



Certificación de  
los **Centros** de **ACV**  
en **Latinoamérica**



# GUÍA DE CERTIFICACIÓN DE CENTROS DE ACV EN AMÉRICA LATINA WSO/SIECV

# I. INTRODUCCIÓN

La certificación de los centros de Accidente Cerebrovascular (ACV) es fundamental para garantizar que los hospitales implementen y monitoreen todas las estrategias prioritarias basadas en la evidencia que modifican la historia natural de la enfermedad, reduciendo la mortalidad y discapacidad. Es una gran oportunidad para la mejoría continua de los servicios y calificación de la asistencia integral en la región, con el compromiso de los centros de ACV como organizadores y formadores de toda la red local.

## Objetivo

El objetivo de la certificación de los centros de ACV es mejorar la calidad del tratamiento en América Latina, mejorando los resultados de los pacientes. Incentivaremos a los hospitales para postularse a la Certificación como Centro de ACV de la WSO/SIECV, después de cumplir con los requisitos necesarios. Trabajaremos en conjunto con las sociedades médicas y gestores de salud (Ministerios y Secretarías de Salud) de cada país. La certificación es un paso fundamental para guiar la atención nacional de ACV por vías basadas en la evidencia que abarquen toda la red de atención.

Este programa es diseñado para garantizar la implementación de los elementos prioritarios en los centros, aumentando la calidad y seguridad del manejo y mejorando los resultados a largo plazo de los pacientes con ACV. Con un panel de expertos, ofreceremos sugerencias de mejora en los servicios, materiales para capacitación de los servicios, educación continuada, publicaciones científicas, además de la certificación internacional publicada en nuestro sitio web y en la App que estará disponible para la población. Esperamos que futuramente la certificación conlleve también a una mejor remuneración de los servicios de salud.

## Herramientas

La certificación de los centros de ACV WSO/SIECV está basada en el Roadmap para la calidad del cuidado del Accidente Cerebrovascular de la World Stroke Organization (WSO). Éste, es un recurso que ofrece la estructura para la implementación, monitorización y evaluación de los servicios de ACV en todo el mundo. Ofrece estandarización y consistencia para la selección de recomendaciones basadas en la evidencia, enfoques para la implementación en la práctica clínica y el cálculo de medidas de desempeño para crear un ambiente de mejora continua de calidad.

El Roadmap clasifica los servicios en tres niveles: 2 centros de ACV (Esencial y Avanzado) y un Servicio de salud mínimo para áreas con poco acceso a médicos y recursos, para la atención del ACV. Éste, sugiere herramientas y protocolos para ser implementados en cada nivel. El objetivo es alcanzar tantos ítem de verificación como sea posible en la lista del roadmap para proporcionar el nivel más alto posible.

Para la certificación WSO/SIECV, el Comité Ejecutivo definió los criterios obligatorios para cada nivel de los centros de ACV y la proporción de elementos recomendados disponibles en el centro para obtener la certificación (de acuerdo con todos los recursos en el Roadmap).

## II. EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

**1.** Diligencie el **Formulario de Auto-evaluación** para comprobar el estado de su Hospital. Usted podrá ver su clasificación de acuerdo al Roadmap, conociendo la proporción de elementos disponibles de acuerdo con todos los recursos sugeridos y los elementos que necesita para completar todos los requisitos. Si usted no alcanza los criterios mínimos para la clasificación, podrá identificar los ítems que requiere obtener para alcanzar la clasificación o para conseguir un nivel superior.

### 2. Para Postularse a la Certificación

**2.1** Diligencie el formulario de aplicación para la certificación

**2.2** Todos los ítems obligatorios son considerados requisitos mínimos para postularse a la clasificación en cada categoría.

**2.3** Además de los requisitos obligatorios, los hospitales deberán alcanzar al menos el 75% de los elementos recomendados para obtener la Certificación como Centro Latinoamericano de Accidentes Cerebrovasculares. Para la Recertificación los centros deberán alcanzar el 85% de los elementos recomendados. Adicionalmente mostrar mejoría en los indicadores de calidad

**2.4** Requiere demostrar 4 meses de recolección de datos en el registro y medidas de desempeño.

**3. La herramienta electrónica interactiva** mostrará el porcentaje de recursos disponibles en el hospital de acuerdo a lo sugerido en el Roadmap de la WSO previo a la visita de evaluación de posibles candidatos. Si el sistema confirma los criterios, el Centro será Pre-Certificado y recibirá una solicitud para adjuntar los documentos de soporte (como preparación para la visita). La visita se realizará entre 2 a 6 meses después de la postulación. En este período el centro puede prepararse para la certificación (por ejemplo, completar las capacitaciones, iniciar o mejorar el registro de indicadores de calidad, entre otros).

Los siguientes documentos deberán cargarse a la plataforma (deberá cargarse hasta 1 mes antes de la visita):

**3.1** Estructura del Hospital y Centro de ACV (Infraestructura - número de camas del hospital, UCI, número de Tomógrafos, número de Resonadores, número de camas de la unidad de ictus, etc., y lista de profesionales del equipo de Ictus y especialidades)

**3.1.1** Educación Médica Continuada (EMC) – Certificados de Capacitaciones – Los cuales podrán ser presentados durante la visita.

