

PROYECTO DUQuE: RECOGIDA DE DATOS ICTUS AGUDO

Definiciones

Ictus Agudo	Se define como Ictus a la aparición y evolución rápida que implica signos focales (o globales) de una alteración de la función cerebral de duración superior a 24 horas (excepto en casos de muerte inmediata o en caso que el desarrollo de los síntomas se interrumpa mediante intervención quirúrgica), de origen vascular y sin otra causa aparente: incluye pacientes con signos y síntomas clínicos sugestivos de hemorragia subaracnoidea, hemorragia intracerebral o necrosis cerebral isquémica. Los signos globales se aceptan solo en casos de hemorragia subaracnoidea o en pacientes en coma profundo. No se aceptaran como Ictus, las lesiones cerebrales detectadas a través de TC, pero no acompañadas de signos focales agudos. Tampoco se aceptaran las hemorragias extradurales y subdurales. Esta definición no incluye los Accidentes Isquémicos Transitorios (AIT) o episodios de ictus en casos de enfermedad hematológica pre-existente (por ejemplo: leucemia,...) tumor cerebral o metastasis cerebral (criterios de la OMS).
Telemedicina	Es la prestación de servicios de atención sanitaria, donde la distancia es un factor crítico, por parte de profesionales de atención sanitaria mediante la utilización de tecnologías de la información y comunicación para el intercambio de información de validez para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedad y lesiones, investigación y evaluación, y para la continuidad de la educación de los proveedores de atención sanitaria, todo con el interés de avanzar en la salud de los individuales y sus comunidades (Organización Mundial de la Salud).

Criterios Diagnósticos

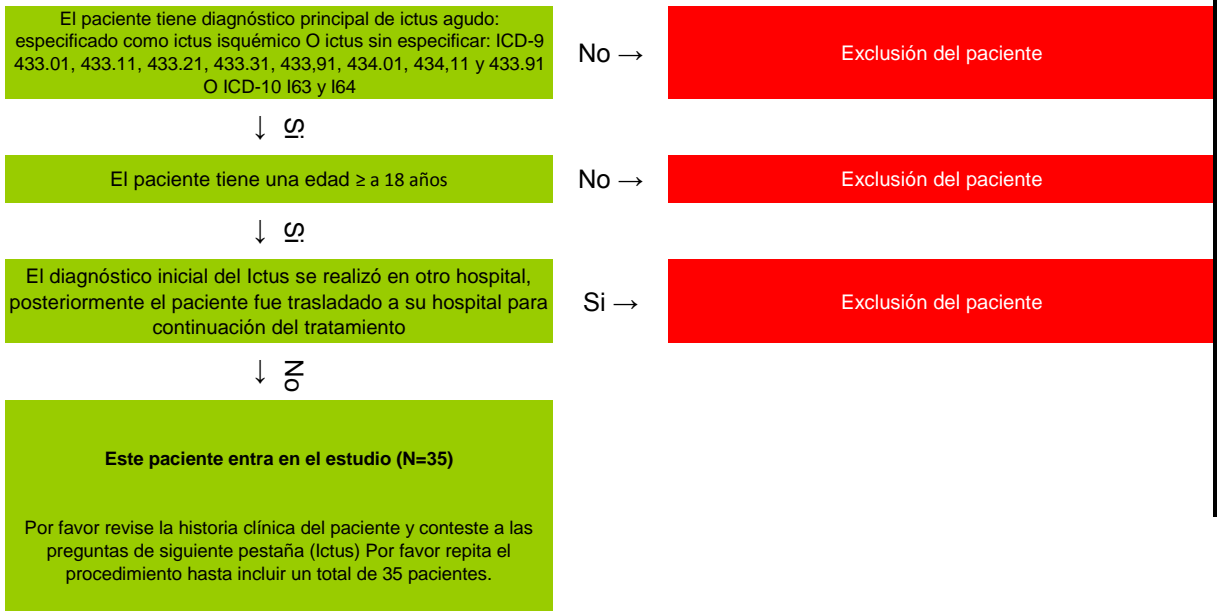
	Pacientes con edades a partir de 18 años, con código de diagnóstico principal de ictus agudo isquémico O ictus sin especificar: Incluir pacientes con diagnóstico principal según la codificación ICD 9 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.91, 434.01, 434.11 y 433.91 O ICD 10 I63 y I64
--	--

Identificación de historias clínicas de pacientes para su inclusión en el Estudio DUQuE

