

Plan de actuación
y directrices generales para el ictus:
**Plan de acción para una atención
de calidad dirigida a los pacientes
con ictus**

INTRODUCCIÓN Y CUESTIONES GENERALES

Autores: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
En nombre del Comité Asesor de la Calidad y las Directrices Generales para el Ictus, el Grupo de Trabajo sobre las Directrices Generales para el Ictus
y el Grupo de Trabajo sobre la Calidad General para el Ictus

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

OBJETIVO:

El Plan de acción de la WSO para una asistencia sanitaria de calidad para el ictus constituye un recurso complementario al Plan de actuación y directrices generales para los servicios del ictus de la WSO. Este plan de acción proporciona el marco para la puesta en marcha, el seguimiento y la evaluación de los servicios generales del ictus.

Ofrece **una normalización y una uniformidad** para la selección de recomendaciones **basadas en la evidencia, las estrategias para la puesta en marcha** en la práctica clínica y la **valoración de mediciones del rendimiento y resultados** a fin de generar un entorno de mejora continua de la calidad.

PÚBLICO OBJETIVO:

El plan de acción tiene como objetivo guiar a los dirigentes sanitarios locales y los grupos médicos especializados en ictus en la creación de sistemas de atención para pacientes con esta afección e introducir tantos elementos de mejora como sea posible en el proceso de tratamiento global. El plan de acción se centra en el proceso de asistencia médica y los efectos sobre el paciente. Sin duda, no será posible para todas las regiones ofrecer todos los elementos de una atención del ictus de calidad. Por consiguiente, las recomendaciones y los indicadores de resultados tienen en cuenta las posibilidades dentro de tres niveles de acceso al servicio.

Resulta útil para **las autoridades y los servicios sanitarios locales, regionales y nacionales** como base para su propio marco de evaluación para el ictus.

Los gobiernos y las instituciones patrocinadoras deberían emplear estas directrices y plan de acción para revisar los servicios existentes e identificar posibles brechas. De esta forma surge la posibilidad de priorizar la resolución de estos problemas y mejorar el acceso a los servicios.

Los médicos y otros profesionales sanitarios pueden utilizar estas directrices y plan de acción con el propósito de examinar minuciosamente la prestación sanitaria, el acceso a la atención sanitaria y el apoyo continuo para alcanzar los objetivos de recuperación.

Además, este plan de acción ofrece una orientación muy útil para los **programas sobre el ictus en desarrollo**, ya que contribuye a garantizar que todos los elementos clave definidos en este documento se tienen en cuenta desde el inicio del desarrollo.

FORMATO:

El plan de acción se **organiza entorno a la atención continua**, desde la aparición de un ictus, a lo largo de la fase aguda (servicio de urgencias y atención del paciente ingresado), la rehabilitación y la prevención de recurrencias hasta la reintegración en la sociedad y la recuperación a largo plazo.

Cada apartado representa una parte del proceso y permite a los usuarios **revisar y evaluar los elementos estructurales y los servicios disponibles** para el tratamiento del ictus; recomendaciones **para las prácticas óptimas basadas en la evidencia** respecto a los procesos de atención sanitaria que deberían estar en funcionamiento y una lista de **indicadores clave de la calidad para supervisar** la atención sanitaria proporcionada y su impacto económico y sobre los pacientes.

INSTRUCCIONES DE USO:

Los usuarios de este plan de acción deberán:

1. **Revisar** los apartados relacionados con su fase de servicios del ictus;
2. **Llevar a cabo una evaluación** de los servicios y los recursos existentes, las recomendaciones aplicadas y los métodos de recolección de datos actuales y su acceso.
3. **Elaborar un plan de implementación** a fin de garantizar que se optimizan los elementos clave y se añaden nuevos elementos para mejorar los servicios del ictus ofrecidos.

IMPLANTACIÓN:

1. Recursos prácticos en forma impresa
2. **Recurso/app electrónico interactivo** en los que los usuarios puedan introducir los elementos disponibles de una lista de verificación clave y el programa identifique el grado, las recomendaciones y los sistemas de medición de resultados actuales.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

PARTE I: INTRODUCCIÓN Y CUESTIONES GENERALES

El ictus es una de las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo. Los sistemas de atención sanitaria del ictus, las estrategias integrales para el tratamiento del ictus y la disponibilidad de recursos en materia de ictus varían considerablemente en las distintas regiones geográficas, lo que genera un riesgo de una atención sanitaria subóptima. La Organización Mundial de la Salud se ha comprometido en reducir significativamente los factores de riesgo y la mortalidad derivada de enfermedades no contagiosas. La morbilidad del ictus podría reducirse considerablemente con una atención sanitaria organizada mediante la aplicación de medidas sobre la práctica clínica basadas en la evidencia y la adopción de una filosofía y unos programas de mejora continua de la calidad.



En el año 2014, la Organización Mundial del Ictus (WSO) publicó el primer *Plan de acción y directrices generales para los servicios del ictus*¹ destinado a apoyar los esfuerzos y el progreso de todas las regiones para mejorar la atención sanitaria y el desenlace clínico de los pacientes con ictus. Uno de los objetivos del plan de acción es que todas las regiones lo aprovechen como una oportunidad para llevar a cabo una autoevaluación de las actividades relacionadas con el ictus que realizan y, a continuación, apliquen los resultados para ayudar a los responsables de tomar las decisiones y de promover la causa a optimizar los servicios del ictus según el acceso geográfico y los recursos disponibles en cada caso. En el *Plan de acción general para los servicios del ictus* se incluyen diversos elementos destinados a facilitar y apoyar las mejoras en el tratamiento de esta afección. En primer lugar, se creó un modelo para clasificar la disponibilidad de servicios del ictus de forma global en tres niveles: acceso a unos servicios sanitarios **mínimos**, acceso a unos servicios del ictus **fundamentales** y acceso a unos servicios del ictus **avanzados** (Figura 1). El plan de acción contiene también un marco para los servicios del ictus que describe el proceso completo del tratamiento del ictus abordado en el plan de acción y los elementos centrales dentro de cada fase del proceso. Se muestran recomendaciones sobre las prácticas óptimas para el ictus para cada uno de los elementos centrales y, cuando corresponda, se indica también los indicadores de calidad clave.

1. Plan de acción y directrices generales para los servicios del ictus de la Organización Mundial del Ictus por Lindsay P, Furie KL, Davis SM, Donnan GA, Norrving B. *Int J Stroke*. 2014 Oct; 9(número suplemento A100):4-13.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Objetivo del plan de acción y directrices de actuación generales para el ictus

Este plan de acción proporciona el marco para la implementación, el seguimiento y la evaluación de los servicios del ictus de forma global. Ofrece una normalización y una uniformidad para la selección de las recomendaciones basadas en la evidencia, las estrategias para la puesta en marcha en la práctica clínica y la valoración de los sistemas de medición de los resultados a fin de generar un entorno de mejora continua de la calidad. El plan de acción se organiza entorno a la atención continua, desde la aparición de un ictus, a lo largo de la fase aguda (servicio de urgencias y atención del paciente ingresado), la rehabilitación y la prevención de recurrencias hasta la reintegración en la sociedad y la recuperación a largo plazo. Estas fases de la asistencia sanitaria no son independientes y muchas de las actividades descritas en ellas pueden tener lugar simultáneamente como por ejemplo iniciar el tratamiento preventivo durante el periodo de rehabilitación.



Figura 1. Niveles de capacidad de los servicios sanitarios para tratar el ictus

Público objetivo: El plan de acción se centra en el proceso de asistencia sanitaria y los efectos sobre el paciente. Este documento resulta útil para las autoridades y los servicios sanitarios locales, regionales y nacionales como base para su propio marco de evaluación para el ictus. Los gobiernos y las instituciones patrocinadoras podrán emplear estas directrices y plan de acción para revisar los servicios existentes e identificar posibles brechas. Estos grupos podrían, por consiguiente, priorizar la resolución de estos problemas a fin de mejorar el acceso a los servicios. Los médicos y otros profesionales sanitarios pueden utilizar estas directrices y plan de acción con el propósito de examinar minuciosamente la prestación sanitaria, el acceso a la atención sanitaria y el apoyo continuo para alcanzar los objetivos de recuperación. Además, este plan de acción ofrece una orientación muy útil para los programas sobre el ictus en desarrollo, ya que permite garantizar que todos los elementos clave definidos en este documento se tienen en cuenta desde el inicio del desarrollo.

En los anexos y la lista de referencia se incluyen enlaces a recursos de países de todo el mundo. Para los grupos de trabajo sobre la mejora del servicio del ictus, la ventaja de conocer y utilizar estas herramientas es emplear más tiempo en la mejora del sistema y menos en repetir esfuerzos ya realizados, ya que existen materiales válidos que se pueden adaptar para satisfacer las necesidades locales.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Marco para los Servicios Generales del Ictus para los Elementos Centrales del Tratamiento del Ictus a lo largo del Proceso de Atención Sanitaria

El objetivo del Marco para los servicios generales del ictus de la WSO es proporcionar un plan de acción destinado a guiar a los dirigentes sanitarios locales y los grupos médicos especializados en ictus en la creación de sistemas de atención sanitaria para los pacientes de ictus e introducir tantos elementos de mejora como sea posible en la asistencia sanitaria continua a los pacientes con ictus. El Marco se presenta en la Figura 2.

El Marco para los servicios generales del ictus de la WSO se centra en la atención sanitaria integral, desde la aparición de los signos y los síntomas del ictus hasta la rehabilitación y la reintegración en la sociedad. Las dimensiones generales del tratamiento del ictus son el reconocimiento, la evaluación, el diagnóstico, la intervención, la prevención, la educación, la tecnología y la valoración. Estos elementos se aplican a lo largo de todo el proceso desde el reconocimiento del ictus, la asistencia inmediata y la prevención de complicaciones, la rehabilitación, la prevención de recurrencias, la reintegración en la sociedad y la recuperación a largo plazo.[^]

Dentro de cada una de estas etapas de asistencia sanitaria y recuperación, se identifican varios aspectos clave que se consideran especialmente importantes a la hora de optimizar el tratamiento del ictus de forma global. A pesar de que la prevención primaria del riesgo cardiovascular se considera un elemento esencial para los servicios sanitarios, no constituye un punto central en este marco o plan de acción. [^] No obstante, este marco y el plan de acción sí se centran en los servicios de prevención secundaria que abordan los mismos conceptos preventivos (como el estilo de vida, la hipertensión, la fibrilación auricular y la dislipidemia).

Adaptación del plan de acción y las directrices generales para la atención sanitaria del ictus de la WSO a las necesidades locales

Los estudios sobre el ictus realizados en distintas regiones del mundo coinciden en que sigue existiendo una gran brecha entre las prácticas óptimas (basadas en las pruebas identificadas) y la práctica clínica real. Los objetivos de las Directrices generales para la atención sanitaria del ictus de la WSO son facilitar la aplicación de la teoría en la práctica, apoyar la toma de decisiones clínicas, indicar estrategias terapéuticas beneficiosas e influir en las políticas públicas (Kastner et al 2011).

En las directrices generales para la atención sanitaria del ictus de la WSO se presentan un grupo fundamental de recomendaciones e indicadores de calidad clave elaborados tras una revisión exhaustiva y un proceso de adaptación riguroso (Lindsay et al; IJS 2014). Comprenden:

- **Recursos** necesarios para practicar una atención sanitaria a los pacientes con ictus e implantar las recomendaciones.
- Recomendaciones para la práctica óptima de la atención sanitaria de los pacientes con ictus basadas **en la evidencia**² aplicadas a lo largo de todo el tratamiento. Para cada recomendación existe un indicador del nivel de capacidad del servicio en el que estas recomendaciones pueden llevarse a cabo de manera realista.
- **Indicadores de calidad clave** (mediciones centrales de los resultados) que contribuyen a valorar el tipo de atención prestada, el grado de implementación y la calidad de esta atención. Se puede considerar a estos indicadores como la base de las actuaciones de mejora continua de la calidad.
- También se proporcionan **Indicadores de seguimiento de la calidad del sistema** con el fin de facilitar el cambio de los sistemas y la mejora continua.

2. Para las recomendaciones que se consideran aplicables en los centros donde se ofrecen servicios sanitarios mínimos, como es el caso de zonas en rurales o aisladas sin servicios organizados para el ictus (categoría 1), se anticipa que los profesionales sanitarios serán capaces de adaptar estas recomendaciones y ofrecer información y formación a las familias de los supervivientes a un ictus a fin de que les presten los cuidados más adecuados.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

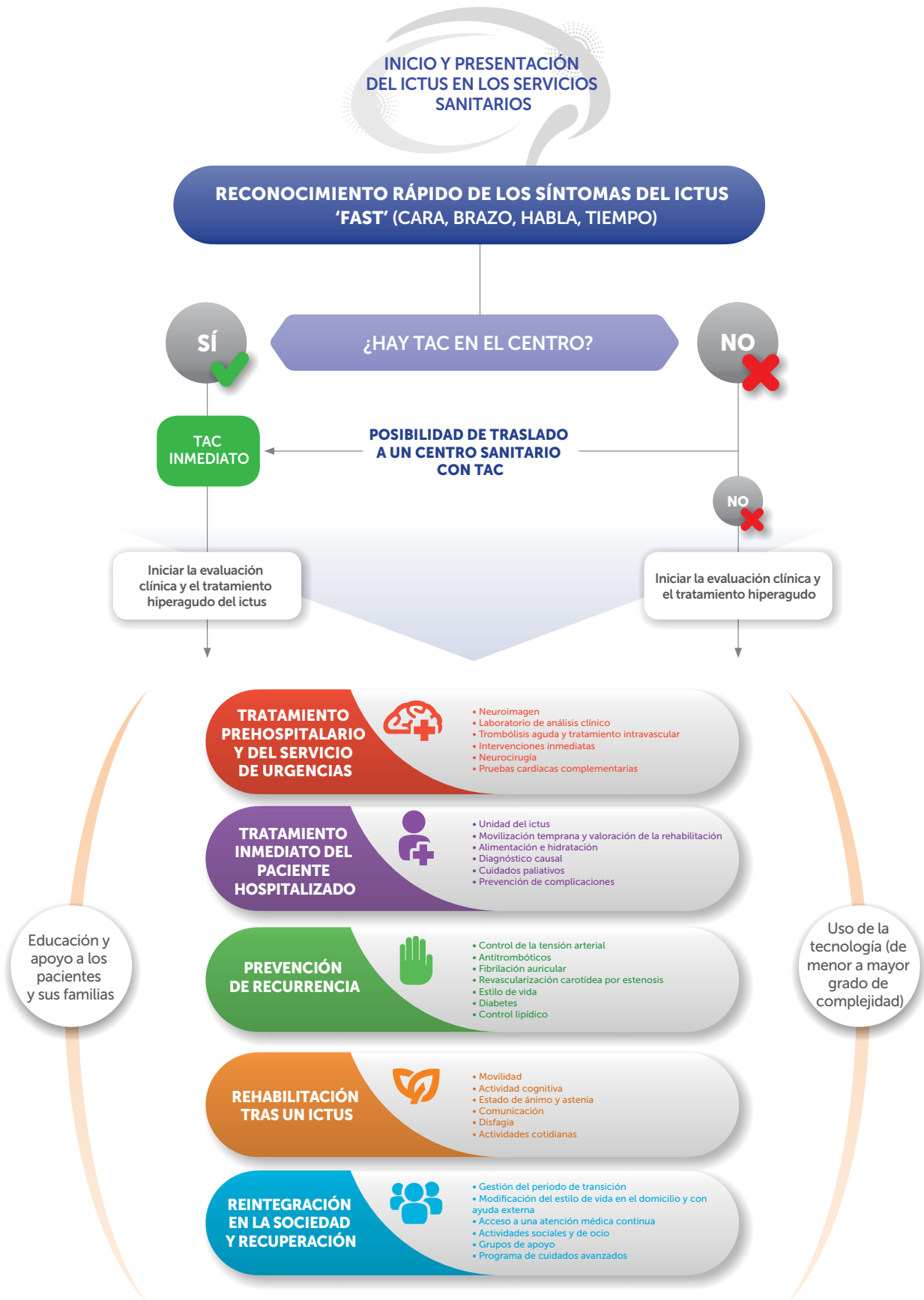


Figura 2. Marco general para los servicios de ictus

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

En las **Directrices generales para la atención sanitaria del ictus** se define la atención sanitaria óptima para los pacientes de ictus a lo largo del proceso completo. En este documento se ponen de relieve temas con una fuerza probatoria muy elevada en la eficacia o que se consideran factores clave del sistema. Somos conscientes de la posibilidad de que los usuarios del Plan de acción y las directrices para la atención sanitaria del ictus de la WSO solo puedan implantar algunas recomendaciones y/o trabajen solo en algunas fases del proceso de atención del ictus (tal y como se define en el marco anterior) al mismo tiempo.

La Figura 3 que se muestra a continuación describe los pasos que debería seguir un grupo local, regional o nacional para adoptar y/o adaptar las Directrices de atención sanitaria del ictus de la WSO en su centro. Posteriormente, se describe cada paso con más detalle. En la medida de lo posible, se proporcionan consideraciones prácticas para cada paso. En este apartado se muestran también enlaces de recursos útiles en caso de requerir más información. En zonas con recursos limitados, cabe la posibilidad de modificar algunos pasos o incluso eliminarlos por completo. En este caso resulta importante hacer un balance de las ventajas y los riesgos. Por ejemplo, a la hora de crear el grupo de trabajo se puede optar por uno pequeño pero es importante que incluya una representación de las distintas disciplinas.

Las directrices deberían adaptarse al uso local por un grupo de personas con una amplia experiencia en el campo desarrollado. La forma de trabajar en equipo tendrá un efecto considerable en el resultado del proceso. En el caso del ictus, a la hora de elaborar las directrices, se deben considerar profesionales sanitarios de las disciplinas siguientes: medicina (neurología, medicina interna, urgencias, atención primaria y rehabilitación), enfermería, rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiólogo y auxiliares de rehabilitación), trabajo social, psicología y farmacia. También pueden resultar útiles profesionales de otras disciplinas y coordinadores del sistema según la/s fase/s del proceso incluida/s en las directrices. **Es esencial incluir en el grupo a supervivientes de un ictus, familiares y cuidadores informales.**

Figura 3. Pasos para la adaptación del Plan de acción y las directrices generales para la atención sanitaria del ictus de la WSO a las necesidades locales.



Consultar el Anexo I para más información sobre cada paso de este proceso de adaptación de las directrices

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

PARTE II: CUESTIONES GENERALES SOBRE EL MARCO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL ICTUS DE LA WSO

El Plan de actuación y las directrices generales para el ictus se presenta en este plan de acción dentro de un modelo de mejora de la calidad. Cada apartado representa una parte del proceso y permite a los usuarios revisar y evaluar los elementos estructurales y los servicios disponibles para el tratamiento del ictus; las recomendaciones para la práctica óptima basadas en la evidencia para unos procesos de atención sanitaria operativos, en función del tipo de servicio disponible, y una lista de indicadores clave de la calidad para supervisar la atención sanitaria proporcionada y el impacto tanto económico como sobre los pacientes. Más adelante se proporciona una descripción más detallada de cada uno de estos elementos del plan de acción.

Se recomienda a los usuarios de este plan de acción que revisen los apartados relacionados con su fase en el tratamiento del ictus (nivel del sistema, hiperagudo, paciente agudo hospitalizado, prevención de recurrencias, rehabilitación y reintegración en la sociedad); realizar una evaluación de los servicios y recursos existentes, las recomendaciones ya aplicadas y los métodos y el acceso a la recolección de datos; y, finalmente, elaborar un plan de implementación que garantice la optimización de estos elementos clave y la aplicación de otros elementos destinados a mejorar los servicios del ictus prestados.

Cabe destacar que las recomendaciones y los indicadores proporcionados en este documento representan los elementos clave básicos necesarios para ofrecer una atención sanitaria óptima a los pacientes con ictus. Los niveles de atención sanitaria fundamental y avanzada se basan e incluyen todos los elementos mencionados para el nivel anterior más otros servicios añadidos. Si los recursos y la experiencia lo permiten, las prestaciones y los sistemas del ictus deberán ampliarse e incluir un mayor número de recomendaciones en sus propias regiones a fin de aumentar la exhaustividad de la atención sanitaria del ictus basada en la evidencia y su seguimiento. En las directrices publicadas se proporcionan recomendaciones adicionales para cada parte del proceso así como recomendaciones e indicadores de calidad más detallados procedente de todo el mundo. En la lista de referencia se ofrece un grupo de directrices de alta calidad revisadas durante la elaboración del Plan de acción y las directrices generales para el ictus de la WSO.