- Certificado NIHSS: Obligatorio para todos los neurólogos y un representante del servicio de Enfermería de Urgencias, Unidad de ACV y UCI.

- Escala modificada de Rankin: Obligatorio para todos los neurólogos y el profesional encargado de la evaluación de los resultados.

- Entrenamiento a enfermería, auxiliares de enfermería y demás profesionales del equipo multidisciplinario en ACV - 4 horas / año – Deglución, Manejo de la fiebre, Manejo de la Glicemia, Movilización, Prevención secundaria, Anticoagulación, etc.). Será válida la presentación de Certificados de capacitación local, informando la lista de asistencia, el contenido del programa y el mecanismo de evaluación del aprendizaje.

- Entrenamiento a enfermería y auxiliares de enfermería en manejo al paciente con ACV – 2 horas / año. Será válida la presentación de Certificados de capacitación local, informando la lista de asistencia, el contenido del programa y el mecanismo de evaluación del aprendizaje.
- Entrenamiento para médicos del departamento de Urgencias – 4 horas / año. Será válida la presentación de Certificados de capacitación local, informando la lista de asistencia, el contenido del programa y el mecanismo de evaluación del aprendizaje.
- Entrenamiento para médico de la unidad de ACV, Angiosuite y UCI neurológica – 8 horas / año. Será válida la presentación de Certificados de capacitación local, informando la lista de asistencia, el contenido del programa y el mecanismo de evaluación del aprendizaje.
- Entrenamiento para Fisioterapeutas y Terapia Ocupacional – 4 horas / año. Será válida la presentación de Certificados de capacitación local, informando la lista de asistencia, el contenido del programa y el mecanismo de evaluación del aprendizaje.

**3.2** Protocolo utilizado (referencia o descripción).

**3.3** Ruta de los pacientes con ACV.

**3.4** Medidas de desempeño: ¿qué indicadores se miden? ¿Registro local? ¿Nacional? ¿Internacional? (si es internacional, ¿qué registro?) ¿Frecuencia de evaluación? ¿Qué hacen después de la evaluación? (planes de acción). Debe haber un plan para el uso de datos. Por lo general, revisados mensual o trimestralmente por parte de un grupo interprofesional en el centro de accidentes cerebrovasculares. Los proyectos de mejora de la calidad deben derivarse de las falencias o deficiencias confirmadas por los datos.

**3.5** ¿Quién es el responsable de los datos recopilados? (monitoreo de la calidad) - nombre y profesión (usualmente un Coordinador de Enfermería).

**3.6** ¿Qué estrategias se utilizan para mejorar la calidad? ¿Frecuencia? Discusión de indicadores de calidad, discusión de casos, etc.

**3.7** Reuniones del centro de ACV: adjuntar o presentar durante la visita, la lista de presencia en las capacitaciones, discusión de casos, reunión científica, discusión de indicadores de calidad, etc.

**3.8** Informar si existe organización de la red de ACV y atención prehospitalaria. Descripción si lo hay.

Recibirá un contacto del comité de certificación para ayudarlo en la preparación de la visita de certificación para explicar el proceso.

#### **4. Visita de evaluación del centro (para todos los tipos de centro)**

Incluirá:

- 1.** Reunión de apertura: reunión entre los revisores con los líderes del hospital (el Coordinador del Centro de Accidentes Cerebrovasculares y la enfermera responsable del programa de accidentes cerebrovasculares, el equipo de la unidad de accidentes cerebrovasculares, el equipo de accidentes cerebrovasculares, el equipo coordinador de emergencias)
  - a.** Presentaciones de los revisores y el equipo del hospital.
  - b.** Explicación sobre el proceso de certificación.
  - c.** Explicación sobre la visita por parte del médico supervisor.
  - d.** Descripción general del programa de ACV (duración de 20 minutos por parte del coordinador del programa de ACV)
    - Desarrollo del programa (cuando inició, cómo se desarrolló?)
    - Infraestructura
    - Organización del programa
    - Equipo interdisciplinario en todas las áreas del hospital (servicio de urgencias, equipo de unidad de ACV o Conjunta, UCI)
    - Continuidad de atención / línea de atención
    - Monitorización de la calidad del programa (indicadores de calidad, reuniones de revisión de resultados, reuniones semanales del equipo de ictus, educación del equipo y áreas de ictus - emergencia, UCI)
    - Protocolo (Guidelines).
  - e.** Presentación por parte del revisor de enfermería los resultados de la solicitud del centro (de acuerdo con el Roadmap: con lo que cuentan y lo que falta)
  - f.** Organización de la visita.
- 2.** Lista de pacientes con ACV en el centro para revisar y evaluar la ruta de atención. Revisión desde la llegada al hospital hasta el alta y evaluar la aplicación de políticas hospitalarias y las prácticas y principios basados en la evidencia.
- 3.** Revisar 3-5 pacientes incluidos en el registro de indicadores de calidad y compararlos con los registros médicos (enfermería).
- 4.** Revisión de proyectos de mejora de la calidad e indicadores de desempeño.
- 5.** Revisar la estructura de la red local, contacto con pre-hospitalarios, protocolos.
- 6.** Revisión de personal y acreditación.
- 7.** Visita a Sala de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de ACV o sala conjunta, Sala de angiografía (para centros avanzados) y reunión con el coordinador del centro de ACV y representantes del equipo de ACV, y otros profesionales del hospital y Urgencias.
- 8.** 4 meses de recolección de datos en el registro y medidas de desempeño deben ser incluidos en la plataforma antes de la visita.
- 9.** Sesión de clausura con hallazgos

**10.** Los revisores deben completar los formularios (durante la visita, sobre la estructura, personal, protocolos) - en Brasil, para algunos también la lista de verificación específica.

