GUÍAS DE ANOTACIÓN DE TEXTOS CLÍNICOS UTILIZADOS EN ICTUSnet

ENTREGABLE E2.5

WP2 Desarrollo e integración de algoritmos de 'Machine Learning'

Rosa Maria Vivanco**
Montserrat Marimon*
Marta Villegas*
Aitor Gonzalez-Agirre*

**Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS)

*Barcelona Supercomputing Center-Centro Nacional de Supercomputación (BSC-CNS)

con la colaboración de

Mª Carmen Conde Peláez
Isabel García Navarro
Maria Victoria Pizarroso Navarro
Eugènia Sarsanedas Castellanos

Diciembre 2020

Versión final 5.1

Índice de contenidos

Introducción 4

1. Reglas generales (G) 5

Regla G1. Menciones que no estén claras 5

Regla G2. Marcar siempre mención más larga posible 5

2. Anotación de SECCIONES Y SUBSECCIONES del documento 5

Regla de anotación de secciones 8

3. Anotación de FECHAS y HORAS 9

Regla TG1. Normalización de fechas y horas 9

Regla TG2. Menciones de horas 9

Regla TP1. Fecha de ingreso 10

Regla TP2. Fecha de alta 11

Regla TP3. Hora de alta 11

Regla TP4. Fecha inicio síntomas o última vez visto asintomático/a 12

Regla TP5. Hora inicio síntomas o última vez visto asintomático/a 12

Regla TP6. Fecha llegada al hospital receptor 13

Regla TP7. Hora llegada al hospital receptor 15

4. Anotación de VARIABLES DE INTERÉS 15

Reglas de anotación sobre el DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y SUS ATRIBUTOS 16

Regla Diagnóstico principal sólo en sección diagnóstico 16

Regla Diagnóstico principal fuera de la sección diagnóstico 16

Regla Primer diagnóstico como diagnóstico principal 16

Regla Etiquetar el diagnóstico Ictus Isquémico 17

Regla Atributo vaso cerebral afectado asociado al diagnóstico Ictus isquémico 17

Regla Atributo localización asociado al diagnóstico Ictus isquémico 18

Regla Atributo lateralización asociado al diagnóstico Ictus isquémico 18

Regla Atributo etiología asociado al diagnóstico Ictus isquémico 19

Regla Etiquetar el diagnóstico *Ataque Isquémico Transitorio* 20

Regla Atributo localización asociado al Ataque Isquémico Transitorio 20

Regla Atributo lateralización asociado al diagnóstico Ataque Isquémico Transitorio 20

Regla Atributo etiología asociado al diagnóstico Ataque Isquémico Transitorio 21

Regla Etiquetar el diagnóstico *Hemorragia cerebral* 21

Regla Atributo localización asociado al diagnóstico Hemorragia cerebral 21

Regla Atributo lateralización asociado al diagnóstico Hemorragia cerebral 22

Regla Atributo etiología asociado al diagnóstico Hemorragia cerebral 22

Regla Etiquetar el diagnóstico *como 'Otros'* 23
4.2. VARIABLES SOBRE PROCEDIMIENTOS Y PRUEBAS Y SUS ATRIBUTOS 23
Regla Negación sobre procedimientos 24
Regla Anotación de fechas y horas sobre procedimientos 24
Regla Etiquetar el procedimiento Trombolisis Intravenosa 25
Regla Fecha trombolisis intravenosa 26
Regla Hora inicio primer bolus de la trombolisis rtPA 26
Regla Etiquetar el procedimiento trombolisis intraarterial 28
Regla Fecha trombolisis intraarterial 28
Regla Hora trombolisis intraarterial 29
Regla Etiquetar el procedimiento trombectomía mecánica 29
Regla Fecha inicio trombectomía mecánica 30
Regla. Hora punción arterial para la trombectomía mecánica (groin puncture) 30
Regla tiempo puerta punción 32
Regla Fecha primera serie para la trombectomía mecánica 32
Regla Hora primera serie para la trombectomía mecánica 32
Regla Fecha y Hora recanalización para la trombectomía mecánica 32
Regla Fecha / hora fin de la trombectomía mecánica 33
Regla Etiquetar el procedimiento Test de disfagia 33
Regla TP5.1. Tac craneal y sus atributos 33
Regla TP5.1. Fecha tac craneal 33
Regla TP5.1. Hora tac craneal 33
4.3. VARIABLES SOBRE TRATAMIENTOS Y ESCALAS DE VALORACIÓN 34
Regla Etiquetar el Tratamiento anticoagulante 34
Regla Etiquetar el Tratamiento anticoagulante habitual 34
Regla Etiquetar el Tratamiento anticoagulante al alta 35
Regla Etiquetar el Tratamiento antiagregante 35
Regla Etiquetar el Tratamiento antiagregante habitual 35
Regla Etiquetar el Tratamiento antiagregante al alta 36
Regla Etiquetar la situación funcional (Escala de Rankin Modificada) y el valor numérico asociado 39
Regla Etiquetar la situación funcional previa al episodio medida en forma de Escala de Rankin Modificada y el valor numérico asociado 39
Regla Etiquetar la información de la escala NIHSS y el valor numérico final 40
Regla VP11. Etiquetar la información de la escala NIHSS inicial y el valor numérico final 40
Regla Etiquetar el ASPECTS score y el valor numérico asociado 42

Introducción

En esta guía de anotación se describen los criterios para la anotación de términos relacionados con el ictus del corpus ICTUSnet (http://ictusnet-sudoe.eu/en/).

La anotación de términos relacionados con el ictus consiste en seleccionar y etiquetar de forma manual entidades relacionadas con el ictus en el texto a través de una interfaz-web personalizada. Este proceso se debe realizar siguiendo un conjunto de reglas que se detallan más adelante.

El corpus a anotar se compone de informes de alta de hospitalización de pacientes que han ingresado en un hospital perteneciente a la red del código ictus de Catalunya y que forman parte del registro de códigos ictus de Catalunya (CICAT).

El proceso de anotación confía en el conocimiento de base del dominio. Los/las anotadores/as pueden consultar, además de la presente guía, ontologías como SNOMED-CT y terminologías estadísticas como el CIE-9M, en caso de duda.

El proceso de anotación consta de 3 fases, que se realizan de forma secuencial:

1. Se seleccionan y se etiquetan las SECCIONES Y SUBSECCIONES del documento (Sección 2).
2. Se seleccionan y se etiquetan todas las FECHAS Y HORAS del documento (Sección 3).
3. Se seleccionan y se etiquetan todas las VARIABLES DE INTERÉS y sus ATRIBUTOS (Sección 4).

La anotación de las fechas y horas de los documentos en la fase 2 se realizará en dos pasos: (1) primero se identificarán de manera automática todos las fechas y las horas que aparezcan en los documentos, (2) segundo, se clasificarán algunas de las fechas y horas identificadas automáticamente. La anotación de las secciones y subsecciones, las variables de interés y sus atributos, y las relaciones entre las fechas/horas y las variables de interés se realizará de forma manual exclusivamente.

Las reglas de anotación están estructuradas en reglas generales (Reglas-G), reglas positivas (Reglas-P) y reglas negativas (Reglas-N), que especifican qué se debe anotar y qué no se debe anotar, respectivamente.

1. Reglas generales (G)

Son reglas que se aplican a todos los procedimientos de anotación.

Regla G1. Menciones que no estén claras

No anotar menciones para las que no esté claro si corresponde.

Regla G2. Marcar siempre mención más larga posible

Para menciones multi-palabra, marcar siempre la mención más larga posible: "…*TAC craneal…*" vs *"…TAC craneal…"* o "…*trombolisis mecánica…*" vs *"…trombolisis mecánica…"*.

2. Anotación de SECCIONES Y SUBSECCIONES del documento

En una primera fase de anotación se identifican y se etiquetan las secciones y subsecciones de los documentos. La selección de las secciones y subsecciones se basa en: (1) los apartados en los que se dividen y estructuran la mayoría de los informes de alta hospitalaria; cada informe de alta está dividido en diversas secciones y subsecciones que corresponden a diferentes apartados del proceso de asistencia, aunque el orden en el que aparecen en los distintos informes puede variar, y (2) los **arquetipos de referencia del Ministerio de Sanidad**, Servicios Sociales e Igualdad; recursos comunes de modelado clínico para su uso dentro del Sistema Nacional de Salud[1][2].

La Tabla 1 recoge las correspondencias entre los arquetipos de tipo *ENTRY*, que se encuentran en los distintos arquetipos de tipo *SECTION: Datos del proceso asistencial,* (columna 1) y las distintas secciones y subsecciones que se encuentran en los informes de alta de los centros hospitalarios de Catalunya (columna 2); en la columna 3 recogemos otros términos que aparecen como títulos de las secciones y subsecciones[3]. **El proceso de anotación de secciones únicamente identifica cabeceras de secciones, el mapeo a arquetipos se hará en un proceso posterior**.

Arquetipo SECTION: Datos del proceso asistencial	***Sección y Subsección (o campo) informes de alta (término habitual)***	***Otros términos sinónimos***
Motivo del alta	Motivo de alta	Motivo de alta
	Esta sección puede incluir, además, la subsección Destino al alta	

[1] https://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/areaRecursosSem/Rec_mod_clinico_arquetipos.htm
[2] Los arquetipos ya accesibles están basados en la norma UNE-EN ISO 13606. Posteriormente se publicarán arquetipos basados en el estándar HL7 CDA.
[3] Todos estos términos, además, pueden aparecer en catalán y en formas abreviadas. Recogemos en la Tabla 3 las abreviaturas más frecuentes.