Elemento uno: Identificar el tipo de prestación de servicio y su capacidad (autoevaluación)

Los modelos de prestación de servicios para el ictus varían considerablemente entre las distintas regiones y dependen de la disponibilidad de recursos (incluido recursos humanos), el acceso a las instalaciones sanitarias, el acceso al diagnóstico y las pruebas analíticas, el acceso a los medicamentos y el acceso al transporte.

La disponibilidad de recursos afecta al tipo de atención sanitaria que se puede prestar a lo largo de todo el proceso de tratamiento del ictus desde el tratamiento agudo del ictus hasta la rehabilitación, la prevención de recurrencias, la reintegración en la sociedad y la recuperación a largo plazo. Este primer elemento enumera recursos clave que debe presentar cada nivel de servicio, desde el mínimo hasta el fundamental y el avanzado. Se incluyen en una lista de verificación que cada grupo de desarrollo de un servicio del ictus debería utilizar para evaluar su propia capacidad de recursos e identificar los elementos que se podrían adquirir.



PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Los tres niveles de disponibilidad del servicio del ictus constituyen una parte clave de este marco para el desarrollo de un plan de acción general para el ictus de la WSO y sus componentes. Tras finalizar la autoevaluación, cada grupo conocerá a qué nivel pertenecen sus servicios. De esta forma se ofrece la oportunidad de fijar los objetivos y elaborar planes destinados a alcanzar niveles superiores de servicios con los recursos disponibles.



A pesar de que puede que no se disponga (o estén accesibles) todos los elementos centrales de los servicios del ictus, se recomienda a todas las regiones que utilicen este plan de acción para definir sus objetivos en la prestación de atención sanitaria a los pacientes con ictus y, a continuación, elaboren una estrategia para alcanzar estos objetivos a lo largo del tiempo. Se ha observado que en los países de renta baja o media hay una gran diversidad de accesibilidad a algunos de los servicios sanitarios más básicos. Estos modelos incluyen desde visitas periódicas de un profesional sanitario a núcleos poblacionales rurales/pequeños a servicios básicos organizados en un núcleo de población más amplio y servicios integrales disponibles en las ciudades.

Elemento dos: Recomendaciones clave para la atención sanitaria del ictus

Las Directrices para las prácticas óptimas constituyen recomendaciones para la práctica clínica o la toma de decisiones basadas en pruebas lo suficientemente fiables. Describen las prácticas clínicas, las intervenciones y los procesos *más eficaces* determinados mediante una investigación de las pruebas y, en algunos casos, opiniones de expertos y consensos. Las directrices para las prácticas óptimas pueden presentarse en forma de recomendaciones para la práctica clínica/prácticas óptimas o guía clínica.

Se han identificado mediante métodos de Delphi multironda un grupo de recomendaciones para el tratamiento del ictus que se consideran razonables para su implementación en los niveles mínimo, fundamental y avanzado de los modelos de servicio del ictus. Estas recomendaciones ponen de relieve el hecho de que incluso en regiones con unos recursos mínimos, es posible mejorar la atención sanitaria de los pacientes con ictus y su desenlace clínico. Las recomendaciones se estructuran en un modelo de aumento progresivo, lo que significa que en el nivel de servicios mínimos se debe implantar un grupo de recomendaciones. A continuación, en el nivel fundamental, se deben aplicar las recomendaciones del nivel mínimo MÁS las recomendaciones identificadas como razonables para el nivel fundamental. Para el nivel de servicios avanzados se actuará del mismo modo, es decir, se implantarán todas las recomendaciones para los niveles mínimo y fundamental además de las identificadas para el servicios avanzado.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Fuerza probatoria:

Todas las recomendaciones presentes en estas directrices se muestran junto a su fuerza probatoria que refleja la solidez de la investigación disponible para apoyar la recomendación a fecha de octubre de 2015. Estas recomendaciones y fuerza probatoria se revisarán anualmente y se ajustarán si fuera necesario para reflejar los resultados de las nuevas investigaciones. Las fuerzas probatorias mostradas se basan en los resultados de determinados estudios de investigación. Por consiguiente, son específicas de la población estudiada y es posible que no se puedan aplicar a todas las regiones, ya que no reflejarán los sistemas locales. Los profesionales sanitarios locales serán los encargados de determinar la correspondencia con su propia población.



las recomendaciones se basan en pruebas sólidas procedentes de revisiones sistemáticas, metanálisis y/o numerosos ensayos aleatorizados con resultados fiables;



las recomendaciones se basan en pruebas moderadas procedentes de ensayos aleatorizados con un grupo, numerosos ensayos con resultados no fiables, estudios observacionales de grandes dimensiones y/o estudios de caso controlados;



las recomendaciones se basan en pruebas débiles procedentes de estudios observacionales o de caso controlados de pequeñas dimensiones o de opiniones de expertos y/o consenso entre grupos. Estas recomendaciones menos fiables se proporcionan cuando se les considera elementos clave del tratamiento del ictus como la realización de un TAC o la confirmación del diagnóstico.

Elemento tres: Indicadores de calidad clave para el ictus

La evaluación de la atención sanitaria para el ictus es un elemento esencial de cualquier sistema de atención para el ictus organizado, independientemente de su tamaño. Las consideraciones para la evaluación deben llevarse a cabo durante una fase inicial del proceso de planificación para que la recolección de datos se presente como parte de los servicios del ictus y el plan de implementación de las directrices.

Como parte del Plan de acción y las directrices generales para el ictus de la WSO se seleccionaron los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades a fin de identificar los casos de ictus apropiados para incluirlos en una estrategia de valoración de los resultados. Estos se definen y se incluyen en el Anexo 2. Se identificó un grupo de medidas de resultados clave en tándem al proceso a fin de seleccionar las recomendaciones clave para una práctica óptima. Estos indicadores de calidad clave para el ictus se proporcionan en el plan de acción con objeto de aumentar el interés, la uniformidad y la normalización de la valoración de la atención sanitaria del ictus en todas las regiones. En su momento, se espera que esta información se emplee para fijar puntos de referencias globales en materia de servicios del ictus y teniendo en cuenta los niveles de atención mínima, fundamental y avanzada. Además los datos generados podrían contribuir a que las mejoras generales del tratamiento del ictus se realicen a través de una toma de decisiones documentada y una planificación de sistemas fundada en datos sólidos.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Para identificar indicadores de calidad para las estrategias de valoración del tratamiento del ictus locales y eficaces, se deben tener en cuenta varios elementos:

- ➔ Definir las definiciones de caso de ictus
- ➔ Definir los criterios de inclusión y de exclusión para la población de pacientes de interés (tipo de ictus, edad, género, situación, fase del tratamiento, etc.)
- ➔ Identificar los indicadores de calidad clave de la lista de la WSO mostrada más adelante y añadir indicadores a fin de cubrir la totalidad de los servicios prestados y determinar las responsabilidades.
- ➔ Identificar los datos y métodos necesarios para garantizar que todos los elementos requeridos se recogen a fin de calcular los indicadores de calidad seleccionados
- ➔ Crear un repositorio y una metodología de recolección de datos (que registrará los datos, cuándo, dónde, cómo y en qué pacientes)
- ➔ Determinar los marcos temporales para la recolección de datos así como su análisis y notificación
- ➔ Determinar la estructura y el formato del informe (se deben considerar cuando sea posible fichas publicadas online)
- ➔ Elaborar programas de divulgación y comunicación de los resultados de los análisis de datos a todos los profesionales sanitarios, responsables de la toma de decisiones y pacientes

Definiciones de calidad

Normas asistenciales: son las bases para el cotejo a la hora de determinar u opinar sobre la capacidad, la calidad, el contenido o el alcance de un determinado objeto de la actividad. En ausencia de pruebas, las normas se basan en opiniones de expertos. Las normas se pueden considerar como los requisitos básicos de la clase médica y se definen habitualmente en pautas, procedimientos y documentos sobre el ejercicio clínico habitual.

Las normas asistenciales indican las características mínimas aceptables para una atención de calidad y especifican el tratamiento adecuado en base a pruebas científicas sólidas y colaboraciones entre profesionales sanitarios especializados en el tratamiento de una determinada enfermedad. Las normas asistenciales describen el nivel al cual un médico prudente en una determinada región debería ejercer y cómo otros médicos similares y calificados habrían tratado al paciente bajo unas circunstancias parecidas o similares.

Indicador de calidad: una medida objetiva de la calidad de la asistencia sanitaria creada para facilitar la autoevaluación y la mejora de la calidad en el ámbito de los profesionales sanitarios, los hospitales y los sistemas (comisión de medida de los resultados de ACC/AHA).

Punto de referencia: es el resultado que se considera como norma de calidad para un proceso determinado de atención sanitaria y se emplea para comparar los diferentes grupos. El punto de referencia proporciona valores a través de los cuales se puede medir, comparar o valorar un proceso. Los puntos de referencia se pueden identificar mediante diversas técnicas como investigaciones validadas y métodos estadísticos; identificación de los mejores resultados y los resultados anteriores de la propia organización.

Objetivo: es el resultado que una organización pretende alcanzar en un determinado periodo de tiempo. Por lo general suele ser un valor situado entre los resultados reales actuales y el punto de referencia, pero puede ser igual o mayor que el punto de referencia. Los valores objetivo tienen en cuenta los recursos y las limitaciones para la consecución de las normas asistenciales.

Umbral: es el resultado mínimo aceptable. Los resultados situados por debajo del umbral se consideran inadecuados y se deben tomar medidas correctoras.

*** Los resultados fuera del umbral, ya sea por encima o por debajo, tal y como lo define la medida específica, se consideran resultados inadecuados*

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

AGRADECIMIENTOS

Comité de la calidad y las directrices generales del ictus de la WSO

Dra. Patrice Lindsay, presidenta (Canadá)
 Dra. Karen Furie (Estados Unidos)
 Dr. Bo Norrving (Suecia)
 Dr. Stephen Davis (Australia, presidente, WSO)
 Dr. Erin Lalor (Australia)
 Dr. Anthony Rudd (Inglaterra)
 Dr. Jose Ferro (Portugal)
 Dr. Man Mohan Mehndiratta (India)
 Dr. James Jowi (Kenia)
 Dr. Shinichiro Uchiyama (Japón)
 Dr. Geoffrey Donnan (Australia), miembro ex-officio.

Grupo de trabajo sobre las Directrices generales para el ictus

Dra. Karen Furie, presidenta (Estados Unidos)
 Sr. Kelvin Hill (Australia)
 Dr. Anthony Rudd (Reino Unido)
 Dr. Peter Langhorne (Escocia)
 Dr. Gord Gubitzi (Canadá)
 Dr. Alan Barber (Nueva Zelanda)
 Dra. Disya Ratanakorn (Tailandia)
 Dra. Sheila Martins (Brasil)
 Dra. Karen Furie (Estados Unidos)
 Dr. Foad Abd-Allah (África)
 Dra. Patrice Lindsay (Canadá)

Grupo de trabajo para la calidad general:

Dr. Bo Norrving, presidente (Suecia)
 Sr. Alex Hoffman (Inglaterra)
 Dr. Peter Heuschmann (Alemania)
 Dr. Michael Hill (Canadá)
 Dr. Matthew Reeves (Estados Unidos)
 Dra. Dominique Cadillac (Australia)
 Dr. Liping Liu (China)
 Dr. Kameshwar Prasad (India)
 Dr. Valery Feigin (Nueva Zelanda)
 Dra. Sheila Martins (Brasil)
 Dra. Patrice Lindsay (Canadá)

Agradecemos a todos los miembros del Comité Directivo de la Organización Mundial del Ictus por revisar el Plan de acción y proporcionar sus opiniones a lo largo de todo el proceso de desarrollo.

Declaraciones sobre los conflictos de intereses:

MP Lindsay: Ninguno; K. Furie: Ninguno; S. Davis: Ninguno; G. Donnan: Ninguno; B. Norrving: Ninguno.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

El Plan de actuación para la implementación del Plan de acción y las directrices generales para el ictus de la WSO incluye varios módulos que abordan, en su conjunto, la totalidad del proceso de atención sanitaria para los pacientes con ictus. Los siguientes módulos están disponibles como parte de la planificación del servicio del ictus, la autoevaluación y la implementación. Cada módulo del Plan de actuación incluye la lista de verificación para el servicio y los recursos correspondientes, las recomendaciones para la práctica óptima aplicable y los indicadores clave de calidad. Algunos módulos del Plan de actuación incluyen otros elementos y más información además de lo publicado en el Plan de acción y la directrices generales para la atención sanitaria del ictus de la WSO que pueden resultar útiles en cualquier centro.

Se recomienda a los usuarios de estas herramientas que revisen todos los módulos del Plan de actuación.



Los siguientes módulos forman parte del Plan de actuación de la WSO para una atención de calidad dirigida a los pacientes con ictus

Introducción y cuestiones generales

1. Desarrollo de un sistema para el ictus
2. Atención de urgencia y prehospitalaria
3. CUIDADOS INMEDIATOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
4. Prevención secundaria para el ictus
5. Rehabilitación de los pacientes con ictus
6. Reintegración en la sociedad y recuperación a largo plazo

Organización Mundial del Ictus - Guía clínica

<http://www.world-stroke.org>

Guíaclínica recomendada por el Subcomité de Calidad y las Directrices de la WSO.

Directrices Internacionales para el Ictus de la WSO 2012; publicación de las directrices de la Academia Americana de Neurología.

Directrices basadas en la evidencia: Prevención del ictus en la fibrilación auricular no valvular. Resumen de las Directrices basadas en la evidencia para MÉDICOS. Resumen de las Directrices basadas en la evidencia para PACIENTES Y FAMILIARES.

Más información: <https://www.aan.com/Guidelines/Home/ByTopic?topicId=20>

Heart and Stroke Foundation para profesionales de la salud. Taking Action for Optimal Community and Long-Term Stroke Care (TACLS). Versión francesa: Agir en vue de soins optimaux communautaires et de longue durée de l'AVC.

Plan de actuación y directrices
generales para el ictus:
**Plan de acción para una atención
de calidad dirigida a los pacientes
con ictus**

**DESARROLLO DE UN SISTEMA
PARA EL ICTUS**

Autores: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
En nombre del Comité Asesor de la Calidad y las Directrices Generales para el Ictus, el Grupo de Trabajo sobre las Directrices Generales para el Ictus y el Grupo de Trabajo sobre la Calidad General para el Ictus.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO

En este apartado se aborda el reconocimiento del ictus por parte de la población y el desarrollo del sistema. Se trata de un apartado transversal que afecta a todas las fases y situaciones del tratamiento del ictus.

Listas de verificación para determinar la capacidad del servicio sanitario para el tratamiento del ictus[^]



Rellene la información necesaria para identificar los servicios del ictus que está desarrollando o evaluando.

REGIÓN:	ORGANIZACIÓN QUE RELLENA LA LISTA DE VERIFICACIÓN:	PERSONA DE CONTACTO:
ALCANCE DEL SERVICIO:	OBJETIVOS DE ESTA EVALUACIÓN/COMENTARIOS: Completar por el grupo local	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Evaluación de provincia/comunidad autónoma/país <input type="radio"/> Evaluación regional/local <input type="radio"/> Hospital urbano de grandes dimensiones con servicios del ictus avanzados (servicios integrales) <input type="radio"/> Hospitales locales con acceso a algunos servicios del ictus <input type="radio"/> Localidad con centro sanitario que dispone solo de servicios sanitarios <input type="radio"/> Localidad rural con un profesional sanitario que realiza visitas 		

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

A. Servicios del ictus y disponibilidad de recursos



Revise las siguientes listas y marque todos los servicios y recursos que se prestan y están disponibles para la atención sanitaria del ictus. Una vez completado, revise sus respuestas para conocer la categoría de servicios del ictus que más se ajusta a su contexto.

Servicios sanitarios mínimos	Servicios del ictus fundamentales (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos)	Servicios del ictus avanzados (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos y fundamentales)
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Asistencia sanitaria prestada en poblaciones locales sin coordinación con regiones geográficas definidas <input type="radio"/> No hay acceso a servicios de diagnóstico u hospital para el tratamiento hiperagudo del ictus <input type="radio"/> Acceso a médicos muy limitado <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona evaluación del desarrollo de capacidades • Formación básica en la evaluación de la disfga y su tratamiento así como en el tratamiento de la fiebre <input type="radio"/> Acceso a los profesionales sanitarios variable (personal de enfermería o profesional sanitario no especializado) <ul style="list-style-type: none"> • Formación básica en la evaluación de la disfga y su tratamiento así como en el tratamiento de la fiebre 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Escasa coordinación en la atención del ictus de las regiones geográficas aisladas <input type="radio"/> Programas de formación sobre el ictus para todos los tipos de profesionales sanitarios <input type="radio"/> Acceso a servicios de diagnóstico básicos <input type="radio"/> Acceso limitado a servicios médicos de urgencia <input type="radio"/> Acceso a personal de enfermería y evaluación por parte de enfermeras/os con formación en ictus <input type="radio"/> Acceso a médicos con experiencia en ictus (es posible que no sean especialistas en ictus) <input type="radio"/> Acceso a tratamiento trombolítico con tPA intravenoso <ul style="list-style-type: none"> • tPA intravenoso (alteplasa) <input type="radio"/> Acceso a miembros clave de un equipo de ictus interdisciplinario (médicos, enfermeras/os, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales) <input type="radio"/> Acceso a servicios de diagnóstico básicos <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre (hemograma completo, electrolitos, urea, glucosa, INR y TP) • Electrocardiograma (12 derivaciones) • Tomografía computarizada (TAC) cerebral y vascular • Capacidad para hacer angiografía por TAC (angio-TAC) • Ecocardiografía • Ecografía Doppler • Holter ECG <input type="radio"/> Acceso limitado a servicios médicos de urgencia <ul style="list-style-type: none"> • Formación de personal de ambulancias para la identificación de signos del ictus a través de la regla nemotécnica FAST • Trabajar con el personal de ambulancias para que le otorguen prioridad máxima a los casos de ictus junto con los traumatismos y complicaciones obstétricas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Excelente coordinación de la atención del ictus entre las regiones geográficas aisladas <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del ictus avanzados adaptados a un menor número de centros • Organización de la atención sanitaria, lo que permite el traslado de los pacientes con ictus entre las regiones y hacia servicios más o menos capacitados, según sea necesario • Sistema de derivación coordinado • Ofrece consultas por teleictus a centros rurales o más pequeños • Acuerdo de prioridad con las ambulancias • Acuerdos fijados para el traslado de pacientes a su localidad • Material de formación sobre el paciente con ictus en formato impreso <input type="radio"/> Programas de formación sobre el ictus para todos los tipos de profesionales sanitarios <input type="radio"/> Estrategia y gestión de recolección de datos <ul style="list-style-type: none"> • CUIDADOS INMEDIATOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO • Base de datos de los pacientes con ictus agudo hospitalizados (local o regional) • Registro de la prevención del ictus • Base de datos de la prevención del ictus • Registro de la rehabilitación tras un ictus • Base de datos de la rehabilitación tras un ictus (local o regional) <p>Acceso a servicios de diagnóstico avanzados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resonancia magnética nuclear (RMN) • Capacidad para hacer angiografía por RMN • Perfusión por TAC • Dispositivos de seguimiento ECG prolongado

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Servicios sanitarios mínimos	Servicios del ictus fundamentales (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos)	Servicios del ictus avanzados (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos y fundamentales)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acceso a personal de enfermería y evaluación por parte de enfermeras/os con formación en ictus <ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria • Urgencias • Enfermeras practicantes • Enfermera especialista ○ Acceso a médicos con experiencia en ictus (es posible que no sean especialistas en ictus) <ul style="list-style-type: none"> • Médicos general/de familia/de atención primaria • Neurólogo • Neurocirujano • Internistas • Cardiólogo • Geriatra • Medicina de urgencias • Intensivista • Acceso a especialistas del ictus a través del teleictus y la teleradiología ○ Acceso a tratamiento trombolítico con tPA intravenoso <ul style="list-style-type: none"> • tPA intravenoso (alteplasa) ○ Miembros de un equipo del ictus interdisciplinario <ul style="list-style-type: none"> • Médicos con experiencia en ictus • Enfermeras especializadas en ictus • Auxiliares de enfermería • Farmacéuticos • Trabajadores sociales/ coordinador asistencial • Equipo de tratamientos paliativos • Fisioterapeuta • Ergoterapeuta • Fonoaudiólogo ○ Protocolos para una evaluación y un diagnóstico rápidos de los pacientes del ictus ○ Educación de los pacientes y las familias, formación e implicación en la planificación del tratamiento ○ Planificación del alta hospitalaria ○ Escasa coordinación de la atención del ictus entre las regiones geográficas aisladas ○ Programas de formación sobre el ictus para todos los tipos de profesionales sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acceso a médicos con experiencia en el tratamiento agudo del ictus, la prevención del ictus y/o la rehabilitación de estos pacientes <ul style="list-style-type: none"> • Neurólogo • Neurocirujano • Internista • Neurorradiólogo / radiólogo intervencionista • Geriatra • Intensivista • Cardiólogo • Medicina de urgencias • Médico general/de familia/de atención primaria • Programa para desarrollar y conservar las competencias clave en la atención sanitaria del ictus ○ Acceso a otros miembros del equipo interdisciplinario del ictus agudo <ul style="list-style-type: none"> • Personal de enfermería • Auxiliares de enfermería • Farmacéuticos • Equipo de tratamientos paliativos ○ Acceso a intervenciones avanzadas <ul style="list-style-type: none"> • tPA intravenoso (alteplasa) • Trombectomía intravascular • Neurocirugía para ictus hemorrágico • Hemicraniectomía para ictus isquémico • Unidades del ictus agudo para pacientes hospitalizados • Productos para tratar la coagulopatía

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

B. Recomendaciones clave para la atención sanitaria del ictus



Para cada recomendación para una práctica óptima marque si la práctica descrita se aplica de forma habitual, está en proceso de implementación, no está en marcha (el servicio/recurso está disponible pero no forma parte del tratamiento del ictus en sus servicios) o el servicio/recurso/equipo no está disponible en sus instalaciones con lo cual resulta imposible su implementación.