Condición Previa	Los pacientes con síndromes de ictus agudo considerados ictus isquémicos agudos, representan un gran proporción de los ingresos médicos agudos, pero no necesariamente son fáciles de identificar/localizar a menos que estos hayan sido ingresados en una unidad/cama especializada en la atención de pacientes con ictus. Por favor, siga la guía/algoritmo de manera rigurosa para asegurar la inclusión consecutiva de 35 casos de pacientes con ictus isquémico agudo de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión y contribuir así a la consistencia científica global del estudio DUQuE. Gracias!
-------------------------	---

Identifique a los pacientes con edades a partir de los 18 años que fueron dados de alta del hospital con un diagnóstico principal de ictus isquémico o ictus sin especificar según la codificación ICD 9 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.91, 434.01, 434.11 y 433.91 O ICD 10 I63 y I64

Buscar la historia clínica de los pacientes, revisar los registros y contestar a las preguntas. Continuar hasta que estén incluidos un total de 35 pacientes. Por favor consulte el Apartado C1 del Manual para Coordinadores de hospital para más información relacionada con el muestreo de pacientes.



PROYECTO DUQUE:HOJA DE RECOGIDA DE DATOS PARA ICTUS						
Número de Campo	Nombre de la variable	Categorías de respuesta	Definición y anotaciones	Opciones de Respuesta		
L01 INFORMACIÓN SOBRE EL PAÍS Y EL HOSPITAL						
L0101	País	País: por favor especifique el país debajo			Introduzca un número del 1-8	
		1	República Checa			
		2	Inglaterra			
		3	Francia			
		4	Alemania			
		5	Polonia			
		6	Portugal			
		7	España			
		8	Turquía			
L0102	Nombre del hospital	Por favor especifique el nombre del hospital			Nombre del hospital	
		Texto	Por favor indique el nombre del hospital			
L02 DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE						
L0201	Fecha de nacimiento del paciente	Por favor especifique la fecha de nacimiento del paciente			Introduzca la fecha exacta o marque "9"	
		DD:MM:AAAA	Fecha de nacimiento (DD:MM:AAAA)			
		9	Sin especificar			
L0202	Sexo del paciente	Por favor especifique el sexo del paciente			Introduzca 0, 1 o 9	
		0	Hombre			
		1	Mujer			
		9	Sin especificar			
L03 ADMISION/INGRESO						
L0301	Fecha y hora de la presentación de los síntomas	La hora exacta de la aparición de los síntomas (preferiblemente dentro de los 10 minutos).			Introduzca la fecha exacta o marque "9"	
		DD:MM:AAAA	Fecha (DD:MM:AAAA)			
		9	Fecha sin especificar			
		HH:MM	Hora (HH:MM)		Introduzca la hora exacta o marque "99"	
		99	Hora sin especificar			
L0302	Fecha y hora de llegada al hospital	Este campo DEBE estar completamente relleno - todos los pacientes deben tener un día y hora de ingreso. Se refiere a cuando el paciente ingresó en su hospital. Incluso si la hora exacta es desconocida, DEBE entrar la fecha en la que el paciente fue ingresado.			Introduzca la fecha exacta o marque "9"	
		DD:MM:AAAA	Fecha (DD:MM:AAAA)			
		9	Fecha sin especificar			
		HH:MM	Hora (HH:MM)		Introduzca la hora exacta o marque "99"	
		99	Hora sin especificar			

L0303 Ingreso a planta	<p>El propósito de esta pregunta es determinar donde se realizó la atención inmediata. Se refiere a la unidad en la que el paciente ingresó, ya sea desde el Servicio de Urgencias o directamente desde la ambulancia, y donde el paciente pasó la <u>mayor parte de sus primeras 24 horas en el hospital.</u></p>		
L0304 Fecha y hora de llegada a la unidad especializada de atención al paciente con ictus	<p>Este campo debe estar completado, solo en aquellos casos en los que los pacientes fueron ingresados en una Unidad/Cama especializada en atención al paciente con ictus tal y como define su hospital. El paciente debe tener un día y hora de ingreso a la unidad</p>		
L04	DIAGNÓSTICO		01
L0401 Colesterol sérico	<p>¿Se tomó una muestra para determinar el nivel de Colesterol sérico en sangre durante la estancia en el hospital?</p>		
L0402 Colesterol_LDL	<p>¿Se tomó una muestra para determinar el nivel de Colesterol_LDL en sangre durante la estancia en el hospital?</p>		

