

La atención al ictus se puede mejorar: la experiencia del audit clínico en el plan director de enfermedades cerebrovasculares de Catalunya

Sònia Abilleira, MD, PhD; Miquel Gallofré, MD, PhD

Plan Director Enfermedades Cerebrovasculares/ Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya.

"I often say that when you can measure what you are speaking about, and express it in numbers, you know something about it; but when you cannot express it in numbers, your knowledge is of a meagre and unsatisfactory kind; it may be the beginning of knowledge, but you have scarcely, in your thoughts, advanced to the stage of science, whatever the matter may be."

"To measure is to know. If can not measure it, you can not improve it."

Sir William Thomson, Lord Kelvin (1824-1907)

En términos de morbilidad, la relevancia de las enfermedades cerebrovasculares (ECV), del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares justifica que en diversos países se hayan puesto en marcha planes integrales de actuación contra las mismas¹. Las ECV representan la primera y tercera causa de muerte, respectivamente, en mujeres y hombres en Catalunya. El ictus representa, además, la primera causa médica de discapacidad y la segunda de demencia². La relevancia de estos datos aconsejó la creación, en 2003, del Plan Director de Enfermedades Cerebrovasculares en Catalunya. Este Plan Director nació con el objetivo fundamental de mejorar integralmente la atención de los enfermos con ictus y en este contexto, y conjuntamente con otras iniciativas, se planteó la elaboración de una GPC del ictus que actuase como instrumento homogeneizador de la atención a las personas con ictus en todo el territorio catalán³. La GPC del ictus y los documentos "Superar el Ictus" (Guía para Pacientes y Cuidadores) y el "Audit Clínico del Ictus" se presentaron públicamente en junio de 2005, fruto de la voluntad expresa de plantear y de conseguir una mejora integral de la atención del paciente con ictus.

Los audits clínicos del ictus forman parte de una iniciativa de mejora de la calidad del proceso asistencial del paciente con ictus impulsada por el Plan Director de Enfermedades Cerebrovasculares, en el marco de la Consejería de Salud de Catalunya. Esta iniciativa ha sido pionera en el Estado Español y en la actualidad cuenta ya con tres ediciones del Audit Clínico del Ictus.

Apuntes metodológicos

Desde un punto de vista metodológico, las tres primeras ediciones del audit son muy similares. Se basaron en la recogida retrospectiva de datos clave del ingreso hospitalario de pacientes con ictus agudo a partir de la revisión de las historias clínicas de ingresos consecutivos por ictus en cada uno de los hospitales participantes, seleccionados mediante códigos CIE-9 específicos. Una diferencia relevante, especialmente por sus implicaciones epidemiológicas, es que en las dos primeras ediciones el muestreo se realizó atendiendo a un tamaño muestral

fijo establecido según el volumen de ingresos por ictus/año de cada hospital. Esto implica que si bien las muestras fueron representativas de los ingresos acaecidos en cada centro, no podían interpretarse desde un punto de vista epidemiológico porque en cada hospital el periodo de inclusión no fue idéntico (sí en la fecha de inicio del reclutamiento de casos pero no en la fecha final). En la tercera edición el muestreo atendió a un criterio temporal (último trimestre de 2010) idéntico para todos los hospitales participantes. A pesar de aplicar distintas estrategias de muestreo en las diferentes ediciones, es importante destacar que en cada una de las ediciones se han revisado entre el 17% (primer y segundo audit) y el 25% (tercer audit) de todos los ingresos hospitalarios por ictus en Catalunya (alrededor de 10.000/año), y que en estas iniciativas se han involucrado todos los hospitales de agudos de Catalunya.