Sistema sanitario y reconocimiento del ictus Recomendaciones clave basadas en la evidencia	Nivel de capacidad de los servicios sanitarios para el tratamiento del ictus			Pruebas en que se basa	Autoevaluación
	Mínimo	Fundamental	Avanzado		
A. Sistemas para el reconocimiento y la respuesta del ictus					
1. Toda la población debe estar capacitada para reconocer los signos y síntomas de un ictus (p. ej.: FAST)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
2. El personal sanitario debe recibir formación para reconocer los signos y síntomas del ictus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
3. Todas las regiones geográficas deberían disponer de un número de urgencias local o un sistema de urgencias, como el 112		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
4. Es necesario disponer de protocolos para los centros coordinadores de urgencias con objeto de que movilicen al personal de ambulancias para que actúe de forma inmediata		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible

¿Qué recomendaciones implantaría con prioridad?

¿Cuáles son los siguientes pasos que realizará para iniciar el desarrollo y la implementación de estas prácticas óptimas?

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

C. Indicadores de calidad clave para el ictus



Para cada indicador de calidad, indique si los datos se recogen de forma activa y habitual, el proceso de recolección de datos está en desarrollo para ese indicador, los datos podrían estar disponibles pero no se están recogiendo o los datos para este indicador no están disponibles, por lo que es imposible recogerlos o notificarlos. Marque la casilla apropiada para cada indicador.

Medidas de los resultados	Numerador	Denominador	Autoevaluación
Supervisión del sistema sanitario			
1. Tasas de incidencia del ictus ajustadas por edad y sexo en la población	Número total de casos de ictus en una población (clasificados por tipo de ictus).	Población total en base al censo dentro de un determinado periodo.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
2.a Prevalencia de los factores de riesgo del ictus en la población	Número total de personas en una población que presenta uno o más factores de riesgo de ictus (hipertensión, colesterol alto, diabetes, fibrilación auricular, antecedentes familiares, estilo de vida sedentario, obesidad o sobrepeso, etc.) notificado o registrado y clasificado por tipo de ictus y tipo de factor de riesgo.	Población total en base al censo dentro de un determinado periodo.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
2.b Prevalencia de los factores de riesgo vascular en la población	Número total de personas en una población que presenta uno o más factores de riesgo vascular (hipertensión, colesterol alto, diabetes, fibrilación auricular, etc.) notificado o registrado y clasificado por tipo de ictus y tipo de factor de riesgo.	Población total en base al censo dentro de un determinado periodo.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
2.c Porcentaje de personas con riesgo de padecer un ictus sometido a un análisis del riesgo vascular	Número total de personas en una población que presenta uno o más factores de riesgo vascular identificado tras una evaluación del riesgo.	Población total en base al censo dentro de un determinado periodo sometida a una evaluación del riesgo vascular.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
3. Tasa de mortalidad de pacientes con ictus según el tipo de ictus, ajustada por edad, género, enfermedades concurrentes y gravedad del ictus. Las valoraciones deben realizarse de forma global en el hospital a los 7 días, 30 días y 1 año después del ictus.	Número total de personas que sufre un ictus o un AIT y fallece en el hospital a los 7 días, 30 días y 1 año tras la aparición del síntoma del ictus inicial.	Número total de casos de ictus.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
4. Tasa de recurrencia a los 3 meses y 1 año del ictus o accidente isquémico transitorio.	Número total de personas que sufren un ictus ingresados en el hospital por un nuevo ictus o AIT en los 90 días después de la aparición del síntoma del ictus inicial.	Los pacientes con ictus o AIT que recibieron el alta hospitalaria tras el ictus inicial.	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
5. Estado funcional determinado mediante la Escala de Rankin modificada de los pacientes ingresados en un hospital de urgencias a los 3 meses y 1 año del ictus o accidente isquémico transitorio.	Distribución de la frecuencia de las puntuaciones de Rankin modificada (MRS) para cada paciente en el momento del alta tras sufrir un ictus y a los 90 días después de la aparición del ictus. [(Más adelante emplearemos los datos para clasificar en MRS 0-2, MRS 0-5 o MRS 0-6.)]	Los pacientes con ictus y AIT ingresados en un hospital de urgencias y que recibieron el alta vivos	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Medidas de los resultados	Numerador	Denominador	Autoevaluación
6. El país/región dispone de trombolíticos y están accesibles para los pacientes con ictus	Lista descriptiva de centros que proporcionan tratamiento trombolítico inmediato para los pacientes con ictus en una región.		<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
7. El país/región cuenta con un sistema coordinado de atención al ictus que pone a disposición de los pacientes servicios de diagnóstico esencial y personal con experiencia en el tratamiento de esta afección.	Lista descriptiva de regiones con sistemas de atención al ictus para los pacientes con esta enfermedad (es necesario identificar y describir los elementos clave de los sistemas del ictus. Véase el paso uno de la lista de verificación para los servicios del ictus de la WSO).		<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
8. En el país/región/centro se han implantado las directrices para la práctica clínica basada en la evidencia relativas al tratamiento del ictus.	Lista descriptiva de cada hospital en una región que presta atención sanitaria para el ictus y si las directrices para la práctica clínica están disponibles e implantadas para los pacientes con ictus siguiendo una estrategia sistemática.		<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
9. En el país/región/centro se recogen datos con ayuda del sistema de codificación 9 o 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD).	Lista descriptiva de regiones que recogen datos sobre los pacientes con ictus mediante una estrategia sistemática y empleando la clasificación ICD9 o 10. Incluye información sobre el porcentaje de instalaciones y pacientes en los centros con recolección de datos habitual.		<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
10. El país/región participa en un registro de la calidad o auditorías clínicas normalizadas para supervisar la atención sanitaria del ictus.	Lista descriptiva de cada centro en una región que presta atención sanitaria para el ictus y si realizan una recolección de datos sistemática y normalizada para cada paciente con ictus y AIT siguiendo una estrategia sistemática.		<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
Sistemas para el reconocimiento y la respuesta del ictus			
1. Disponibilidad de servicios sanitarios básicos en una región	Datos de recuento descriptivo y tasa per cápita en los servicios sanitarios disponibles según la lista de verificación del paso uno		<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
2. Disponibilidad de un laboratorio de análisis clínico y pruebas de imagen en la región	Datos de recuento descriptivo y tasa per cápita en los servicios de diagnóstico por imagen disponibles según la lista de verificación del paso uno		<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
3. Disponibilidad de centros hospitalarios en la región	Número de hospitales de urgencias (privados y públicos). Introduzca el recuento y calcule el número per cápita	Población total de la región en estudio	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
4. Disponibilidad y nivel de formación para profesionales sanitarios en la región	Recuentos: clasifique por número de persona que acuden a la formación y el tipo de formación impartida	Los profesionales sanitarios que trabajan con un tipo de ictus específico	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
5. Disponibilidad de tratamientos farmacológicos para el ictus en la región	Crear una lista de posibles tratamientos basada en la lista de verificación de los servicios del ictus y calcular la frecuencia disponible por tratamiento.		<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

¿Para nosotros, qué indicador es el más importante?

¿Quién será el responsable de recoger los datos?

¿Cómo se recogerán los datos (en formato electrónico, en papel, etc.)?

¿Cómo se analizarán los datos? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia?

¿Quién recibirá los resultados?

Plan de actuación y directrices
generales para el ictus:
**Plan de acción para una atención
de calidad dirigida a los pacientes
con ictus**

ATENCIÓN DE URGENCIA Y PREHOSPITALARIA

Autores: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
En nombre del Comité Asesor de la Calidad y las Directrices Generales para el
Ictus, el Grupo de Trabajo sobre las Directrices Generales para el Ictus
y el Grupo de Trabajo sobre la Calidad General para el Ictus.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

ATENCIÓN DE URGENCIA Y PREHOSPITALARIA

Este apartado aborda las primeras horas tras la aparición del ictus. En esta etapa se incluye la evaluación temprana del ictus, el diagnóstico y el tratamiento en la aparición del primer síntoma y durante las 24 y 48 siguientes, una vez que el paciente se encuentre en situación estable. Los objetivos del tratamiento en esta fase son diagnosticar el tipo de ictus (isquémico o hemorrágico) e iniciar los tratamientos cuanto antes a fin de minimizar los efectos del ictus y evitar más daños. Lo ideal es que el tratamiento hiperagudo del ictus lo realicen profesionales sanitarios con experiencia en este campo y tenga lugar en un centro o servicio de urgencias. Sin embargo en muchas ocasiones se lleva a cabo en otro tipo de lugares en función de los recursos y las instalaciones disponibles.

Listas de verificación para la capacidad del servicio sanitario para el tratamiento del ictus[^]



Rellene la información necesaria para identificar los servicios del ictus que está desarrollando o evaluando.

REGIÓN:	ORGANIZACIÓN QUE RELLENA LA LISTA DE VERIFICACIÓN:	PERSONA DE CONTACTO:
ALCANCE DEL SERVICIO:	OBJETIVOS DE ESTA EVALUACIÓN/COMENTARIOS: Completar por el grupo local	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Evaluación de provincia/comunidad autónoma/país <input type="radio"/> Evaluación regional/local <input type="radio"/> Hospital urbano de grandes dimensiones con servicios del ictus avanzados (servicios integrales) <input type="radio"/> Hospitales locales con acceso a algunos servicios del ictus <input type="radio"/> Localidad con centro sanitario que dispone solo de servicios sanitarios <input type="radio"/> Localidad rural con un profesional sanitario que realiza las visitas 		

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

A. Servicios del ictus y disponibilidad de recursos



Revise las siguientes listas y marque todos los servicios y recursos que se prestan y están disponibles para la atención sanitaria del ictus. Una vez completado, revise sus respuestas para conocer la categoría de servicios del ictus que más se ajusta a su contexto.

Mínimo mínimos	Servicios del ictus fundamentales (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos)	Servicios del ictus avanzados (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos y fundamentales)
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Asistencia sanitaria prestada en poblaciones locales sin coordinación con regiones geográficas definidas <input type="radio"/> No hay acceso a servicios de diagnóstico u hospital para el tratamiento hiperagudo del ictus <input type="radio"/> Acceso a médicos muy limitado <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona evaluación del desarrollo de capacidades • Formación básica en la evaluación de la disfagia y su tratamiento así como en el tratamiento de la fiebre <input type="radio"/> Acceso a los profesionales sanitarios variable (personal de enfermería o profesional sanitario no especializado) <ul style="list-style-type: none"> • Formación básica en la evaluación de la disfagia y su tratamiento así como en el tratamiento de la fiebre 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Acceso a servicios de diagnóstico básicos <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre (hemograma completo, electrolitos, urea, glucosa, INR y TP) • Electrocardiograma (12 derivaciones) • Tomografía computarizada (TAC) cerebral y vascular • Capacidad para hacer angiografía por TAC (angio-TAC) • Ecocardiografía • Ecografía Doppler • Holter ECG <input type="radio"/> Acceso limitado a servicios médicos de urgencia <ul style="list-style-type: none"> • Formación del personal de ambulancias en la identificación de los signos del ictus mediante la regla nemotécnica FAST • Trabajar con el personal de ambulancias para que le otorguen prioridad máxima a los casos de ictus junto con los traumatismos y complicaciones obstétricas <input type="radio"/> Acceso a personal de enfermería y evaluación por parte de enfermeras/os con formación en ictus <ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria • Urgencias • Enfermeras practicantes • Enfermera especialista <input type="radio"/> Acceso a médicos con experiencia en ictus (es posible que no sean especialistas en ictus) <ul style="list-style-type: none"> • Médicos general/de familia/de atención primaria • Neurólogo • Neurocirujano • Internistas • Cardiólogo • Geriatra • Medicina de urgencias • Intensivista • Acceso a especialistas del ictus a través del teleictus y la teleradiología <input type="radio"/> Acceso a tratamiento trombolítico con tPA intravenoso <ul style="list-style-type: none"> • tPA intravenoso (alteplasa) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Acceso a servicios de diagnóstico avanzados <ul style="list-style-type: none"> • Resonancia magnética nuclear (RMN) • Capacidad para hacer angiografía por RMN • Perfusión por TAC • Dispositivos de seguimiento ECG prolongado <input type="radio"/> Acceso a médicos con experiencia en el tratamiento agudo del ictus, la prevención del ictus y/o la rehabilitación de estos pacientes <ul style="list-style-type: none"> • Neurólogo • Neurocirujano • Internista • Neurorradiólogo / radiólogo intervencionista • Geriatra • Intensivista • Cardiólogo • Medicina de urgencias • Médico general/de familia/de atención primaria • Programa para desarrollar y conservar las competencias clave en la atención sanitaria del ictus <input type="radio"/> Acceso a otros miembros del equipo interdisciplinario del ictus agudo <ul style="list-style-type: none"> • Personal de enfermería • Auxiliares de enfermería • Farmacéuticos • Equipo de tratamientos paliativos <input type="radio"/> Acceso a intervenciones avanzadas <ul style="list-style-type: none"> • tPA intravenoso (alteplasa) • Trombectomía intravascular • Neurocirugía para ictus hemorrágico • Hemicraniectomía para ictus isquémico • Unidades del ictus agudo para pacientes hospitalizados • Productos para tratar la coagulopatía

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Mínimo mínimos	Servicios del ictus fundamentales (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos)	Servicios del ictus avanzados (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos y fundamentales)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Miembros de un equipo del ictus interdisciplinario <ul style="list-style-type: none"> • Médicos con experiencia en ictus • Enfermeras especializadas en ictus • Auxiliares de enfermería • Farmacéuticos • Trabajadores sociales/ coordinador asistencial • Equipo de tratamientos paliativos • Fisioterapeuta • Ergoterapeuta • Fonoaudiólogo ○ Protocolos para una evaluación y un diagnóstico rápidos de los pacientes del ictus ○ Educación de los pacientes y las familias, formación e implicación en la planificación del tratamiento ○ Planificación del alta hospitalaria ○ Escasa coordinación de la atención del ictus entre las regiones geográficas aisladas ○ Programas de formación sobre el ictus para todos los tipos de profesionales sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Excelente coordinación de la atención del ictus entre las regiones geográficas aisladas <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del ictus avanzados adaptados para un menor número de centros • Organización de la atención que permite el traslado de los pacientes con ictus entre las regiones y hacia servicios más o menos capacitados, según sea necesario • Sistema de derivación coordinado • Ofrece consultas por teleictus a centros rurales o más pequeños • Acuerdo fijado con las ambulancias • Acuerdos fijados para el traslado de pacientes a su localidad • Material de formación sobre el paciente con ictus en formato impreso ○ Programas de formación sobre el ictus para todos los tipos de profesionales sanitarios ○ Estrategia y gestión de recolección de datos <ul style="list-style-type: none"> • CUIDADOS INMEDIATOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO • Base de datos de los pacientes con ictus agudo hospitalizados (local o regional) • Registro de la prevención del ictus • Base de datos de la prevención del ictus • Registro de la rehabilitación tras un ictus • Base de datos de la rehabilitación tras un ictus (local o regional)

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

B. Recomendaciones clave para la atención sanitaria del ictus



Para cada recomendación para una práctica óptima marque si la práctica descrita se aplica de forma habitual, está en proceso de implementación, no está en marcha (el servicio/recurso está disponible pero no forma parte del tratamiento del ictus en sus servicios) o el servicio/recurso/equipo no está disponible en sus instalaciones con lo cual resulta imposible su implementación.

Sistema sanitario y reconocimiento del ictus Recomendaciones clave basadas en la evidencia	Nivel de capacidad de los servicios sanitarios para el tratamiento del ictus			Pruebas en que se basa	Autoevaluación
	Mínimo	Fundamental	Avanzado		
1. Se debe registrar el inicio de los síntomas y comunicar a los profesionales sanitarios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
2. Los pacientes con síntomas de ictus deben trasladarse a un hospital que disponga de servicios del ictus organizados.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
3. Los pacientes con síntomas neurológicos focales/síntomas de ictus deberían someterse a una prueba de imagen cerebral (TAC o RMN) inmediatamente.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
4. Realizar los análisis de sangre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
5. Realizar un electrocardiograma a todos los pacientes, en especial, a aquellos con antecedentes o indicios de cardiopatía o neumopatía.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
6. Antes de ofrecer alimentos, agua o medicamentos orales a los pacientes con ictus deben someterse todos ellos a pruebas para determinar la capacidad para tragar o la disfagia.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
7. Un médico con experiencia en el ictus deberá examinar a todos los pacientes con un ictus isquémico agudo que puedan tratarse dentro de las 4,5 horas siguientes al inicio de los síntomas (ya sea en el centro o mediante telemedicina o teleictus) a fin de determinar si es apto para recibir activador del plasminógeno tisular (tPA) por vía intravenosa		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Sistema sanitario y reconocimiento del ictus Recomendaciones clave basadas en la evidencia	Nivel de capacidad de los servicios sanitarios para el tratamiento del ictus			Pruebas en que se basa	Autoevaluación
	Mínimo	Fundamental	Avanzado		
<p>8. Se examinará la posibilidad de realizar una trombectomía intravascular (si es posible ejecutar esta intervención ya sea en el centro o tras el traslado del paciente a otro centro) a los pacientes que presenten una oclusión de un vaso grande (OVG) y un ictus isquémico agudo (IIA).</p> <p>En la actualidad, la trombectomía intravascular es el tratamiento habitual para los pacientes que presentan un ictus isquémico agudo y una oclusión de un vaso grande tratados dentro de las 6 horas desde el inicio de los síntomas.</p>			✔	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
<p>9. Los pacientes con ictus que no reciban antiagregantes plaquetarios ni alteplasa deben tomar ácido acetilsalicílico (AAS) inmediatamente, ya que <i>una dosis de carga (300-325 mg) seguida de 75-150 mg al día después de la prueba de imagen cerebral</i> excluye la hemorragia cerebral.</p>		✔	✔	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
<p>10. Se debe reconocer rápidamente la presencia de hemorragia cerebral y un médico con experiencia en el tratamiento hiperagudo del ictus debe examinar al paciente inmediatamente</p>		✔	✔	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
<p>11. Los pacientes con un ictus agudo deben ingresar en el hospital.</p>		✔	✔	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
<p>12. Los pacientes con un ictus o un accidente isquémico transitorio leve debe examinarse inmediatamente y se le administrará un tratamiento preventivo, ya sea en el hospital o en un ambulatorio especializado.</p>		✔	✔	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

¿Qué recomendaciones implantaría con prioridad?

¿Cuáles son los siguientes pasos que realizará para iniciar el desarrollo y la implementación de estas prácticas óptimas?

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

C. Indicadores de calidad clave para el ictus



Para cada indicador de calidad, indique si los datos se recogen de forma activa y habitual, el proceso de recolección de datos está en desarrollo para ese indicador, los datos podrían estar disponibles pero no se están recogiendo o los datos para este indicador no están disponibles, por lo que es imposible recogerlos o notificarlos. Marque la casilla apropiada para cada indicador.

