72h?	Catalunya %
N=1.614	
Sí	1,5
No	98,5

Hi ha dèficit motor?	Catalunya %
N=1.590	
Sí	65,2
No	31,8
NC	3,0

Hi ha alteracions del llenguatge/parla?	Catalunya %
N=1.590	
Sí	44,5
No	46,6
NC	8,9

Camina sense ajuda d'una altra persona?	Catalunya %
N=1.590	
Sí	39,8
No	49,6
NC	10,6

Secció 5. Avaluació a la primera setmana

El pacient ha mort entre les 72h i la primera setmana?	Catalunya %
N=1.461	
Sí	2,9
No	97,1

Ha dut sonda urinària?	Catalunya %
N=1.427	
Sí	14,7
No	85,3

S'han valorat necessitats de logopèdia?	Catalunya %
N=1.423	
Sí	19,3
No	35,4
NP	45,3

Per quina raó?	Catalunya %
N=209	
Retenció aguda d'orina	34,4
Catèter preexistent	5,3
Incontinència urinària	15,8
Control del balanç hídric	25,8
Altres	7,2
NC	11,5

Secció 6. Dades de la fase subaguda

El pacient ha mort més enllà de la 1 ^a setmana?	Catalunya %
N=1.280	
Sí	4,8
No	95,2

S'ha valorat l'estat d'ànim del pacient?	Catalunya %
N=1.243	
Sí	51,8
No	48,2

Annexos

Hi ha una avaluació de l'estat cognitiu?	Catalunya %
	N=1.246
Sí	66,8
No	33,2

Els objectius de la rehabilitació són palesos?	Catalunya %
	N=1.243
Sí	51,9
No	20,8
NA	27,3

S'ha contactat amb el/la treballador/a social?	Catalunya %
	N=1.245
Sí	33,4
No	33,6
NA	33,0

S'ha prescrit tractament antihipertensiu?	Catalunya %
	N=1.234
Sí	67,7
No	32,3

Quin?	Catalunya %
	N=835
IECA	65,9
ARA-II	13,8
α-BLOCADOR	6,1
β-BLOCADOR	15,5
Ca-ANTAGONISTA	15,6
Diurètics tiazídics	17,3
Altres fàrmacs	12,9

Si hi ha acxfa, s'ha anticoagulat?	Catalunya %
	N=1.245
Sí	18,8
No	10,9
NA	70,3

Hi ha mesures del colesterol?	Catalunya %
	N=1.244
Sí	70,4
No	29,6

S'ha prescrit tractament hipolipemiant?	Catalunya %
	N= 877
Sí, estatines	52,0
Sí, altres	0,9
No, només consell dietètic	4,5
No, cap	22,2
NP	20,4

Secció 7. Dades de l'alta hospitalària/mortalitat

Ha estat ingressat en una unitat d'ictus?	Catalunya %
	N=1.741
Sí	22,6
No	77,4

Situació neurològica a l'alta	Catalunya %
	N=1.741
NIHSS	30,7
Canadenca	2,1
Descripció	52,5
NC	3,9
Exitus	10,8

Situació funcional a l'alta	Catalunya %
	N=1.741
Barthel	16,7
MRS	21,3
Descripció	45,1
NC	6,2
Exitus	10,7

S'inclou el diagnòstic topogràfic?	Catalunya %
	N=1.741
Sí	57,2
No	42,8

Diagnòstic topogràfic	Catalunya %
	N= 995
IC TACI	14,7
IC PACI	32,9
IC LACI	13,2
IC POCI	0,8
HIC Lobar	25,3
HIC Profunda	5,9
HIC troncoencefàlica	6,2
HIC cerebel·losa	0,4
HIC intraventricular	0,6

Al diagnòstic final s'inclou el mecanisme?	Catalunya %
	N=1.741
Sí	67,4
No	32,6

Mecanisme pel que s'estableix l'ictus	Catalunya %
	N=1.174
IC aterotrombòtic	22,5
IC cardioembòlic	29,8
IC lacunar	21,4
IC Indeterminat	14,7
IC Inhabitual	0,7
HIC primària o espontània	5,8
HIC secundària	5,1

A l'alta pren algun fàrmac antitrombòtic?	Catalunya %
	N=1.741
Sí, antiagregant	58,3
Sí, anticoagulant	19,1
Sí, diferit	0,7
No	5,6
NP	5,6
Exitus	10,7

Nombre d'ubicacions hospitalàries (excloure URG)	Catalunya %
	N=1.741
1-2	96,4
3-4	3,5
5 o més	0,1