En las dos primeras ediciones, el audit clínico se diseñó para evaluar el grado de adherencia a determinadas recomendaciones de la GPC por parte de los servicios hospitalarios donde se realiza la atención del paciente con ictus agudo. El cuestionario inicial se había elaborado teniendo en cuenta aquellas recomendaciones de la GPC consideradas de relevancia por el comité de redacción de la guía, tanto desde el punto de vista científico (recomendaciones de clase I en las GPC) como clínico (menor evidencia pero gran impacto clínico). Esta primera versión del instrumento audit se revisó en 2009 a partir de la colaboración de un nutrido grupo de profesionales de tres comunidades autónomas (Catalunya, Baleares y Aragón) que realizaron una priorización consensuada de un paquete de indicadores de calidad a partir de un método Delphi⁴. El conjunto de indicadores priorizados fueron publicados en un informe del Plan de Calidad 2009⁵ y el documento completo puede consultarse en la web de la AQuAS (http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/indicadores_calidad_ictus_pcsns09_aiaqs2011.pdf). Esta versión 2.0 del audit es la que se ha aplicado en la tercera y última edición del audit, cuyos resultados se presentaron públicamente en junio de 2012.

Evolución de los indicadores de calidad en el periodo 2005 – 2010

Una mirada rápida al cumplimiento de los indicadores de calidad evaluados en cada una de las ediciones permite observar que en la mayoría de indicadores se constata una adherencia creciente a lo largo del periodo evaluado. Es decir, que se observa una mejoría de la calidad del proceso asistencial hospitalario a lo largo del periodo evaluado (figura 1).

Los resultados del primer audit fueron reveladores porque permitieron poner en evidencia que la atención hospitalaria de los pacientes con ictus en Catalunya era mejorable, algo que podía

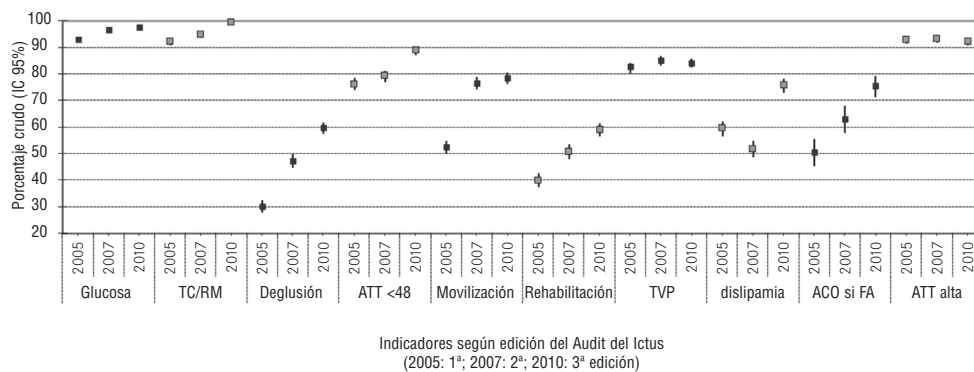


Figura 1. Evolución de la adherencia a los indicadores de calidad del proceso asistencial a lo largo de las 3 ediciones del Audit del Ictus.

N=199 áreas de salud (17 Comunidades Autónomas). Tasas por 10.000 habitantes del respectivo grupo de edad. Te: tasa estandarizada. RV: razón de variación; CV: coeficiente de variación. El subíndice indica que el correspondiente estadístico se ha calculado usando sólo las áreas cuya tasa estandarizada en el correspondiente grupo estaba incluida entre los percentiles señalados. Efecto CCAA: CCI: coeficiente de correlación intraclase: explicación de varianza del factor Comunidad Autónoma en el análisis de varianza (Anova oneway). IC95 %: Intervalo de confianza del 95 % del coeficiente de correlación intraclase.

sospechase pero que nadie había explorado hasta el momento. Entre los aspectos deficitarios identificamos, sobretodo, aquellos relacionados con la evaluación precoz de las necesidades de tratamiento rehabilitador y las intervenciones precoces en rehabilitación⁶. Otro hallazgo fundamental del primer audit fue la demostración de la existencia de diferencias en la calidad asistencial en hospitales de distintas categorías⁷. Así, la impresión general fue que intervenciones como el cribaje de disfagia, la movilización precoz, la evaluación de las necesidades de rehabilitación, la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular y el manejo de la dislipemia obtuvieron cumplimientos poco satisfactorios (intervenciones aplicadas a menos del 70% de los pacientes candidatos). Factores clínico-demográficos como el sexo y la edad pero también el nivel hospitalario se mostraron predictores de la adherencia a algunos indicadores de calidad. Así, la admisión en un hospital de nivel tres (mayor complejidad) fue predictivo de una mayor adherencia o cumplimiento de los indicadores específicos de la fase aguda y del manejo correcto de la dislipemia, mientras que los pacientes ingresados en hospitales pequeños (comarcales) mostraron una probabilidad mayor de recibir una atención en rehabilitación más adecuada⁷.