Medidas de los resultados	Numerador	Denominador	Autoevaluación
Tratamiento hiperagudo del ictus (las primeras horas tras el ictus)			
1. Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el examen del paciente por parte de un profesional sanitario (en minutos/horas).	Para todos los pacientes con ictus y AIT, mediana del tiempo (horas/minutos) desde la última hora visto asintomático hasta la llegada al servicio de urgencias	Número total de episodios de ictus y/o AIT en la población. <input checked="" type="radio"/> Número total de casos de ictus isquémico ingresados en el servicio de urgencias o en el hospital (en función de la práctica local).	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
2. Proporción de pacientes con ictus y AIT sometidos a un TAC en la hora siguiente a su llegada al hospital y en las 24 horas siguientes a su llegada al hospital.	KQ12.a Inicio del TAC (primer corte) en la hora siguiente a la llegada al hospital (Sí/no) KQ2.b Inicio del TAC (primer corte) en las 24 horas siguientes a la llegada al hospital (Sí/no)	Número total de episodios de ictus y/o AIT en la población. <input checked="" type="radio"/> Número total de casos de ictus isquémico ingresados en el servicio de urgencias o en el hospital (en función de la práctica local).	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
3. Proporción de pacientes con ictus o AIT sometidos a una prueba para determinar la presencia de dificultades al tragar.	Número de casos de ictus/AIT sometidos a una prueba para la disfagia (no se opina sobre si era o no necesario, aplicabilidad o idoneidad)	Número total de episodios de ictus y/o AIT en la población. <input checked="" type="radio"/> Número total de casos de ictus isquémico ingresados en el servicio de urgencias o en el hospital (en función de la práctica local).	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
4. Proporción de pacientes con un ictus isquémico tratados con tPA intravenoso.	Total de pacientes con ictus isquémico que reciben tPA (alteplasa)	1. Número total de casos de ictus isquémico ingresados en el servicio de urgencias o en el hospital (en función de la práctica local). 2. Número total de casos de ictus isquémico ingresados en el servicio de urgencias o en el hospital (en función de la práctica local) que llegan en las 4,5 horas siguientes al inicio de los síntomas.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
5. Tiempo puerta aguja en pacientes con ictus isquémico que reciben tPA (minutos)	Mediana del tiempo (en minutos) desde la llegada del paciente al servicio de urgencias hasta la administración de tPA para los pacientes con ictus agudo (IQR) Número total de pacientes con ictus isquémico sometidos a tromboctomía intravascular.	Número total de casos de ictus isquémico ingresados en el servicio de urgencias o en el hospital (en función de la práctica local). Número total de casos de ictus isquémico ingresados en el servicio de urgencias o en el hospital (en función de la práctica local).	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Medidas de los resultados	Numerador	Denominador	Autoevaluación
Tratamiento hiperagudo del ictus (las primeras horas tras el ictus)			
6. Proporción de pacientes con ictus isquémico que reciben tratamiento intravascular.	Mediana del tiempo (en minutos) desde la llegada del paciente al servicio de urgencias hasta el acceso arterial (p. ej.: punción inguinal) para los pacientes con ictus isquémico que reciben tratamiento intravascular.	Número total de casos de ictus isquémico ingresados en el servicio de urgencias o en el hospital (en función de la práctica local).	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
7. Mediana del tiempo desde la llegada al hospital hasta el acceso arterial (como una punción inguinal) para los pacientes sometidos a tratamiento intravascular (minutos)	Proporción de pacientes con ictus isquémico y AIT que reciben tratamiento inmediato con aspirina en las primeras 48 horas tras el inicio de los síntomas.	Número total de casos de ictus isquémico ingresados en el servicio de urgencias o en el hospital (en función de la práctica local).	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
8. Proporción de pacientes con ictus isquémico y AIT que reciben tratamiento inmediato con aspirina en las primeras 48 horas.	Proporción de centros sanitarios públicos/privados en una región que administran activador del plasminógeno tisular por vía intravenosa (o intrarterial) y/o tratamiento intravascular.	Número total de casos de ictus isquémico ingresados en el servicio de urgencias o en el hospital (en función de la práctica local).	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
9. Indicador del sistema - disponibilidad de tPA y servicios para tratamiento intravascular en la región	B. Número de profesionales en cada organización/región formados y capacitados para la trombólisis inmediata	Número de instalaciones sanitarias en la región (predefinido). Número de profesionales sanitarios aptos en cada organización/región	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles

¿Para nosotros, qué indicador es el más importante?

¿Quién será el responsable de recoger los datos?

¿Cómo se recogerán los datos (en formato electrónico, en papel, etc.)?

¿Cómo se analizarán los datos? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia?

¿Quién recibirá los resultados?

Plan de actuación y directrices
generales para el ictus:
**Plan de acción para una atención
de calidad dirigida a los pacientes
con ictus**

**ATENCIÓN AGUDA DEL
PACIENTE CON ICTUS
HOSPITALIZADO**

Autores: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
En nombre del Comité Asesor de la Calidad y las Directrices Generales para el
Ictus, el Grupo de Trabajo sobre las Directrices Generales para el Ictus
y el Grupo de Trabajo sobre la Calidad General para el Ictus.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

CUIDADOS INMEDIATOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Este apartado aborda el tratamiento de los pacientes hospitalizados tras finalizar la fase hiperaguda. Esta etapa del tratamiento suele empezar a las 24 horas del inicio de los síntomas y continúa a lo largo de los 5-7 días siguientes. En esta fase, el paciente se estabiliza y los objetivos son la evaluación continua del ictus, la determinación de la causa, el tratamiento de los síntomas persistentes, el inicio de la recuperación, la rehabilitación inicial y la prevención de complicaciones agudas. Lo ideal es que el tratamiento inmediato del ictus lo realicen profesionales sanitarios con experiencia en este campo y tenga lugar en un centro, unidad o planta del ictus de un hospital. Sin embargo puede tener lugar en otro tipo de lugares, incluso en el domicilio, en función de los recursos y las instalaciones disponibles.

Listas de verificación para determinar la capacidad del servicio sanitario para el tratamiento del ictus^A



Rellene la información necesaria para identificar los servicios del ictus que está desarrollando o evaluando.

REGIÓN:	ORGANIZACIÓN QUE RELLENA LA LISTA DE VERIFICACIÓN:	PERSONA DE CONTACTO:
ALCANCE DEL SERVICIO:	OBJETIVOS DE ESTA EVALUACIÓN/COMENTARIOS: Completar por el grupo local	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Evaluación de provincia/comunidad autónoma/país <input type="radio"/> Evaluación regional/local <input type="radio"/> Hospital urbano de grandes dimensiones con servicios del ictus avanzados (servicios integrales) <input type="radio"/> Hospitales locales con acceso a algunos servicios del ictus <input type="radio"/> Localidad con centro sanitario que dispone solo de servicios sanitarios <input type="radio"/> Localidad rural con un profesional sanitario que realiza las visitas 		

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

A. Servicios del ictus y disponibilidad de recursos



Revise las siguientes listas y marque todos los servicios y recursos que se prestan y están disponibles para la atención sanitaria del ictus. Una vez completado, revise sus respuestas para conocer la categoría de servicios del ictus que más se ajusta a su contexto.

Mínimo mínimos	Servicios del ictus fundamentales (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos)	Servicios del ictus avanzados (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos y fundamentales)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Asistencia sanitaria prestada en poblaciones locales sin coordinación con regiones geográficas definidas ○ Acceso a médicos muy limitado Proporciona evaluación del desarrollo de capacidades <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona formación en la evaluación de los factores de riesgo básicos: presión arterial, fibrilación auricular (verificar el pulso), ejercicio físico, alcohol, alimentación (respecto a las circunstancias) • Capacidad básica para el tratamiento de los factores de riesgo, medicamentos y control del estilo de vida • Formación básica en las técnicas de rehabilitación, movilidad y posicionamiento que pueden explicarse a las familias • Formación básica en la evaluación de la capacidad de tragar y el tratamiento de la disfagia así como en el tratamiento de la fiebre ○ Acceso a los profesionales sanitarios variable (personal de enfermería o profesional sanitario no especializado) <ul style="list-style-type: none"> • Formación en la evaluación de los factores de riesgo básicos: presión arterial, fibrilación auricular (verificar el pulso), ejercicio físico, alcohol, alimentación (respecto a las circunstancias) • Formación básica en las técnicas de rehabilitación, movilidad y posicionamiento que pueden explicarse a las familias • Formación básica en la evaluación de la capacidad de tragar y el tratamiento de la disfagia así como en el tratamiento de la fiebre ○ No hay acceso a servicios de diagnóstico u hospital ○ Acceso limitado a las recomendaciones preventivas básicas en relación al estilo de vida ○ Acceso a Internet <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a educación sobre el ictus a través de recursos informáticos móviles (como WSA) • Acceso a herramientas para móviles como la aplicación Stroke Riskometer 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acceso a servicios de diagnóstico básicos <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre (hemograma completo, electrolitos, urea, glucosa, INR y TP) • Electrocardiograma (12 derivaciones) • Tomografía computarizada (TAC) cerebral y vascular • Capacidad para hacer angiografía por TAC (angio-TAC) • Ecocardiografía • Ecografía Doppler • Holter ECG ○ Acceso a personal de enfermería y evaluación por parte de enfermeras/os con formación en ictus <ul style="list-style-type: none"> • Urgencias • Enfermeras practicantes • Enfermera especialista ○ Acceso a médicos con experiencia en ictus (es posible que no sean especialistas en ictus) <ul style="list-style-type: none"> • Médicos general/de familia/de atención primaria • Neurólogo • Neurocirujano • Internista • Cardiólogo • Geriatra • Medicina de urgencias • Fisioterapia y rehabilitación • Intensivista • Acceso a especialistas del ictus a través del teleictus y la teleradiología ○ Acceso al tratamiento inmediato del ictus para pacientes hospitalizados, donde se trata a los pacientes ingresados en: <ul style="list-style-type: none"> • Unidad del ictus • Modelo agrupado en la misma planta • Disperso en el hospital ○ Acceso al tratamiento en la unidad del ictus (Módulo WSA): <ul style="list-style-type: none"> • Unidad definida geográficamente dedicada al tratamiento de los pacientes con ictus <ul style="list-style-type: none"> - O, modelo de agrupamiento de pacientes con ictus • Miembros de un equipo del ictus interdisciplinario <ul style="list-style-type: none"> - Médicos con experiencia en ictus - Personal de enfermería especializado en ictus 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acceso a servicios de diagnóstico avanzados <ul style="list-style-type: none"> • Resonancia magnética nuclear (RMN) • Capacidad para hacer angiografía por RMN • Perfusión por TAC • Dispositivos de seguimiento ECG prolongado ○ Acceso a médicos con experiencia en el tratamiento agudo del ictus, la prevención del ictus y/o la rehabilitación de estos pacientes <ul style="list-style-type: none"> • Neurólogo • Neurocirujano • Internista • Neurorradiólogo / radiólogo intervencionista • Geriatra • Intensivista • Cardiólogo • Medicina de urgencias • Fisioterapia y rehabilitación • Médico general/de familia/de atención primaria • Programa para desarrollar y conservar las competencias clave en la atención sanitaria del ictus ○ Acceso a otros miembros del equipo interdisciplinario del ictus agudo <ul style="list-style-type: none"> • Personal de enfermería • Auxiliares de enfermería • Farmacéuticos • Trabajadores sociales/coordinador asistencial • Equipo de tratamientos paliativos • (Véase más adelante personal de rehabilitación) ○ Excelente coordinación de la atención del ictus entre las regiones geográficas aisladas <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del ictus avanzados organizados para un menor número de centros • Organización de la atención que permite el traslado de los pacientes con ictus entre las regiones y hacia servicios más o menos capacitados, según sea necesario

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Mínimo mínimos	Servicios del ictus fundamentales (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos)	Servicios del ictus avanzados (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos y fundamentales)
	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliares de enfermería - Farmacéutico - Trabajadores sociales/coordinador asistencial - Equipo de tratamientos paliativos - Fisioterapeuta - Ergoterapeuta - Fonoaudiólogo <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos para una evaluación y un diagnóstico rápidos de los pacientes del ictus • Protocolos para el tratamiento inmediato del ictus basados en la directrices para la práctica óptima <ul style="list-style-type: none"> - Exámenes médicos y de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes personales - Prueba de capacidad para tragar - Alimentación, hidratación - Estado funcional, movilidad, riesgo de TVP - Grado de dependencia - Integridad de la piel - Continencia urinaria y fecal - Fiebre • Reuniones interdisciplinarias semanales para hablar sobre el progreso del paciente frente a los objetivos del tratamiento. Actualizar los programas de tratamiento • Acceso temprano a la rehabilitación, como formación para personal de enfermería, auxiliares de enfermería y miembros de la familia • Educación de los pacientes y las familias, formación e implicación en la planificación del tratamiento • Planificación del alta hospitalaria <ul style="list-style-type: none"> ○ Acceso a los servicios de rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes funcionales tempranos, fijación de objetivos y elaboración de programas de rehabilitación individuales ○ Acceso a tratamientos de prevención del ictus como aspirina, recomendaciones de cambios del estilo de vida y control de la presión arterial ○ Escasa coordinación de la atención del ictus entre las regiones geográficas aisladas ○ Programas de formación sobre el ictus para todos los tipos de profesionales sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sistema de derivación coordinado <ul style="list-style-type: none"> Ofrece consultas por teleictus a centros rurales o más pequeños <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo fijado con las ambulancias • Acuerdos fijados para el traslado de pacientes a su localidad • Acceso a protocolos para los pacientes con ictus: evaluación de la capacidad para tragar alimentos y líquidos. Posicionamiento, movilización, continencia, complicaciones (fiebre, TVP o daños cutáneos) • Material de formación impreso sobre el paciente con ictus ○ Programas de formación sobre el ictus para todos los tipos de profesionales sanitarios ○ Estrategia y gestión de recolección de datos <ul style="list-style-type: none"> • CUIDADOS INMEDIATOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO • Base de datos de los pacientes con ictus agudo hospitalizados (local o regional) • Registro de la prevención del ictus • Base de datos de la prevención del ictus • Registro de la rehabilitación tras un ictus • Base de datos de la rehabilitación tras un ictus (local o regional)

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

B. Recomendaciones clave para la atención sanitaria del ictus



Para cada recomendación para una práctica óptima marque si la práctica descrita se aplica de forma habitual, está en proceso de implementación, no está en marcha (el servicio/recurso está disponible pero no forma parte del tratamiento del ictus en sus servicios) o el servicio/recurso/equipo no está disponible en sus instalaciones con lo cual resulta imposible su implementación.

Sistema sanitario y reconocimiento del ictus Recomendaciones clave basadas en la evidencia	Nivel de capacidad de los servicios sanitarios para el tratamiento del ictus			Pruebas en que se basa	Autoevaluación
	Mínimo	Fundamental	Avanzado		
Tratamiento inmediato de los pacientes hospitalizados (primeros días después del ictus)					
1.a Los pacientes con un ictus agudo deben ser ingresados en el hospital.	☑	☑		Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
1.b Los pacientes con un ictus o un accidente isquémico transitorio leve deben examinarse inmediatamente y se le administrará un tratamiento preventivo (en las 48 horas siguientes al inicio de los síntomas), ya sea en el hospital o en un ambulatorio especializado.	☑	☑		Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
2. Los pacientes ingresados en el hospital con un ictus agudo o un accidente isquémico transitorio deben ser tratados por un equipo interdisciplinar especialista en ictus que estará formado por al menos un médico con formación en el tratamiento del ictus, un/a enfermero/a y un especialista en rehabilitación (como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o fonoaudiólogo).	☑	☑		Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
3. Los pacientes ingresados en el hospital con un ictus agudo o un accidente isquémico transitorio deben ingresar en una unidad del ictus, es decir, una unidad de un hospital especializada y definida geográficamente en el que solo se trata a pacientes con ictus y que cuenta con un personal interdisciplinar especializado en esta afección (véase Recomendación n.º 2 anterior).	☑	☑		Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
4. Se deben implantar estrategias terapéuticas para todos los pacientes con ictus a fin de evitar complicaciones (p. ej.: fiebre, infección, neumonía, hipoglucemia, trombosis venosa profunda y recurrencia).	☑	☑	☑	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Sistema sanitario y reconocimiento del ictus Recomendaciones clave basadas en la evidencia	Nivel de capacidad de los servicios sanitarios para el tratamiento del ictus			Pruebas en que se basa	Autoevaluación
	Mínimo	Fundamental	Avanzado		
Tratamiento inmediato de los pacientes hospitalizados (primeros días después del ictus)					
5. Los pacientes que han sufrido un ictus mortífero deben recibir tratamiento paliativo y los cuidados terminales adecuados si se considera que el tratamiento médico es inútil.	✓	✓	✓	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
6. Los pacientes con sospecha de ictus embólico o falta de mecanismo claro del ictus (p. ej.: imagen neurovascular normal, sin signos de afección de grandes vasos...) deben someterse a un control cardíaco prolongado.		✓	✓	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
7.a Se debe determinar el riesgo de tromboembolismo venoso en todos los pacientes con ictus		✓	✓	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
7.b Los pacientes con un riesgo elevado de tromboembolismo venoso deberán iniciar inmediatamente la profilaxis para el tromboembolismo venoso si no existe ninguna contraindicación.		✓	✓	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
8.a No se recomienda levantarse frecuentemente de la cama (en las 24 horas siguientes a la aparición del ictus). Para algunos pacientes con ictus agudo la movilización puede ser razonable en las fases iniciales, según decida el médico.	✓	✓	✓	Fuerza probatoria: B Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
8.b Si no existen contraindicaciones, los pacientes ingresados en el hospital por un ictus deben moverse pronto (entre las 24 horas y las 48 horas después de la aparición del ictus). <i>(Las contraindicaciones para una movilización temprana son, entre otras, pacientes sometidos a punción arterial para una intervención, estado clínico inestable, saturación de oxígeno baja y fractura o daño de una extremidad inferior.)</i>	✓	✓	✓	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Sistema sanitario y reconocimiento del ictus Recomendaciones clave basadas en la evidencia	Nivel de capacidad de los servicios sanitarios para el tratamiento del ictus			Pruebas en que se basa	Autoevaluación
	Mínimo	Fundamental	Avanzado		
Tratamiento inmediato de los pacientes hospitalizados (primeros días después del ictus)					
8.c Es necesario educar a los miembros de la familia para la movilización del paciente.	✓	✓	✓	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
9.a Se debe controlar la fiebre y, si sube, tomar mediciones para reducirla mediante antipiréticos y baños tibios	✓	✓	✓	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
9.b En caso de que la fiebre supere los 37,5 °C, se debe controlar con mayor frecuencia, investigar la presencia de una infección como neumonía o infección urinaria e iniciar tratamiento antipirético o antibiótico si fuera necesario.	✓	✓	✓	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
10. Se debe evitar el uso de sondas permanentes debido al riesgo de infección urinaria	✓	✓	✓	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
11. Se debe identificar la presencia de continencia y retención urinaria (con o sin rebosamiento), incontinencia fecal y estreñimiento en todos los pacientes con ictus	✓	✓	✓	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
12. Es necesario determinar la capacidad para tragar, la hidratación y el estado nutricional de los pacientes con ictus lo antes posible (mediante herramientas de análisis validadas si fuera posible).	✓	✓	✓	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
13. Se debe impartir formación a los miembros de la familia sobre las técnicas de alimentación para los pacientes con dificultades para tragar.	✓	✓	✓	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Sistema sanitario y reconocimiento del ictus Recomendaciones clave basadas en la evidencia	Nivel de capacidad de los servicios sanitarios para el tratamiento del ictus			Pruebas en que se basa	Autoevaluación
	Mínimo	Funda-mental	Avanzado		
Tratamiento inmediato de los pacientes hospitalizados (primeros días después del ictus)					
14. En caso de obtener resultados anormales en las pruebas de disfagia iniciales o siguientes se debe derivar rápidamente al paciente al fonaudiólogo, terapeuta ocupacional y/o dietista para obtener una evaluación más detallada y aplicar un tratamiento		✔	✔	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
15. La programación del alta hospitalaria se debe iniciar lo antes posible tras el ingreso del paciente en cada fase de tratamiento (p. ej.: servicio de urgencias, tratamiento inmediato del paciente hospitalizado, rehabilitación, tratamiento continuo complejo y asistencia a domicilio)	✔	✔	✔	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible

¿Qué recomendaciones implantaría con prioridad?

¿Cuáles son los siguientes pasos que realizará para iniciar el desarrollo y la implementación de estas prácticas óptimas?