Més del 50% de l'estada hospitalària a:	Catalunya %
	N=1.741
Unitat d'ictus	13,1
Planta NL	38,7
Planta MI	43,3
UCI	1,4
Altres plantes	3,5

Destí a l'alta	Catalunya %
	N=1.741
Domicili propi	40,2
Domicili de família	9,8
Residència	6,0
Ingrés per rehabilitació	3,6
Ingrés per convalescència	9,4
Ingrés sociosanitari	9,5
Altres	2,1
NC	8,7
Exitus	10,7

Ha mort durant els primers 7 dies d'hospitalització	Catalunya %
	N=1.741
Sí	6,8
No	93,2

Ha fet una pneumònia per aspiració?	Catalunya %
	N=1.741
Sí	6,3
No	93,7

Situació funcional als 3 mesos (escala mRS)	Catalunya %
	N= 490
0	22,0
1	22,5
2	18,0
3	13,5
4	13,3
5	10,8

Ha mort entre els 7 dies/alta i els 3 mesos	Catalunya %
	N=1.741
Sí	9,7
No	66,3
Perdut	8,8
No contactat	15,2

Mortalitat global als 3 mesos	Catalunya %
	N=1.767
Sí	11,4
No	88,6

Annexos

Annex 4. Audit Clínic de l'Ictus 2007/ 2008. Manual de recollida de dades

AUDIT CLÍNICA DE L'ICTUS 2007/2008 PLA DIRECTOR DE LA MALALTIA VASCULAR CEREBRAL

Consideracions inicials

Al començar a complimentar 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 haureu de definir el tipus d'accés. Aquest apartat s'explica més endavant.

Aquest registre està dividit en 7 seccions que fan referència a moments diferents de l'ingrés d'un pacient amb ictus. Cada secció és independent de l'anterior i està contemplat el fet que hi hagi mobilitat del pacient entre centres i que, per tant, l'ingrés transcorri en diferents hospitals (per exemple, la fase aguda a un hospital terciari i la fase subaguda a 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 que es complimenta aquella secció en particular. En aquells casos en que l'ingrés inclogué més d'un centre sanitari, cada hospital ha d'omplir els ítems d'aquella secció/ període de l'ingrés que transcorregué al seu hospital.

Les caselles/finestres de color blau signifiquen que es tracta d'una variable 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 se 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 informant-vos del problema i obligant-vos 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 (per exemple, durant les primeres 24 hores). Si seleccioneu el valor "SI" la resta de variables de la mateixa secció es converteixen en opcionals i heu de respondre les que podeu, a més, si heu seleccionat el valor "SI" no us deixarà omplir les següents seccions, **excepte la secció 7 "Dades corresponents a l'alta hospitalària/mortalitat"** i us sortirà l'error "no hi ha variables per aquest nivell". En canvi, si seleccioneu el valor "NO" la resta de variables de la secció es fan obligatòries.

En algunes variables us trobareu que les possibles respostes poden ser els valors **NA** o **NC**. **NA** significa "No aplica" i és per quan la pregunta formulada no requereix una resposta. **NC** vol dir "No consta" i s'ha de seleccionar quan la informació buscada no està a la història clínica.

Seccions de l'audit

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.

A continuació es mostren les diferents pantalles del registre de l'audit clínic de l'ictus desglossades per seccions, i es dona informació complementària referent al significat dels valors de cada variable o ítem.

Acces ictus

En aquesta primera pantalla us demanarà el tipus d'accés que voleu fer. LOCAL si sou investigadors del propi centre i EXTERN si sou auditors externs. També us demana el centre que aneu a auditar. En la llista que se us desplegarà tindreu els hospitals als quals teniu accés. En el cas que, feu l'audit intern al vostre hospital només us sortirà aquest. En el cas dels auditors externs us sortiran tots els hospitals que us han estat assignats.

Inclòs Alta 31/08/2004

ACCÉS ICTUS

TIPUS D'ACCÉS: --Selecció--

CENTRE AUDITAT: --Selecció--

Desar Imprimir Tornar

Tipus d'accés: 1. LOCAL
2. AUDITORIA EXTERNA

Centre Auditat: Document adjunt al mail

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.