Los evaluadores identificarán posibles deficiencias/áreas de mejora y se solicitarán a los centros planes de acción para mejorar el servicio (a ser presentados en la próxima certificación).

Después de la visita y después de recibir los planes de mejora, la junta de certificación revisará la postulación para la aprobación final – el hospital recibirá los resultados en hasta 1 (un) mes.

### III. RECERTIFICACIÓN

Un año después de la certificación, el hospital será evaluado para recertificación. Después de esto, para mantener la certificación, cada año se revisarán los indicadores de calidad (en línea) y se visitará el hospital para recertificación cada 2 años.

### IV. ALGUNOS CENTROS TIENEN REQUISITOS ESPECÍFICOS

**BRASIL:** Los centros que se postulen al proceso de certificación deberán cumplir con los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud de Brasil, el cual los organiza en Centros tipo I, II y III como se establece a continuación:

#### Centros Tipo I:

Centros hospitalarios que desempeñan el papel de referencia para la atención de pacientes con ACV, que proporcionan y realizan el procedimiento con el uso de agentes trombolíticos, de acuerdo con Protocolos Clínicos y Directrices Terapéuticas específicas y que cumplen con los siguientes requisitos:

- Brindar atención de emergencia las veinticuatro horas del día, todos los días de la semana, incluidos los fines de semana;
- Realizar tomografía computarizada de cráneo las veinticuatro horas del día;
- Contar con un equipo capacitado en atención de urgencias para pacientes con ACV, compuesto por médico, enfermero, auxiliares de enfermería y coordinado por un neurólogo con título de especialista en neurología, reconocido por el Consejo Federal de Medicina (CFM) o Consejo Regional de Medicina (CRM) o residencia médica en Neurología reconocida por el Ministerio de Educación (MEC);
- Proporcionar protocolos clínicos y de atención por escrito;
- Brindar cobertura de atención neurológica, disponible dentro de los treinta minutos posteriores a la admisión del paciente (de guardia o llamada remota o apoyo neurológico especializado a través de telemedicina);
- Contar con camas monitoreadas para la atención de ACV, con un médico las veinticuatro horas del día y un personal capacitado, que puede estar en el departamento de urgencias o en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI);
- Contar con exámenes de laboratorio clínico a tiempo completo;

- Contar con un equipo de Neurocirugía veinticuatro horas al día (en persona o disponible dentro de máximo dos horas); y
- Servicio de hemoterapia.

### **Centros Tipo II:**

Además de los requisitos del Tipo I, debe contar con una Unidad de atención Aguda del ACV. Requiere un área física definida con al menos 5 camas exclusivamente para la atención de pacientes con ACV (isquémico, hemorrágico o accidente isquémico transitorio), durante la fase aguda (hasta 72 horas después del ingreso), ofreciendo incluso tratamiento trombolítico intravenoso. El servicio se realiza de forma multidisciplinar, con la inclusión de fisioterapia y fonoaudiología. El tratamiento de la fase aguda lo coordina el neurólogo.

El hospital debe realizar los siguientes procedimientos: electrocardiograma (EKG), servicio de laboratorio clínico de tiempo completo, servicio de radiología. Y tener acceso garantizado mediante un plazo de compromiso a los siguientes procedimientos: Servicio de Hemoterapia, Ecografía Doppler de vasos color (examen doppler de arterias cervicales), ecocardiografía (ecocardiograma) transtorácica y transesofágica, angiotomografía, resonancia magnética, angiorrisonancia, ecodoppler transcraneal y neurorradiología intervencionista.

#### **Recursos Humanos:**

##### **Cada Unidad de ACV agudo debe tener por lo menos:**

- Un responsable técnico, con título de especialista en neurología reconocido por el CFM o CRM o residencia médica en Neurología, reconocido por el MEC);
- Médico veinticuatro horas del día;
- Enfermero veinticuatro horas del día;
- Un auxiliar de enfermería exclusivo por cada 4 (cuatro) camas, las veinticuatro horas del día;
- Apoyo diario de un fisioterapeuta;
- Apoyo diario de fonoaudiólogos;
- Apoyo neurológico las veinticuatro horas del día, los 7 días de la semana, incluidos los días festivos;