<table>
<tr><td>Motivo del ingreso</td><td>Motivo de ingreso</td><td>Motivo de consulta</td></tr>
<tr><td>Tipo de ingreso</td><td>campo Tipo (que aparece en la cabecera del documento)</td><td>Tipo/Tipus</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Antecedentes</td><td>Antecedentes</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Esta sección puede incluir, además, las siguientes subsecciones:
<table>
<tr><td>Antecedentes patológicos</td><td></td></tr>
<tr><td>Antecedentes personales</td><td></td></tr>
<tr><td>Antecedentes quirúrgicos</td><td></td></tr>
<tr><td>Antecedentes familiares</td><td></td></tr>
<tr><td>Situación funcional</td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Información sobre la historia actual</td><td>Proceso actual</td><td>Enfermedad actual</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Información sobre la exploración física</td><td>Exploración física</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Esta sección puede incluir, además, las siguientes subsecciones:
<table>
<tr><td>Exploración física en urgencias</td><td></td></tr>
<tr><td>Exploración física durante hospitalización</td><td>- Exploración física en la Unidad de Ictus
- Exploración neurológica al ingreso
- Exploración física en Sala
- Exploración física en UCI</td></tr>
<tr><td>Exploración neurológica al alta</td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Información sobre pruebas complementarias</td><td>Exploraciones complementarias</td><td>- Laboratorio
- Radiología
- Pruebas complementarias
- Pruebas complementarias realizadas</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">Esta sección puede incluir, además, las siguientes subsecciones:
<table><tr><td>Exploraciones en urgencias</td><td>Pruebas en urgencias</td></tr><tr><td>Pruebas en planta de neurología</td><td></td></tr></table>Intervenciones quirúrgicas</td></tr>
<tr><td>Información sobre la evolución</td><td>Evolución</td><td>- Evolución clínica
- Evolución y tratamiento realizado
- Evolución y comentarios</td></tr>
<tr><td>Diagnóstico</td><td>Diagnóstico principal</td><td>- Orientación diagnóstica
- Juicio Clínico</td></tr>
<tr><td>Otros diagnósticos</td><td>Diagnósticos secundarios</td><td></td></tr>
<tr><td>Procedimiento</td><td>Procedimientos</td><td>Intervenciones</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Información sobre tratamientos</td><td>Tratamiento habitual</td><td>Medicación habitual</td></tr>
<tr><td>Tratamiento al alta</td><td>- Tratamiento recomendado al alta
- Tratamiento y recomendaciones al alta
- Plan terapéutico</td></tr>
<tr><td>Control</td><td>Plan</td></tr>
<tr><td>Recomendaciones</td><td>- Otras recomendaciones
- Recomendaciones de prevención secundaria
- Indicaciones
- Recomendaciones generales</td></tr>
</table>

TABLA 1 CORRESPONDENCIA ENTRE ARQUETIPOS Y SECCIONES DE LOS INFORMES DE ALTA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS DE CATALUÑA

Regla de anotación de secciones

Se anotan todas las cabeceras de secciones que aparezcan en el texto y se mapean a las secciones normalizadas que se listan en la columna ***Sección y Subsección (o campo) informes de alta (término habitual)*** de la Tabla 1.

Se entiende que una mención es cabecera de sección en alguna de las siguientes situaciones:

1) Está sola en una línea, en mayúsculas y no forma parte de un texto más largo (párrafo):

PROCÉS ACTUAL La paciente presenta clínica de ictus vertebro-basilar oscilante y posteriormente progresivo. Se valora inicialmente en H. Granollers aproximadamente a las 22:30. Se objetiva top basilar se tromboliza de forma sistémica y se decide traslado a nuestro centro para valroar trombectomía

EVOLUCIÓN: Se trata de un paciente de 55 años que presenta cuadro compatible con ictus PACI de ACM izquierda. Se ha realizado TC craneal con ASPECTS 8, angioTC con oclusión en tándem carótida interna izquierda y M1 postbifurcación de ACM izquierda

2) Está sola en una línea y no forma parte de un texto más largo (párrafo):

Proceso actual / Procés actual El día 9.02.2017 sobre las 21h presenta sensación de mareo, con acúfenos del oído izquierdo y cefalea con posterior disminución del nivel de conciencia por lo quelos familiares avisan al SEM …

Malaltia actual Paciente que consulta porque el dia 21/3/2017 a las 06:00 horas se levanta con parestesias faciobraquicrurales derechas con perdida de la fuerza en ESD y dificultad para la marcha junto con desviación de la comisura bucal derecha, con disartría. TA en casa 200/90….

3) No está sola en una línea, pero está al principio de línea y va seguida de ":"

PROCÉS ACTUAL: Paciente varón que es visto bien por úlitma vez asintomático y en su estado basal el dia 6/04/2017 a las 01:00h, y a las 6:00h es hallado por su esposa con impotencia funcional en hemicuerpo derecho y dificultad para el habla. Por ello es trasladado al Hospital de Vic, dónde se realiza un TC craneal simple que muestra signos precoces de infarto en territorio de la ACM I (ASPECTS 8) junto con signo de la ACM I hiperdensa.

En todos los casos, se anota la mención indistintamente del idioma y, en los casos en los que está en castellano y catalán, incluyendo las dos formas: Proceso actual /Procés actual.

NUNCA añadiremos los signos de puntuación o carácter no alfabéticos a inicio o final de

mención:

*Malaltia actual: Para la marcha junto con desviación de la comisura bucal derecha, con disartría. TA en casa 200/90….

3. Anotación de FECHAS y HORAS

La anotación de las fechas y las horas en los documentos se realizará en dos pasos: (1) primero, se identificarán y normalizarán de manera automática todas las fechas y las horas que aparezcan en los documentos; (2) segundo, se clasificarán manualmente algunas de las fechas y horas identificadas en el primer paso. En caso de que no se hayan normalizado correctamente, en el segundo paso se corregirá la normalización propuesta.

Se entiende por fecha el tiempo, determinado por el día, el mes (y el año), en que se hace u ocurre una cosa. **Nunca se codificarán como fechas las expresiones temporales** del tipo: al día siguiente, ayer, mañana, ...

A continuación se presentan las reglas de anotación manual de las fechas y horas, todas ellas **reglas temporales positivas** (Reglas TP). Estas reglas proporcionan los detalles básicos de la anotación y se acompañan de ejemplos en los que las fechas y horas se marcan en amarillo.

Además, se deberán tener en cuentas las siguientes reglas temporales generales:

Regla TG1. Normalización de fechas y horas

En caso de que no se hayan normalizado correctamente las fechas y las horas de forma automática, se corregirá la normalización propuesta de forma manual. Las fechas se normalizarán con formato YYYY-MM-DD. Las horas se normalizarán a formato de 24 horas (HH:MM).

Regla TG2. Menciones de horas

Se marcará únicamente los dígitos de horas y minutos y caracteres separadores, NUNCA la 'h' o la palabra 'hora' final si la hay. Los segundos no se anotarán debido a que no son relevantes y la mayoría de veces no se especifican.

Las horas se normalizarán a formato de 24 horas, agregando la fecha normalizada como comentario de BRAT:

22:30:12
22:30h

Hora_de_alta 08:08:27	Text 08:08 Notes 08:08

Las fechas se normalizarán con formato YYYY-MM-DD:

Fecha_de_ingreso 23.05.2017	Text 23.05.2017 Notes 2017-05-23

Regla TP1. Fecha de ingreso

Es la fecha de ingreso por hospitalización del paciente, asignada por admisiones. Esta fecha se encuentra **explícita** en la ***cabecera* inicial o final de los informes de alta**.

Ejemplos:

Sexo/Sexe: Masc. Fecha nac./Data naix.: 10.02.1975 Edad/Edat: 42 años
Dirección/Adreça: xxxx CP:xxxx
Municip. (Prov.): BARCELONA ABS:xx Tel.:xxxxxx
As.: SERVEI CATALA DE LA SALUT CIP:xxxxx NASS: xxxxx
Nº epis.: xxxx Tipo/Tipus: HOSPIT. Ingres.: 14.02.2017
Serv: NEUROLOGIA UO Enf.: xxxx SALA G NEUROL. CURT. E Hora: 19:32:58

Nombre xxxx
Nº Historia clínica xxxx
Fecha de nacimiento
C.I.P. xxxx Código Centro xxxx
Teléfono xxxx Dirección xxxx
Fecha ingreso 06/02/17 08003 BARCELONA
Fecha de alta 08/02/17 Teléfono xxxx
Nº Asistencia 17H002731
UH 5020 - 40

Nº Història Clínica: xxx NºEpisodi: xxx CIP: xxxx
Cognoms, Nom: xxxx
Sexe: Home Data de Naixement: xxxx Edat: 72 Anys NIF/DNI:xxxx
Adreça xxxxx
Telèfon xxxx; ABS xxx
Procedència AGUTS Servei NEUROLOGIA
Data d'ingrés 30.03.2017 Data d'alta 13.04.2017 12:30:00
Atès per xxxx

Regla TP2. Fecha de alta

Es la fecha de alta tras la hospitalización del paciente, asignada por admisiones. Esta fecha se encuentra **explícita** en la ***cabecera* inicial o final de los informes de alta.**

Ejemplos:

Nombre xxx
Nº Historia clínica xxx
Fecha de nacimiento xxx
C.I.P. xxxx Código Centro xxxx
Teléfono xxx Dirección xxx
Fecha ingreso 12/02/17 08003 BARCELONA
Fecha de alta 20/02/17 Teléfono xxx
Nº Asistencia xxx
UH 5009 - 17

INFORME D'ASSISTÈNCIA
Metge/essa: xxxx
Servei: Cirurgia General / Neurologia
Data ingrés: 20/03/2017
Data Alta: 04/04/17
S'informa a: Metge de família

Data d'ingrés 01.04.2017 Data d'alta 11.04.2017 15:56:32
Atès per xxxx

Regla TP3. Hora de alta

Es la hora de alta tras la hospitalización del paciente, asignada por admisiones. Esta hora se encuentra **explícita** junto a la fecha de alta en la ***cabecera* inicial o final de los informes de alta**.

Data d'ingrés 01.04.2017 Data d'alta 11.04.2017 15:56:32
Atès per xxxx

Regla TP4. Fecha inicio síntomas o última vez visto asintomático/a

Es la fecha de inicio de los síntomas. En caso de no tener un inicio de síntomas explícito, será la última fecha documentada (si existe) en que el/la paciente estaba asintomático/ay. En los ejemplos a continuación, destacamos en beige la evidencia textual que indica que la fecha u hora son 'inicio de síntomas'.

Ejemplos:

Paciente varón de 87 a que el día 26/3 a las 09:30 presenta disminución de fuerza en hemicuerpo izquierdo acompañado de alteración en el habla. Acude a UCIAS 10:18 h donde se activa el código ictus Se realiza TC craneal que objetiva una hemorragia parenquimatosa profunda lenticular derecha. Con valoración de un NIHSS: 10, Rankin: 1 (ceguera izquierda).

MOTIU DE CONSULTA:

La pacient presenta inestabilitat i cefalea de similars característiques a les seves habituals, que inicia progressivament el 17-18 d'abril del 2017. Davant de la no milloria dels símptomes, decideix consultar a Urgències el 20.04.17

MALALTIA ACTUAL:

El dia 08.03.2017 a les 17h, mentre va al gimnàs nota pèrdua de força de les extremitats dretes i dificultat per parlar. Avisen al SEM, qui activa codi ictus, essent randomitzada a l'estudi RACECAT (codi RACECAT num 5), essent portada a Urgències de l'hospital de Mataró. Es rep avís a les 18:10, arriba a urgències a les 18:28h.

.

