

AUDICTUS

Calidad de la atención médica al ictus agudo. Indicadores para la Auditoría Clínica

A continuación listamos un grupo de 39 indicadores básicos de calidad de atención al paciente con ictus en su fase aguda, los cuales están agrupados en seis perfiles de atención. Estos indicadores son aplicables a pacientes individuales.

Hospital/provincia		Servicio/sala	
Paciente (iniciales)/historia clínica	Edad	Sexo	Municipio de procedencia
		M - F	

1. Calidad de historias clínicas – Indicadores

Calidad de la historia clínica	Óptimo	No óptimo
1. Antecedentes/factores de riesgo vascular	Sí, no, desconocido	No consta
2. Medicación habitual/control de factores de riesgo	Sí/sí, todos; sí/sí, algunos; sí/no; sí/desconocido; no/0; desconocido/0	No consta/0; sí/no consta
3. Situación funcional antes del ictus	Independiente, dependiente, desconocida	No consta
4. Fecha de inicio del ictus	Informada, desconocida	No consta
5. Hora de inicio del ictus	Informada, desconocida	No consta
6. Clasificación inicial (< 24 h)	Informada	No consta
7. Situación neurológica al alta	Cualquier escala neurológica, descripción	No consta
8. Situación funcional al alta	Índice de Barthel, escala de Rankin, descripción	No consta
9. Diagnóstico topográfico al alta	Informado	No informado
10. Etiopatogenia del ictus al alta	Informado	No informado
11. Destino del paciente al alta	Informado	No informado

2. Estándares de atención básica – Indicadores

Estándares de atención básica	Óptimo	No óptimo
1. Realización de electrocardiograma basal (< 24 h)	Sí	No
2. Determinación de la presión arterial basal (< 24 h)	Sí	No
3. Determinación de la glicemia (< 24 h)	Sí	No
4. Oxinoterapia/saturación O ₂ basal (< 24 h)	Sí/<92%; no/>92%; no/no consta	Sí/>92%; sí/no consta; no/< 92%

3. Evaluación neurológica – Indicadores

Evaluación neurológica	Óptimo	No óptimo
1. Realización de tomografía craneal (< 24 h)	Sí	No
2. Evaluación neurológica basal (< 24 h) ^a	Sí (cumplimiento de las 3 variables incluidas en el indicador) ^a	Resto de combinaciones
3. Evaluación neurológica plus (< 24 h) ^b	Sí (cumplimiento de las 3 variables incluidas en el indicador) ^b	Resto de combinaciones
4. Uso de escalas neurológicas en primeras 72 horas	Sí	No
5. Descripción del territorio vascular afectado (< 24 h)	Sí	No
6. Valoración de la capacidad para el habla (lenguaje/habla) (< 24 h)	Sí, no	No consta
7. Valoración de la capacidad para caminar (< 72 h)	Sí, no	No consta
8. Valoración de la capacidad para mover las extremidades (< 72 h)	Sí, no	No consta
9. Valoración del estado cognitivo (< 1 semana)	Sí	No

^a El indicador – evaluación neurológica basal – es un indicador complejo que incluye la evaluación de la conciencia, los movimientos oculares y la respuesta motora.

^b El indicador – evaluación neurológica plus – es un indicador complejo que incluye la evaluación de los campos visuales, el lenguaje/habla y la sensibilidad

4. Medidas iniciales de tratamiento rehabilitador - Indicadores

Medidas iniciales de tratamiento rehabilitador	Óptimo	No óptimo
1. Movilización precoz (< 48 h)	Sí	No
2. Evaluación de las necesidades de rehabilitación (< 48 h)	Sí	No
3. Evaluación de las necesidades de logopedia (< 24 h)	Sí	No
4. Evidencia escrita de los objetivos del tratamiento rehabilitador (< 1 semana)	Sí	No
6. Evaluación del estado de ánimo (< 1 semana)	Sí	No

5. Prevención y manejo de complicaciones

Prevención y manejo de complicaciones	Óptimo	No óptimo
1. Realización de test de deglución (< 24 h)	Sí	No
2. Alimentación enteral en primeras 24 horas	Sí	No
3. Prevención de trombosis venosa profunda (< 48 h)	Sí	No
4. Manejo de la hipertermia (< 1 semana) ^a	Sí/sí; no/no	No/0; Sí/no
5. Sonda urinaria/motivos uso (< 1 semana) ^b	Sí/sí; no/0	Sí/no consta

^a El indicador – manejo de la hipertermia – es un indicador complejo que procede de la combinación de dos variantes: ¿hay registros de temperatura >37,5°C Y, en caso afirmativo, ¿se ha establecido tratamiento antitérmico?

^b El indicador – sonda urinaria/motivos uso – es un indicador complejo que responde a las preguntas: ¿el paciente ha llevado sonda urinaria? Y, en ese caso, ¿por motivo justificable?

6. Medidas preventivas iniciales

Medidas preventivas iniciales	Óptimo	No óptimo
1. Prescripción de antiplaquetarios (< 48 h)	Sí, aspirina; sí, otros antiagregantes	No
2. Manejo de la hipertensión (> 1 semana) ^a	Sí	No
3. Anticoagulación en caso de fibrilación auricular (> 1 semana)	Sí	No
4. Manejo de la dislipidemia (> 1 semana) ^b	Sí/sí, estatinas; sí/no	No/0; sí/otros hipolipemiantes; sí/dieta
5. Prescripción de fármacos antitrombóticos al alta	Sí, antiagregantes; sí, anticoagulantes; sí, diferido	No

^a El indicador – manejo de la hipertensión – analiza se se ha prescrito tratamiento antihipertensivo (de prevención secundaria) en los pacientes que lo requieren tras pasar la fase aguda.

^b El indicador – manejo de la dislipidemia – analiza de forma combinada las respuestas a las siguientes preguntas: ¿hay constancia de la determinación del perfil lipídico? ¿Se ha prescrito tratamiento hipolipemiante?

Debe aplicarse al 15% de los ingresos por ictus que se producen en el año. Se recomienda aplicar de forma consecutiva a todos los ingresados durante un periodo de tres meses típicos del año (por ejemplo, marzo-abril-mayo). De manera general, de acuerdo al número de casos que hospitaliza la unidad al año, se puede seguir el siguiente criterio para el tamaño de muestra:

- Menos de 150 pacientes/año: 20 casos
- Entre 150 y 350 pacientes/año: 40 casos
- Más de 350 pacientes/año: 60 casos