#### **Recursos Materiales:**

##### **La unidad de ACV agudo debe poseer, mínimo, 5 (cinco) camas con los siguientes equipos y materiales:**

- Camas hospitalarias con barandas laterales, correspondientes al número de camas habilitadas
- Un estetoscopio / cama;
- Al menos 2 bombas de infusión de fluidos continuo y controlado por cada cama, con una reserva operativa de 1 dispositivo por cada 3 camas;
- Puntos de oxígeno y aire comprimido medicinal con válvulas reguladoras de presión y puntos de vacío para cada cama;
- Materiales para aspiración;
- Kit, por unidad, para atención de urgencias que contenga medicamentos y los siguientes materiales: equipo para reanimación respiratoria manual tipo ambu, con reservorio y mascarilla facial, mangos y láminas de laringoscopio, tubos / cánulas endotraqueales, fijador de tubo endotraqueal, cánulas de Guedel y guía estéril;

- Equipo desfibrilador / cardioversor: 1 para la unidad;
- Electrocardiógrafo portátil: 1 equipo para la unidad;
- Equipo de medición de glucosa capilar, específico para uso hospitalario: 1 para la unidad;
- Camilla de transporte, con barandas laterales, soporte para soluciones parenterales y soporte para cilindro de oxígeno: 1 por cada 5 camas;
- Cilindro de oxígeno transportable;
- Mascarilla con diferentes concentraciones de Oxígeno: 1 por cada 3 camas;
- Monitor para monitorización continua de frecuencia cardíaca, cardioscopia, pulsioximetría y presión no invasiva, frecuencia respiratoria y temperatura, uno para cada cama.

### **Centros tipo III:**

Además de los requisitos necesarios para el Tipo II, debe contar con una Unidad de Atención Integral de Accidentes Cerebrovasculares (U-ACV Integral). La U-ACV Integral incluye la U-ACV Aguda, que puede o no compartir el mismo espacio físico. Es necesario contar con al menos 10 camas y tener como objetivo atender todos los casos de ictus agudo ingresados en la institución (excepto aquellos que requieran cuidados intensivos y aquellos para los que se opte por apoyo de cuidados paliativos). También tiene la función de continuar el tratamiento de la fase aguda, la rehabilitación temprana y la investigación etiológica completa. Debe contar con una consulta externa especializada para dar soporte a la Red (preferiblemente propia o referenciada).

El hospital debe realizar los siguientes procedimientos: electrocardiograma (EKG), servicio de laboratorio clínico a tiempo completo, servicio de radiología, servicio de hemoterapia, ecografía Doppler de vasos color (examen doppler de arterias cervicales), ecocardiografía transtorácica y transesofágica (ecocardiograma) y angiografía. Y tener acceso garantizado a través de un plazo de compromiso a los siguientes procedimientos: angiografía, resonancia magnética, angiorrsonancia, ecodoppler transcraneal y neurorradiología intervencionista.

### **Recursos humanos:**

#### **Cada Unidad Integral de ACV debe tener al menos:**

- Un responsable técnico, con título de especialista en neurología reconocido por el CFM o CRM o residencia médica en Neurología, reconocido por el MEC);
- Un médico, veinticuatro horas al día;
- Apoyo neurológico las veinticuatro horas del día, los 7 días de la semana, incluidos los días festivos;
- Una enfermera exclusiva en la unidad;
- Un técnico de enfermería por cada 4 (cuatro) camas;
- Un fisioterapeuta por cada 10 camas (6 horas/día);
- Un fonoaudiólogo por cada 10 camas (6 horas/día);
- Un terapeuta ocupacional por cada 10 camas (6 horas/día);
- Un asistente social 6 horas/día de lunes a viernes;
- Apoyo psicológico, nutricionista y farmacéutico en la institución;

**Recursos Materiales:****La unidad integral de ACV debe poseer, mínimo, 10 (diez) camas con los siguientes equipos y materiales:**

- Camas hospitalarias con barandas laterales, correspondientes al número de camas autorizadas;
- Un estetoscopio/cama;
- Dos equipos de infusión continua y controlada de fluidos (“bomba de infusión”) por cada cama, con reserva operativa de 1 equipo por cada 3 cama;
- 50% de camas con capacidad para monitoreo continuo de frecuencia respiratoria, pulsioximetría, frecuencia cardíaca, electrocardiografía, temperatura, presión arterial no invasiva;
- Puntos de oxígeno y aire comprimido medicinal con válvulas reguladoras de presión y puntos de vacío por cada cama;
- Mascara facial que permite diferentes concentraciones de Oxígeno: 01 (una) por cada 05 (cinco) camas;
- Materiales de aspiración;
- Electrocardiógrafo portátil: 1 equipo por unidad;
- Kit, por unidad, para atención de emergencia que contiene medicamentos y los siguientes materiales: equipo para reanimación respiratoria manual tipo balón autoinflable, con reservorio y mascara (ambu), mangos y láminas de laringoscopio, tubos/cánulas endotraqueales, fijadores de tubo endotraqueal, cánulas de Guedel y guía estéril;
- Equipo desfibrilador/cardioversor: 01 para la unidad;
- Equipo de medición de glucosa capilar, específico para uso hospitalario: 1 para la unidad;
- Camilla de transporte, con barandas laterales, soporte para soluciones parenterales y soporte para cilindro de oxígeno: 1 por cada 10 camas;
- Cilindro de oxígeno transportable.