PROCÉS ACTUAL

Paciente, mujer de 79 años, que presenta bruscamente a las 19h30 del día 09/02/17 hemiparesia derecha. Se avisa al SEM que acude al domicilio y se activa código ictus a las 20h30. La paciente llega a nuestro centro a las 21h15 y es atendida por Neurología en el acto.

Regla TP5. Hora inicio síntomas o última vez visto asintomático/a

Es la hora de inicio de los síntomas. En caso de no tener un inicio claro, será la hora visto por última vez asintomático/a. En los ejemplos a continuación, destacamos en beige la evidencia textual que indica que la fecha u hora son 'inicio de síntomas'.

Ejemplos:

Paciente varón de 87 a que el día 26/3 a las 09:30 presenta disminución de fuerza en hemicuerpo izquierdo acompañado de alteración en el habla. Acude a UCIAS 10:18 h donde se activa el código ictus Se realiza TC craneal que objetiva una hemorragia parenquimatosa profunda lenticular derecha. Con valoración de un NIHSS: 10, Rankin: 1 (ceguera izquierda).

MALALTIA ACTUAL:

El dia 08.03.2017 a les 17h, mentre va al gimnàs nota pèrdua de força de les extremitats dretes i dificultat per parlar. Avisen al SEM, qui activa codi ictus, essent randomitzada a l'estudi RACECAT (codi RACECAT num 5), essent portada a Urgències de l'hospital de Mataró. Es rep avís a les 18:10, arriba a urgències a les 18:28h.

PROCÉS ACTUAL

Paciente, mujer de 79 años, que presenta bruscamente a las 19h30 del día 09/02/17 hemiparesia derecha. Se avisa al SEM que acude al domicilio y se activa código ictus a las 20h30. La paciente llega a nuestro centro a las 21h15 y es atendida por Neurología en el acto.

PROCÉS ACTUAL: Paciente varón que es visto bien por úlitma vez asintomático y en su estado basal el dia 6/04/2017 a las 01:00h, y a las 6:00h es hallado por su esposa con impotencia funcional en hemicuerpo derecho y dificultad para el habla. Por ello es trasladado al Hospital de Vic, dónde se realiza un TC craneal simple que muestra signos precoces de infarto en territorio de la ACM I (ASPECTS 8) junto con signo de la ACM I hiperdensa.

Regla TP6. Fecha llegada al hospital receptor

Es la **fecha de llegada del paciente a urgencias** del hospital para ser atendido por el episodio actual. Esta puede diferir de la fecha de ingreso (ver Regla TP1). Como el informe a revisar es un informe de hospitalización, esta información suele aparecer en la sección *Proceso actual* de los informes de alta (Arquetipo *SECTION*: *Datos del proceso asistencial - Información sobre la historia actual*). De nuevo, destacamos en beige la evidencia textual que indica que la fecha es del tipo 'llegada al hospital'.

Ejemplos:

PROCÉS ACTUAL
Varón de 72 años que el 30/03 consulta porque a las 04:00 es encontrado en el suelo por su mujer, objetivándose posteriormente dificultad para el habla, y movilización de extremidades derechas. Se activa código ictus y se deriva a Urgencias de nuestro centro, donde el paciente presenta hemiparesia derecha y afasia completa y NHISS 12 puntos. Se realiza TAC craneal que descarta lesiones

hemorrágicas y se observa oclusión de la ACI izquierda y segunda oclusión a nivel del segmento M1 distal de la ACM izquierda. Por tratarse de un ictus del despertar y el antecedente de creaniectomía previa se desestima fibrinolisis endovenosa , se decide traslado al Hospital Universitario de Bellvitge para valoración de trombectomía.

ENFERMEDAD ACTUAL:
Traído a ucias como CIEH el día 22/02/17 por clínica de afasia y hemiparesia derecha a las 10.45 am. RACE 6. La madre ha explicado al SEM que ha sido brusco y no se ha evidenciado crisis (la madre no ha podido venir con él). El paciente llega a las 11.33 am. Se objetiva clínica de ictus TACI ACM izquierda con NIHSS 14. En TAC basal aspects 10. AngioTAC oclusión ACI izquierda desde bulbo con placas calcificadas. A nivel intracraneal trombo en ACM izquierda M1 distal suboclusivo. Buena circulación colateral. En AngioTAC se objetiva derrame pleural izquierdo significativo en contexto de la fractura.

A menudo, la **fecha de llegada al hospital** coincide con la **fecha de inicio de síntomas** y no se repite. Así, en el ejemplo siguiente, la primera fecha corresponde a la fecha inicio síntomas y a la fecha llegada al hospital ya que la hora de llegada al hospital (10:30) se entiende como parte de la fecha de llegada al hospital.

ENFERMEDAD ACTUAL
....
Presenta sobre las 09:45 del 23/04/2015 episodio de inestabilidad cefálica con sensación de rotación de objetos que duró unos segundos, seguido de "adormecimiento" y pérdida de fuerza del brazo derecho con dificultad para articular palabras, seguido immediatamente de un episodio de cefalea bilateral opresiva. Ha presentado una caída sin pérdida de conocimiento ni TCE debido a la inestabilidad.
El paciente refiere que lleva un par de años presentado episodios similares pero que esta vez ha sido de mayor intensidad y duración (sobretodo la cefalea).
A su llegada a urgencias se activa código ictus por triaje a las 10:30h.

De modo similar, en el siguiente ejemplo la fecha 20/07/2017 se anota como fecha inicio síntomas y fecha llegada al hospital ya que la hora de llegada al hospital se entiende que refiere a la misma fecha.

PROCÈS ACTUAL
La paciente se va a dormir asintomática a las 00:00 horas del día 20/07/2017, al despertar a las 07:00 horas la familia la encuentra en el suelo con desviación de la comisura bucal e imposibilidad para la emisión del lenguaje, por lo que avisan a SEM quederiva a nuestro centro como Código Ictus.
* Hora de activación Código Ictus: 10:45

Regla TP7. Hora llegada al hospital receptor

Es la hora de llegada del paciente a urgencias del hospital para ser atendido por el episodio actual. Esta hora puede diferir de la fecha de ingreso (ver Regla TP1). Como el informe a revisar es un informe de hospitalización, esta información suele aparecer en la sección *Proceso actual* de los informes de alta (Arquetipo *SECTION*: *Datos del proceso asistencial - Información sobre la historia actual*). De nuevo, destacamos en beige la evidencia textual que indica que la fecha es del tipo 'llegada al hospital'.

Ejemplos:

ENFERMEDAD ACTUAL: Traído a ucias como CIEH el día 22/02/17 por clínica de afasia y hemiparesia derecha a las 10.45 am. RACE 6. La madre ha explicado al SEM que ha sido brusco y no se ha evidenciado crisis (la madre no ha podido venir con él). El paciente llega a las 11.33 am. Se objetiva clínica de ictus TACI ACM izquierda con NIHSS 14. En TAC basal aspects 10. AngioTAC oclusión ACI izquierda desde bulbo con placas calcificadas. A nivel intracraneal trombo en ACM izquierda M1 distal suboclusivo. Buena circulación colateral. En AngioTAC se objetiva derrame pleural izquierdo.

4. Anotación de VARIABLES DE INTERÉS

En las siguientes subsecciones se presentan las reglas para la anotación manual de las variables de interés. Estas reglas proporcionan los detalles básicos de la anotación y se acompañan de ejemplos. Las variables a anotar se dividen en tres grupos:

1. **Variables sobre el diagnóstico principal y sus atributos** SÓLO se codificarán si están en la sección DIAGNÓSTICO o DIAGNÓSTICO_PRINCIPAL (en ninguna otra sección). Sólo se codifican los siguientes diagnósticos principales y los correspondientes atributos (listados entre paréntesis)
   - Ictus_isquemico (arteria_afectada, localizacion, lateralizacion i etiologia)
   - Ataque_isquemico_transitorio (localizacion, lateralizacion i etiologia)
   - Hemorragia_cerebral (localizacion, lateralizacion i etiologia)
2. **Procedimientos y pruebas + fecha/horas correspondientes:**
   - trombolisis_intravenosa
   - trombectomía_mecánica
   - trombolisis_intraarterial
   - Test_de_disfagia
   - Tac_craneal
   - Fecha Tc craneal inicial
   - Hora Tc craneal inicial

- Fecha trombolisis iv
- Hora inicio primer bolus de la trombolisis rtPA
- Fecha trombectomía mecánica
- Hora punción arterial para la trombectomía mecánica (groin puncture)
- Fecha primera serie para la trombectomía mecánica
- Hora primera serie para la trombectomía mecánica
- Fecha recanalización
- Hora recanalización
- Fecha finalización trombectomía
- Hora finalización trombectomía
- Fecha trombolisis intraarterial
- Hora trombolisis intraarterial

3. **Variables sobre tratamientos y escalas de valoración**:

    - Tratamiento_anticoagulante_hab
    - Tratamiento_antiagregante_hab
    - Tratamiento_anticoagulante_alta
    - Tratamiento_antiagregante_alta

    - mRankin_previa
    - mRankin_alta
    - NIHSS_previa
    - NIHSS_ALTA
    - ASPECTS

Reglas de anotación sobre el DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y SUS ATRIBUTOS

A continuación, se listan las reglas de anotación para el diagnóstico principal y sus atributos. Al final se añaden ejemplos.

Regla Diagnóstico principal sólo en sección diagnóstico

Únicamente se anotará el diagnóstico principal y sus atributos en la sección Diagnóstico (principal) del informe de alta.

Regla Diagnóstico principal fuera de la sección diagnóstico

NO se etiquetará ningún diagnóstico fuera de la sección Diagnóstico (principal) del informe de alta.

Del mismo modo, **NO** se etiquetará ningún atributo que esté fuera del contexto inmediato del diagnóstico principal.

Regla Primer diagnóstico como diagnóstico principal

En caso de que haya más de un diagnóstico, el primer diagnóstico de la sección Diagnóstico (principal) será el diagnóstico principal.

Nunca puede haber más de un diagnóstico principal.

Regla Etiquetar el diagnóstico Ictus Isquémico

Se etiquetará el diagnóstico *Ictus Isquémico* (o ictus/infarto cerebral/Ictus isquémico con transformación hemorrágica, infarto cerebral, infarto isquemia cerebral, ictus isquemia minor, ictus minor, infarto clínicamente regresivo), **situado en la primera posición de la sección *Diagnósticos*** de los informes de alta (Arquetipo *SECTION: Datos del proceso asistencial - Diagnósticos*, subsección *Diagnóstico principal*) junto a los atributos.