El segundo audit mostró la mejora de la mayoría de dimensiones asistenciales, en particular de los cuidados generales (realización de una prueba de neuroimagen basal, determinación basal de glucemia y cribado de disfagia), de aspectos relacionados con las necesidades en rehabilitación (movilización precoz y evaluación precoz de las necesidades de rehabilitación) y con la prevención y manejo de complicaciones como la hipertermia y la anticoagulación de pacientes con fibrilación auricular. Otros tres indicadores de calidad no mostraron cambios significativos en cuanto a su adherencia, que se mantenía en niveles satisfactorios (determinación basal de la presión arterial, inicio de antiagregantes antes de las 48 horas, y prevención de trombosis venosa profunda, todos ellos con adherencias superiores al 75%). Finalmente, tres indicadores mostraron un empeoramiento significativo del cumplimiento (manejo de la hipertensión y de la dislipemia, y prescripción de antitrombóticos al alta)⁸. Estos hallazgos sugirieron la necesidad de revisar periódicamente, la calidad asistencial, y de evitar posiciones muy optimistas res-

pecto a la consolidación de una práctica asistencial. Además, como consecuencia de estos hallazgos se diseñó un cuestionario dirigido a entender las actitudes de los clínicos ante la toma de decisiones en determinadas situaciones (por ejemplo, inicio de terapia anticoagulante en pacientes mayores).

El tercer audit del ictus, también basado en una metodología retrospectiva, contó con la participación de 46 de los 49 hospitales previstos. Es importante destacar que la pérdida de 3 hospitales tuvo un impacto casi nulo ya que su capacidad de ingreso de pacientes con ictus no era superior al 1% del total. El tercer audit confirmó la tendencia a la mejoría en el grado de cumplimiento de la mayoría de indicadores evaluados. Sobre un total de 20 indicadores, la mitad obtuvo niveles de cumplimiento superiores al 80%, con 14 indicadores con cumplimientos superiores al 70%. Los indicadores relativos a la rehabilitación, pese a mejorar respecto a ediciones anteriores, persistían en las peores posiciones. De los 10 indicadores destacados, todos mejoraron o se mantuvieron estables, con 8 de ellos superando el 75% de cumplimentación. Los indicadores “test de disfagia” y “evaluación de las necesidades de rehabilitación” tuvieron cumplimientos cercanos al 60% (figura 1). Los datos finales del tercer audit del ictus se presentaron públicamente en junio de 2012.

Impacto de la calidad asistencial del paciente con ictus en el resultado

La demostración de una asociación entre la calidad del proceso asistencial y sus resultados no es tarea fácil, y en el campo de la patología cerebrovascular es casi inexistente. Sin embargo, los audits del ictus de Catalunya han contribuido a generar evidencia en esta dirección, ya que se ha podido demostrar la asociación del incumplimiento de determinados indicadores de calidad con una probabilidad de mayor de muerte, a los 30 días y a los 12 meses del evento⁹. Esta relación suscita una serie de preguntas sin respuesta hasta el momento que requerirán investigación específica. Un segundo aspecto importante tiene relación con el propio concepto de “calidad asistencial” que, de hecho, es una característica de los servicios sanitarios, y no del proceso que se aplica a casos concretos. En este sentido, nuestro trabajo trata de demostrar el impacto de no hacer determinadas intervencio-

nes sobre la probabilidad de muerte de los paciente; pero, obvia el efecto de factores hospitalarios o del conjunto de los servicios sanitarios, factores predictores de un buen o mal resultado a nivel estructural u organizativo. Finalmente, tan sólo se evalúa muerte como “outcome” de interés. Pero las personas que sufren un ictus estarán con seguridad más interesadas en conocer las implicaciones de una determinada práctica en su independencia funcional, institucionalización, calidad de vida, etc.

¿Cuáles son las lecciones aprendidas con los audits?