SITUACIÓ PRÈVIA I DADES DE L'INGRÉS

DATA ACTIVITAT: 28/12/2007

CENTRE SANITARI: H08000794 H. Universitari Vall d'Hebron - Àrea Genè

TIPUS D'HABITATGE ABANS DE L'INGRÉS: VIU AMB LA FAMILIA

TÉ ANTECEDENTS PATOLÒGICS? SI

ANTECEDENTS PATOLÒGICS

TABAQUISME: SI

ENOLISME: NO

FIBRIL·LACIÓ AURICULAR: NO

ICTUS O AIT PRÈVI: NO

DIABETIS: NO

DISLIPÈMIA: SI

HIPERTENSIÓ ARTERIAL: SI

INFART DE MIOCARDI O ANGINA: SI

MALALTIA VASCULAR PERIFÈRICA: SI

VALVULOPATIA: NO

ALTRES AP: NO

PREN ALGUNA MEDICACIÓ REGULARMENT? SI

FACTORS RISC CONTROLATS AMB MEDICACIÓ? SI, ALGUNS

INDEP. AVD ABANS INGRÉS (IB previ>=90/mRS prèvia<3): DESCONEGUT

Desar Imprimir Tornar

Annexos

SECCIÓ 1. SITUACIÓ PRÈVIA I DADES DE L'INGRÉS		
Pregunta/variable	Respostes/ valors	Comentaris/ aclariments
1. Tipus d'habitatge abans de l'ingrés:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Viu sol 2. Viu amb la família 3. Residència d'avis 4. Hospital 5. Desconegut 6. NC 	<p>DESCONEGUT si a l'HC es fa esment exprés de que es desconeix aquesta informació.</p> <p>NC si a la HC no hi ha cap informació relativa a l'habitatge abans de l'ingrés.</p>
2. Té Antecedents Patològics?	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO 3. Desconegut 4. NC 	<p>DESCONEGUT si a l'HC es fa esment exprés de que es desconeix aquesta informació (per exemple. malalt sense família i afàsic sobre el qual no es coneix cap antecedent).</p> <p>NC si a l'HC no hi ha informació relativa als antecedents</p>
<p>3. Antecedents Patològics</p> <p>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 SI per la variable "Té antecedents patològics?" haureu de seleccionar obligatòriament un "SI" o "NO" per a aquestes variables.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tabaquisme 2. Enolisme 3. Fibril·lació auricular 4. Ictus o AIT previ 5. Diabetis 6. Dislipèmia 7. Hipertensió arterial 8. Infart de miocardi o angina 9. Malaltia vascular perifèrica (claudicació intermitent) 10. Valvulopaties 11. Altres AP 	<p>En cada cas heu de seleccionar SI o NO en funció de que el pacient tingui o no tingui aquell AP en concret</p>
4. Pren alguna medicació regularment?	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO 3. Desconegut 4. NC 	<p>DESCONEGUT si a l'HC es fa esment exprés de que es desconeix aquesta informació.</p> <p>NC si a l'HC no hi consta cap informació.</p>
<p>5. Els factors de risc estan controlats amb la medicació?</p> <p>Variable opcional vinculada a l'anterior</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI, tots 2. SI, alguns 3. NO 4. Desconegut 5. NC 	<p>DESCONEGUT si a l'HC es fa esment exprés de que es desconeix aquesta informació.</p> <p>NC si a l'HC no hi consta cap informació.</p>
<p>6. Independent per les AVD?</p> <p>Independent si: Índex de Barthel previ \geq 90 o mRS prèvia < 3.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO 3. Desconegut 4. NC 	<p>DESCONEGUT si a l'HC es fa esment exprés de que es desconeix aquesta informació.</p> <p>NC si a l'HC no hi consta cap informació</p>

SECCIÓ 2. Avaluació en les primeres 24 hores

Ha de ser complimentada per aquell centre on transcorregué aquest període de l'ingrés.

DATA ACTIVITAT	07/01/2008
CENTRE SANITARI	H08000794 H. Universitari Vall d'Hebron - Àrea Gene
Inici d'ICTUS	
ES CONEIX LA DATA DE L'ICTUS?	SI
DATA DE L'ICTUS	07/01/2008
ES CONEIX L'HORA D'INICI DE L'ICTUS?	SI
HORA INICI ICTUS (HH:MM)	12:12
Admissió	
DATA D'ADMISSIÓ	07/01/2008
HORA D'ENTRADA O ADMISSIÓ (HH:MM)	13:00
S'HA ACTIVAT EL CODI ICTUS PER AL MALALT	SI
DES DE QUIN NIVELL ASSISTENCIAL?	061
SI ES UN CI QUANT TEMPS DESPRÉS DE L'ARRIBADA S'HA FET LA TC CRANIAL?	120
EL PACIENT HA MORT EN LES 1ES 24 HORES?	NO
S'HA REALITZAT UN ECG BASAL?	SI
S'HA FET DETERMINACIÓ BASAL DE PA?	SI
S'HA FET DETERMINACIÓ BASAL DE GLUCÈMIA?	SI
Oxigenoteràpia	
S'HA INICIAT OXIGENOTERÀPIA?	SI
SATURACIÓ D'OXIGEN A L'INICI TRACTAMENT	< 92%
S'HA FET TC CRANIAL EN LES 1ES 24 HORES?	SI
CLASSIFICACIÓ DE L'ICTUS	ISQUÈMIC/INFART CEREBRAL
Hi ha Avaluació Neurològica que inclogui	
NIVELL DE CONSCIÈNCIA	SI
MOVIMENTS OCULARS	SI
DÈFICIT MOTOR	SI
Si Pacient Conscient, s'ha valorat:	
ELS CAMPS VISUALS	SI
LLENGUATGE/PARLA	SI
ALTERACIONS DE SENSIBILITAT	SI
S'HAN FET SERVIR ESCALES NEUROLÒGIQUES?	SI
QUINA ESCALA	NIHSS
NIHSS	54
S'HA DESCRIT EL TERRI. VASCULAR AFECTAT?	SI
S'HA FET TEST DE DEGLUCIÓ?	SI
rTPA	
S'HA ADMINISTRAT RTPA?	SI