**La unidad de ACV integral debe monitorear y registrar los siguientes indicadores asistenciales y de proceso:**

- Profilaxis de la trombosis venosa profunda iniciada hasta el segundo día;
- Alta hospitalaria con antiagregantes plaquetarios en pacientes con ACV no cardioembólico (excepto en situaciones específicas);
- Alta hospitalaria con anticoagulación oral para pacientes con fibrilación auricular (FA) o Flutter (a menos que esté contraindicado);
- Uso de antiagregantes plaquetarios, cuando indicado, iniciado hasta el segundo día de hospitalización;
- Alta hospitalaria con estatina para pacientes con accidente cerebrovascular aterotrombótico (a menos que esté contraindicado);
- Alta hospitalaria con plan de terapia profiláctica y rehabilitadora;
- Porcentaje de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda tratados en la Unidad de ACV;
- Tiempo de estancia hospitalaria del paciente afectado por ACV con el objetivo de reducirlo;
- Las siguientes complicaciones: trombosis venosa profunda, úlcera por presión, neumonía, infección del tracto urinario;
- CIE-10 específico para el tipo de ACV al alta hospitalaria;
- Mortalidad hospitalaria por ACV, con el objetivo de reducirla;

- Tiempo del Puerta-Tomografía <25 minutos;
- Tiempo del Puerta-Aguja <60 minutos.

**CHILE:** Se considera requisito Obligatorio que sea el Neurólogo el profesional de salud responsable por la administración de agentes trombolíticos para el tratamiento del ACV.

**COLOMBIA:** Se tienen las siguientes consideraciones:

- Debido a la no disponibilidad de Devices para monitorización electrocardiográfica prolongada, no se tendrá en cuenta éste ítem.
- Para Centros Avanzados el tratamiento trombolítico endovenoso debe ser realizado por un Neurólogo.

<b>Criterios para Certificación como Centro de ACV</b>		
Todos los elementos obligatorios se consideran requisitos mínimos para solicitar la clasificación de cada categoría.		
Se requiere al menos el 75% de los elementos recomendados para la certificación		
	<b>Centro Esencial de ACV</b>	<b>Centro Avanzado de ACV</b>
<b>Departamento de Urgencias</b>		
Disponibilidad de Servicio de Urgencias	Obligatorio	Obligatorio
Servicio de Urgencias 24 horas al día, 7 días a la semana	Obligatorio	Obligatorio
<b>Acceso a servicios Básicos de Diagnóstico</b>		
Laboratorios (Hemograma, electrolitos, función renal, glicemia, RNI, TP) 24h/7d	Obligatorio	Obligatorio
Electrocardiograma (12 derivaciones) 24h/7d	Obligatorio	Obligatorio
Tomografía Computarizada de Cráneo 24h/7d	Obligatorio	Obligatorio
Capacidad para realizar Angiotomografía (CTA) 24h/7d	Recomendado	Obligatorio
Ecocardiograma Transtorácico	Obligatorio	Obligatorio
Ecografía Doppler	Obligatorio	Obligatorio
Monitorización Electrocardiográfica Holter	Recomendado	Recomendado
<b>Acceso a servicios de Diagnóstico Avanzados</b>		
Resonancia Nuclear Magnética (RNM)		Obligatorio
Capacidad para realizar Angiorresonancia		Recomendado
Estudio de perfusión por TAC o RNM		Recomendado
Dispositivos de monitorización EKG prolongada		Recomendado
Doppler Transcraneal		Recomendado
Ecocardiograma Transesofágico		Recomendado

<b>Acceso a atención hiperaguda del ACV</b>		
Protocolos para la rápida evaluación y diagnóstico de pacientes con ACV en el hospital y servicio de urgencias 24horas/día, 7 días/semana, con evaluación de métricas de tiempo.	Obligatorio	Obligatorio
Acceso a Trombólisis endovenosa	Obligatorio	Obligatorio
Trombólisis endovenosa 24 horas al día / 7 días a la semana	Obligatorio	Obligatorio
Acceso a médicos con experiencia en la atención aguda del ACV disponibles 24 horas al día / 7 días a la semana	Obligatorio	Obligatorio
Informe el especialista responsable del tratamiento trombolítico en su centro (marque todos los disponibles)		
Neurólogo	( )	( )
Neurocirujano	( )	( )
Médico Emergenciólogo / Urgenciólogo	( )	( )
Intensivista	( )	( )
Otro especialista	( )	( )
Acceso a especialista en ACV por telemedicina y tele-radiología.	( )	( )
Trombólisis (número mínimo recomendado por año)	10	20
<b>¿Acceso a servicios médicos de emergencia - EMS- (ambulancia)? ( ) Sí ( ) No</b>		
En caso afirmativo:		
Capacitación de equipos de ambulancias para identificar signos de ACV utilizando herramienta FAST o similar	Recomendado	Recomendado
Trabajar con sistemas de ambulancia para identificar al ACV como una emergencia de transporte de alta prioridad.	Recomendado	Recomendado
<b>Acceso a Enfermería y Auxiliares de Enfermería con entrenamiento en ACV.</b>		
Cuidados agudos (la capacitación debe estar documentada, al menos 4 horas/año - los documentos podrán cargarse en la plataforma o presentarse durante la visita).	Obligatorio	Obligatorio
Unidad de ACV (la capacitación debe estar documentada, al menos 4 horas/año - los documentos podrán cargarse en la plataforma o presentarse durante la visita, incluyendo los protocolos de la unidad de ACV, evaluación neurológica y para disfagia).	Obligatorio	Obligatorio