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

C. Indicadores de calidad clave para el ictus



Para cada indicador de calidad, indique si los datos se recogen de forma activa y habitual, el proceso de recolección de datos está en desarrollo para ese indicador, los datos podrían estar disponibles pero no se están recogiendo o los datos para este indicador no están disponibles, por lo que es imposible recogerlos o notificarlos. Marque la casilla apropiada para cada indicador.

Medidas de los resultados	Numerador	Denominador	Autoevaluación
Tratamiento inmediato de los pacientes hospitalizados (primeros días después del ictus)			
1. Proporción de pacientes con ictus ingresados en un hospital con tratamiento inmediato	Número de pacientes que acuden a un centro sanitario y los ingresan en una unidad.	Total de pacientes que acuden a un centro sanitario por ictus o AIT.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
2. Proporción de pacientes con AIT con acceso a servicios de evaluación rápida	Número de pacientes que acuden a un centro sanitario y reciben una evaluación rápida para el AIT en las 48 horas siguientes a la aparición de los síntomas de ictus.	Total de pacientes que acuden a un centro sanitario por AIT.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
3. Proporción de pacientes con ictus o AIT ingresados en una unidad del ictus agudo.	Número de pacientes con ictus o AIT ingresados en el hospital y tratados en una unidad del ictus agudo especializada en cualquier momento durante su estancia en el hospital	Los pacientes con ictus y AIT ingresados en un centro sanitario de urgencias.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
4. Tiempo transcurrido desde la aparición del ictus hasta la primera movilización.	Horas/días desde la aparición del ictus hasta la primera movilización tras la llegada al hospital	Los pacientes con ictus y AIT ingresados en un centro sanitario de urgencias.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
5. Distribución de la distintas localizaciones a las que derivaron a los pacientes con ictus y AIT que recibieron el alta vivos de urgencias.	Número de pacientes con ictus que recibieron el alta para su domicilio o lugar de residencia, servicio de rehabilitación, unidad de atención a enfermos crónicos u otro lugar tras su ingreso por ictus	Los pacientes con ictus y AIT ingresados en un hospital de urgencias y que recibieron el alta vivos	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
6. Porcentaje de pacientes con ictus hospitalizados sometidos a prueba para la disfagia registrada.	Número de pacientes con ictus ingresados en el hospital que presentan en su historia clínica el registro de una prueba de disfagia.	Los pacientes con ictus y AIT ingresados en un hospital de urgencias.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles



PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

¿Para nosotros, qué indicador es el más importante?

¿Quién será el responsable de recoger los datos?

¿Cómo se recogerán los datos (en formato electrónico, en papel, etc.)?

¿Cómo se analizarán los datos? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia?

¿Quién recibirá los resultados?

Plan de actuación y directrices
generales para el ictus:
**Plan de acción para una atención
de calidad dirigida a los pacientes
con ictus**

PREVENCIÓN SECUNDARIA PARA EL ICTUS

Autores: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
En nombre del Comité Asesor de la Calidad y las Directrices Generales para el Ictus, el Grupo de Trabajo sobre las Directrices Generales para el Ictus y el Grupo de Trabajo sobre la Calidad General para el Ictus.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

PREVENCIÓN DE RECURRENCIA

Este apartado aborda la evaluación y el tratamiento de los factores de riesgo y los problemas físicos, cognitivos y emocionales que pueden sufrir los supervivientes de un ictus (pacientes con ictus y AIT). No se aborda directamente la prevención primaria del ictus. Los servicios y las actividades de prevención del ictus se prestan en las fase subaguda.

En un contexto ideal, el tratamiento preventivo del ictus se presta por profesionales sanitarios con experiencia en el tratamiento del ictus, en cualquier situación e instalación y para pacientes con cualquier tipo de ictus y gravedad del mismo (centros de prevención, programas de reducción del riesgo vascular, programas de tratamiento de enfermedades crónicas, hospitales de urgencias, servicios de urgencias, centros de atención primaria y otras instalaciones locales así como en el domicilio, en función de las disponibilidad de infraestructura). Si fuera posible, tanto los profesionales sanitarios como el público general pueden beneficiarse de herramientas electrónicas preventivas y educativas (p. ej.: la aplicación Stroke Riskometer app.; Feigin et al 2015).

Listas de verificación para la capacidad del servicio sanitario para el tratamiento del ictus[^]



Rellene la información necesaria para identificar los servicios del ictus que está desarrollando o evaluando.

REGIÓN:	ORGANIZACIÓN QUE RELLENA LA LISTA DE VERIFICACIÓN:	PERSONA DE CONTACTO:
ALCANCE DEL SERVICIO:		OBJETIVOS DE ESTA EVALUACIÓN/COMENTARIOS: Completar por el grupo local
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Evaluación de provincia/comunidad autónoma/país <input type="radio"/> Evaluación regional/local <input type="radio"/> Hospital urbano de grandes dimensiones con servicios del ictus avanzados (servicios integrales) <input type="radio"/> Hospitales locales con acceso a algunos servicios del ictus <input type="radio"/> Localidad con centro sanitario que dispone solo de servicios sanitarios <input type="radio"/> Localidad rural con un profesional sanitario que realiza las visitas 		

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

A. Servicios del ictus y disponibilidad de recursos



Revise las siguientes listas y marque todos los servicios y recursos que se prestan y están disponibles para la atención sanitaria del ictus. Una vez completado, revise sus respuestas para conocer la categoría de servicios del ictus que más se ajusta a su contexto.

Mínimo mínimos	Servicios del ictus fundamentales (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos)	Servicios del ictus avanzados (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos y fundamentales)
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Asistencia sanitaria prestada en poblaciones locales son coordinación con regiones geográficas definidas <input type="radio"/> Acceso a médicos muy limitado Proporciona evaluación del desarrollo de capacidades <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona formación en la evaluación de los factores de riesgo básicos: presión arterial, fibrilación auricular (verificar el pulso), ejercicio físico, alcohol, alimentación (respecto a las circunstancias) • Capacidad básica para el tratamiento de los factores de riesgo, medicamentos y control del estilo de vida • Formación básica en las técnicas de rehabilitación, movilidad y posicionamiento que pueden explicarse a las familias • Formación básica en la evaluación de la capacidad de tragar y el tratamiento de la disfagia así como en el tratamiento de la fiebre <input type="radio"/> Acceso a los profesionales sanitarios variable (personal de enfermería o profesional sanitario no especializado) <ul style="list-style-type: none"> • Formación en la evaluación de los factores de riesgo básicos: presión arterial, fibrilación auricular (verificar el pulso), ejercicio físico, alcohol, alimentación (respecto a las circunstancias) • Formación básica en las técnicas de rehabilitación, movilidad y posicionamiento que pueden explicarse a las familias • Formación básica en la evaluación de la capacidad de tragar y el tratamiento de la disfagia así como en el tratamiento de la fiebre <input type="radio"/> No hay acceso a servicios de diagnóstico u hospital <input type="radio"/> Acceso limitado a las recomendaciones preventivas básicas en relación al estilo de vida <input type="radio"/> Acceso a Internet <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a educación sobre el ictus a través de recursos informáticos móviles (como WSA) • Acceso a herramientas para móviles como la aplicación Stroke Riskometer 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Acceso a servicios de diagnóstico básicos <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre (hemograma completo, electrolitos, urea, glucosa, INR y TP) • Electrocardiograma (12 derivaciones) • Tomografía computarizada (TAC) cerebral y vascular • Capacidad para hacer angiografía por TAC (angio-TAC) • Ecocardiografía • Ecografía Doppler • Holter ECG <input type="radio"/> Acceso a personal de enfermería y evaluación por parte de enfermeras/os con formación en ictus <ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria • Urgencias • Enfermeras practicantes • Enfermera especialista <input type="radio"/> Acceso a médicos con experiencia en ictus (es posible que no sean especialistas en ictus) <ul style="list-style-type: none"> • Médicos general/de familia/de atención primaria • Neurólogo • Neurocirujano • Internista • Cardiólogo • Geriatra • Medicina de urgencias • Fisioterapia y rehabilitación • Intensivista • Acceso a especialistas del ictus a través del teleictus y la teleradiología <input type="radio"/> Miembros de un equipo del ictus interdisciplinario <ul style="list-style-type: none"> • Médicos con experiencia en ictus • Enfermeras especializadas en ictus • Auxiliares de enfermería • Farmacéuticos • Trabajadores sociales/coordinador asistencial • Equipo de tratamientos paliativos • Fisioterapeuta • Ergoterapeuta • Fonoaudiólogo 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Acceso a servicios de diagnóstico avanzados <ul style="list-style-type: none"> • Resonancia magnética nuclear (RMN) • Capacidad para hacer angiografía por RMN • Perfusión por TAC • Dispositivos de seguimiento ECG prolongado <input type="radio"/> Acceso a médicos con experiencia en el tratamiento agudo del ictus, la prevención del ictus y/o la rehabilitación de estos pacientes <ul style="list-style-type: none"> • Neurólogo • Neurocirujano • Internista • Neurorradiólogo / radiólogo intervencionista • Geriatra • Intensivista • Cardiólogo • Medicina de urgencias • Fisioterapia y rehabilitación • Médico general/de familia/de atención primaria • Programa para desarrollar y conservar las competencias clave en la atención sanitaria del ictus <input type="radio"/> Acceso a otros miembros del equipo interdisciplinario del ictus agudo <ul style="list-style-type: none"> • Personal de enfermería • Auxiliares de enfermería • Farmacéuticos • Trabajadores sociales/coordinador asistencial • Equipo de tratamientos paliativos • (Véase más adelante personal de rehabilitación) <input type="radio"/> Acceso a otros miembros del equipo interdisciplinario del ictus agudo <input type="radio"/> Prestación de una atención sanitaria para el ictus coordinada entre las diferentes regiones geográficas aisladas <input type="radio"/> Programas de formación sobre la prevención y el tratamiento del ictus dirigidos a todos los profesionales sanitarios

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Mínimo mínimos	Servicios del ictus fundamentales (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos)	Servicios del ictus avanzados (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos y fundamentales)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acceso a servicios de prevención secundaria <ul style="list-style-type: none"> • Centros de prevención organizados o expertos en prevención • Evaluación de los factores de riesgo • Control de la tensión arterial • Antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes • Educación de los pacientes y las familias, formación e implicación en la planificación del tratamiento • Rehabilitación continua • Evaluación y tratamiento cognitivo • Evaluación y tratamiento de la depresión ○ Escasa coordinación de la atención del ictus entre las regiones geográficas aisladas ○ Programas de formación sobre el ictus para todos los tipos de profesionales sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estrategia y gestión de recolección de datos <ul style="list-style-type: none"> • Registro de pacientes con ictus agudo hospitalizados • Base de datos de los pacientes con ictus agudo hospitalizados (local o regional) • Registro de la prevención del ictus • Base de datos de la prevención del ictus • Registro de la rehabilitación tras un ictus • Base de datos de la rehabilitación tras un ictus (local o regional)

one voice
One World Voice for Stroke

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

B. Recomendaciones clave para la atención sanitaria del ictus



Para cada recomendación para una práctica óptima marque si la práctica descrita se aplica de forma habitual, está en proceso de implementación, no está en marcha (el servicio/recurso está disponible pero no forma parte del tratamiento del ictus en sus servicios) o el servicio/recurso/equipo no está disponible en sus instalaciones con lo cual resulta imposible su implementación.

Sistema sanitario y reconocimiento del ictus Recomendaciones clave basadas en la evidencia	Nivel de capacidad de los servicios sanitarios para el tratamiento del ictus			Pruebas en que se basa	Autoevaluación
	Mínimo	Fundamental	Avanzado		
1.a Identificar en los pacientes con ictus y AIT los factores de riesgo de enfermedad vascular y los problemas derivados del estilo de vida: tabaco, ejercicio físico, alimentación, peso e ingesta de sodio y alcohol.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
1.b Identificar en los pacientes con ictus y AIT los factores de riesgo de enfermedad vascular: hipertensión, diabetes, fibrilación auricular e hipercolesterolemia.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
1.c Identificar en los pacientes con ictus y AIT los factores de riesgo de enfermedad vascular: arteriopatía carotídea y cardiopatía.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
2. Informar y dar consejo sobre los métodos para modificar el estilo de vida a fin de reducir el riesgo vascular (tabaco, peso, alimentación, ingesta de sodio, ejercicio físico, estrés e ingesta de alcohol).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
3. Para obtener una evaluación más detallada y elaborar programas estructurados destinados a tratar factores de riesgo específicos se debe derivar a los pacientes hacia los especialistas correspondientes.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
4. Se deben prescribir antiagregantes plaquetarios como prevención secundaria para tratar la recurrencia en los pacientes con ictus isquémico o accidente isquémico transitorio al menos que esté indicado un tratamiento anticoagulante (una vez se haya emitido un diagnóstico de etiología isquémica mediante el TAC).		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
5. Se debe tomar la presión arterial regularmente a los pacientes que hayan sufrido un ictus o un accidente isquémico transitorio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Sistema sanitario y reconocimiento del ictus Recomendaciones clave basadas en la evidencia	Nivel de capacidad de los servicios sanitarios para el tratamiento del ictus			Pruebas en que se basa	Autoevaluación
	Mínimo	Fundamental	Avanzado		
Antes del alta hospitalaria los pacientes con ictus deben iniciar un tratamiento antihipertensivo personalizado.					
6. Se debe prescribir a la mayoría de los pacientes con ictus isquémico o accidente isquémico transitorio una estatina como prevención secundaria.		✓	✓	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
7. Los pacientes diabéticos con ictus o accidente isquémico transitorio deben tener su nivel glucémico controlado.		✓	✓	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
8. Los pacientes diabéticos con ictus o AIT deben recibir tratamiento para alcanzar la concentración de glucosa adecuada. En la mayoría de los casos, se debe obtener una concentración de glucohemoglobina (HbA1C) \leq 7,0 %.		✓	✓	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
9. Los pacientes con fibrilación auricular o aleteo auricular (paroxística, persistente o permanente) deben recibir anticoagulantes orales. En los pacientes con FA no valvular se recomienda el uso de anticoagulantes orales directos.		✓	✓	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
10. Los pacientes con accidente isquémico transitorio o ictus no discapacitante y estenosis carotídea interna ipsilateral entre el 50 y el 99 % deben ser examinados por un profesional con experiencia en el ictus.		✓	✓	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
11. A los pacientes con estenosis carotídea interna ipsilateral entre el 50 y el 99 % seleccionados se les ofrecerá una revascularización carotídea lo antes posible y se les derivará al especialista para operar entre los 7 y 14 días siguientes.			✓	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

¿Qué recomendaciones implantaría con prioridad?

¿Cuáles son los siguientes pasos que realizará para iniciar el desarrollo y la implementación de estas prácticas óptimas?

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

C. Indicadores de calidad clave para el ictus



Para cada indicador de calidad, indique si los datos se recogen de forma activa y habitual, el proceso de recolección de datos está en desarrollo para ese indicador, los datos podrían estar disponibles pero no se están recogiendo o los datos para este indicador no están disponibles, por lo que es imposible recogerlos o notificarlos. Marque la casilla apropiada para cada indicador.

Medidas de los resultados	Numerador	Denominador	Autoevaluación
1. Proporción de pacientes con ictus isquémico y AIT a los que se les ha prescrito antiagregantes plaquetarios.	Número de pacientes con ictus isquémico y AIT que reciben el alta de los servicios de urgencias o de la UCI con un tratamiento con antiagregantes plaquetarios.	Número de pacientes con ictus isquémico y AIT en una población y contexto definidos (en función de la localización, el marco temporal, etc.)	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
2. Proporción de pacientes con ictus isquémico y AIT a los que se les ha prescrito una estatina (indicador del sistema: disponibilidad de estatinas en la región)	Número de pacientes con ictus isquémico y AIT a los que se les ha prescrito hipolipemiantes en una situación y un marco temporal determinados	Número de pacientes con ictus isquémico y AIT en una población y contexto definidos (en función de la localización, el marco temporal, etc.)	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
3. Proporción de pacientes con ictus isquémico y AIT a los que se les ha prescrito anticoagulantes	Número de pacientes con ictus isquémico y AIT con fibrilación auricular y sin contraindicaciones para el tratamiento anticoagulante que recibieron anticoagulantes en una situación y marco temporal determinados	Número de pacientes con ictus isquémico y AIT en una población y contexto definidos (en función de la localización, el marco temporal, etc.)	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
4. Proporción de pacientes con ictus isquémico y AIT con arteriopatía en territorio carotídeo sometidos a revascularización de la carótida.	Número de pacientes con ictus con estenosis carotídea de moderada a grave sometidos a intervención de la carótida.	Número de pacientes con ictus isquémico y estenosis carotídea de moderada a grave (50-99 %) en una población y contexto definidos (en función de la localización, el marco temporal, etc.)	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
5. Tiempo transcurrido desde la aparición del ictus hasta la revascularización de la carótida.	Mediana de tiempo (en días) desde la aparición de los síntomas del ictus hasta a revascularización de la carótida en pacientes con ictus agudo y AIT con arteriopatía del territorio carotídeo (IQR)	Número total de casos de ictus isquémico y AIT con arteriopatía del territorio carotídeo ingresados en el servicio de urgencias o en el hospital (en función de la práctica local).	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

¿Para nosotros, qué indicador es el más importante?

¿Quién será el responsable de recoger los datos?

¿Cómo se recogerán los datos (en formato electrónico, en papel, etc.)?

¿Cómo se analizarán los datos? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia?

¿Quién recibirá los resultados?

Plan de actuación y directrices
generales para el ictus:
**Plan de acción para una atención
de calidad dirigida a los pacientes
con ictus**

REHABILITACIÓN DE LOS PACIENTES CON ICTUS

Autores: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
En nombre del Comité Asesor de la Calidad y las Directrices Generales para el
Ictus, el Grupo de Trabajo sobre las Directrices Generales para el Ictus
y el Grupo de Trabajo sobre la Calidad General para el Ictus.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

REHABILITACIÓN DE LOS PACIENTES CON ICTUS

Este apartado aborda la rehabilitación de pacientes, la evaluación, los tratamientos y otras intervenciones destinadas a promover la recuperación física, cognitiva y emocional de los supervivientes de un ictus. Los objetivos de la rehabilitación son ayudar a los supervivientes de un ictus a recuperar su autonomía y mejorar su calidad de vida. La rehabilitación puede mejorar considerablemente el desenlace clínico de los supervivientes y debería practicarse por objetivos.

Los servicios y las actividades de rehabilitación se prestan en la fase subaguda, por lo general se inician pronto tras la aparición del ictus, una vez que el paciente se encuentra medianamente estable y puede resultar positivo durante las semanas, los meses o incluso los años siguientes a la afección. En el contexto ideal, la rehabilitación del ictus se lleva a cabo con profesionales sanitarios con experiencia en la recuperación de un ictus y en numerosos contextos como las unidades de rehabilitación de pacientes hospitalizados, programas de rehabilitación extrahospitalaria, hospitales de urgencias, programas ambulatorios y en el domicilio del paciente, en función de la disponibilidad de recursos e infraestructura.

Listas de verificación para la capacidad del servicio sanitario para el tratamiento del ictus^A



Rellene la información necesaria para identificar los servicios del ictus que está desarrollando o evaluando.

REGIÓN:	ORGANIZACIÓN QUE RELLENA LA LISTA DE VERIFICACIÓN:	PERSONA DE CONTACTO:
ALCANCE DEL SERVICIO:		OBJETIVOS DE ESTA EVALUACIÓN/COMENTARIOS: Completar por el grupo local
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Evaluación de provincia/comunidad autónoma/país <input type="radio"/> Evaluación regional/local <input type="radio"/> Hospital urbano de grandes dimensiones con servicios del ictus avanzados (servicios integrales) <input type="radio"/> Hospitales locales con acceso a algunos servicios del ictus <input type="radio"/> Localidad con centro sanitario que dispone solo de servicios sanitarios <input type="radio"/> Localidad rural con un profesional sanitario que realiza las visitas 		

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

A. Servicios del ictus y disponibilidad de recursos



Revise las siguientes listas y marque todos los servicios y recursos que se prestan y están disponibles para la atención sanitaria del ictus. Una vez completado, revise sus respuestas para conocer la categoría de servicios del ictus que más se ajusta a su contexto.