Se etiquetarán, además, los siguientes atributos asociados al diagnóstico *Ictus Isquémico*:

Regla Atributo vaso cerebral afectado asociado al diagnóstico Ictus isquémico

Se etiquetará el nombre de la *arteria afectada* asociada al diagnóstico *Ictus Isquémico* que es motivo de ingreso. La mayoría de los nombresde las arterias (no es una lista exhaustiva, anotar también si se encuentran arterias adicionales) son los siguientes y deben aparecer en el contexto inmediato de la variable **Ictus isquémico**.

No se deben anotar vasos cerebrales relativos a otros diagnósticos distintos al principal.

- Arteria carótida común (o ACC) o primitiva
- Arteria carótida interna (o ACI)
- Arteria carótida interna segmento cervical o C1
- Arteria carótida interna segmento petroso o C2
- Arteria carótida interna segmento lacerum o C3
- Arteria carótida interna segmento cavernoso o C4
- Arteria carótida interna segmento clinoideo o C5
- Arteria carótida interna segmento oftálmico o C6
- Arteria carótida interna segmento comunicante o C7
- Arteria carótida interna terminal (o ACI-T/ TICA)
- Arteria cerebral media (o ACM)
- Arteria cerebral media segmento M1
- Arteria cerebral media segmento M2
- Arteria cerebral media segmento M3
- Arteria cerebral media segmento M4
- Arteria cerebral media segmento M5
- Arteria cerebral media segmento M6
- Arteria cerebral anterior (o ACA).
- Arteria cerebral anterior segmento A1
- Arteria cerebral anterior segmento A2
- Arteria cerebral anterior segmento A3
- Arteria cerebral posterior (o ACP)
- Arteria cerebral posterior segmento P1
- Arteria cerebral posterior segmento P2
- Arteria cerebral posterior segmento P3

- Arteria cerebral posterior segmento P4
- Arteria lenticuloestriada
- Arteria coroidea anterior
- Arteria coroidea posterior
- Arteria cerebelosa superior (o ACS)
- Arteria cerebelosa anteroinferior (o AICA)
- Arteria cerebelosa posteroinferior (o PICA)
- Arteria paramediana
- Arteria vertebral (o AV)
- Arteria vertebral segmento V1
- Arteria vertebral segmento V2
- Arteria vertebral segmento V3
- Arteria vertebral segmento V4
- Arteria basilar (o AB)
- Indeterminado

Regla Atributo localización asociado al diagnóstico Ictus isquémico

Se etiquetará la *localización* asociada al diagnóstico *Ictus Isquémico* que es motivo de ingreso. La localización se basa en la clasificación OSC (*Oxfordshire Community Stroke Project*), también denominada clasificación OXFORD y debe aparecer en el contexto inmediato a la variable *ictus isquémico*.

- Infarto total de circulación anterior o TACI
- Infarto parcial de circulación anterior o PACI
- Infarto lacunar o LACI (en ocasiones, como síndrome lacunar)
- Infarto de circulación posterior o POCI

No se deben anotar localizaciones relativas a otros diagnósticos distintos al principal.

Regla Atributo lateralización asociado al diagnóstico Ictus isquémico

Se etiquetará la *lateralización* asociada al diagnóstico *Ictus Isquémico* que es motivo de ingreso que aparece en el contexto inmediato a ésta.

- Izquierda/Izq/I
- Derecha/Dcha/D
- Bilateral
- Tronco cerebral o vertebrobasilar (VB)
- Indeterminada

No se deben anotar lateralizaciones relativas a otros diagnósticos distintos al principal.

NOTA 2: La lateralización del infarto puede ser múltiple (afectar a ambos hemisferios e incluso al tronco cerebral), por lo que deberán anotarse todas las posibilidades.

Regla Atributo etiología asociado al diagnóstico Ictus isquémico

Se etiquetará la *etiología* (o causa) final asociada al diagnóstico *Ictus Isquémico* que es motivo de ingreso:

- Aterotrombótico/aterosclerótico
- Cardioembólico (CE)
- Lacunar (o microangiopático)
- Indeterminado/criptogénico/ESUS
- Indeterminado de causa doble
- Indeterminado por estudio incompleto
- Inhabitual o infrecuente

No se deben anotar etiologías relativas a otros diagnósticos distintos al principal.

Ejemplos:

En los siguientes ejemplos, el diagnóstico *ictus isquémico* y sus atributos se marcan en amarillo y el texto que corresponde a los atributos, en distintos colores: vaso cerebral afectado (en azul), localización (en rosa), lateralización (en verde) y etiología (en rojo)

Diag.:

ICTUS LENTICULOESTRIADAS DERECHAS ()

DIAGNÒSTICS
Ictus isquémico agudo en territorio de ACMD de origen aterotrombótico
Estenosis ACI D extracraneal tratada mediante angiplastia y stenting

NOTA 3: En este ejemplo el vaso cerebral y la lateralización aparecen en la misma abreviatura: ACMD. En estos casos, ACM se debeanotar como vaso cerebral, y D como lateralización.

DIAGNÓSTICOS:
1. ICTUS ISQUEMICO EN TERRITORIO DE ACM IZQUIERDA (PACI) ETIOLOGÍA ATEROTROMBÓTICA
2.- OCLUSIÓN M2 IZQUIERDA
3.- ESTENOSIS A. CARÓTIDA INTERNA IZQUIERDA 50-69%
4.- FIBRINOLISIS ENDOVENOSA
5.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL
6.- DIABETES MELLITUS TIPO 2
7.- DISLIPEMIA

DIAGNÓSTICOS:
1. ICTUS ISQUÉMICO (TACI) EN TERRITORIO DE ACM DERECHA M1 DE ETIOLOGÍA INDETERMINADA
2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

3. DISLIPEMIA
4. ExFUMADORA
5. INSUFICIENCIA CARDIACA CON ACINESIA APICAL Y ANEURISMA.
6. ICTUS ISQUÉMICO HACE 19 AÑOS EN TERRITORIO POSIBLE ACM IZQUIERDA
7. IMAGEN NODULAR EN LÓBULO SUPERIOR DERECHO SUGESTIVO DE TUMOR CARCINOIDE

NOTA 4: En este ejemplo se anotan las dos arterias afectadas

Regla Etiquetar el diagnóstico *Ataque Isquémico Transitorio*

Se etiquetará el diagnóstico *Ataque Isquémico Transitorio* (AIT/TIA), situado en la primera posición de la sección *Diagnósticos* de los informes de alta junto a sus atributos.

Posibles variantes:

- *síndrome de alarma capsular;*
- *AIT*
- *Isquemia cerebral transitoria*
- *Síndrome sensitivo-motor regresivo*
- *TIA*
- *AITs*

Regla Atributo localización asociado al Ataque Isquémico Transitorio

Se etiquetará la *localización* asociada al diagnóstico *Ataque Isquémico Transitorio* que es motivo de ingreso. La localización se basa en la clasificación OSC (*Oxfordshire Community Stroke Project*), también denominada clasificación OXFORD:

- Infarto total de circulación anterior o TACI
- Infarto parcial de circulación anterior o PACI
- Infarto lacunar o LACI
- Infarto de circulación posterior o POCI

NOTA 1: Cuando la localización del AIT no quede clara clara, deberán anotarse todas las posibilidades y seleccionar en atributos "indeterminado".

Regla Atributo lateralización asociado al diagnóstico Ataque Isquémico Transitorio

Se etiquetará la *lateralización* asociada al diagnóstico *ataque isquémico transitorio* que es motivo de ingreso.

Izquierda/Izq/I
Derecha/Dcha/D
Bilateral
Tronco cerebral o vertebrobasilar
Indeterminado

NOTA 2: Cuando la lateralización del AIT no quede clara, deberán anotarse todas las posibilidades y seleccionar en atributos "indeterminado".

Regla Atributo etiología asociado al diagnóstico Ataque Isquémico Transitorio

Se etiquetará la *etiología* asociada al diagnóstico *ataque isquémico transitorio* que es motivo de ingreso:

- Aterotrombótico/aterosclerótico
- Cardioembólico (CE) o mecanismo embólico
- Lacunar (o microangiopática)
- Indeterminado/ESUS
- Indeterminado de causa doble
- Indeterminado por estudio incompleto
- Inhabitual o infrecuente

Ejemplos:

En los siguientes ejemplos, el diagnóstico *ataque isquémico transitorio* y sus atributos se marcan en gris y el texto que corresponde a los atributos, en distintos colores: localización (en rosa), lateralización (en verde) y etiología (en naranja).

Diag.: POSIBLE ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO

Regla Etiquetar el diagnóstico *Hemorragia cerebral*

Se etiquetará el diagnóstico *Hemorragia cerebral:*

- Hematoma cerebral/ parenquimatoso
- Hemorragia intracerebral/I
- Ictus hemorrágico,
- Hemorragia parenquimatosa,
- HIC

situado en la primera posición de la sección *Diagnósticos* de los informes de alta junto a sus atributos.

Se etiquetarán, además, los siguientes atributos asociados al diagnóstico *Hemorragia cerebral*: localización, lateralización y etiología que deberán aparecer en el contexto inmediato.

Regla Atributo localización asociado al diagnóstico Hemorragia cerebral

Se etiquetará la *localización* asociada al diagnóstico *hemorragia cerebral* que es motivo de ingreso:

- Lobar/cortical (o frontal, temporal, parietal, occipital)

- Profunda o ganglios de la base (o ggbb, tálamo, putamen, caudado, lenticular, pálido, corona radiata, capsular)
- Intraventricular
- Posterior/tronco/cerebelosa/bulbar

NOTA: La localización puede ser múltiple, por lo que deberán anotarse todas las posibilidades.

Regla Atributo lateralización asociado al diagnóstico Hemorragia cerebral

Se etiquetará la lateralización asociada al diagnóstico *hemorragia cerebral* que es motivo de ingreso.

- Izquierda/Izq/I
- Derecha/Dcha/D
- Bilateral
- Tronco cerebral o vertebrobasilar
- Indeterminado

NOTA 2: La lateralización puede ser múltiple (afectar a ambos hemisferios e incluso al tronco cerebral), por lo que deberán anotarse todas las posibilidades.

NOTA 3: En las hemorragias intraventriculares puede no encontrarse la lateralización.

Regla Atributo etiología asociado al diagnóstico Hemorragia cerebral

Se etiquetará la *etiología* final asociada al diagnóstico *hemorragia cerebral* que es motivo de ingreso:

- Hipertensiva
- Angiopatía amiloide
- Secundaria a malformación vascular/aneurisma
- Secundaria a tumor
- Indeterminada

Ejemplos: En los siguientes ejemplos, el diagnóstico *hemorragia cerebral* y sus atributos se marcan en gris y el texto que corresponde a los atributos, en distintos colores: localización (en rosa), lateralización (en azul) y etiología (en naranja).