<b>Programa para desarrollar y mantener las competencias claves y el cuidado de los pacientes con ACV</b>	Obligatorio	Obligatorio
<b>Acceso a la atención hospitalaria para ACV agudo, donde los pacientes admitidos son atendidos:</b>	Recomendado	
(Uno disponible, el ítem es positivo)	Obligatorio	
Unidad de ACV (definida como un grupo de camas, equipo médico y protocolos que son usados para el cuidado de pacientes con ACV).	( )	( )
Modelo agrupado – Sala unificada	( )	( )
<b>Miembros del Equipo Multidisciplinario de ACV</b>		
Neurólogo	Recomendado	Recomendado
Neurólogo con experiencia en ACV (o Médico con experiencia en ACV en algunos países)	Obligatorio	Obligatorio
Acceso a médicos con experiencia en prevención y rehabilitación en ACV	Recomendado	Recomendado
Enfermeras capacitadas en atención al ACV	Obligatorio	Obligatorio
Auxiliares de Enfermería	Obligatorio	Obligatorio
Farmacéutico	Recomendado	Recomendado
Trabajador Social	Recomendado	Recomendado
Cuidados Paliativos	Recomendado	Recomendado
Fisioterapia	Obligatorio	Obligatorio
Terapia Ocupacional	Recomendado	Recomendado
Fonoaudiología	Obligatorio	Obligatorio
Neurocirujano	Recomendado	Obligatorio
Neurointervencionista (Neurología intervencionista, o Neurocirugía Endovascular, o Neurorradiología Intervencionista)		Obligatorio
<b>Acceso a los protocolos de la unidad de ACV para guiar la atención del ACV basado en las guías de las mejores prácticas clínicas (Asistencia médica y de enfermería)</b>		
Evaluación de la deglución	Obligatorio	Obligatorio
Nutrición, Hidratación	Obligatorio	Obligatorio
Estado funcional, movilidad, riesgo de TVP	Obligatorio	Obligatorio
Grado de dependencia	Obligatorio	Obligatorio
Integridad de la piel	Obligatorio	Obligatorio
Continencia Urinaria e Fecal	Obligatorio	Obligatorio
Control de la temperatura	Obligatorio	Obligatorio
Posicionamiento, movilización.	Obligatorio	Obligatorio

Acceso a terapias de prevención de ACV como antiplaquetarios, anticoagulantes, recomendaciones para cambios en el estilo de vida, control de la presión arterial.	Obligatorio	Obligatorio
<b>Acceso a Intervención Avanzada</b>		
Trombectomía endovascular 24 horas día / 7 días a la semana		Obligatorio
Trombectomía (número mínimo recomendado por año)		10
Neurocirugía para ACV hemorrágico 24 horas día / 7 días a la semana (Incluyendo Clipaje y Derivación ventricular)	Recomendado	Obligatorio
Craniectomía para ACV isquémico 24 horas día / 7 días a la semana		Obligatorio
Productos para revertir Coagulopatías	Recomendado	Recomendado
Atención en Unidad de ACV	Recomendado	Recomendado
Unidad de Cuidados Intensivos propia	Recomendado	Obligatorio
<b>Acceso a servicios de Rehabilitación</b>		
Acceso temprano a terapia de rehabilitación - incluida la capacitación de habilidades cruzadas para enfermeras, auxiliares de enfermería y miembros de la familia.	Recomendado	Recomendado
Evaluación funcional temprana, establecimiento de objetivos y desarrollo de planes de rehabilitación individualizados.	Recomendado	Recomendado
<b>Organización de la Atención a pacientes con ACV</b>		
Director del programa de ACV	Obligatorio	Obligatorio
Coordinación de Enfermería	Obligatorio	Obligatorio
Fuerza de Tarea en ACV (reunión mensual) análisis de datos, guías, mejora del rendimiento	Obligatorio	Obligatorio
Reuniones interdisciplinarias semanales para discutir el progreso del paciente con respecto a los objetivos del tratamiento; actualización de planes de manejo	Recomendado	Recomendado
Educación del paciente y la familia, capacitación en habilidades y participación en la planificación de la atención	Recomendado	Recomendado
Planificación del alta	Recomendado	Recomendado
Programas de entrenamiento sobre ACV para todos los niveles de profesionales sanitarios	Recomendado	Recomendado

Participación en la evaluación de la calidad de los servicios (registro) – 4 meses de recopilación de datos en el registro y medidas de desempeño deberán incluirse en la plataforma antes de la visita	Obligatorio	Obligatorio
Materiales educativos impresos para paciente	Recomendado	Recomendado
<b>Atención coordinada del ACV proporcionada a regiones geográficamente discretas</b>		
Vías de ACV que definen el traslado de los pacientes con ACV a través de la región a niveles de servicios más altos y más bajos según sea necesario	Recomendado	Recomendado
Sistema de referencia coordinado		Recomendado
Proporcionar soporte por Telestroke a centros más pequeños y en áreas rurales		Recomendado
Educación a la población	Recomendado	Recomendado
<b>Implementación de Investigación en ACV</b>		Recomendado