Mínimo mínimos	Servicios del ictus fundamentales (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos)	Servicios del ictus avanzados (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos y fundamentales)
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Asistencia sanitaria prestada en poblaciones locales sin coordinación con regiones geográficas definidas <input type="radio"/> Acceso a médicos muy limitado <ul style="list-style-type: none"> Proporciona evaluación del desarrollo de capacidades Proporciona formación en la evaluación de los factores de riesgo básicos: presión arterial, fibrilación auricular (verificar el pulso), ejercicio físico, alcohol, alimentación (respecto a las circunstancias) Capacidad básica para el tratamiento de los factores de riesgo, medicamentos y control del estilo de vida Formación básica en las técnicas de rehabilitación, movilidad y posicionamiento que pueden explicarse a las familias Formación básica en la evaluación de la capacidad de tragar y el tratamiento de la disfagia así como en el tratamiento de la fiebre <input type="radio"/> Acceso a los profesionales sanitarios variable (personal de enfermería o profesional sanitario no especializado) <ul style="list-style-type: none"> Formación en la evaluación de los factores de riesgo básicos: presión arterial, fibrilación auricular (verificar el pulso), ejercicio, alcohol, alimentación (respecto a las circunstancias) Formación básica en las técnicas de rehabilitación, movilidad y posicionamiento que pueden explicarse a las familias Formación básica en la evaluación de la capacidad de tragar y el tratamiento de la disfagia así como en el tratamiento de la fiebre <input type="radio"/> Acceso a Internet <ul style="list-style-type: none"> Acceso a educación sobre el ictus a través de recursos para telefónicos móviles (como WSA) Acceso a herramientas para móviles como la aplicación Stroke Riskometer 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Acceso a médicos con experiencia en ictus (es posible que no sean especialistas en ictus) <ul style="list-style-type: none"> Fisioterapia y rehabilitación Médicos general/de familia/de atención primaria Neurólogo Acceso a especialistas del ictus a través del teleictus y la teleradiología <input type="radio"/> Acceso a personal de enfermería con formación en rehabilitación del ictus y su evaluación <ul style="list-style-type: none"> Enfermeras practicantes Enfermera especialista <input type="radio"/> Acceso temprano a la rehabilitación, como formación para personal de enfermería, auxiliares de enfermería y miembros de la familia <input type="radio"/> Acceso a los servicios de rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> Exámenes funcionales tempranos, fijación de objetivos y elaboración de programas de rehabilitación individuales Camas para rehabilitación de pacientes de ictus hospitalizados Programas de formación para los pacientes y los familiares sobre técnicas de rehabilitación sencillas y autotratamiento Servicios de rehabilitación a domicilio para los pacientes de ictus Servicios de rehabilitación organizados para pacientes ambulatorios Programas de rehabilitación del ictus extrahospitalarios locales/privados Grupos de apoyo para pacientes y familiares <input type="radio"/> Acceso a una unidad de rehabilitación del ictus (Módulo WSA): <ul style="list-style-type: none"> Unidad definida geográficamente dedicada al tratamiento de los pacientes con ictus <ul style="list-style-type: none"> - O, modelo de agrupamiento de pacientes con ictus 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Acceso a médicos con experiencia en el tratamiento agudo del ictus, la prevención del ictus y/o la rehabilitación de estos pacientes <ul style="list-style-type: none"> Fisioterapia y rehabilitación Neurólogo Médico general/de familia/de atención primaria Programa para desarrollar y conservar las competencias clave en la atención sanitaria del ictus <input type="radio"/> Acceso a miembros de un equipo interdisciplinario de rehabilitación del ictus <ul style="list-style-type: none"> Fisioterapeuta Ergoterapeuta Fonoaudiólogo Ludoterapeutas Servicios de neuropsicología Trabajador social Ergoterapeuta Auxiliares de rehabilitación Personal de enfermería Auxiliares de enfermería Farmacéuticos Trabajadores sociales/ coordinador asistencial Otros_____ <input type="radio"/> Ofrece consultas por teleictus a centros rurales o más pequeños <input type="radio"/> Material de formación sobre el paciente con ictus en formato impreso <input type="radio"/> Programas de formación sobre el ictus para todos los tipos de profesionales sanitarios <input type="radio"/> Estrategia y gestión de recolección de datos <ul style="list-style-type: none"> Registro de la rehabilitación tras un ictus Base de datos de la rehabilitación tras un ictus (local o regional)

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Mínimo mínimos	Servicios del ictus fundamentales (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos)	Servicios del ictus avanzados (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos y fundamentales)
	<ul style="list-style-type: none"> • Miembros de un equipo del ictus interdisciplinario <ul style="list-style-type: none"> - Médicos con experiencia en ictus - Personal de enfermería especializado en ictus - Auxiliares de enfermería - Farmacéutico - Trabajadores sociales/ coordinador asistencial - Equipo de tratamientos paliativos - Fisioterapeuta - Ergoterapeuta - Fonoaudiólogo • Protocolos para una evaluación y un diagnóstico rápidos de los pacientes del ictus • Protocolos para la rehabilitación del ictus basados en las directrices de prácticas óptimas <ul style="list-style-type: none"> - Exámenes médicos y de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> - Prueba de disfagia - Alimentación, hidratación - Estado funcional, movilidad, riesgo de TVP - Grado de dependencia - Actividad de las extremidades superiores e inferiores, alteraciones de la marcha y el equilibrio - Problemas de comunicación - Déficits visuales y de percepción - Actividad cognitiva - Evaluación y tratamiento del estado de ánimo y la depresión • Reuniones interdisciplinarias semanales para hablar sobre el progreso del paciente frente a los objetivos del tratamiento. Actualizar los programas de tratamiento • Educación de los pacientes y las familias, formación e implicación en la planificación del tratamiento • Planificación del alta hospitalaria <p>○ Escasa coordinación de la atención del ictus entre las regiones geográficas aisladas</p> <p>○ Programas de formación sobre el ictus para todos los tipos de profesionales sanitarios</p>	

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

B. Recomendaciones clave para la atención sanitaria del ictus



Para cada recomendación para una práctica óptima marque si la práctica descrita se aplica de forma habitual, está en proceso de implementación, no está en marcha (el servicio/recurso está disponible pero no forma parte del tratamiento del ictus en sus servicios) o el servicio/recurso/equipo no está disponible en sus instalaciones con lo cual resulta imposible su implementación.

Sistema sanitario y reconocimiento del ictus Recomendaciones clave basadas en la evidencia	Nivel de capacidad de los servicios sanitarios para el tratamiento del ictus			Pruebas en que se basa	Autoevaluación
	Mínimo	Funda-mental	Avanzado		
1. Es necesario realizar una evaluación funcional a los pacientes con ictus agudo con el fin de determinar las necesidades de rehabilitación y elaborar un programa de rehabilitación personalizado.		☑	☑	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
2. Los pacientes que requieran rehabilitación tras un ictus deben tratarse en una unidad especializada en la rehabilitación del ictus.		☑	☑	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
3. El tratamiento consistirá en tareas repetitivas e intensas difíciles para el paciente con objeto de que adquiera las habilidades necesarias para realizar actividades y tareas funcionales.	☑	☑	☑	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
4. Para mejorar la realización de determinadas tareas funcionales se debe impartir una formación de adaptación (como el uso de dispositivos especializados).	☑	☑	☑	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
5. La espasticidad y las contracturas se pueden evitar o tratar con un posicionamiento antiespástico, ejercicios de flexibilidad articular y/o estiramientos. No se recomienda el uso habitual de férulas.	☑	☑	☑	Fuerza probatoria: B Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
6. Se debe explicar a los cuidadores sanitarios y los familiares la necesidad de proteger el brazo parético durante el movimiento y en la silla de ruedas mediante un reposabrazos.	☑	☑	☑	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
7. Se debe advertir a los pacientes acerca del riesgo de caída y entregar una lista de precauciones para reducir ese riesgo.	☑	☑	☑	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
8. Se debe examinar a los pacientes para detectar la presencia de dolor tras un ictus y dolor en el hombro del lateral afectado.		☑	☑	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Sistema sanitario y reconocimiento del ictus Recomendaciones clave basadas en la evidencia	Nivel de capacidad de los servicios sanitarios para el tratamiento del ictus			Pruebas en que se basa	Autoevaluación
	Mínimo	Funda-mental	Avanzado		
9. Se deben identificar las posibles alteraciones de la comunicación en los pacientes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
10. Es necesario intervenir para mejorar la comunicación funcional en pacientes con afasia (por ejemplo, informar a los familiares sobre la necesidad de mantener una conversación de forma continua y el uso de estrategias no verbales).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
11. Se debe derivar a los pacientes con afasia a un fonoaudiólogo a fin de aplicar un tratamiento personalizado destinado a mejorar la capacidad de comunicación.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible

¿Qué recomendaciones implantaría con prioridad?

¿Cuáles son los siguientes pasos que realizará para iniciar el desarrollo y la implementación de estas prácticas óptimas?

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

C. Indicadores de calidad clave para el ictus



Para cada indicador de calidad, indique si los datos se recogen de forma activa y habitual, el proceso de recolección de datos está en desarrollo para ese indicador, los datos podrían estar disponibles pero no se están recogiendo o los datos para este indicador no están disponibles, por lo que es imposible recogerlos o notificarlos. Marque la casilla apropiada para cada indicador.

Medidas de los resultados	Numerador	Denominador	Autoevaluación
1. Distribución de las puntuaciones de discapacidad entre la población que ha sufrido un ictus obtenidas con la escala de Rankin modificada en el momento del alta de urgencias y a los 3 meses del ictus.	Distribución de la frecuencia de las puntuaciones de Rankin modificada para cada paciente en el momento del alta tras sufrir un ictus y a los 3 meses después de la aparición del ictus. [(Más adelante emplearemos los datos para clasificar en MRS 0-2, MRS 0-5 o MRS 0-6.)]	Los pacientes con ictus y AIT ingresados en un hospital de urgencias y que recibieron el alta vivos	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
2. Proporción de pacientes con ictus en rehabilitación hospitalaria tratados en una unidad hospitalaria de rehabilitación del ictus.	Número de pacientes con ictus o AIT ingresados en rehabilitación y tratados en una unidad de rehabilitación del ictus especializada en cualquier momento durante su estancia en el hospital	Los pacientes con ictus y AIT hospitalizados en rehabilitación	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
3. Promedio de tratamiento directo recibido de cada disciplina de rehabilitación al día (en minutos)	Mediana del tiempo (minutos) de tratamiento directo para cada paciente hospitalizado en rehabilitación (calcular en conjunto y por tipo de tratamiento, por ejemplo, fisioterapia, terapia ocupacional o logopedia)	Los pacientes con ictus y AIT hospitalizados en rehabilitación	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
4. Proporción de pacientes con ictus en el hospital o en un centro de rehabilitación que sufren una caída después del ictus o el AIT	Número de pacientes con ictus o AIT ingresados (urgencias o rehabilitación) que sufren al menos una caída durante su estancia	Los pacientes con ictus y AIT ingresados en un hospital (divididos entre hospital de urgencias y hospital de rehabilitación)	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
5. Proporción de pacientes con ictus que se caen y requieren tratamiento médico para los daños sufridos.	Número de pacientes con ictus o AIT ingresados (urgencias o rehabilitación) que sufren al menos una caída que requiere tratamiento de los daños durante su estancia.	Número de pacientes con ictus o AIT ingresados (urgencias o rehabilitación) que sufren al menos una caída durante su estancia	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

¿Para nosotros, qué indicador es el más importante?

¿Quién será el responsable de recoger los datos?

¿Cómo se recogerán los datos (en formato electrónico, en papel, etc.)?

¿Cómo se analizarán los datos? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia?

¿Quién recibirá los resultados?

Plan de actuación y directrices
generales para el ictus:
**Plan de acción para una atención
de calidad dirigida a los pacientes
con ictus**

**REINTEGRACIÓN EN LA
SOCIEDAD Y RECUPERACIÓN
A LARGO PLAZO**

Autores: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
En nombre del Comité Asesor de la Calidad y las Directrices Generales para el
Ictus, el Grupo de Trabajo sobre las Directrices Generales para el Ictus
y el Grupo de Trabajo sobre la Calidad General para el Ictus.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

REINTEGRACIÓN EN LA SOCIEDAD Y RECUPERACIÓN A LARGO PLAZO

Este apartado se centra en los supervivientes de un ictus en la fase subaguda del tratamiento cuando abandonan el hospital (urgencias o rehabilitación) y vuelven a su domicilio o a otro lugar para recibir los cuidados o el apoyo necesarios para su afección. Los objetivos de la reintegración en la sociedad son promover un estilo de vida saludable en la persona, que participe en las actividades sociales y domésticas y que recupere la máxima autonomía funcional y calidad de vida. La reintegración puede mejorar considerablemente el desenlace clínico de los supervivientes y debería practicarse por objetivos.

La reintegración en la sociedad así como los servicios y las actividades de tratamiento del ictus empiezan durante la planificación del alta de urgencias y constituyen un grupo de actividades que se realizará de forma continua durante varios años después del ictus. En un contexto ideal, en el proceso de la reintegración intervienen profesionales sanitarios con experiencia en la recuperación tras un ictus, el apoyo familiar y social, la rehabilitación, las actividades de ocio y la calidad de vida. Tiene lugar a través de numerosos contextos como los programas de rehabilitación extrahospitalaria, programas ambulatorios, programas de ocio, entornos educativos, entornos laborales y en el domicilio, en función de la disponibilidad de recursos e infraestructura.

Listas de verificación para la capacidad del servicio sanitario para el tratamiento del ictus[^]



Rellene la información necesaria para identificar los servicios del ictus que está desarrollando o evaluando.

REGIÓN:	ORGANIZACIÓN QUE RELLENA LA LISTA DE VERIFICACIÓN:	PERSONA DE CONTACTO:
ALCANCE DEL SERVICIO:		OBJETIVOS DE ESTA EVALUACIÓN/COMENTARIOS: Completar por el grupo local
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Evaluación de provincia/comunidad autónoma/país <input type="radio"/> Evaluación regional/local <input type="radio"/> Hospital urbano de grandes dimensiones con servicios del ictus avanzados (servicios integrales) <input type="radio"/> Hospitales locales con acceso a algunos servicios del ictus <input type="radio"/> Localidad con centro sanitario que dispone solo de servicios sanitarios <input type="radio"/> Localidad rural con un profesional sanitario que realiza las visitas 		

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

A. Servicios del ictus y disponibilidad de recursos



Revise las siguientes listas y marque todos los servicios y recursos que se prestan y están disponibles para la atención sanitaria del ictus. Una vez completado, revise sus respuestas para conocer la categoría de servicios del ictus que más se ajusta a su contexto.

Mínimo mínimos	Servicios del ictus fundamentales (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos)	Servicios del ictus avanzados (Además de los servicios incluidos en los servicios del ictus mínimos y fundamentales)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Asistencia sanitaria prestada en poblaciones locales son coordinación con regiones geográficas definidas ○ Acceso a médicos muy limitado <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona evaluación del desarrollo de capacidades • Proporciona formación en la evaluación de los factores de riesgo básicos: presión arterial, fibrilación auricular (verificar el pulso), ejercicio físico, alcohol, alimentación (respecto a las circunstancias) • Capacidad básica para el tratamiento de los factores de riesgo, medicamentos y control del estilo de vida • Formación básica en las técnicas de rehabilitación, movilidad y posicionamiento que pueden explicarse a las familias • Formación básica en la evaluación de la capacidad de tragar y el tratamiento de la disfagia así como en el tratamiento de la fiebre ○ Acceso a los profesionales sanitarios variable (personal de enfermería o profesional sanitario no especializado) <ul style="list-style-type: none"> • Formación en la evaluación de los factores de riesgo básicos: presión arterial, fibrilación auricular (verificar el pulso), ejercicio, alcohol, alimentación (respecto a las circunstancias) • Formación básica en las técnicas de rehabilitación, movilidad y posicionamiento que pueden explicarse a las familias • Formación básica en la evaluación de la capacidad de tragar y el tratamiento de la disfagia así como en el tratamiento de la fiebre ○ No hay acceso a servicios de diagnóstico u hospital ○ Acceso limitado a las recomendaciones preventivas básicas en relación al estilo de vida ○ Acceso a Internet <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a educación sobre el ictus a través de recursos para telefónicos móviles (como WSA) • Acceso a herramientas para móviles como la aplicación Stroke Riskometer 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acceso a personal de enfermería y evaluación por parte de enfermeras/ os con formación en ictus <ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria • Enfermeras practicantes • Enfermera especialista ○ Posibilidad de volver a acceder a médicos con experiencia en ictus (es posible que no sean especialistas en ictus) <ul style="list-style-type: none"> • Médicos general/de familia/de atención primaria • Neurólogo • Neurocirujano • Internistas • Cardiólogo • Geriatra • Medicina de urgencias • Fisioterapia y rehabilitación • Acceso a especialistas del ictus a través del teleictus y la teleradiología • Protocolos para el tratamiento extrahospitalario para después del ictus basados en las directrices para la práctica óptima <ul style="list-style-type: none"> - Exámenes médicos y de enfermería: - Antecedentes personales - Prueba de capacidad para tragar - Alimentación, hidratación - Estado funcional, movilidad, riesgo de TVP - Grado de dependencia - Integridad de la piel - Continencia urinaria y fecal • Educación de los pacientes y las familias, formación e implicación en la planificación del tratamiento • Planificación del alta hospitalaria ○ Acceso a tratamientos de prevención del ictus como aspirina, recomendaciones de cambios del estilo de vida y control de la presión arterial ○ Escasa coordinación de la atención del ictus entre las regiones geográficas aisladas ○ Programas de formación sobre el ictus para todos los tipos de profesionales sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acceso a programas de recuperación extrahospitalaria del ictus <ul style="list-style-type: none"> • Camas para rehabilitación de pacientes de ictus hospitalizados • Programas de alta asistida • Servicios de asistencia domiciliaria para los pacientes de ictus • Servicios de rehabilitación organizados para pacientes ambulatorios • Programas de rehabilitación del ictus extrahospitalarios locales/ privados • Grupos de apoyo para pacientes y familiares • Centros de prevención del ictus • Rehabilitación laboral ○ Excelente coordinación de la atención del ictus entre las regiones geográficas aisladas <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del ictus avanzados adaptados a un menor número de centros • Organización de la atención que permite el traslado de los pacientes con ictus entre las regiones y hacia servicios más o menos capacitados, según sea necesario • Sistema de derivación coordinado • Ofrece consultas por teleictus a centros rurales o más pequeños • Acuerdo de prioridad con las ambulancias • Acuerdos fijados para el traslado de pacientes a su localidad • Material de formación sobre el paciente con ictus en formato impreso ○ Programas de formación sobre el ictus para todos los tipos de profesionales sanitarios ○ Estrategia y gestión de recolección de datos <ul style="list-style-type: none"> • CUIDADOS INMEDIATOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO • Base de datos de los pacientes con ictus agudo hospitalizados (local o regional) • Registro de la prevención del ictus • Base de datos de la prevención del ictus • Registro de la rehabilitación del ictus • Base de datos de la rehabilitación tras un ictus (local o regional)

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

B. Recomendaciones clave para la atención sanitaria del ictus



Para cada recomendación para una práctica óptima marque si la práctica descrita se aplica de forma habitual, está en proceso de implementación, no está en marcha (el servicio/recurso está disponible pero no forma parte del tratamiento del ictus en sus servicios) o el servicio/recurso/equipo no está disponible en sus instalaciones con lo cual resulta imposible su implementación.

Sistema sanitario y reconocimiento del ictus Recomendaciones clave basadas en la evidencia	Nivel de capacidad de los servicios sanitarios para el tratamiento del ictus			Pruebas en que se basa	Autoevaluación
	Mínimo	Fundamental	Avanzado		
1. Se debe identificar cualquier síntoma de depresión en los pacientes con ictus (se recomienda emplear una herramienta validada).		☑	☑	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
2. Para los pacientes diagnosticados de trastorno depresivo tras una evaluación mediante técnicas aprobadas se recomienda aplicar una estrategia terapéutica (medicamentos, asesoramiento o ambos).		☑	☑	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
3.a Se debe identificar cualquier cambio en el estado cognitivo de los pacientes con ictus.		☑	☑	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
3.b Los pacientes con trastorno cognitivo deben recibir una rehabilitación cognitiva adaptada a los déficits que presenten.		☑	☑	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
4. Los supervivientes de un ictus, al igual que sus familiares y cuidadores, debe consultar a un equipo sanitario especializado en ictus a fin de elaborar un plan terapéutico avanzado.	☑	☑	☑	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
5. Los pacientes, los familiares y los cuidadores deben recibir información, educación, formación, apoyo emocional y servicios extrahospitalarios para afrontar el cambio que están experimentando.	☑	☑	☑	Fuerza probatoria: A	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
6. Los pacientes, los familiares y los cuidadores deben participar en la fijación de objetivos.	☑	☑	☑	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
7. Las personas que han sufrido un ictus deben consultar a los profesionales sanitarios para evaluaciones y seguimientos regulares a fin de valorar su recuperación, evitar un empeoramiento, maximizar los resultados funcionales y psicosociales y mejorar la calidad de vida.	☑	☑	☑	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Sistema sanitario y reconocimiento del ictus Recomendaciones clave basadas en la evidencia	Nivel de capacidad de los servicios sanitarios para el tratamiento del ictus			Pruebas en que se basa	Autoevaluación
	Mínimo	Funda-mental	Avanzado		
8. Los pacientes que han sufrido un ictus y experimentan un cambio/ empeoramiento de su estado funcional deben someterse a una nueva evaluación aunque hayan transcurrido meses desde el ictus.		✓	✓	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
9. En los pacientes con ictus se deben identificar la presencia de astenia posictus en las consultas sanitarias (p. ej.: atención primaria, asistencia domiciliaria y ambulatorios) tras la vuelta a la sociedad y en los puntos de transición.	✓	✓	✓	Fuerza probatoria: C	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible
10. Se debe informar a los pacientes que experimentan astenia después del ictus, sus familiares y los cuidadores sobre las técnicas de ahorro de energía y el tratamiento de la astenia.	✓	✓	✓	Fuerza probatoria: B	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible

¿Qué recomendaciones implantaría con prioridad?