Desar

Imprimir

Tornar

Annexos

SECCIÓ 2. AVALUACIÓ EN LES PRIMERES 24 HORES		
Pregunta/ variable	Respostes/ valors	Comentaris/ aclariments
1. Es coneix la data de l'ictus?	1. SI 2. NO 3. NC	NO, si a l'HC es fa esment de que no es coneix la data (malalt sense família i afàsic). NA, si aquesta informació no apareix a l'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?	1. SI 2. NO 3. NC	NO, si a l'HC es fa esment de que no es coneix l'hora (malalt sense família i afàsic). NA, si aquesta informació no apareix a l'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?	1. SI 2. NO	NO si a l'HC s'especifica clarament el motiu pel qual no s'activà el codi ictus.
8. Des de quin nivell assistencial? Variable opcional vinculada al valor "si" de la variable anterior.	1. CAP 2. 061 3. H. Comarcal 4. 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.
8bis. En cas que sigui CI, quant temps després de l'arribada al centre de referència s'ha fet la TC cranial?		Variable vinculada al valor "SI" de la variable "7". Format minuts (fins 3 xifres)
9. El pacient ha mort durant les primeres 24 hores? Si contesteu "SI" les variables que segueixen són opcionals i heu de contestar les que pugueu.	1. SI 2. NO	No incloure els exitus ja consignats en seccions anteriors
10. S'ha realitzat un ECG basal?	1. SI 2. NO	
11. S'ha fet determinació basal de pressió arterial?	1. SI 2. NO	
12. S'ha fet determinació basal de glucèmia?	1. SI 2. NO	SI, determinació de glucèmia basal mitjançant BMTes o analítica a urgències. També podeu contestar SI, quan hi hagi evidència escrita d'una determinació feta per el 061/SEM.
Oxigenoteràpia		
13. S'ha iniciat oxigenoteràpia?	1. SI 2. NO	
14. Saturació d'oxigen a l'inici del tractament	1. ≥ 92% 2. < 92% 3. NC 4. NA	NC, si s'ha administrat Oxigenoteràpia però no hi ha una determinació de la saturació d'oxigen. NA si no s'ha fet Oxigenoteràpia.
15. S'ha fet TC cranial en les primeres 24 hores des de l'inici de l'ictus?	1. SI 2. NO	SI, si s'ha fet una prova de neuroimatge (TC i/o RM) en les 1es 24 hores
16. Classificació de l'ictus En aquest audit només s'inclouen ictus isquèmics i hemorràgics. S'exclouen: hematomes epidurals, subdurals i HSA	1. Ictus isquèmic/ Infart cerebral 2. Hemorràgia intracerebral 3. NC 4. NA	NC, no hi ha informació sobre aquest punt a l'HC. NA, si hi ha un motiu clar per a l'absència d'aquesta dada (p.e. no es va realitzar la TC cranial en aquest període de temps i per tant no es disposa d'aquesta informació).