Tipo ingreso/Tipus ingrés: Enfermedad Motivo/Motiu alta: Defunc. Diag.: HEMATOMA LENTICULAR DERECHO EXTENSO () EXITUS LETALIS ()

Diagnóstico principal Hemorragia parenquimatosa putaminal derecha de etiología hipertensiva

DIAGNÓSTICOS:
1. HEMATOMA MASIVO LOBAR DERECHO
2. HIPERDESCOAGULACIÓN POR SINTROM. INR 5.7
3. FIBRILACIÓN AURICULAR
4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
5. EXITUS

Regla Etiquetar el diagnóstico *como 'Otros'*

Cuando el diagnóstico principal no esté claramente mencionado o haya dudas, se etiquetará como 'otros'. Las siguiente menciones son ejemplos de la categoría sud-especificada 'otros':

transformacion hemorragia
sufusion hemorragia
accidente cerebrovascular
avc
sindrome de alarma capsular
sindrome sensitivo motor
sindrome sensitivo-motor regresivo

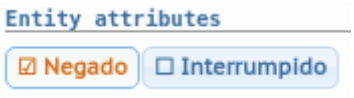
4.2. VARIABLES SOBRE PROCEDIMIENTOS Y PRUEBAS Y SUS ATRIBUTOS

Los procedimientos a anotar son aquellos relacionados con el tratamiento de reperfusión y el test de disfagia, y los atributos temporales relevantes en cada caso según la tabla siguiente:

Variable	**Atributos temporales**
trombolisis_intravenosa	• Fecha_trombolisis_rtPA • Hora_primer_bolus_trombolisis_rtPA • Tiempo puerta aguja
trombolisis_intraarterial	• Fecha inicio trombolisis intraarterial • Hora inicio trombolisis intraarterial
trombectomía_mecánica	• Fecha inicio trombectomía mecánica • Hora punción arterial para la trombectomía mecánica (o hora inicio) • Tiempo puerta punción • Fecha primera serie para la trombectomía mecánica • Hora primera serie para la trombectomía mecánica • Fecha y Hora recanalización • Fecha fin trombectomía
Tac_craneal	• Fecha TC • Hora TC
Test_de_disfagia	

Regla Negación sobre procedimientos

En el caso que el texto mencione que el procedimiento se desestima, se etiquetarán los procedimientos pero se marcarán como negados mediante la casilla de BRAT.



Evolución Ante tiempo de evolución incierto y mínima repercusión de síntomas, se desestima tratamiento fibrinolítico endovenoso, así como tratamiento intraarterial por ausencia de oclusión aguda de gran vaso.
Evolución Por la mejoría clínica, las imágenes radiológicas y el tiempo de evolución no es tributaria de fibrinolisis endovenosa ni de trombectomía mecánica. La paciente ingresa en Unidad de Ictus para monitorización. Se mantiene antiagregación con AAS 100 mg, estatinas y heparina profiláctica. Se valoran al ingreso el estado de ánimo, las necesidades de rehabilitación y se inician fisioterapia y movilización precoces. Durante el ingreso evoluciona de forma favorable, presentando afasia transcortical leve al alta. Durante el ingreso se realiza educación sanitaria acerca del ictus. Se realiza TC control que descarta transformación hemorrágica, por lo que se inicia anticoagulación con rivaroxaban una semana después del ictus.

Regla Anotación de fechas y horas sobre procedimientos

Para la anotación de fechas y horas sobre los procedimientos **trombolisis intravenosa**, **trombolisis intraarterial** y **trombectomía mecánica** se

1. anotará la **evidencia textual** y
2. se **normalizará la hora usando la casilla notas de BRAT** (ver Regla TG1)**.**

La **evidencia textual** se etiquetará como una mención única, pero deberá incluir **SIEMPRE** dos partes:

- parte textual en que se menciona explícitamente el procedimiento
- expresión temporal de fecha u hora. (expresión temporal)

La evidencia textual (*span*) deberá ser continua (sin interrupciones), completa y tener sentido.

La expresión temporal puede aparecer en cualquier posición de la evidencia textual. Cuando aparezca al final, no excluir 'h' o horas'.

Ejemplos de anotación temporal conteniendo parte textual y expresión temporal:

- Bolus de 6,3mg a las 13:13h
- bolus 5 mg rtpa: 14:00
- A las 20.30 horas se administra bolus
- se inicia rt-PA (54 mg) a las 12:03 horas

- se finaliza procedimiento a las 10:00h
- Tras primera serie diagnóstica (09:10 horas)

En las secciones correspondientes se dan más ejemplos.

Para calcular el acuerdo entre anotadores, únicamente se tiene en cuenta la información temporal normalizada (campo Notas de BRAT), el *span* (evidencia textual) no se evaluará.

Regla Etiquetar el procedimiento Trombolisis Intravenosa

Se etiquetarán todas las menciones de procedimiento denominado trombolisis Intravenosa y sus variantes.

Ejemplos:

tratamiento con fármaco ECAS IV
ECAS IV
fibrinolisis endovenosa
fibrinolisis
fibrinolisis iv
fibrinólisis sistémica con rtPA ev
fibrinolítico
fibrinolótico
rtPA
tPAev
tractat amb firbinolisi
tratamiento con alteplasa
Tratamiento con RTPA
tratamiento fibrinolítico
tratamiento trombolítico
trombolisis
trombolisis intravenosa
tratamiento recanalizador endovenoso
tratamiento de reperfusion ev

Anotar cualquier span con los siguientes patrones:

tratamiento con (….) ECAS IV
procedimiento con (….) ECAS IV

Siguiendo la regla general, se anotará siempre la expresión más larga posible.

Ejemplos:

PROCEDIMENTS:
1. Fibrinòlisi sistèmica amb rtPA ev.

EVOLUCIÓ CLÍNICA
Paciente de 78 años que ingresa con ictus de ACM izquierda con oclusión en tándem ACI y segmento M1 ACM izquierdas. Tratado con trombolisis y trombectomía mecánica consiguiéndose recanalización TICI 2b a nivel de M1, pero precisando de colocación de stent en ACI izq por disección a nivel extracraneal hasta intracraneal a nivel del sifón carotídeo. Mejoría neurológica postprocedimiento siendo el NIHSS de 7 al ingreso (previo 17).

DIAGNÓSTICOS:
1. ICTUS ISQUEMICO EN TERRITORIO DE ACM IZQUIERDA (PACI) ETIOLOGÍA ATEROTROMBÓTICA
2.- OCLUSIÓN M2 IZQUIERDA
3.- ESTENOSIS A. CARÓTIDA INTERNA IZQUIERDA 50-69%
4.- FIBRINOLISIS ENDOVENOSA
5.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL
6.- DIABETES MELLITUS TIPO 2
7.- DISLIPEMIA

Regla Fecha trombolisis intravenosa

Raramente encontraremos la fecha de inicio de trombolisis explícita en el contexto inmediato de la variable.

Regla Hora inicio primer bolus de la trombolisis rtPA

Es la hora que corresponde al inicio de tratamiento trombolítico intravenoso (rtPA) en los pacientes con el diagnóstico de ictus isquémico y debe aparecer explícito.

EVOLUCIÓ CLÍNICA
Paciente con sospecha de ictus de ACM izquierda de 3 horas de evolución a la valoración por Neurología, con antecedente de TCE leve sin pérdida de conocimiento junto a TC de craneo sin lesiones agudas, es candidato a tratamiento fibrinolítico. Se explica a la familia beneficios y riesgos del tratamiento, entienden y aceptan verbalmente.

Con peso estimado de 70 kg:
- Bolus de 6,3mg a las 13:13h con TA 164/81.
- Perfusión de 56.7mg a las 13:15h

EVOLUCIÓN:
Se trata de una paciente de 80 años, con factores de riesgo vascular que presenta cuadro compatible con ictus PACI de ACM izquierda. Dado que no hay criterios mayores de exclusión, se considera tributaria de fibrinolisis sistémica pero a mitad de dosis por crisis HTA concomitante e intervenciones oftalmológicas previas: 0.6mg/kg (71kg). 5mg en bolus y 40mg en infusión a pasar en 1h Hora bolus 5 mg rtpa: 14:00 horas Tiempo puerta aguja: 40`

EVOLUCIÓN:
Se trata de un paciente de 73 años, con factores de riesgo vascular que presenta cuadro compatible con ictus LACI de ACM izquierda, dado el tiempo de evolución se activa código ictus (20.00 horas). Se realiza TAC craneal que evidencia unicamente lesiones crónicas, y angioTAC craneal que muestra oclusión carotídea izquierda desde su nacimiento hasta porción supraclinoidea, sin oclusiones de la circulación intracraneal. En ausencia de contraindicaciones se decide tratamiento fibrinolítico. A las 20.30 horas se administra bolus de 6 mg y a las 20.40 horas perfusión de 63 mg, con NIHSS previo de 12 y posterior de 11. Dado el grado de dependencia previo, la ausencia de oclusión intracraneal y las comorbilidades se desestima tratamiento endovascular.

EVOLUCIÓN:
Paciente con buena calidad de vida previa que es derivada a urgencias como código ictus por afasia global y hemiparesia derecha de 1.45h de evolución (inicio incierto pero último momento vista bien a las 9.15h y encontrada a las 10.30h). Se realiza TC cráneo y al descartar hemorragia y ASPECT 10, se administra rTPA (bolus a las 12.20h). Tras la fibrinolisis, la paciente no presenta ninguna mejoría de su focalidad neurológica y se realiza a las 24 horas, TC cráneo control que no evidencia transformación hemorrágica. Posteriormente la paciente presenta un cuadro emético y ante la sospecha de posible broncoaspiración, se inicia antibioticoterapia empírica con amoxicilina/clavulánico ya que el hijo nos comenta que no tiene alergias medicamentosas.

Malaltia actual
Paciente que consulta porque el dia 21/3/2017 a las 06:00 horas se levanta con parestesias faciobraquicrurales derechas con perdida de la fuerza en ESD y dificultad para la marcha junto con desviación de la comisura bucal derecha, con disartría. TA en casa 200/90.
Avisa al SEM y se activa el código ictus (nº 170327449). Llega a UCIAs 7:34 . Tras descartar contraindicación se inicia rt-PA 68 mg a las 08:30 h.