¿Cuáles son los siguientes pasos que realizará para iniciar el desarrollo y la implementación de estas prácticas óptimas?

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

C. Indicadores de calidad clave para el ictus



Para cada indicador de calidad, indique si los datos se recogen de forma activa y habitual, el proceso de recolección de datos está en desarrollo para ese indicador, los datos podrían estar disponibles pero no se están recogiendo o los datos para este indicador no están disponibles, por lo que es imposible recogerlos o notificarlos. Marque la casilla apropiada para cada indicador.

Medidas de los resultados	Numerador	Denominador	Autoevaluación
B. Recuperación del ictus a largo plazo			
1. Proporción de pacientes con un seguimiento documentado para una revisión general (p. ej.: Lista de verificación después del ictus)	Número de pacientes con seguimiento por un profesional sanitario registrado.	Los pacientes con ictus o AIT que recibieron el alta hospitalaria y volvieron a su domicilio.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
2. Porcentaje de pacientes con ictus diagnosticados de trastorno depresivo a los 6 meses y 1 año después del ictus.	Número de pacientes diagnosticados de depresión demostrada a los 6 meses o 1 año de la aparición del ictus inicial.	Los pacientes con ictus o AIT que recibieron el alta hospitalaria y volvieron a su domicilio.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
3. Porcentaje de pacientes con ictus diagnosticados con un nuevo deterioro cognitivo a los 6 meses y 1 año después del ictus.	Número de pacientes sometidos a evaluación cognitiva y registrada a los 6 meses o 1 año de la aparición del ictus inicial.	Los pacientes con ictus o AIT que recibieron el alta hospitalaria y volvieron a su domicilio.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
4. Porcentaje de pacientes con ictus y familiares que no sobrellevan la enfermedad a los 6 meses y 1 año después del ictus.	Número de pacientes que no sobrellevan su enfermedad (registrado) a los 6 meses o 1 año de la aparición del ictus inicial.	Los pacientes con ictus o AIT que recibieron el alta hospitalaria y volvieron a su domicilio.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
5. Pruebas documentadas de consultas de seguimiento con miembros de un equipo del ictus a las 6 semanas aproximadamente del alta hospitalaria.	Número de pacientes que han acudido a una consulta de seguimiento (registrada) para el ictus o el AIT en los 6 meses siguientes al alta de urgencias.	Los pacientes con ictus o AIT que recibieron el alta hospitalaria y volvieron a su domicilio.	<input type="checkbox"/> Datos recogidos <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Datos no recogidos <input type="checkbox"/> Datos no disponibles
6. Porcentaje de pacientes con ictus que, tras 6 meses o 1 años del alta, necesitaron ingresar en un centro de larga estancia. (Nota: se puede también calcular los días de estancia en el domicilio antes del ingreso).	Número de pacientes ingresados en un centro de larga estancia en los 6 meses o 1 año siguientes a la aparición del ictus o AIT inicial.	Los pacientes con ictus o AIT que recibieron el alta hospitalaria y volvieron a su domicilio.	<input type="checkbox"/> Implantado <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> No implantado <input type="checkbox"/> No disponible

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

¿Para nosotros, qué indicador es el más importante?

¿Quién será el responsable de recoger los datos?

¿Cómo se recogerán los datos (en formato electrónico, en papel, etc.)?

¿Cómo se analizarán los datos? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia?

¿Quién recibirá los resultados?

ANEXO 1

PASOS PARA LA ADAPTACIÓN DE LAS DIRECTRICES GENERALES PARA LA ATENCIÓN SANITARIA DEL ICTUS DE LA WSO A LAS NECESIDADES LOCALES

Adaptación de las Directrices generales para la atención sanitaria del ictus de la WSO a las necesidades locales

En las directrices generales para la atención sanitaria del ictus se describe la atención sanitaria óptima para los pacientes de ictus a lo largo del proceso completo.

En este documento se ponen de relieve temas con una fuerza probatoria muy elevada en la eficacia o que se consideran factores clave del sistema. Es posible que los usuarios del Plan de acción y las directrices generales para la atención sanitaria del ictus de la WSO solo puedan implantar ciertas recomendaciones y/o trabajar con algunas partes del proceso de atención al ictus (tal y como se indica en el esquema anterior) a la vez.

Las directrices clínicas tienen como objetivo proporcionar pruebas y fundamento para la práctica clínica. Los estudios sobre el ictus realizados en distintas regiones del mundo coinciden en que sigue existiendo una gran brecha entre las prácticas óptimas (demostrado mediante pruebas) y la práctica clínica real. Algunos objetivos de las directrices generales para la atención sanitaria del ictus de la WSO son facilitar la aplicación de la teoría en la práctica, apoyar la toma de decisiones clínicas, indicar estrategias terapéuticas beneficiosas e influir en las políticas públicas (Kastner et al 2011).

La implementación y aceptación local de las recomendaciones para el tratamiento del ictus debería implicar un proceso riguroso y validado. El Comité de calidad y las directrices generales para el ictus de la WSO ha elaborado un esquema para facilitar la implementación de las Directrices generales para el ictus de la WSO con ayuda de modelos ya existentes como el modelo ADAPTE (ADAPTE Collaboration, 2009) y la herramienta de evaluación de directrices AGREE (AGREE Trust, 2010).

El siguiente esquema de flujo describe los pasos que se deberían tomar a la hora de que un grupo local, regional o nacional adopte las Directrices de atención sanitaria del ictus de la WSO en su entorno. Posteriormente, se describe cada paso con más detalle. En la medida de lo posible, se proporcionan consideraciones prácticas para cada paso. En este apartado se muestran también enlaces de recursos útiles en caso de requerir más información.

En zonas con recursos limitados, cabe la posibilidad de modificar algunos pasos o incluso eliminarlos por completo. En este caso resulta importante hacer un balance de las ventajas y los riesgos. Por ejemplo, a la hora de crear el grupo de trabajo se puede optar por uno pequeño pero es importante que incluya una representación de las distintas disciplinas.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Pasos para la adaptación del Plan de acción y las directrices generales para la atención sanitaria del ictus de la WSO a las necesidades locales.

Creación del grupo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la representación de los interesados • Buscar expertos de otras competencias
Definir el alcance y las cuestiones a abordar	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las etapas aplicables del proceso de atención sanitaria del ictus • Seleccionar las principales cuestiones que se van a abordar en las directrices locales
Identificar las pruebas más fiables	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar y seleccionar directrices de países que contribuyen a las directrices generales del ictus de la WSO como base para un desarrollo local. • Utilizar las revisiones de directrices generales ya existentes • Llevar a cabo una investigación para identificar nuevas pruebas actualizadas en este campo
Evaluar y cotejar las pruebas	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir un proceso sistemático para evaluar la calidad y la solidez de las pruebas nuevas
Seleccionar las recomendaciones y modificarlas según sea necesario para adaptarlas al contexto local	<ul style="list-style-type: none"> • Ser lo más claro y conciso posible • Incluir contenido crítico a fin de cubrir todos los temas deseados (Anexo I) • Añadir pruebas relacionadas con las recomendaciones
Consulta y revisión externa	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir intercambios de opinión con los usuarios finales, los coordinadores del sistema y los patrocinadores • Revisión externa por parte de expertos no implicados en el desarrollo original y el proceso de adaptación
Divulgación e implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar herramientas para facilitar la implementación • Ofrecer formación a las personas implicadas en la prestación de servicios
Estrategias de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar indicadores de calidad clave para valorar la implementación y el impacto sobre el desenlace clínico de los pacientes • Indicar mecanismos para recoger datos mediante un registro o una auditoría periódica

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Pasos detallados para la aceptación e implementación del Plan de acción y las directrices generales del ictus de la WSO

1.0 Crear el grupo de trabajo

Las directrices deberían elaborarse por un grupo de personas con una amplia experiencia en el campo correspondiente. La lista de personas a tener en cuenta se encuentra en los diversos manuales de desarrollo de directrices (consultar los enlaces al final de este documento). La forma de trabajar en equipo tendrá un efecto considerable en el resultado del proceso.

En el caso del ictus, se deben considerar para el desarrollo de las directrices profesionales sanitarios de las disciplinas siguientes: medicina (neurología, medicina interna, urgencias, atención primaria y medicina física y rehabilitación), enfermería, rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiólogo y auxiliares de rehabilitación), trabajo social, psicología y farmacia. También pueden resultar útiles profesionales de otras disciplinas y coordinadores del sistema según la/s fase/s del proceso incluida/s en las directrices. Es esencial incluir en el grupo a supervivientes de un ictus, familiares y cuidadores informales.



Notas prácticas:

- Conserve una lista de las personas implicadas en el proceso
- Contacte con una organización profesional y solicite consejo de un representante de esa profesión con experiencia en ictus
- Asegúrese de que incluye a todos los implicados en la atención sanitaria del ictus como los médicos de atención primaria, los administradores de hospital, etc.
- Cuando sea posible, los grupos de desarrollo deben tener un tamaño razonable (entre 6 y 10 personas).
- En otras regiones se dispone de experiencia en la elaboración de directrices para el ictus. Si su grupo necesita más información, es posible contactar con el presidente del Comité Mundial de Directrices para el Ictus para solicitar información de algún experto en directrices para el ictus de su país o región.

2. Definir el alcance y las cuestiones a abordar

Por lo general el grupo sabe con bastante exactitud las cuestiones que desea incluir en las directrices. Resulta esencial que el grupo llegue a un acuerdo sobre las cuestiones/campos abordados, ya que se trata de una decisión que afectará a los pasos de investigación y evaluación.

El tratamiento del ictus comprende el proceso completo de la atención sanitaria, desde la prevención primaria hasta la recuperación a largo plazo y la reintegración en la sociedad. La guía puede cubrir algunos segmentos del proceso o bien ser más global e incorporar una más temas y datos.

Notas prácticas:



- Revise las directrices del ictus existentes e identifique las que más se adapten a los campos seleccionados. Una vez elegidas trabaje con ellas para adaptarlas a su contexto.
- Cuanto mayor es el número de cuestiones incluidas, mayor es el trabajo necesario para elaborar la guía.
- Asegúrese de que el grupo entiende los recursos y los marcos temporales y está de acuerdo solo en las cuestiones CLAVE seleccionadas.
- Consulte directrices existentes para ver cuáles son las cuestiones que se suelen incluir a fin de recurrir a los resúmenes de pruebas (en el Anexo 2 se muestra una lista de cuestiones esenciales que se deben abordar en cada segmento del proceso).
- Decida la amplitud y el detalle del contenido que se incluirá en cada cuestión (grado de detalle para cada recomendación)
- En el Anexo 1 se muestran enlaces para directrices para el ictus ya existentes.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

3.0 Identificar la prueba más sólida

Al igual que en toda investigación, la calidad y la fiabilidad de la guía se basa en los métodos empleados para reducir cualquier sesgo. La identificación y valoración de la prueba más actual y fiable es, posiblemente, la parte más importante del proceso de elaboración de directrices y requiere una estrategia sistemática.

Durante la identificación de pruebas se recomienda encarecidamente solicitar la ayuda de un experto en el campo de la búsqueda de publicaciones. Para completar este paso, el grupo de trabajo debe plantear las preguntas que desean resolver y articular las cuestiones que pretende abordar en la guía. Por lo general las preguntas tratan sobre los efectos de una determinada intervención y se plantean en tres segmentos: la intervención, la población y los resultados. Un ejemplo sería: "¿Cuál es el efecto de un anticonvulsivo sobre las crisis en personas con crisis después de un ictus?" En este ejemplo, el anticonvulsivo es la intervención, la reducción de las crisis después de un ictus es el resultado y la población es las personas con ictus.

Cuanto más específicas sean las preguntas y las frases, más sencillo será para el especialista identificar los estudios correspondientes. La búsqueda de estudios incluirá:

- a) Bases de datos electrónicas (p. ej.: Cochrane, MEDLINE, CINAHL y EMBASE). Consulte los enlaces del Canadian Medical Association Handbook (Manual de la Asociación Médica de Canadá), página 14.
- b) Contacte con expertos internacionales en el campo y las cuestiones de interés
- c) Realice una búsqueda manual en revistas clave y listas bibliográficas de artículos y otras guías sobre el ictus.

Es posible que la búsqueda resulte en gran cantidad de artículos de investigación, en especial en temas como la hipertensión. Se deben seleccionar otros criterios a fin de reducir el número de resultados y obtener menos artículos para su posterior evaluación.

Utilizar búsquedas existentes como punto de salida

Una forma alternativa y más sencilla de identificar la mejor prueba, especialmente si los recursos son escasos, es emplear búsquedas ya realizadas en otras guías. Los resúmenes de pruebas los suelen elaborar grupos de elaboración de directrices. Es posible que su grupo de elaboración de directrices decida contactar con otro grupo de elaboración de directrices y pedir sus resultados de búsqueda o tablas de pruebas en caso de ser de acceso libre. De forma alternativa, se pueden emplear estos resúmenes pero actualizar la lista mediante una investigación de estudios posteriores a la fecha de la última búsqueda. Esta estrategia permite un ahorro de tiempo, trabajo y recursos considerable sin reducir la calidad.

Si se decide actualizar búsquedas previas, resulta esencial que las búsquedas en las que se basa se hayan llevado a cabo con un método riguroso. La herramienta AGREE permite identificar la calidad del proceso empleado para desarrollar una guía existente.¹ Si dispone de múltiples guías ya existentes, puede utilizar AGREE para seleccionar las que han empleado un proceso de elaboración más sistemático y son aptas para contribuir a la elaboración de su propia guía (Véase Anexo A para una lista de guías del ictus existentes). Es posible que este proceso le ayude a identificar otras guías que se adapten mejor a la población en cuestión o la disponibilidad de recursos, lo que la hará más adecuada para la adaptación o adopción.



Notas prácticas:

- Si ejecuta una búsqueda solicite ayuda a un especialista de la información con experiencia en este campo.
- Cuando sea posible utilice las directrices de buena calidad existentes para identificar las pruebas clave para una determinada cuestión. Contacte con personas que ya han elaborado guías para obtener más información y compartir los recursos cuando sea posible.
- Si existe una guía reciente puede decidir investigar estudios publicados a partir de esa fecha o sencillamente utilizar la información disponible y ahorrarse el tiempo de buscar más datos.
- Independientemente de la estrategia empleada, se debe garantizar que se identifican los estudios recientes que podrían afectar al contenido y la orientación de una recomendación. De esta forma se reducirá el riesgo de elaborar recomendaciones obsoletas incluso antes de finalizar e implantar las directrices.
- Tratar siempre de identificar y emplear la fuerza probatoria más elevada (revisiones sistemáticas). Si esta existe, no suele ser necesario buscar más pruebas.
- Elabore una lista predefinida de criterios de inclusión a fin de que los resultados de las búsquedas no se desvíen del objetivo fijado y sean asumibles.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

4.0 Evaluar y cotejar las pruebas

Una vez identificada la documentación clave, el grupo de trabajo debe revisar las pruebas desde la primera búsqueda y resumir los resultados para cada cuestión. Al igual que en la identificación de pruebas, es esencial seguir un método sistemático para evaluarlas. El grupo de trabajo decidirá, antes de empezar el proceso, la estrategia que emplearán para valorar las pruebas y generar las recomendaciones. Los miembros del grupo deben conocer y estar formados en el sistema de valoración seleccionado. La mayoría de las personas que elaboran guías emplean un proceso conocido como el recomendado por la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Consulte el enlace al manual de guías de SIGN en el apartado de recursos.

Algunas bases de datos disponen también de resúmenes de pruebas en diversos temas. Algunos ejemplos son:

www.effectivestrokecare.org

www.strokingengine.org

www.ebrsr.com



Notas prácticas:

- Los resúmenes de pruebas de guías existentes pueden emplearse para facilitar el cotejo de pruebas de temas específicos.
- Utilice evaluaciones de pruebas y resúmenes ya existentes cuando sea posible.
- Es posible que los diferentes grupos de trabajo otorguen una fuerza probatoria distinta a una misma prueba. Seleccione el método que le parezca más adecuado y sea coherente con la estrategia de valoración de la prueba para todas las revisiones de estudios de su grupo o los estudio que incluye.

5.0 Seleccionar las recomendaciones oportunas y modificarlas según el contexto

Una vez identificadas y resumidas las pruebas, el grupo de trabajo debe elaborar cuidadosamente las recomendaciones para cada cuestión. Resulta esencial que las recomendaciones sean lo más claras posibles y la relación entre ellas y las pruebas quede bien establecida. La valoración de la fiabilidad de las recomendaciones también es útil y para ello se usan diversos sistemas según la región (para más información consulte los manuales correspondientes).

Los estudios sugieren que resulta más adecuado un proceso formal para elaborar las conclusiones/recomendaciones que un consenso informal (se minimiza el posible sesgo causado por las opiniones firmes de uno o dos miembros del grupo). Dos métodos de consenso formal bastante frecuentes son la técnica de grupo nominal y el método Delphi. Para más información sobre estas estrategias consultar los recursos de desarrollo de la guía.

- En los casos en los que se han utilizado directrices existentes para identificar y resumir las pruebas, la técnica ADAPTE sugiere² que es posible:
 - aceptar una guía completa y sus recomendaciones;
 - aceptar solo los resúmenes de pruebas y elaborar sus propias recomendaciones;
 - aceptar solo determinadas recomendaciones;
 - modificar determinadas recomendaciones.

Es importante citar las fuentes y los procesos empleados. A la hora de adaptar una recomendación existente, es importante y útil contactar con el grupo de elaboración de la guía original a fin de obtener la autorización para utilizar dicha guía, comentar las modificaciones de las recomendaciones (para garantizar que siguen reflejando con precisión la prueba aplicada al contexto local) y obtener sugerencias útiles y consejos de profesionales que ya han pasado por el proceso de elaboración de directrices.

2. ADAPTE: manual para la adaptación de directrices. Grupo ADAPTE; 2007. <http://www.adapte.org>

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS



Notas prácticas:

- Cada recomendación debe redactarse de forma clara y concisa y abordar una sola cuestión, actuación o intervención.
- Evite la ambigüedad.
- Incluya recomendaciones sobre lo que no se debe hacer (p. ej.: el procedimiento xx NO se recomienda)
- Se recomienda incluir un resumen breve de la prueba para cada cuestión así como para las recomendación/es.
- Relacione las recomendaciones con la prueba (cuando sea posible indique el tipo de fiabilidad de la prueba y la fuerza de la recomendación).
- Cuando sea posible y adecuado, adecue la terminología de las recomendaciones a la de las recomendaciones para el ictus elaboradas en otros grupos de enfermedad de su región (como el grupo de la diabetes, el grupo de la hipertensión y las directrices locales para la prevención primaria)
- La presencia de indicadores del resultado podría impulsar a los centros a realizar un control de su cumplimiento de las directrices.
- El registro de las actuaciones llevadas a cabo incrementa la transparencia y la fiabilidad de la guía.
- Presente cada recomendación con documentación de apoyo que incluya: justificación, implicaciones del sistema, valoración del resultado y resumen de la prueba.