SECCIÓ 2. AVALUACIÓ EN LES PRIMERES 24 HORES		
Pregunta/ variable	Respostes/ valors	Comentaris/ aclariments
<i>Hi ha una avaluació neurològica que inclogui:</i>		
17. Nivell de consciència	1. SI 2. NO	NO, si no consta a l'HC Escala de Glasgow (GCS) o una descripció del nivell de consciència
18. Moviments oculars Descripció de l'oculomotricitat extrínseca, parells cranials III, IV, VI, o reflexes oculocefàlics.	1. SI 2. NO	NO, si no consta a l'HC
19. Dèficit motor	1. SI 2. NO	NO, si no consta a l'HC
<i>Si el pacient està conscient, s'han avaluat:</i>		
20. Els camps visuals	1. SI 2. NO 3. NA	NO, si no consta a l'HC. NA, si el pacient no està conscient i aquesta pregunta no és aplicable.
21. Llenguatge/parla	1. SI 2. NO 3. NA	NO, si no consta a l'HC. NA, si el pacient no està conscient i aquesta pregunta no és aplicable.
22. Alteracions de la sensibilitat	1. SI 2. NO 3. NA	NO, si no consta a l'HC. NA, si el pacient no està conscient i aquesta pregunta no és aplicable
23. S'han fet servir escales neurològiques per avaluar el dèficit?	1. SI 2. NO	NO, si no consta a l'HC
23bis. Quina escala? Vinculada al valor "SI" de la variable "23"	1. NIHSS 2. Canadencia 3. Altres	
23tris. NIHSS BASSAL. Vinculada al valor "NIHSS" de la variable "23bis". Format numèric (2 xifres)		
24. S'ha descrit el territori vascular probablement afectat?	1. SI 2. NO	NO, si no consta a l'HC.
25. S'ha fet el test de deglució?	1. SI 2. NO 3. NA	NO, si no s'ha fet o no consta a l'HC. NA, si no s'ha fet perquè el pacient no està conscient.
26. S'ha administrat rtPA?	1. SI 2. NO	

Annexos

SECCIÓ 3. Avaluació en les primeres 48 hores

Ha de ser complimentada per aquell centre on transcorregué aquest període de l'ingrés.

AVALUACIÓ A LES 48 HORES

DATA ACTIVITAT: 07/01/2008

CENTRE SANITARI: H08000794 H. Universitari Vall d'Hebron - Àrea Gene

EL PACIENT HA MORT ENTRE LES 24-48H? NO

S'HA INICIAT TRACTAMENT AMB AAS? SI

ESCALES PER AVALUAR EVOLUCIÓ NEUROLÒGICA? SI

S'HA FET MONITORATGE CARDÍAC CONTINU? SI

S'HA INICIAT MOBILITZACIÓ DEL PACIENT? SI

ES PRENEN MESURES PER PREVENIR TVP? SI

EN CAS AFIRMATIU, QUINA? HEPARINA, PROFILÀCTICA

HI HA REGISTRES DE TEMPERATURA >37,5°? SI

S'HA INICIAT TRACTAMENT AMB ANTITÈRMICS? SI

AVALUACIÓ NECESSITATS EN REHABILITACIÓ EN LES PRIMERES 48 HORES? SI

Desar Imprimir Tornar

SECCIÓ 3. AVALUACIÓ EN LES PRIMERES 48 HORES		
Pregunta/ variable	Respostes/ valors	Comentaris/ aclariments
1. El pacient ha mort entre les 24-48 hores?	1. SI 2. NO	No incloure els exitus ja consignats en seccions anteriors
2. S'ha iniciat tractament amb AAS?	1. SI 2. NO 3. Altres Antiagregants 4. NA	NO, si no s'ha iniciat o no consta a l'HC. NA, si no s'ha iniciat AAS bé perquè és una Hemorràgia o bé perquè s'han prescrit anticoagulants.
3. S'utilitzen escales per avaluar l'evolució del dèficit neurològic?	1. SI 2. NO	NO, si no s'utilitzen o no consta
4. S'ha fet monitoratge cardíac continu?	1. SI 2. NO	NO, si no s'ha fet o no consta a l'HC
5. S'ha iniciat la mobilització del pacient?	1. SI 2. NO 3. NA	NO, si no s'ha iniciat o no consta a l'HC. NA, la pregunta no aplica perquè el pacient es mobilitza sol. Aquest indicador es refereix a la indicació/ realització de canvis posturals/ sedestació
6. Es prenen mesures per prevenir l'aparició de TVP?	1. SI 2. NO 3. NA	NO, si no se'n prenen o no consta a la HC. NA, la pregunta no aplica perquè el pacient es mobilitza sol.
7. En cas afirmatiu, quina mesura?	1. Mesures físiques 2. Heparina profilàctica	Variable opcional vinculada a l'anterior. Si heu seleccionat "NO" a la variable anterior, deixeu aquesta en blanc.

Pregunta/ variable	Respostes/ valors	Comentaris/ aclariments
8. Hi ha registres de temperatura superiors a 37,5°?	1. SI 2. NO	
9. S'ha iniciat tractament amb antitèrmics?	1. SI 2. NO	Variable opcional vinculada a l'anterior. Deixeu-la en blanc si heu seleccionat "NO" a la variable anterior.
10. Hi ha una avaluació de les necessitats del tractament rehabilitador en les primeres 48 hores	1. SI 2. NO 3. NA	NO, si no s'ha fet o no consta a la HC. NA, la pregunta no aplica perquè el pacient no ho requereix.