- 0 Unidad para la evaluación de ingresos médicos agudos no específicos o unidad de diagnóstico.
- 1 Unidad formal especializada en la atención al paciente con ictus
- 2 Servicio de neurología
- 3 Área utilizada principalmente para pacientes después de su atención inicial en una Unidad Especializada de atención al paciente con ictus, y que no es la ubicación habitual para la atención de pacientes con ictus agudo.
- 4 Planta médica general o planta de geriatría no especializada en la atención del paciente con
- 5 Unidad de pacientes críticos, unidad de cuidados intensivos, unidad de semicríticos
- 6 Otra planta: Pacientes ingresados en cualquier otra planta (UCI, Semicríticos...) o que han sufrido un ictus durante su estancia en el hospital
- 7 El paciente estuvo la mayor parte de las primeras 24 horas en Urgencias o en una planta de observación
- 8 El paciente murió en Urgencias durante las primeras 24 horas
- 9 Ninguno de los especificados anteriormente

Introduzca un número del 0 al 9

Introduzca la fecha y hora exacta O

en caso de no disponer de la información marque "0" o "1"

Introduzca 0, 1 o 9

Introduzca los valores en mmol/L O bien "99"

mmol/L

Introduzca 0, 1 o 9

		9 Sin especificar	Introduzca 0, 1 o 9	
		En caso afirmativo, por favor especifique los valores de colesterol_LDL en mmol/L (5mmol/L=20mg/dL). Si el valor NO es conocido marque "99"	Introduzca los valores en mmol/L. O bien "99"	mmol/L
L0403	Triglicéridos	¿Se tomó una muestra para determinar el nivel de triglicéridos en sangre durante su estancia en el hospital?		
		0 No 1 Si 9 Sin especificar	Introduzca 0, 1 o 9	
		En caso afirmativo, por favor especifique los valores de los triglicéridos en mmol/L (5mmol/L=20mg/dL). Si el valor NO es conocido marque "99".	Introduzca los valores en mmol/L. O bien "99"	mmol/L
L0404	Tomografía computerizada (TAC) o Tomografía por resonancia magnética (TRM)	¿Se Realizó una tomografía computerizada (TAC) o tomografía por resonancia magnética (TRM) a la llegada al hospital?		
		0 Se realizó una tomografía axial computerizada (TAC) 1 Se realizó una tomografía por resonancia magnética (TRM) 3 No se realizó ningún scanner 9 Sin especificar	Introduzca un número del 0-2 O 9	
L0405	Fecha y hora de la Tomografía computerizada (TAC) o Tomografía por resonancia magnética (TRM)	Fecha del TC o Resonancia magnética intra-hospitalaria (DD:MM:AAAA)		
		DD:MM:AAAA Fecha (DD:MM:AAAA)	Introduzca la fecha y hora exacta O	
		HH:MM Hora (HH:MM)		
		0 Hora exacta sin especificar pero dentro de las primeras 3 horas desde la admisión. 1 Hora exacta sin especificar pero dentro de las primeras 6 horas desde la admisión. 2 Hora exacta sin especificar pero dentro de las primeras 12 horas desde la admisión. 3 Hora exacta sin especificar pero dentro de las primeras 24 horas desde la admisión. 9 Hora exacta sin especificar pero POSTERIORES a las primeras 24 horas desde la admisión O BIEN fecha y hora sin especificar	en caso de no disponer de la información marque un número del 0-3 o "9"	
L0406	Cara (debilidad/paresia)	¿Sufrió el paciente de paresia facial?		
		0 No 1 Si 9 Sin especificar O BIEN el paciente murió antes del test diagnóstico	Introduzca 0, 1 o 9	
L0407	Brazo (debilidad/paresia)	¿Sufrió el paciente de paresia de extremidades superiores?		
		0 No 1 Si 9 Sin especificar O BIEN el paciente murió antes del test diagnóstico	Introduzca 0, 1 o 9	
L0408	Pierna (perdida de sensibilidad/parálisis)	¿Sufrió el paciente de paresia de extremidades inferiores?		
		0 No 1 Si 9 Sin especificar O BIEN el paciente murió antes del test diagnóstico	Introduzca 0, 1 o 9	
L0409	Disfagia	¿Sufrió el paciente disfagia?		
		0 No		