## V. INDICADORES DE CALIDAD:

Formulario para indicadores de calidad:

1. \*Edad
2. \*Género
3. \*Fecha del ACV: \_\_ / \_\_ / \_\_ Hora del ACV (inicio de los síntomas o última vez visto bien) \_\_: \_\_ ( ) desconocido  
¿El ACV ocurrió dentro del hospital? (0) No (1) Sí
4. \*Fecha de llegada a urgencias – primer hospital: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora de llegada: \_\_: \_\_ ( ) Desconocido  
Hospital de la primera atención ( ) Participante del registro ( ) Otro hospital
5. \*Tipo de Ictus: (1) ACV isquémico (2) AIT (3) ACV hemorrágico (4) HSA ( ) Otros
6. \*NIHSS en la admisión: \_\_\_\_\_ (0 a 42 ó desconocido)
7. mRankin previo (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
8. \*Fecha de hospitalización: \_\_ / \_\_ / \_\_
9. \*El paciente fue atendido en: (1) Unidad de ACV (2) UCI general (3) Unidad de ictus + UCI (4) Unidad general (5) Unidad Intermedia (6) Desconocido
10. \*¿Realizó neuroimagen? (0) No (1) TAC (2) RNM (3) TAC y RNM  
10.1 ASPECTS en la admisión (Centros Avanzados) \_\_\_\_\_

11. \*Tratamiento en fase aguda

(0) No

(1) Trombólisis IV

(2) Trombólisis IA (farmacológica)

(3) Trombectomía

(4) Trombólisis IV + Trombectomía

(5) Trombólisis IV + Otro tratamiento endovascular

(6) Otro tratamiento endovascular aislado (por ejemplo, angioplastia con stent)

(7) Craniectomía

12. \*Fecha del tratamiento de reperfusión: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\* Hora del tratamiento trombolítico IV: \_\_\_: \_\_\_

\* Hora de punción arterial: \_\_\_: \_\_\_

\* Hora final de la recanalización (TM)

\* TICI final: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2a ( ) 2b ( ) 2c ( ) 3

13. Razón para no haber usado tpa ( ) Tiempo ( ) Hipodensidad extensa en la TAC ( ) Plaquetas < 100.000 ( ) INR > 1,7 ( ) anticoagulación ( ) AIT ( ) Déficit mínimo ( ) Cirugía reciente ( ) Sangrado GI o GU < 21 días ( ) Otra razón

14. Hemorragia Intracraneal sintomática hasta 36 horas de la llegada (0) No (1) Si

15. ¿Diagnóstico de fibrilación o flutter auricular? (0) No (1) Sí

Si sí, ¿diagnóstico previo al ictus? (0) No (1) Sí

16. \*¿Hubo evaluación de disfagia?

(0) No (1) Sí (se considera sí en caso el paciente se encontraba inconsciente o intubado y se registró en la historia clínica el motivo para no realizarla)

17. \*¿Se sometió a fisioterapia? (0) No (1) Sí

18. \*¿Prescripción de antiagregante plaquetario al momento del alta por ACV isquémico? (0) No (1) Sí

19. \* ¿Prescripción de anticoagulante al momento del alta para pacientes con fibrilación auricular / flutter?

(0) No (1) Si (2) No pero planeado (3) Desconocido (4) No aplica (muerte, contraindicación u otro)

20. Profilaxia para TVP (0) No (1) Si

21. mRankin al alta: (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)

Si muerte – Causa de muerte: (1) ACV (2) IAM (3) Embolia pulmonar (4) Sepsis (5) Otro

22. \* Fecha de alta: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

En 3 meses:

23. mRankin: (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (0) Sin secuela

## INDICADORES DE CALIDAD

1a. Tiempo de Puerta-aguja (mediana) \_\_\_\_\_ min

% de pacientes con puerta-aguja <60 min \_\_\_\_\_ (objetivo > 50%)

% de pacientes con puerta-aguja <45 min \_\_\_\_\_

1b. Tiempo de Puerta-punción (mediana) \_\_\_\_\_ min (Centros Avanzados)

% de pacientes puerta-punción <120 min \_\_\_\_\_ (objetivo > 50%)

% de pacientes puerta-punción <90 min \_\_\_\_\_

2. Elegibilidad para reperfusión

Elegibilidad total \_\_\_\_\_% (número de pacientes tratados / número total de pacientes con ACV isquémico)

Elegibilidad en ventana para trombólisis IV \_\_\_\_\_% (número de pacientes trombolizados / número de pacientes que llegaron ≤ 4,5 h del inicio de los síntomas)

3. a. % TICI Final 2b-3 \_\_\_\_\_ (Centros Avanzados)

b. Tiempo punción a recanalización \_\_\_\_\_ (Centros Avanzados)

4. % Hemorragia intracraneal sintomática

5. Evaluación de disfagia \_\_\_\_\_%

6. Pacientes con sospecha de accidente cerebrovascular sometidos a TC / RM \_\_\_\_\_%

7. Alta con prescripción de antiagregantes plaquetarios en pacientes con ACV isquémico \_\_\_\_\_% (objetivo 100%)

8. Alta con Anticoagulante en pacientes con ACV isquémico asociado a FA \_\_\_\_\_% (objetivo 90%)

9. Pacientes con Ictus atendidos en Unidad de ACV \_\_\_\_\_ (número de pacientes atendidos en "Unidad de ACV = si" / número total de pacientes con ACV isquémico, AIT, ACV hemorrágico (objetivo 90%))