Malaltia actual
Paciente mujer de 81 a que el dia 3/4/2017 a las 12:00 h presenta afasia súubita. Se avisa al SEM que acude a UCIAS (nº 170386396) a las 13:22 h
A la exploración afasia motora (fluencia nula, no denominación, obedece ordenes sencilla, no repite) hemianopsia derecha por amenaza, paresia facial central derecha, minima paresia braquial derecha 4/5, no hipoestesia
RMP ⅖ RCP flexor NIHSS 9 PACI
Doppler TSA: normal Doppler TC normal
TC craneral ; no signos de hemorragia ni de isquemia aguda
ECG: FA, resto normal
Tras descartar contraindicación, y demostrar un INR 1,04, se inicia administración de rt-PA ev a las 14: 45h. La paciente se traslada a semicriticos, donde no presenta ninguna complicación. A las 24 horas se repite nueva TC craneal que control que confirma la isuqmeia aguda frontal izquierda opercular y descarta transformacio hemorrágica.

Paciente mujer de 45 a que el día 1/3/2017 a las 08.00 h presenta de forma progresiva disminución de fuerza y sensibilidad F-B-C izquierda.
Acude a UCIAS por sus propios medios a las 11:35, activándose el código ictus.
TC craneal 12:00 h normal
Tras descartar contraindicación se inicia rt-PA (54 mg) a las 12:03 h

EVOLUCIÓN:
Se trata de una paciente de 80 años, con factores de riesgo vascular que presenta cuadro compatible con ictus PACI de ACM izquierda. Dado que no hay criterios mayores de exclusión, se considera tributaria de fibrinolisis sistémica pero a mitad de dosis por crisis HTA concomitante e intervenciones oftalmológicas previas: 0.6mg/kg (71kg). 5mg en bolus y 40mg en infusión a pasar en 1h. Hora bolus 5 mg rtpa: 14:00 horas Tiempo puerta aguja: 40`La paciente ingresa en Unidad de Ictus para monitorización y estudio neurovascular. Se inicia doble antiagregación con AAS y clopidogrel, estatinas y heparina profiláctica

Regla Etiquetar el procedimiento trombolisis intraarterial

Se etiquetará el procedimiento denominado *trombolisis intraarterial* (o trombolisis ia) y sus atributos. Posibles sinónimos o equivalentes:

- tratamiento de reperfusión ev

Regla Fecha trombolisis intraarterial

Es la fecha que corresponde al inicio de tratamiento trombolítico intraarterial en los pacientes con el diagnóstico de ictus isquémico a los que se les hace una arteriografía terapéutica.

Regla Hora trombolisis intraarterial

Es la hora que corresponde al inicio de tratamiento trombolítico intraarterial en los pacientes con el diagnóstico de ictus isquémico a los que se les hace una arteriografía terapéutica.

Regla Etiquetar el procedimiento trombectomía mecánica

Se etiquetarán todas las menciones del procedimiento denominado *trombectomía mecánica* y sus variantes:

TEV
tratamiento endovascular
trombectomía (mecánica)
reperfusión intraarterial
tratamiento de reperfusión intrarterial
tratamiento de revascularización
tratamiento revascularizador
Tratamiento intraarterial
tractament mecànic endovascular
tractament neurovascular
tratamiento recanalizador
tractament mecànic endovascular

Ejemplos:

EVOLUCIÓ CLÍNICA
Paciente de 78 años que ingresa con ictus de ACM izquierda con oclusión en tándem ACI y segmento M1 ACM izquierdas. Tratado con trombolisis y trombectomía mecánica consiguiéndose recanalización TICI 2b a nivel de M1, pero precisando de colocación de stent en ACI izq por disección a nivel extracraneal hasta intracraneal a nivel del sifón carotídeo. Mejoría neurológica postprocedimiento siendo el NIHSS de 7 al ingreso (previo 17).

EVOLUCIÓ CLÍNICA
Varón de 75 años que ingresa por ictus de ACM izquierda tratado con trombectomía, pasando el NIHSS de 21 a 5.
Proc.:
trombectomía mecánica. ()
TC CRANEAL MULTIMODAL. ()
RM CEREBRAL ()
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO ()

ANGIO-TC PULMONAR ()

DIAGNÓSTICOS:
1. ICTUS TACI EN ACM IZQUIERDA DE ETIOLOGÍA ATEROTROMBÓTICA
2. OCLUSIÓN ACI IZQUIERDA. TROMBO SUBOCLUSIVO EN ACM IZQUIERDA
3. trombectomía mecánica PRIMARIA + COLOprimariaCACIÓN DE STENT EN CARÓTIDA INTERNA IZQUIERDA

Regla Fecha inicio trombectomía mecánica

Es la fecha que corresponde al **inicio** de tratamiento endovascular o trombectomía mecánica en los pacientes con el diagnóstico de ictus isquémico, raramente aparece explícito. Si lo hace, debe encontrarse en el contexto inmediato a la variable.

EXPLORACIÓ COMPLEMENTÀRIA
trombectomía intra i extra craneal mecánica (07.05.2017 /03:03:24): Por cateterismo femoral derecho 8F y bajo sedación, se coloca un catéter balón Chello en la carótida primitiva izquierda (la cateterización ha sido difícil por carótida izq bovina seguido de un bucle). La inyección de la misma muestra oclusión completa de la carótida interna (tandem). En primer lugar, se intenta aspiración por un Navien 5F en ACI y se obtiene gran cantidad de material trombótico con pero persiste la oclusión. Se atraviesa el trombo con un microcatéter Marksman y se inyecta desde la carótida suprapetrosa, observándose una estenosis marcada en la misma carótida suprapetrosa.

Radiología / Radiologia
* NEUROANGIORRADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA (01/03/17): Se realiza punción femoral derecha. Se realiza cateterización selectiva y la primera serie angiográfica confirma la presencia de una oclusión a nivel de M1 proximal der. Se procede al microcateterismo selectivo de arteria ocluida logrando una adecuada posición para realizar trombectomía se realizando 01 pases. En la serie de comprobación final se confirma recanalización TICI 3. No se detectan incidencias durante ni inmediatamente tras el procedimiento.

Regla. Hora punción arterial para la trombectomía mecánica (groin puncture)

Es la hora que corresponde al inicio de tratamiento endovascular o trombectomía mecánica en los pacientes con el diagnóstico de ictus isquémico a los que se les realiza tratamiento endovascular o trombectomía mecánica.

Se identifica por mención explícita al propio procedimiento (trombectomía) o a la **punción (arterial)** o **groin puncture**

EVOLUCIÓN:

Se trata de un paciente de 55 años que presenta cuadro compatible con ictus PACI de ACM izquierda. Se ha realizado TC craneal con ASPECTS 8, angioTC con oclusión en tándem carótida interna izquierda y M1 postbifurcación de ACM izquierda. Colateralidad extensa. TC perfusión extenso déficit de perfusión en hemisferios izquierdo con volumen conservado, congruente con extensa penumbra. Después de realizar TC, el paciente inicia con afasia mixta de predominio moto (NIHSS 4 Afasia mixta de predominio motor 1, preguntas 1, órdenes 0, facial 1, claudicación leve ESD 1). Dado que existe gran fluctuación clínica se decide realizar tratamiento endovascular primario, al considerar muy extenso el tejido en riesgo. Se le explica al paciente el procedimiento y firma CI. TA 170/91, FC 68 (ritmo sinusal) Groin puncture 15:25h. Hora primera serie 15:40h, se confirma oclusión en tándem izquierda. Se intenta pasar guía a traves de CII, con gran dificultad, sin conseguir atravesar la CII. No es posible la apertura de CII, por lo que se decide finalizar el procedimiento a las 16:50h.

La paciente llega a la sala de neurointervencionismo a 00:35 saturando 90% (VMK 0.5) con roncus diseminados. Se objetiva fibrilación auricular, no conocida previamente, a 150lp, que se frena progresivamente a 110-120lpm. Se procede a intubación orotraquealsin incidencias (cormack I, TOT 7.5, inducción con propofol 70mg, rocuronio 60mg y perfusión de noradrenalina desde el inicio). Se realiza punción inguinal sobre las 01:05, se realiza trombectomía, finaliza el procedimiento a las 02.55. Durante ela intervención requiere noradreanalina a dosis altas para mantener PAM>70mmHg, tendencia a desaturación, que mejora con maniobras de reclutamiento y PEEP progresivamente más alta. Mantenimiento anestésico mínimo (sevofluorane 0.6), sin signos de reactividad durante el procedimiento. Tras procedimiento destaca anisocoria izquierda>derechaien relación a afectación isquémica troncoencefálica tratada. Se inicia profilaxis antibiotica con amoxicilina-ac.clavulanico por broncoaspiración. Ingresa en la UCI.

Ante la ausencia de contraindicaciones y dado el tiempo de evolución se decide tratamiento endovascular mediante angiorradiología a traves de punción femoral derecha realizada a las 1:07h. Se realiza serie angiografica selectiva a las 1:14h y se objetiva la oclusion de la arteria basilar. Tras 2 aspiraciones se obtiene la recanalizacion completa de la arteria basilar a las 1:33 h. En series de comprobacion se observa la recanalización completa de la arteria basilar con oclusion P2-P3 izquierda y oclusion de una rama cortical de la arteria cerebral posterior derecha. Durante el procedimiento ha precisado noradrenalina a 0.1 mcg/kg/min. Tras finalizar el procedimiento se mantiene catéter arterial femoral derecho a traves de introductor y se traslada a la AVI para monitorización y tratamiento a cargo de neurología.

EXPLORACIÓ COMPLEMENTÀRIA
trombectomía intra i extra craneal mecánica (07.05.2017 /03:03:24): Por cateterismo femoral derecho 8F y bajo sedación, se coloca un catéter balón Chello en la carótida primitiva izquierda (la cateterización ha sido difícil por carótida izq bovina seguido de un bucle). La inyección de la misma muestra oclusión completa de la carótida interna (tandem). En primer lugar, se intenta aspiración por un Navien 5F en ACI y se obtiene gran cantidad de material trombótico con pero persiste la oclusión. Se atraviesa el trombo con un microcatéter Marksman y se inyecta desde la carótida suprapetrosa, observándose una estenosis marcada en la misma carótida suprapetrosa.

Regla tiempo puerta punción

Se etiquetará el tiempo puerta punción

Regla Fecha primera serie para la trombectomía mecánica

Es la fecha que corresponde a la **primera serie** del tratamiento endovascular o trombectomía mecánica en los pacientes con el diagnóstico de ictus isquémico a los que se les realiza tratamiento endovascular o trombectomía mecánica.

Regla Hora primera serie para la trombectomía mecánica

Es la hora que corresponde a la **primera serie** del tratamiento endovascular o trombectomía mecánica en los pacientes con el diagnóstico de ictus isquémico a los que se les realiza tratamiento endovascular o trombectomía mecánica.