Un primer aspecto destacable es que los audits no son sólo una iniciativa puntual de evaluación de la calidad de la asistencia hospitalaria del paciente con ictus. Son mucho más que eso. El objetivo fundamental de los audits del Ictus es MEJORAR la calidad asistencial y no únicamente EVALUARLA. Este propósito implica, entre otros, la necesidad de trabajar y retornar la información contenida en los audits a nivel de cada uno de los hospitales participantes y, aun más importante, discutirla con los agentes implicados –los profesionales de la atención del paciente con ictus y la administración sanitaria– y pactar métodos y maneras para implementar el “cambio”, es decir, la mejora de aquellos aspectos deficitarios.

En segundo lugar, la metodología aplicada hasta la fecha, que se basa en la revisión retrospectiva de la documentación médica, supone dos limitaciones fundamentales. La primera es que mediante la revisión retrospectiva de los datos de la historia clínica se pierde información relevante. El protocolo de recogida de información estableció desde su comienzo que aquella información que no se encontrara en la historia médica equivaldría a la no realización de la intervención que se pretendía medir. Por esto, los resultados de cada uno de los audits son, en realidad, un reflejo del peor escenario posible en términos de calidad asistencial siendo posible que la calidad de la asistencia hospitalaria de los pacientes con ictus agudo en los períodos analizados fuera algo mejor que la impresión que se deriva de la lectura de los resultados de los audits. Otro problema íntimamente ligado con la medición retrospectiva, es la demora con la que los resultados están disponibles para todos los agentes implicados (profesionales sanitarios, administración sanitaria, etc.). Lo aconsejable sería poder disponer de los resultados casi en tiempo real para poder hacer un planteamiento de cambios y modificaciones de la atención más oportuno en el tiempo. Esto no será posible si no se dispone de sistemas de información sustentados en las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación.

En el desarrollo de un proyecto como éste ha sido clave el papel del Plan Director como gestor y coordinador externo e imparcial de todo el proceso. Tampoco es casual que el Plan Director trabaje en estrecha relación con la Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut del Departamento de Salud que ha aportado el marco metodológico necesario para un proyecto de tal envergadura.

Reference List

1. National Stroke Strategy (monograph on the internet). London: Department of Health; 2007 (cited 16th July 2008). Available from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandguidance/dh_081062. 2008. Ref Type: Personal Communication
2. Gallofré M, Abilleira S, Tresserras R, and de la Puente ML. [The stroke programme of Catalonia]. *Med Clin (Barc)*. 2009;133:589-593.
3. Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori. 2006. Barcelona, Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Ref Type: Report
4. Salvat-Plana M, Abilleira S, Jimenez C, Marta J, and Gallofré M. Prioritization of performance measures for assessment of hospital-based stroke care quality through a consensus method. *Rev Calid Asist*. 2011;26:174-183.
5. Salvat-Plana, M, Abilleira, S, and Grupo de Calidad de la Atención al Ictus de Cataluña, BA. Desarrollo de un conjunto básico de indicadores de calidad de la atención del paciente con ictus a partir del consenso de expertos. Ministerio de Ciencia e Innovación. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2011. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AIAQS núm. 2009/06. 2012. Ref Type: Personal Communication
6. Abilleira S, Ribera A, Sanchez E, Roquer J, Duarte E, Tresserras R, et al. [In-hospital stroke care in Catalonia [Spain]. Results of the “First Clinical Audit of Stroke. Catalonia, 2005/2006”]. *Gac Sanit*. 2008;22:565-573.
7. Abilleira S, Gallofré M, Ribera A, Sanchez E, and Tresserras R. Quality of in-hospital stroke care according to evidence-based performance measures: results from the first audit of stroke, Catalonia, Spain. *Stroke*. 2009;40:1433-1438.
8. Abilleira S, Ribera A, Sanchez E, Tresserras R, and Gallofré M. The Second Stroke Audit of Catalonia shows improvements in many, but not all quality indicators. *Int J Stroke*. 2011;10:4949.
9. Abilleira S, Ribera A, Permanyer-Miralda G, Tresserras R, and Gallofré M. Noncompliance with certain quality indicators is associated with risk-adjusted mortality after stroke. *Stroke*. 2012;43:1094-1100.