SECCIÓ 4. Avaluació en les primeres 72 hores

Ha de ser complimentada per aquell centre on transcorregué aquest període de l'ingrés.

AVALUACIÓ A LES 72 HORES

DATA ACTIVITAT: 07/01/2008

CENTRE SANITARI: H08000794 | H. Universitari Vall d'Hebron - Àrea Gene

EL PACIENT HA MORT ENTRE LES 48-72H? NO

HI HA ALTERACIONS DEL LLENGUATGE/PARLA EN AQUEST PERÍODE? SI

HI HA DÈFICIT MOTOR? SI

CAMINA SENSE AJUDA D'UNA ALTRA PERSONA? SI

Desar Imprimir Tornar

SECCIÓ 4. AVALUACIÓ EN LES PRIMERES 72 HORES		
Pregunta/variable	Respostes/valors	Comentaris/aclariments
1. El pacient ha mort entre les 48-72 hores?	1. SI 2. NO	No incloure els exitus ja consignats en seccions anteriors
2. Hi ha alteracions del llenguatge/parla documentades en aquest període?	1. SI 2. NO 3. NC	NO: no pot parlar (afàsic, anàrtric/disàrtric o no valorable per disminució del nivell de consciència). NC: a l'HC no es fa esment d'aquest aspecte en el període evolutiu d'interès. Aquesta informació no sempre està especificada a l'HC, però es pot deduir del curs clínic o de la puntuació en l'escala NIHSS
3. Hi ha dèficit motor?	1. SI 2. NO 3. NC	NO: no n'hi ha. NC: a l'HC no es fa esment d'aquest aspecte en el període evolutiu d'interès. Aquesta informació no sempre està especificada a l'HC, però es pot deduir del curs clínic o de la puntuació en l'escala NIHSS
4. Pot caminar sense ajuda d'una altra persona?	1. SI 2. NO 3. NC	NO: no pot caminar. NC: a l'HC no es fa esment d'aquest aspecte en el període evolutiu d'interès. Aquesta informació no sempre està especificada a l'HC, però es pot deduir del curs clínic o de la puntuació en l'escala NIHSS

Annexos

SECCIÓ 5. Avaluació a la primera setmana

Ha de ser complimentada per aquell centre on transcorregué aquest període de l'ingrés.

AVALUACIÓ A LA 1A SETMANA

DATA ACTIVITAT: 07/01/2008

CENTRE SANITARI: H08000794 H. Universitari Vall d'Hebron - Àrea Gene

EL PACIENT HA MORT ENTRE LES 72H-1A SET? NO

S'HAN VALORAT NECESSITATS DE LOGOPÈDIA? SI

HA DUT SONDA URINÀRIA? SI

PER QUINA RAÓ? INCONTINÈNCIA URINÀRIA

Desar Imprimir Tornar

SECCIÓ 5. AVALUACIÓ A LA PRIMERA SETMANA

Pregunta/ variable	Respostes/ valors	Comentaris/ aclariments
1. El pacient ha mort entre les 72 hores i el setè dia?	1. SI 2. NO	No incloure els exitus ja consignats en seccions anteriors
2. S'han avaluat les necessitats de logopèdia?	1. SI 2. NO 3. NA	NO, no s'han avaluat o no consta a la HC. NA, no aplica (el pacient no presenta cap alteració del llenguatge/parla).
3. Ha dut sonda urinària?	1. SI 2. NO	
4. Per quina raó? Variable opcional vinculada a l'anterior. Deixeu-la en blanc en cas que el pacient no hagi dut sonda urinària	1. Retenció aguda d'orina 2. Catèter preexistent 3. Incontinència urinària 4. Control del balanç hídric 5. Problemes cutanis locals 6. Altres 7. NC	NC, el motiu no consta a l'HC o no està clar.

SECCIÓ 6. Dades de la fase subaguda (> 1ª setmana)

Ha de ser complimentada per aquell centre on transcorregué aquest període de l'ingrés.