EVOLUCIÓN:
Se trata de un paciente de 55 años que presenta cuadro compatible con ictus PACI de ACM izquierda. Se ha realizado TC craneal con ASPECTS 8, angioTC con oclusión en tándem carótida interna izquierda y M1 postbifurcación de ACM izquierda. Colateralidad extensa. TC perfusión extenso déficit de perfusión en hemisferios izquierdo con volumen conservado, congruente con extensa penumbra. Después de realizar TC, el paciente inicia con afasia mixta de predominio moto (NIHSS 4 Afasia mixta de predominio motor 1, preguntas 1, órdenes 0, facial 1, claudicación leve ESD 1). Dado que existe gran fluctuación clínica se decide realizar tratamiento endovascular primario, al considerar muy extenso el tejido en riesgo. Se le explica al paciente el procedimiento y firma CI. TA 170/91, FC 68 (ritmo sinusal) Groin puncture 15:25h. Hora primera serie 15:40h, se confirma oclusión en tándem izquierda. Se intenta pasar guía a traves de CII, con gran dificultad, sin conseguir atravesar la CII. No es posible la apertura de CII, por lo que se decide finalizar el procedimiento a las 16:50h.

Ante la ausencia de contraindicaciones y dado el tiempo de evolución se decide tratamiento endovascular mediante angiorradiología a traves de punción femoral derecha realizada a las 1:07h. Se realiza serie angiografica selectiva a las 1:14h y se objetiva la oclusion de la arteria basilar. Tras 2 aspiraciones se obtiene la recanalizacion completa de la arteria basilar a las 1:33 h. En series de comprobacion se observa la recanalización completa de la arteria basilar con oclusion P2-P3 izquierda y oclusion de una rama cortical de la arteria cerebral posterior derecha. Durante el procedimiento ha precisado noradrenalina a 0.1 mcg/kg/min. Tras finalizar el procedimiento se mantiene catéter arterial femoral derecho a traves de introductor y se traslada a la AVI para monitorización y tratamiento a cargo de neurología.

Regla Fecha y Hora recanalización para la trombectomía mecánica

Ante la ausencia de contraindicaciones y dado el tiempo de evolución se decide tratamiento endovascular mediante angiorradiología a traves de punción femoral derecha realizada a las 1:07h. Se realiza agiografía selectiva a las 1:14h y se objetiva la oclusion de la arteria basilar. Tras 2 aspiraciones se obtiene la recanalizacion completa de la arteria basilar a las 1:33 h. En series de

comprobacion se observa la recanalización completa de la arteria basilar con oclusion P2-P3 izquierda y oclusion de una rama cortical de la arteria cerebral posterior derecha. Durante el procedimiento ha precisado noradrenalina a 0.1 mcg/kg/min. Tras finalizar el procedimiento se mantiene catéter arterial femoral derecho a traves de introductor y se traslada a la AVI para monitorización y tratamiento a cargo de neurología.

Regla Fecha / hora fin de la trombectomía mecánica

Se anotará y normalizará la fecha y hora de fnalización de la trombectomia mecánica. La fecha/hora deben aparecer explícita en el contexto inmediato a la variable.

Regla Etiquetar el procedimiento Test de disfagia

Se etiquetará el procedimiento denominado *test de disfagia* (o test de deglución), generalmente situado en la sección *Procedimientos* de los informes de alta (Arquetipo *SECTION: Datos del proceso asistencial - Procedimiento*).

Ejemplos:

Evolución
…..
Se realiza TC control que descarta transformación hemorrágica, por lo que se inicia anticoagulación con rivaroxaban una semana después del ictus.
Se realiza test de disfagia que muestra disfagia a líquidos por lo que al alta se suministran espesantes y se cita en dispensario de disfagia para control.

Regla TP5.1. Tac craneal y sus atributos

Se anotarán todas las menciones de **Tac craneal** *en cualquiera de sus formas* que aparezcan en el texto y siempre eligiendo la forma más larga posible. Por ejemplo, xper-ct.

Regla TP5.1. Fecha tac craneal

Se anotará y normalizará la fecha del tac craneal. La fecha debe aparecer explícita en el contexto inmediato a la variable.

Regla TP5.1. Hora tac craneal

Se anotará y normalizará la hora del tac craneal. La hora debe aparecer explícita en el contexto inmediato a la variable.

Ejemplos:

TC craneal urgente multimodal (09/02/2016): No s'observen lesions hemorràgiques agudes intracranials.S'observa una subtil hipoatenuació corticosubcortical occipital esquerre; resta de parènquima cerebral amb correcta diferenciació còrtico-subcortical. Imatge nodul·lar de la mateixa densitat que el LCR, de localització sublenticular dreta, que si bé sembla un espai perivascular dilatat de VirchowRobin no es pot descartar un infart llacunar a aquest nivell.

EXPLORACIÓ COMPLEMENTÀRIA
Urgencias
-Tc craneal (14/03/17): Signos precoces de isquemia parieto temporal izquierda ASPECTS 5/10. Cambios involutivos acordes para la edad del paciente. TC perfusión muestra un infarto de la región posterior de M2 y parcial de M3 izquierdas con una zona de isquemia más amplia (M2-M3-M5-M6 e insula) y un mistmatch significativo (>50%).

TAC craneal simple (05.03.2017): Ausencia de desplazamientos de estructuras de línea media supra e infratentorial. Colección hemorrágica parenquimatosa unos 42mm de tamaño mayor, con edema perilesional, de topografía lobar temporal-paraatrial izquierda. Niveles hemáticos en ambas cuernos ventriculares occipitales

NOTA: No se deben de anotar otros TAC distintos del craneal, como TAC torácico, abdominaletc.

4.3. VARIABLES SOBRE TRATAMIENTOS Y ESCALAS DE VALORACIÓN

Se anotarán: **tratamiento anticoagulante**, **tratamiento antiagregante**, y las escalas de **Rankin**, **NIHSS** y **ASPECTS** siguiendo las reglas que se detallan a continuación.

Regla Etiquetar el Tratamiento anticoagulante

Se etiquetarán todas la menciones de los fármacos anticoagulantes de la Tabla 8.

En el caso de poder distinguir entre tratamiento **habitual** y tratamiento al **alta**, se sub-especificarán siguiendo las reglas a continuación.

En caso de duda, **NO** se distinguirá entre tratamiento habitual y tratamiento al alta.

Regla Etiquetar el Tratamiento anticoagulante habitual

Se etiquetarán los fármacos anticoagulantes que tome el paciente **previo al ingreso y al alta** como habituales siempre que esté **explícitamente marcado** y/o en la **sección *Antecedentes*.**

En los ejemplos se marca en amarillo la mención y en beige la evidencia que determina si el fármaco es habitual o al alta**.** Recordemos que para discriminar entre habitual/al alta necesitamos tener una evidencia textual clara (que **NO** se anota).

Ejemplos

Medicación habitual: sintrom, enalapril 20 mg, hidrosaluretil 50 mg, lorazepam 1 mg, paracetamol SOS

ANTECEDENTS -Sin alergias medicamentosas. -Hipertensión arterial -Fibrilación auricular en tratamiento frenador con betabloqueantes y anticoagulado con Eliquis. -Hiperplasia benigna de próstata. -Hematoma subdural evacuado

Regla Etiquetar el Tratamiento anticoagulante al alta

Se etiquetarán los fármacos anticoagulantes que tome el paciente al alta como 'al alta' siempre que esté **explícitamente marcado**

Ejemplo:

Medicación al alta: sintrom, enalapril 20 mg, hidrosaluretil 50 mg, lorazepam 1 mg, paracetamol SOS

Regla Etiquetar el Tratamiento antiagregante

Se etiquetarán todas la menciones de los fármacos antiagregantes de la Tabla 9.

En el caso de poder identificar tratamiento habitual y tratamiento al alta, se sub-especificarán siguiendo las reglas a continuación.

En caso de duda, NO se distinguirá entre tratamiento habitual y tratamiento al alta.

Regla Etiquetar el Tratamiento antiagregante habitual

Se etiquetarán los fármacos antiagregantes que tome el paciente **antes del ingreso como** 'habituales' siempre que esté **explícitamente marcado** y/o en la **sección *Antecedentes***

MEDICACIÓ HABITUAL Adiro 100mg Alopurinol 300mg Bisoprolol

Furosemida 1 amp/24h
Losartán 100mg/24h
Pantoprazol
Simvastatina 20mg/día

Regla Etiquetar el Tratamiento antiagregante al alta

Se etiquetarán los fármacos antiagregantes que tome el paciente al alta. En la Tabla 9 se detallan los fármacos que pueden aparecer

Ejemplos:

TRACTAMENT I RECOMANACIONS A L'ALTA
Control estricto de factores de riesgo vascular por médico de cabecera
Dieta sin sal, baja en grasas y para diabéticos.
Medicación:
- Clopidogrel 150 mg cada 24 horas
- Ranitidina 300 mg cada 24 horas
- Cambiar Atorvastatina 40 por Atorvastatiba 80
- Resto de medicación sin cambios: Adiro 100mg/24h, enalapril 10mg/24h, Metformina 850mg/12h, Diamicron 30mg/24h

Plan terapéutico / Pla terapèutic
- Atorvastatina 40 mg en la cena.
- Acido acetilsalicilico 100 mg en el desayuno.
- Amlodipino 5 mg cada 12h (desayuno y cena).
- Enalapril 10 mg cada 12h.
- Omeprazol 20mg en el desayuno

Nombre	***ATC code***	***Familia***	***Subtipo***	***Nombre comercial***
acenocumarol	B01AA07	Vitamin K antagonists	oral anticoagulation	sintrom
warfarin	B01AA03	Vitamin K antagonists	oral anticoagulation	aldocumar
heparin	B01AB01	Heparin	intravenous anticoagulation	Heparina
dalteparin	B01AB04	Heparin	subcutaneous anticoagulation	fragmin

enoxaparin	B01AB05	Heparin	subcutaneous anticoagulation	clexane
nadroparin	B01AB06	Heparin	subcutaneous anticoagulation	fraxiparina
parnaparin	B01AB07	Heparin	subcutaneous anticoagulation	
reviparin	B01AB08	Heparin	subcutaneous anticoagulation	
bemiparin	B01AB12	Heparin	subcutaneous anticoagulation	hibor
dabigatran etexilate	B01AE07	direct thrombin inhibitors	oral anticoagulation	pradaxa
rivaroxaban	B01AF01	direct factor Xa inhibitors	oral anticoagulation	xarelto
apixaban	B01AF02	direct factor Xa inhibitors	oral anticoagulation	eliquis
edoxaban	B01AF03	direct factor Xa inhibitors	oral anticoagulation	lixiana

Tabla 8: Lista de fármacos anticoagulantes.