		1 Si 9 Sin especificar O BIEN el paciente murió antes del test diagnóstico	Introduzca 0, 1 o 9	
L0410	Hemianopsia	¿Sufrió el paciente de hemianopsia?		
		0 No 1 Si 9 Sin especificar O BIEN el paciente murió antes del test diagnóstico	Introduzca 0, 1 o 9	
L0411	Desatención/abandono	¿Sufrió el paciente signos de desatención/negligencia?		
		0 No 1 Si 9 Sin especificar O BIEN el paciente murió antes del test diagnóstico	Introduzca 0, 1 o 9	
L0412	Signos de muerte cerebral	¿Se detectaron signos de muerte cerebral en el paciente?		
		0 No 1 Si 9 Sin especificar O BIEN el paciente murió antes del test diagnóstico	Introduzca 0, 1 o 9	
L05	ANTECEDENTES DEL PACIENTE			01
L0501	Antecedentes de IAM	¿Hay algún episodio de Infarto Agudo de Miocardio previamente validado ?		
		0 No 1 Si 9 Sin especificar	Introduzca 0, 1 o 9	
L0502	Antecedentes de Angina	Durante las 2 semanas previas a la admisión ¿El paciente experimentó o ya tenía síntomas de isquemia cardíaca activos, y que se mantuvieron hasta su admisión en el hospital?		
		0 No 1 Si 9 Sin especificar	Introduzca 0, 1 o 9	
L0503	Antecedentes de Insuficiencia Cardíaca	¿Existe algún diagnostico previamente validado de insuficiencia cardíaca en régimen terapéutico?		
		0 No 1 Si 9 Sin especificar	Introduzca 0, 1 o 9	
L0504	Hipertensión Arterial	Previamente al ingreso, ¿Recibió el paciente algún tratamiento para la hipertensión arterial (fármacos, dieta o estilo de vida) o se registro una TA>140/80 en al menos 2 ocasiones previas a su admisión en el hospital?		
		0 No 1 Si 9 Sin especificar	Introduzca 0, 1 o 9	
L0505	Hipercolesterolemia	¿Tiene el paciente elevación del colesterol sérico hasta el punto que requiere tratamiento con dieta o fármacos?		
		0 No 1 Si 9 Sin especificar	Introduzca 0, 1 o 9	
L0506	Enfermedad vascular periférica	¿Presenta el paciente enfermedad vascular periférica, ya sea sintomática o previamente tratada a través de intervención o cirugía?. Incluye enfermedad renovascular (ERV) y aneurisma aortico conocidos.		
		0 No 1 Si 9 Sin especificar	Introduzca 0, 1 o 9	

L0507	Enfermedad cerebrovascular	¿Tiene el paciente historia de isquemia cerebrovascular? Incluir episodios de isquemia cerebral transitoria así como también eventos con déficit de >24 horas de duración			
		0 No 1 Si 9 Sin especificar		Introduzca 0, 1 o 9	
L0508	Asma o EPOC	¿Tiene el paciente alguna enfermedad pulmonar obstructiva?			
		0 No 1 Si 9 Sin especificar		Introduzca 0, 1 o 9	
L0509	Insuficiencia Renal Crónica	¿Tiene el paciente una elevación crónica de los niveles de creatinina >200 micro mol/L ?			
		0 No 1 Si 9 Sin especificar		Introduzca 0, 1 o 9	
L0510	Enfermedad Hepática	¿Hay algún diagnóstico validado de enfermedad hepática?			
		0 No 1 Si 9 Sin especificar		Introduzca 0, 1 o 9	
L0511	Cancer	¿Tiene el paciente al diagnóstico validado de cancer?			
		0 No 1 Si 9 Sin especificar		Introduzca 0, 1 o 9	
L0512	Demencia	¿Hay algún diagnóstico validado de demencia?			
		0 No 1 Si 9 Sin especificar		Introduzca 0, 1 o 9	
L0513	Diabetes	Por favor especifique la situación del paciente y tratamiento en relación a diabetes antes del ingreso			
		0 Paciente sin diabetes conocida en el momento del ingreso 1 Paciente diabético sin tratamiento con insulina ni hipoglicemiantes orales 2 Paciente diabético en tratamiento con hipoglicemiantes orales antes del ingreso 3 Paciente diabético en tratamiento con insulina y sin hipoglicemiantes orales adicionales 4 Paciente diabético en tratamiento con insulina y hipoglicemiantes orales antes del ingreso 9 Sin especificar		Introduzca un número del 0-4 o 9	
L06 MOBILIZACIÓN & MEDICACIÓN					01
L0601	Mobilización_Levantarse de la cama	Se refiere a la primera movilización realizada posteriormente al ingreso en su hospital. El paciente debe ser levantado de la cama con ayuda, sin ayuda, sentarse, levantarse de pie o bien andar			
		0 El paciente no fue movilizado (incluye paciente rechaza ser movilizado) 1 El paciente se movilizó sin requerir ayuda 2 El paciente fue movilizado con ayuda 3 Movilizado, no se sabe si con ayuda o sin ayuda 9 Sin especificar		Introduzca un número del 0-3 o 9	
L0602	Fecha y hora de la movilización del paciente	Hora de la primera movilización posterior al ingreso, este valor debería constar			
		DD:MM:AAAA	Date (DD:MM:AAAA)	Introduzca la fecha y hora exacta 0	
		HH:MM	Time (HH:MM)		
		0	Fecha y hora exactas sin especificar pero dentro de las primeras 48 horas post ingreso		