6.0 Interconsulta y revisión externa

Resulta esencial solicitar la opinión de los usuarios de la guía (médicos, administradores, cuerpos profesionales, etc.) De esta forma se pretende mejorar la redacción de las recomendaciones, permitir una amplia aceptación y optimizar su uso una vez finalizada. Además, permite validar el contenido y proporciona la posibilidad de identificar áreas de controversia antes de su publicación, lo que hará que el grupo se prepare para responder a las posibles preguntas. Es importante que se revisen sistemáticamente las opiniones recibidas y se registre un resumen de las modificaciones finales en el informe del proceso. Una vez finalizadas las consultas y las actualizaciones, se puede enviar el documento final a las autoridades sanitarias pertinentes y a las organizaciones profesionales para su aprobación. Se ha demostrado que esta aprobación aumenta la aceptación y uso de la guía.



Notas prácticas:

- Consulte a menudo. De esta forma se comunica a las personas la elaboración de la guía y su próxima disponibilidad. También garantiza que los grupos profesionales clave no quedan excluidos del proceso.
- La transparencia en la revisión externa aumenta la credibilidad del proceso de elaboración.
- Consulte con personas que no estén directamente implicadas en el proceso de elaboración aunque otros miembros de su grupo o cuerpo profesional intervengan en el proceso.
- Resulta útil contactar a las autoridades pertinentes y los cuerpos profesionales lo antes posible. Es posible que las autoridades presenten requisitos que se deberán tener en cuenta en el proceso de elaboración.
- Los agradecimientos públicos como las aprobaciones y su introducción en la documentación de la guía pueden aumentar la aceptación y el uso de las directrices.

7.0 Divulgación e implementación

Una vez finalizada, la guía debe estar lo más disponible posible. Se debe diseñar una estrategia de divulgación y realizar el lanzamiento en cuanto la guía esté lista. Es necesario elaborar una lista de todas las partes interesadas y diseñar los mecanismos de divulgación de la guía a estos participantes.

A menudo, las organizaciones generan paquetes de divulgación que contienen un documento resumen y diapositivas resumen que complementan el documento completo pero ofrecen una visión general de la guía. Se deben enviar copias electrónicas de los recursos a las organizaciones y redes de profesionales sanitarios. Puede decidir publicar un resumen de la guía en una revista.

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

El desarrollo de una guía de calidad no significa automáticamente un mayor uso y la mayoría de las estrategias destinadas a la implementación de las directrices solo producen, en el mejor de los casos, un efecto moderado. Se debe elaborar, al mismo tiempo que el contenido, un plan de implementación y ejecutarlo lo antes posible. Las directrices deben implantarse junto con otras estrategias para promover su uso como la por ejemplo educación de los profesionales, las auditorías y las opiniones y, cuando sea posible, el reconocimiento oficial. El reto es emplear una estrategia de sistemas que relacione las directrices con la recolección de datos de calidad, la implementación eficaz a varios niveles y los mecanismos de evaluación. Existen muchas oportunidades de aprender de otros países que elaboran y utilizan guías de forma habitual.

Las estrategias destinadas a promover el uso de las directrices se comentan en numerosos manuales de guías (p. ej.: página 45 de la guía SIGN) y en la bibliografía de este manual.



Notas prácticas:

- Utilice los enlaces y las redes de su grupo de trabajo para divulgar y promover las directrices.
- Considere la implementación en fases tempranas del proceso, ya que le ayudará a pensar en la forma de redactar las recomendaciones y aumentar su uso.

8.0 Evaluación

La evaluación de la prestación del tratamiento para el ictus es un elemento crucial que se debe introducir en la planificación y la implementación. La recolección sistemática de datos clave sobre el tratamiento del ictus y el desenlace clínico de los pacientes permite la mejora continua de la atención sanitaria y proporciona información para elaborar una justificación económica y material de promoción con el propósito de ampliar y desarrollar los servicios y los recursos del ictus. El objetivo de la información presente en este manual es aumentar la uniformidad y la normalización de la valoración de los resultados del tratamiento del ictus y permitir comparar estos resultados entre diferentes grupos y fijar puntos de referencia para los grupos correspondientes.



Notas prácticas:

Colabore con analistas de datos y especialistas de la evaluación a fin de realizar auditorías y procesos de retroalimentación adecuados. Estos pueden ser muy básicos o más complejos.

one voice
One World Voice for Stroke

ANEXO 2

DEFINICIONES BÁSICAS DE CASOS DE ICTUS AGUDO

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

La evaluación de la atención sanitaria para el ictus es un elemento esencial de cualquier sistema de atención para el ictus organizado, independientemente de su tamaño. Las consideraciones para la evaluación deben llevarse a cabo durante una fase inicial del proceso de planificación para que la recolección de datos se desarrolle como parte de los servicios del ictus y el plan de implementación de las directrices.

Como parte del Plan de acción y las directrices generales para la atención sanitaria del ictus de la WSO, se seleccionaron códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades para identificar los casos de ictus apropiados para diseñar una estrategia de valoración del resultado en el ictus (Véase Tabla más adelante). Se identificó un grupo de mediciones de resultados clave en tándem al proceso a fin de seleccionar las recomendaciones clave para una práctica óptima. Estos indicadores de calidad clave para el ictus se proporcionan en el plan de acción con objeto de aumentar el interés, la uniformidad y la normalización de la valoración de la atención sanitaria del ictus en todas las regiones. En su momento, se espera que esta información se emplee para fijar puntos de referencias globales en materia de servicios del ictus y teniendo en cuenta los niveles de atención mínima, fundamental y avanzada. Además los datos generados podrían contribuir a que las mejoras generales del tratamiento del ictus se realicen a través de una toma de decisiones documentada y una planificación de sistemas fundada en datos sólidos.

Para identificar indicadores de calidad de las estrategias de valoración del tratamiento del ictus locales y eficaces, se deben tener en cuenta varios elementos:

- Definir las definiciones de casos de ictus
- Definir los criterios de inclusión y exclusión para la población de pacientes de interés (tipo de ictus, edad, género, situación, fase del tratamiento, etc.)
- Identificar los indicadores de calidad clave para el ictus de la lista de la WSO mostrada más adelante y añadir indicadores a fin de cubrir la totalidad de los servicios prestados y determinar las responsabilidades
- Identificar los datos y métodos necesarios para garantizar que todos los elementos requeridos se recogen a fin de calcular los indicadores de calidad seleccionados
- Crear un repositorio y una metodología de recolección de datos (que registrará los datos, cuándo, dónde, cómo y en qué pacientes)
- Determinar los marcos temporales para la recolección de datos así como su análisis y notificación
- Determinar la estructura y el formato del informe (se deben considerar cuando sea posible fichas publicadas online)
- Elaborar programas de divulgación y comunicación de los resultados de los análisis de datos a todos los profesionales sanitarios, responsables de la toma de decisiones y pacientes

A nivel local, los responsables del tratamiento del ictus y/o los equipos del ictus deben hablar con el personal encargado de la recolección y notificación de datos sanitarios a fin de llegar a acuerdo sobre la codificación de todos los casos de ictus con objeto de garantizar una calidad, exhaustividad y precisión óptimas de los datos.

Definiciones de calidad

Normas asistenciales: son las bases para el cotejo a la hora de determinar u opinar sobre la capacidad, la calidad, el contenido o el alcance de un determinado objeto de la actividad. En ausencia de pruebas, las normas se basan en opiniones de expertos. Las normas se pueden considerar como los requisitos básicos de la clase médica y se definen habitualmente en pautas, procedimientos y documentos sobre el ejercicio clínico habitual.

Las normas asistenciales indican las características mínimas aceptables para una atención de calidad y especifican el tratamiento adecuado en base a pruebas científicas sólidas y colaboraciones entre profesionales sanitarios especializados en el tratamiento de una determinada enfermedad. Además, describen el nivel al cual un médico prudente en una determinada región debería ejercer y cómo otros médicos similares y calificados habrían tratado al paciente bajo unas circunstancias parecidas o similares.

Indicador de calidad: una medición objetiva de la calidad de la asistencia sanitaria creada para facilitar la autoevaluación y la mejora de la calidad en el ámbito de los profesionales sanitarios, los hospitales y los sistemas (comisión de medición de los resultados de ACC/AHA).

Punto de referencia: es el resultado que se considera como norma de calidad para un proceso determinado de atención sanitaria y se emplea para comparar los diferentes grupos. El punto de referencia proporciona valores a través de los cuales se puede medir, comparar o valorar un proceso. Los puntos de referencia se pueden identificar mediante diversas técnicas como investigaciones validadas y métodos estadísticos; identificación de los mejores resultados y los resultados anteriores de la propia organización.

Objetivo: es el resultado que una organización pretende alcanzar en un determinado periodo de tiempo. Por lo general suele ser un valor situado entre los resultados reales actuales y el punto de referencia, pero puede ser igual o mayor que el punto de referencia. Los valores objetivo tienen en cuenta los recursos y las limitaciones para la consecución de las normas asistenciales.

Umbral: es el resultado mínimo aceptable. Los resultados que quedan por debajo del umbral se consideran inadecuados y se deben tomar medidas correctoras.

*** Los resultados fuera del umbral, ya sea por encima o por debajo, tal y como lo define la medida específica, se consideran resultados inadecuados*

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Códigos de identificación para los casos de ictus agudo, Actualizado en 2016*

Grupo	Ictus agudo Categoría principal	ICD-9	códigos ICD-10 (v2015)
<p>'Ictus agudo' – Definiciones de selección de caso actualizadas, agosto 2016</p> <ul style="list-style-type: none"> todas las categorías de ictus enumeradas a continuación que se han enviado como un 'Diagnóstico principal' en DAD o como Problema principal en NACRS son válidos para su inclusión en cohortes de ictus a fin de calcular los indicadores de calidad clave del ictus de la HSF, a menos que se indique lo contrario ¹ <p>La inclusión de códigos de ictus enviados a DAD como Diagnóstico de tipo 1, tipo 2, tipo 3, tipo W o Y o a NACRS como Otro problema dependerá del alcance, el objetivo y la diana de las mediciones del resultados o análisis. En estos casos, se deben registrar y notificar de forma clara las características del análisis para poder generalizar y comparar adecuadamente.</p>			
a.	Hemorragia subaracnoidea	430	I60 (incluido todos los subcódigos)
b.	Hemorragia Intracraneal	431	I61 (incluido todos los subcódigos)
c.	Infarto cerebral (ictus isquémico)	433	I63 (incluido todos los subcódigos)
d.	Ictus, no indicado como hemorragia o infarto	434	I64 ⁱⁱⁱ
e.	Oclusión de la arteria central de la retina (ictus isquémico)	436	H34.1
f.	Accidente isquémico cerebral transitorio y síndromes asociados (ictus isquémico)	435	G45 ^{iv} (excluido el subcódigo G45.4)
g.	Oclusión transitoria de la arteria de la retina (ictus isquémico)		H34.0
<p>Los siguientes códigos <u>para la etiología de trombosis venosa cerebral</u> se incluirán o excluirán de la selección de casos de ictus como parte de las definiciones de los ictus agudos <i>en función del objetivo y la población de interés para el análisis.</i></p>			
i.	Infarto cerebral debido a trombosis venosa cerebral, no piógena		I63.6
j.	Trombosis del sistema venoso intracraneal no piógena	437,6	I67.6
k.	Flebitis intracraneal y tromboflebitis	325	G08
<p>Los siguientes códigos en Z (DAD) pueden asignarse como Diagnóstico principal (MRDx, DAD) y se deben incluir como parte de las definiciones del ictus agudo cuando hay otro código de diagnóstico de ictus agudo se asigna como 'Otro diagnóstico' con un Diagnóstico de tipo 1, tipo 2, tipo 3 o tipo W, X o Y.</p>			
l.	Necesidad de rehabilitación	-	Z50 (excepto los subcódigos Z50.2, Z50.3, Z50.4)
m.	Otros tipos de tratamiento: Cuidados paliativos	-	Z51.5 ^{vi, vii}
n.	Convalecencia tras otro tratamiento	-	Z54.8
o.	Convalecencia tras un tratamiento sin especificar	-	Z54.9

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

NOTAS sobre la selección del código del ictus agudo:

i	La mayoría de las valoraciones de resultados se centran principalmente en los pacientes que sufren un ictus hemorrágico o isquémico o un AIT fuera del hospital y acuden al hospital debido al ictus. En ocasiones, el paciente se encuentra en el hospital por otro motivo y sufre un ictus. La inclusión o exclusión de los casos de ictus intrahospitalario dependerá del objetivo de la valoración y la población destino
ii	Las afecciones pertenecientes a la categoría 162 Otra hemorragia intracraneal no traumática no se consideran un ictus agudo y, por consiguiente, no se deben incluir para ninguna definición de caso de ictus agudo, identificación de cohorte o análisis de datos sobre el ictus agudo.
iii	<p>164 no debe emplearse de forma habitual para codificar los casos de ictus. Solo se debe registrar 164 cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aún no se ha realizado el diagnóstico por imagen (el paciente fallece o se traslada) • El diagnóstico de imagen no es concluyente • El paciente se traslada y la información disponible no especifica el tipo de ictus <p>Los médicos deben hacer todo lo posible para determinar el tipo de ictus, clasificarlo como hemorrágico o isquémico e indicar el código en el registro sanitario. Los encargados de asignar un código en el registro sanitario deben revisar el informe de alta así como consultar los informes y la conclusión del diagnóstico derivado de la prueba de imagen para determinar el tipo de ictus.</p>
iv	A la hora de calcular las tasas de mortalidad del ictus se debe excluir el AIT o notificar como categoría independiente y no combinarlo con los códigos del ictus agudo.
v	Casos especiales - rehabilitación: Durante el tratamiento de un paciente con ictus agudo, incluido en tratamiento de rehabilitación, existen circunstancias en las que el código en Z de la CIE10 para el tratamiento de rehabilitación se ajusta a la definición de diagnóstico principal, en función de las prácticas locales de codificación. Estos casos se deben incluir como parte de una cohorte de ictus agudo, cuando corresponda. Los equipos del ictus deben hablar con los grupos de notificación de datos sanitarios a fin de llegar a un acuerdo sobre la codificación de los casos de ictus con objeto de garantizar una calidad, exhaustividad y precisión óptimas de los datos.
vi	Casos especiales - cuidados paliativos: En caso de que, durante su tratamiento, los pacientes con ictus agudo reciban cuidados paliativos en el mismo centro debido a la gravedad de la afección y/o otras características clínicas, se debe registrar el código de CIE10 Z51.5 de Cuidados paliativos si el tratamiento se corresponde con la definición de cuidados paliativos locales. Estos casos se deben incluir como parte de una cohorte de ictus agudo, cuando corresponda.
vii	<p>Las tasas de mortalidad de pacientes clasificados como cuidados paliativos y que reciben cuidados paliativos son más elevadas que la mortalidad total de los casos de ictus que no reciben cuidados paliativos. Por lo tanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a la hora de calcular las tasas de mortalidad por ictus globales, en los casos en los que Z51.5 Cuidados paliativos son el diagnóstico principal y el ictus se identifica como diagnóstico secundario, la inclusión como parte de una cohorte dependerá del alcance y el objetivo del análisis planificado. <p>Para calcular las tasas de mortalidad por ictus de pacientes que recibieron tratamiento activo para el ictus como medida de eficacia de la atención sanitaria, los casos en los que el Z51.5 Cuidado paliativo constituye en diagnóstico principal y al ictus se le asigna otro código de diagnóstico y no recibió tratamiento activo para el ictus agudo se deben EXCLUIR (al igual que los pacientes con ictus muy graves que reciben directamente cuidados paliativos sin tratamiento activo inmediato).</p>

Fuentes:

Heart and Stroke Foundation of Canada Quality of Stroke Care in Canada Stroke Key Quality Indicator and Case Definitions Manual 2016 (www.strokebestpractices.ca) y Valery Feigin et al definiciones de casos de ictus Global Burden of Disease (Lancet 2015;385(9963):117-171. Suplemento en línea, página 280)

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Seleccionar los códigos de pruebas para el ictus*

Pruebas para ictus	Códigos de procedimientos para CIE9	Códigos de procedimientos (v2015) (para CIE10)
TAC	87,03	3AN20 Cerebro 3ER20 Cabeza
RMN	88,91	3AN40 Cerebro 3ER40 Cabeza
Radiografía de tórax	87.39, 87.44, 87.49	3GY10
ECG 12 derivaciones	89,52	2HZ24.JA-KE
Control cardíaco prolongado (con grabadora de asa o grabadoras implantables)	-	2.HZ.24.GP-XJ (Cateterismo cardíaco) 2.HZ.24.HA-XJ (Subcutáneo)
Monitor Holter		2.HZ.24.JA-KH
Doppler carotídeo	88,71	3JE30
Doppler de pierna	88,77	3KG30
Ecocardiografía (2D)	88,72	3IP30
Ecocardiografía (ETE)		
Administración de tPA	99,10	1ZZ35HAC1 (IV) 1JW35HAC1 (IA)
Endarterectomía carotídea	50,12	1.JE.57.LA

PLAN DE ACCIÓN PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON ICTUS

Códigos de identificación para los casos de ictus agudo, Actualizado en 2016*

Pruebas para el ictus o códigos de	Descripción del título del código de procedimiento	procedimientos (v2015) (para CIE10)
Administración de alteplasa (tPA)		
Administración de alteplasa (tPA) - intravenosa	Farmacoterapia, sistémico, administración por vía percutánea [intramuscular, intravenosa, subcutánea e intradérmica] de un trombolítico.	1.ZZ.35.HA.1C
Administración de alteplasa (tPA) - intrarterial	Farmacoterapia (local), <u>inyección</u> percutánea de un trombolítico en vasos cerebrales	1.JW.35.HA.1C
<p><i>El siguiente subgrupo de pruebas y procedimientos debe aplicarse siempre en pacientes con ictus agudo sometidos a una intervención intravascular para tratar las oclusiones de grandes vasos. Se han observado variantes importantes de codificación para esta intervención relativamente nueva. En caso de que su organización realice intervenciones intravasculares agudas para las oclusiones de grandes vasos, debe crear una norma o elaborar un protocolo de prácticas óptimas para codificar de forma sistemática todas las intervenciones y emplear el código más adecuado entre los que se proponen a continuación.*</i></p>		
Trombectomía cerebral endovascular (extracción del coágulo)*	Extracción, arteria carótida por vía transluminal percutánea. Incluye trombectomía mecánica.	1.JE.57-GQ-^^
	Extracción, vasos intracraneales por vía transluminal percutánea y con dispositivo no clasificado en otras categorías (NCC). Incluye trombectomía mecánica.	1.JW.57.GP-GX
	Extracción, otros vasos de la cabeza, cuello y columna NCC, por vía transluminal percutánea y con dispositivo NCC	1.JX. 57.GP-GX
Dilatación cerebral endovascular	Dilatación, vasos intracraneales por vía transluminal percutánea y con dispositivo no clasificado en otras categorías (NCC). Excluye: esto con extracción (véase 1.JW.57.GP-GX)	1.JW.50.GP-^^
	Dilatación, otros vasos de la cabeza, cuello y columna NCC, por vía transluminal percutánea Excluye: esto con extracción (véase 1.JX.57.GP-GX)	1.JX.50.GP-^^
	Dilatación, arteria carótida por vía arterial transluminal percutánea. Excluye: esto con extracción (p. ej.: endarterectomía) (véase 1.JE.57.GQ-^^)	1.JE.50.GQ-^^
Dilatación carotídea endovascular y colocación de endoprótesis vascular	Dilatación, arteria carótida por vía transluminal percutánea con balón dilatador con endoprótesis vascular (inserción)	1.JE.50.GQ-OA

Fuentes:

Heart and Stroke Foundation of Canada Quality of Stroke Care in Canada Stroke Key Quality Indicator and Case Definitions Manual 2016 (www.strokebestpractices.ca)

Sobre la Organización Mundial del Ictus

NUESTRA VISIÓN: UNA VIDA SIN ICTUS.

NUESTRA MISIÓN:

El objetivo de la Organización Mundial del Ictus es reducir el impacto del ictus en el mundo a través de la prevención, el tratamiento y los cuidados a largo plazo. Trabajamos para reducir los efectos del ictus en las personas, sus familiares y su vecindario. Nuestros miembros hacen campañas para sensibilizar sobre el riesgo del ictus y mejorar su tratamiento. Creemos que al reducir la carga que representa el ictus creamos un mundo más sano para todos.

Socios corporativos

La Campaña Mundial del Ictus se ha hecho realidad gracias a la contribución generosa de sus socios corporativos.

SOCIO PROMOTOR PLATINO PLUS

Medtronic

SOCIO PROMOTOR PLATINO



SOCIO PROMOTOR ORO



SOCIO PROMOTOR BRONZE



María Grupper
Directora ejecutiva
Organización Mundial del Ictus
7, rue Francois Versonnex
PO Box 6053
CH 1211 Ginebra 6, Suiza
Email: mgrupper@kenes.com

www.world-stroke.org