DADES DE LA FASE SUBAGUDA (> 1ª SETMANA)

DATA ACTIVITAT: 07/01/2008

CENTRE SANITARI: H08000794 H. Universitari Vall d'Hebron - Àrea Gene

EL PACIENT HA MORT > 1ª SETMANA? NO

S'HA VALORAT ESTAT D'ÀNIM DEL PACIENT? SI

HI HA VALORACIÓ D'ESTAT COGNITIU? SI

ELS OBJECTIUS DE LA REHABILITACIÓ ESTAN DESCRITS? SI

S'HA CONTACTAT AMB TREBALLADOR SOCIAL? SI

Tractament Antihipertensiu

S'HA PRESCRIT TRACT. ANTIHIPERTENSIU? SI

IECA: SI

ARA-II: --Seleccioni--

ALFA-BLOCADOR: --Seleccioni--

BETA-BLOCADOR: --Seleccioni--

CALCI-ANTAGONISTA: --Seleccioni--

DIURÈTICS TIAZÍDICS: --Seleccioni--

ALTRES FÀRMACS: --Seleccioni--

SI ACXFA, S'HA ANTICOAGULAT? SI

HI HA CONSTÀNCIA DE LA MESURA DEL COLESTEROL? SI

LDL (mg/dL): 121

S'HA PRESCRIT TRACTAMENT HIPOLIPEMIANT? SI, ESTATINES

Desar Imprimir Tornar

SECCIÓ 6. DADES DE LA FASE SUBAGUDA (> 1ª SETMANA)

1. El pacient ha mort més enllà de la primera setmana?	1. SI 2. NO	No incloure els exitus ja consignats en seccions anteriors
2. S'ha valorat l'estat d'ànim del pacient?	1. SI 2. NO	NO, no s'ha fet o no consta a l'HC
3. Hi ha una avaluació de l'estat cognitiu del pacient?	1. SI 2. NO	NO, no s'ha fet o no consta a l'HC.
4. Els objectius de la rehabilitació són palesos?	1. SI 2. NO 3. NA	NO, no consten a l'HC. NA, no aplicable (no requereix rehabilitació).
5. S'ha establert contacte amb el treballador social? (en cas que el pacient retorni a casa i hi hagi seqüeles)	1. SI 2. NO 3. NA	NO, no s'ha fet o no consta a l'HC. NA, no aplicable (no seqüeles o no retorna a casa de moment).

Annexos

SECCIÓ 6. DADES DE LA FASE SUBAGUDA (> 1ª SETMANA)		
<i>Tractament antihipertensiu</i>		
6. S'ha prescrit tractament antihipertensiu?	1. SI 2. NO	Aquesta pregunta es refereix a l'establiment de tractament anti-hipertensiu en la fase subaguda (prevenció secundària) i no al maneig de la hipertensió durant la fase aguda o d'instabilitat hemodinàmica. NO, no s'ha prescrit o no consta a l'HC.
<i>Les següents variables fins a la número 7 són opcionals i vinculades a la número 6. Deixeu-les en blanc en cas que no s'hagi prescrit tractament antihipertensiu.</i>		
IECA	1. SI 2. NO	
ARA-II	1. SI 2. NO	
Alfa-blocador	1. SI 2. NO	
Beta-blocador	1. SI 2. NO	
Calci-antagonista	1. SI 2. NO	
Diurètics tiazídics	1. SI 2. NO	
Altres	1. SI 2. NO	
7. Si ACxFA, s'ha prescrit tractament anticoagulant	1. SI 2. NO	NO, no s'ha prescrit o no consta a l'HC, tot i tenir ACxFA. NA, no aplicable (no té ACxFA).
8. Hi ha constància de la mesura del colesterol?	1. SI 2. NO	
9. LDL (mg/dL) Format numeric. Màxim 3 xifres		Variable opcional vinculada a l'anterior.
10. S'ha prescrit tractament hipolipemiant?	1. SI, estatines 2. SI, altres 3. NO, només consell dietètic 4. NO, cap 5. NA	NA, no aplica (no dislipèmia). Variable opcional vinculada a la variable 8