		1 Fecha y hora exactas sin especificar pero POSTERIORMENTE a las primeras 48h post ingreso O BIEN Fecha y hora sin especificar	en caso de no disponer de la información marque "0" o "1"		
L0603	Aspirina/otros agentes antiplaquetarios intrahospitalarios	Prevención secundaria utilizando aspirina u otros agentes antiplaquetarios			
		0 Sin aspirina ni otros agentes antiplaquetarios 1 Uso de aspirina y otros agentes antiplaquetarios 2 El paciente rechazó el tratamiento 3 Contraindicado, marcar si precisa y especificar más tarde 4 Para pacientes que murieron o fueron trasladados a otro hospital 9 No se sabe si se trató con aspirina u otros agentes antiplaquetarios	Introduzca un número del 0-4 o 9		
		En caso de estar contraindicado, por favor especifique la razón a continuación.			
		0 Alergias conocidas 1 Úlcera péptica activa 2 Historia reciente de hemorragia intracraneal 3 Historia reciente de hemorragia gastrointestinal 4 Embarazo y/o lactancia 5 Transtornos de coagulación que incluyen hemofilia, enfermedad de von Willebrand, trombocitopenia y enfermedad hepática severa 6 Otras condiciones sin especificar 9 Sin especificar	Introduzca un número del 0-6 o 9		
L0604	Fecha y hora del inicio del tratamiento con aspirina/agentes antiplaquetarios	La hora de inicio del tratamiento con aspirina/agentes antiplaquetarios.			
		DD:MM:AAAA	Fecha (DD:MM:AAAA)	Introduzca la fecha y hora exacta O	
		HH:MM	Hora (HH:MM)		
		0 Hora exacta sin especificar pero dentro de las primeras 24 horas desde la admisión. 1 Hora exacta sin especificar pero dentro de las primeras 48 horas desde la admisión. 9 Fecha y hora exactas sin especificar pero POSTERIORES a las primeras 24 horas desde la admisión O BIEN Fecha y hora sin especificar.	en caso de no disponer de la información marque "0", "1" o "9"		
L07 ALTA O EXITUS				01	
L0701	Fecha de alta del hospital O exitus	Debería registrarse el alta para todos los pacientes, la fecha de alta incluye la fecha de traslado a otro hospital. En caso de pacientes que hayan sido trasladados a otro hospital para un día e.g: para tratamiento, el paciente no se contabiliza como alta. La fecha de exitus debiera SOLAMENTE completarse en caso que el paciente muera durante su estancia en el hospital			
		DD:MM:AAAA	Fecha del alta (DD:MM:AAAA) 9 Fecha del alta sin especificar	Introduzca la fecha exacta o marque "9"	
		DD:MM:AAAA	En caso de muerte, especificar la fecha del exitus (DD:MM:AAAA) 99 No exitus O fecha del exitus sin especificar	Introduzca la hora exacta o marque "99"	

L0702 Fecha de alta de la unidad especializada en atención al paciente con ictus.	Este campo debería ser completado, solo para pacientes que fueron ingresados en una Unidad Especializada para pacientes con Ictus tal y como se define en su hospital. El alta de una Unidad Especializada en Ictus incluye la fecha de traslado a otra planta no especializada en ictus. En caso de pacientes trasladados a otro hospital de día e.g: para tratamiento, el paciente no se contará como alta		
	DD:MM:AAAA 9 La fecha de alta de la unidad especializada en atención al paciente con ictus no está especificada	Introduzca la fecha exacta o marque "9"	