10. Rankin al momento del alta

Muerte hospitalaria \_\_\_\_\_%

Muerte ACVi / AIT \_\_\_\_\_%

Muerte ACVh \_\_\_\_\_%

11. Puntuación mRankin en 90 días \_\_\_\_\_

Puntaje Rankin de 0 a 1 en 90 días \_\_\_\_\_%

Puntaje Rankin de 0 a 2 en 90 días \_\_\_\_\_%

Puntaje Rankin 6 en 90 días \_\_\_\_\_%

## VI. REVISIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO DEL CENTRO (VISITA)

Marque la casilla roja si la información de la historia clínica es la misma en el registro de indicadores de calidad.

NOMBRE DEL CENTRO:

FECHA:

Iniciales del paciente:

Edad:

Género:

1. Fecha y hora del Ictus (inicio de síntomas o última vez visto bien) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, \_\_\_:\_\_\_  
( ) Desconocido

2. Fecha y hora de llegada a Emergencias (primer hospital) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, \_\_\_:\_\_\_  
( ) Desconocido

3. Primer hospital de destino ( ) Procede de otro hospital ( )

4. Tipo de ACV: (1) ACV isquémico (2) AIT (3) ACV hemorrágico (4) HSA (5) otro

5. NIHSS en la llegada \_\_\_ (0 – 42 o desconocido) ( )

6. Tratamiento de Fase aguda ( )

(0) No

(1) Trombólisis EV

(2) Trombólisis IA (química)

(3) Trombectomía

(4) Trombólisis EV + Trombectomía

(5) Trombólisis EV + Otro tratamiento endovascular

(6) Sólo otro tratamiento endovascular (ejemplo: angioplastia con stent)

(7) Hemicraniectomía

7. Fecha tratamiento de reperfusión:

Trombólisis IV fecha/hora \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, \_\_\_:\_\_\_ ( )

Punción arterial fecha/hora \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, \_\_\_:\_\_\_ (avanzado) ( )

Hora final de la recanalización \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, \_\_\_:\_\_\_ (avanzado) ( )

TICI final: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2a ( ) 2b ( ) 2c ( ) 3 (avanzado) ( )

8. Razones para no usar rTPA

( ) Tiempo ( ) Hipodensidad extensa precoz en la TAC ( ) Plaquetas < 100.000 ( ) RNI > 1,7

( ) anticoagulación ( ) AIT ( ) Déficit mínimo ( ) Cirugía reciente ( ) Sangrado GI o GU < 21 días ( ) otras razones ( )

9. Hemorragia intracraneal sintomática < 36h desde la llegada (0) No (1) si ( )

10. Prescripción de anticoagulantes al alta para paciente con Fibrilación/Flutter Auricular (0) No (1) Si (2) No, pero planeado (3) Desconocido (4) No aplicable (muerte, contraindicación u otro) ( )

11. Rankin al alta (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) ( )

Corta Historia:

NOTAS:

PREOCUPACIONES / DEBILIDADES / DEFICIENCIAS:

CIERRE DEL PROCESO PARA IDENTIFICACIÓN DE PREOCUPACIONES? COMO CERRARLO:

## VII. REPORTE DE LA VISITA

Aplicación del Centro a nivel ( ) Esencial ( ) Avanzado

Los evaluadores completarán la lista de verificación durante la visita in situ (la misma que se usó para la aplicación) e completarán el resumen de la visita

Nombre del Centro:

Ciudad:

País:

Revisores:

Doctor:

Enfermera:

Fecha de la visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### RESUMEN DE LA VISITA:

1. Pre-hospitalario:

Descripción:

Sugerencia:

2. Hospital:

Descripción:

3. Servicio de ACV:

Descripción:

Sugerencia:

4. Departamento de Emergencia:

Descripción:

Sugerencia:

5. Radiología y Laboratorio:

Descripción:

Sugerencia:

6. Quirófanos:

Descripción:

Sugerencia:

7. AngioSuite

Descripción:

Sugerencia:

8. Unidad de recuperación de anestesia:

Descripción:

Sugerencia:

9. Unidad de Cuidados Intensivos:

Descripción:

Sugerencia:

10. Unidad de ACV:

Descripción:

Sugerencia:

11. Educación a los profesionales de Salud:

Descripción:

Sugerencia:

12. Educación de la Población:

Descripción:

Sugerencia:

13. Procesos para mejora de la calidad:

Descripción:

Sugerencia:

14. Investigación:

Descripción:

Sugerencia:

15. Fortalezas:

16. Debilidades/Dificultades:

RECOMENDACIONES DE LOS REVISORES PARA LA CERTIFICACIÓN:

## **VIII. REVISIÓN DEL COMITÉ/JUNTA**

Lista de los miembros del Comité/Junta:

Fecha:

Nombre del hospital:

Ciudad:

País:

Certificación Aprobada (0) No (1) Si

Nivel del Centro (1) Esencial (2) Avanzado