SECCIÓ 7. DADES DE L'ALTA HOSPITALÀRIA/MORTALITAT

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

DADES DE L'ALTA HOSPITALÀRIA /MORTALITAT	
DATA ACTIVITAT	07/01/2008
CENTRE SANITARI	H08000794 H. Universitari Vall d'Hebron - Àrea Gene
HA ESTAT INGRESSAT EN UNITAT D'ICTUS?	SI
ESTADA HOSPITALÀRIA A UNITAT ICTUS (DIES)	12
DATA D'ALTA	07/01/2008
DATA D'EXITUS	
SITUACIÓ NEUROLÒGICA A L'ALTA	NIHSS
VALOR ESCALA NEUROLÒGICA	54
SITUACIÓ FUNCIONAL A L'ALTA	BARTHEL
VALOR ESCALA FUNCIONAL	54
S'INCLOU EL DIAGNÒSTIC TOPOGRÀFIC?	SI
DIAGNÒSTIC TOPOGRÀFIC	INFART CEREBRAL LACI (OCSF)
AL DIAGNÒSTIC FINAL S'INCLOU MECANISME?	SI
MECANISME QUE ESTABLEIX L'ICTUS	INFART CEREBRAL CARDIOEMBÒLIC
A L'ALTA PREN FÀRMAC ANTITROMBÒTIC?	SI, ANTICOAGULANT
NOMBRE D'UBICACIONS INTRAHOSPITALÀRIES DURANT L'INGRÉS	1 - 2
MÉS DEL 50% DE L'ESTADA HOSPITALÀRIA A:	PLANTA DE NL
DESTÍ A L'ALTA	RESIDÈNCIA
HA MORT DURANT ELS PRIMERS 7 DIES D'HOSPITALITZACIÓ	SI
HA FET UNA PNEUMÒNIA PER ASPIRACIÓ	SI
ESCALA SITUACIÓ FUNCIONAL ALS 3 MESOS	2
HA MORT ENTRE ELS 7 DIES/ALTA I ELS 3 MESOS	SI
Desar Imprimir Tornar	

Annexos

SECCIÓ 7. DADES DE L'ALTA HOSPITALÀRIA/MORTALITAT		
Pregunta/ variable	Respostes/ valors	Comentaris/ aclariments
1. Ha estat ingressat en una Unitat d'Ictus? Variable obligatòria.	1. SI 2. NO	SI: sí que hi ha estat (encara que fos a un altre hospital). NO: no hi ha estat en cap moment.
2. Estada hospitalària a la Unitat d'Ictus (en dies) Variable opcional vinculada a la resposta de la variable anterior. Numèrica (2 xifres màxim)		
3. Data d'alta		Format dd/mm/aaaa
4. Data d'exitus Si seleccioneu aquesta variable, algunes de les següents variables s'omplen automàticament amb el valor "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	1. NIHSS 2. Canadencia 3. Descripció 4. NC 5. exitus	Descripció, la situació neurològica a l'alta es descriu però no es quantifica. NC: no consta a l'informe.
6. Valor de l'escala seleccionada Variable opcional vinculada a la resposta de la variable anterior.		
7. Situació funcional a l'alta	1. Barthel 2. MRS 3. Descripció 4. NC 5. exitus	Descripció, la situació neurològica a l'alta es descriu però no es quantifica. NC: no consta a l'informe.
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?	1. SI 2. NO	
10. Diagnòstic topogràfic Variable opcional vinculada a la resposta de la variable anterior.	1. Infart cerebral TACI 2. Infart cerebral PACI 3. Infart cerebral LACI 4. Infart cerebral POCI 5. HIC lobar 6. HIC profunda 7. HIC troncoencefàlica 8. HIC cerebel·losa 9. HIC intraventricular	
11. Al diagnòstic final s'inclou el mecanisme pel qual s'establí l'ictus?	1. SI 2. NO	
12. Mecanisme Variable opcional vinculada a la resposta de la variable anterior. Deixar-la en blanc si responeu NO a la variable anterior	1. infart cerebral aterotrombòtic 2. infart cerebral cardioembòlic 3. infart cerebral lacunar 4. infart cerebral indeterminat 5. infart cerebral inhabitual 6. HIC primària o espontània 7. HIC secundària	

13. A l'alta pren algun fàrmac antitrombòtic?	1. SI, antiagregant 2. SI, anticoagulant 3. SI, diferit 4. NO 5. NA 6. exitus	NO, a l'informe d'alta no hi consta cap fàrmac antitrombòtic. NA, no aplicable (Hemorràgia).
14. Nombre d'ubicacions hospitalàries durant l'ingrés (exclòs el període a Urgències)	1. 1-2 2. 3-4 3. 5 o més	
15. Més del 50% de l'estada hospitalària a:	1. Unitat d'Ictus 2. Plata NL 3. Planta MI 4. UCI 5. Altres plantes d'hospitalització	
16. Destí a l'alta	1. Domicili propi 2. Domicili família 3. Residència 4. Ingress rehabilitació 5. Ingress sociosanitari 6. Centre convalescència 7. NC 8. Exitus 9. Altres	
17. El malalt ha mort durant els primers 7 dies d'hospitalització? Variable obligatòria	1. SI 2. NO	
18. El malalt ha fet una pneumònia per aspiració? Variable obligatòria	1. SI 2. NO	
19. Situació funcional als 3 mesos (amb escala modificada de Rankin) Variable opcional. Valor numèric de 0 a 5		
20. Malalt mort entre els 7 dies/alta i els 3 mesos? Variable obligatòria	1. SI 2. NO 3. Malalt perdut 4. Malalt no contactat	No incloure els exitus ja consignats en seccions anteriors