Nombre genérico	***ATC code***	***Familia***	***Nombre comercial***
clopidogrel	B01AC04	Platelet aggregation inhibitors	plavix
ticlopidine	B01AC05	Platelet aggregation inhibitors	tiklid
acetylsalicylic acid	B01AC06	Platelet aggregation inhibitors	AAS, Adiro
dipyridamole	B01AC07	Platelet aggregation inhibitors	persantin
abciximab	B01AC13	Platelet aggregation inhibitors	reopro
tirofiban	B01AC17	Platelet aggregation inhibitors	agrastat
triflusal	B01AC18	Platelet aggregation inhibitors	disgren
cilostazol	B01AC23	Platelet aggregation inhibitors	ekistol, pletal
ticagrelor	B01AC24	Platelet aggregation inhibitors	brilique
cangrelor	B01AC25	Platelet aggregation inhibitors	
prasugler	B01AC22	Platelet aggregation inhibitors	
combinations	B01AC30	Platelet aggregation inhibitors	
acetylsalicylic acid, combinations with proton pump inhibitors	B01AC56	Platelet aggregation inhibitors	

Tabla 9: Lista de fármacos antiagregantes.

Regla Etiquetar la situación funcional (Escala de Rankin Modificada) y el valor numérico asociado

Se etiquetarán **todas** las menciones sobre la situación funcional en forma de *Escala de Rankin Modificada* (mRankin/mRS), junto al valor numérico asociado, este último como atributo.

Cuando esté **explícitamente declarado**, la situación funcional (mRankin/mRS) puede sub especificarse en *previa* o *al alta* como se detalla a continuación.

En caso de duda se anotará sin sub-especificar.

Regla Etiquetar la situación funcional previa al episodio medida en forma de Escala de Rankin Modificada y el valor numérico asociado

Se etiquetará la situación funcional **previa** al episodio medida en forma de *Escala de Rankin Modificada* (mRankin/mRS), junto al valor numérico asociado, este último como atributo.

Esta información se encuentra en la **sección *Antecedentes (…)*** (a veces referida como ***Situación Funcional***) de los informes de alta y/o en el contexto de 'situación basal'.

De nuevo, en los ejemplos se marca en amarillo la mención(mRankin en este caso) y en beige la evidencia que discrimina entre previa/sin determinar.**.** Recordemos que para discriminar entre previa/sin determinar necesitamos tener una evidencia textual clara (que NO se anota).

Ejemplo:

ANTECEDENTS
Sense al·lèrgies medicamentoses. No fumador, no enol.
FRCV: no HTA, diabètic (ADOs), no DLP. Fibril·lació auricular angicoagulada amb warfarina. Trombopènia lleu en seguiment Hemato-HUB fins a 2014. Estudi negatiu. Aspirat no concloent per displàsia. Serologies negatives. Goll multinoduar tractat amb I131. Malaltia d'Alzheimer diagnosticada el 2014 (rivastigmina). Ingrés (H. Viladecans) per hematúria amb signes de deshidratació del 4-5/01/17, sediment negatiu, AP: compatible amb procés inflamatori agut.
Situació basal: Viu amb la seva dona, parcialment dependent per les ABVD (ajuda per vestir-se i dutxar-se, no pot agafar el telèfon, surt sol al carrer, compra cada dia el pà, coneix als seus familiars), deambulació autònoma, mRankin 3.

Regla Etiquetar la situación funcional al alta médica (Escala de Rankin Modificada) y el valor numérico asociado

Se etiquetará la situación funcional **al alta** médica en forma de *Escala de Rankin Modificada* (mRankin/mRS), junto al valor numérico asociado, este último como atributo,

Esta información se encuentra en la **sección *Evolución*** de los informes de alta (Arquetipo *SECTION: Datos del proceso asistencial - Información sobre la Evolución*) y debe mencionarse **explícitamente** mediante fórmula 'al alta' o equivalente

Ejemplos:

Evolución:
Se valoran al ingreso el estado de ánimo, las necesidades de rehabilitación y se inician fisioterapia y movilización precoces. Durante el ingreso evoluciona de forma favorable, presentando leve paresia facial al alta. Durante el ingreso se realiza educación sanitaria acerca del ictus.
Se mantiene con correctos controles tensionales durante el ingreso. Se recomienda control ambulatoria y dada la existencia de microhemorrágias conocidas previamente, que el tratamiento acutal es de doble antiagregación y se deben evitar hipotensiones se decide sustituir el tratamiento previo por otro de perfíl de control 24 horas como es el perindopril/indapamida.
En analítica de ingreso se objetiva plaquetopenia que ya presentaba en controles previos; tributario de estudio ambulatorio.
Se realiza RMN craneal, donde se confirma lesión protuberancial.
No presenta complicaciones, y dada la estabilidad clínica se decide alta a domicilio, con rehabilitación domiciliaria por empeoramiento funcional con debilidad para la marcha leve.
Al alta se mantiene tratamiento antiagregante con AAS y clopidogrel y estatinas a dosis altas al menos tres meses.
Etiología TOAST aterotrombótico, Oxford POCI. Al alta NIHSS 1, Rankin 1.

Regla Etiquetar la información de la escala NIHSS y el valor numérico final

Se etiquetarán todas la menciones la *escala NIHSS* (o basal) junto al valor numérico final, este último como atributo.

Cuando esté **explícitamente declarado**, la situación escala NIHSS puede sub especificarse en *inicial* o *al alta* como se detalla a continuación.

En caso de duda se anotará como NIHSS sin sub-especificar.

NOTA: En ocasiones, las puntuaciones de la *escala NIHSS* aparecen desagregadas y no aparece el valor final (la suma de todos). En este caso, se han de anotar todos los valores. En caso de éxitus, se asumirá que el NIHSS al alta es el último registrado.

Regla VP11. Etiquetar la información de la escala NIHSS inicial y el valor numérico final

Se etiquetará la información de la *escala NIHSS* **inicial o previa** (o basal) junto al valor numérico final, este último como atributo siempre que esté explícitamente declarado.

La información de la *escala NIHSS previa* aparece en la **sección *Exploración física (en urgencias)*** (Arquetipo SECTION: *Datos del proceso asistencial - Exploración física*, subsección *Exploración física de urgencias*).

Ejemplo:

VALORACIÓN NEUROLÓGICA EN URGENCIAS: Glicemia capilar 114mg/dl Consciente y orientado, obedece órdenes simples y complejas, lenguaje disártrico sin afasia clara.
No defecto campimétrico por confrontación. Oculomotricidad normal.
Paresia facial central dcha. Síndrome de Horner dcho.
Resto de pares craneales normales. Hemiparesia derecha leve.
RCP flexor bilateral. No alteración táctil sensitiva.
No dismetrías valorables.
No extinción al doble estímulo.

NIHSS. (0.0.0).0.0 / 1 (1.0) (1.0) / 0.0.0.1.0 = 4

EXPLORACIÓ FÍSICA
TA 164/72 FC 91x' Sat 97% Tª35.5
NRL: conscient, orientat en temps, espai i persona, disàrtria lleu (1), llenguatge conservat, compleix ordres simples i complexes, ,no HH, MOEs conservats, PFSNesquerra (2), hemiparèsia esquerra BC 4/5 vs desaferentització (1+1), sensibilitat conservada, no extinció sensitiva ni visual, no agnòsies, reflexe cutani plantar extensor bilateral. NIHSS 5.

A menudo la **sección Evolución** puede contener información sobre la escala NIHSS inicial, en este caso debe haber **evidencia explícita**.

Ejemplo:

EVOLUCIÓ CLÍNICA
A su llegada a urgencias paciente hemodinámicamente estable y afebril.
Presenta clínica compatible con síndrome TACI derecho con NIHSS inicial 16+1.
El TC craneal multimodal muestra ASPECTS 9, con oclusión a nivel de ACM-M2 y mismatch en todo el territorio.

Regla Etiquetar la información de la escala NIHSS al alta y el valor numérico final

Se etiquetará la información de la *escala NIHSS* **al alta** del paciente junto al valor numérico final, este último como atributo.

Esta información se encuentra en la **sección *Evolución*** de los informes de alta (Arquetipo *SECTION: Datos del proceso asistencial - Información sobre la Evolución*) y debe mencionarse **explícitamente** mediante fórmula 'al alta' o equivalente.

Ejemplo:

Evolución:
Se valoran al ingreso el estado de ánimo, las necesidades de rehabilitación y se inician fisioterapia y movilización precoces. Durante el ingreso evoluciona de forma favorable, presentando leve paresia facial al alta. Durante el ingreso se realiza educación sanitaria acerca del ictus.
Se mantiene con correctos controles tensionales durante el ingreso. Se recomienda control ambulatoria y dada la existencia de microhemorrágias conocidas previamente, que el tratamiento acutal es de doble antiagregación y se deben evitar hipotensiones se decide sustituir el tratamiento previo por otro de perfíl de control 24 horas como es el perindopril/indapamida.
En analítica de ingreso se objetiva plaquetopenia que ya presentaba en controles previos; tributario de estudio ambulatorio.
Se realiza RMN craneal, donde se confirma lesión protuberancial.
No presenta complicaciones, y dada la estabilidad clínica se decide alta a domicilio, con rehabilitación domiciliaria por empeoramiento funcional con debilidad para la marcha leve.
Al alta se mantiene tratamiento antiagregante con AAS y clopidogrel y estatinas a dosis altas al menos tres meses.
Etiología TOAST aterotrombótico, Oxford POCI. Al alta NIHSS 1, Rankin 1.

NOTA: En ocasiones, las puntuaciones de la *escala NIHSS* aparecen desagregadas y no aparece el valor final (la suma de todos). En este caso, se han de anotar todos los valores). En caso de éxitus, se asumirá que el NIHSS al alta es el último registrado.

Regla Etiquetar el ASPECTS score y el valor numérico asociado

Se etiquetará el *ASPECTS score* (o escala ASPECTS) y su valor numérico asociado (como atributo) correspondiente a la primera TC craneal que se realice (la TC craneal de urgencias).

La información de la *escala ASPECTS* suele aparecer en la sección *Exploraciones complementarias* de los informes de alta (Arquetipo SECTION: *Datos del proceso asistencial - Información sobre pruebas complementarias*, subsección *Exploraciones complementarias en urgencias*).

Ejemplo:

- TC y angioTC craneal (22/02;13.28h): Parénquima cerebral de densidad y morfología normal sin signos de sangrado ni imágenes con efecto de masS (aspects10). Sistema ventricular de tamaño, morfología y situación normal. Estructuras de la línea media centrada. Cisternas de la base libres.