

LOGROS Y RETOS EN LA ATENCIÓN DEL ICTUS EN ESPAÑA: DESDE LA ESTRATEGIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD AL PLAN DE ACCIÓN EUROPEO 2018-2030

Patricia Simal Hernández

Jorge Matías Guiu-Guia

Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. España.

Teresa Hernández Meléndez

Subdirección General de Calidad Asistencial. Ministerio de Sanidad. Madrid. España.

Pilar Aparicio Azcárraga

Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. Madrid. España.

Comité Institucional de la Estrategia en ICTUS del SNS

Joan Montaner Villalonga (Andalucía), Gloria Martínez Borobio (Aragón), Sergio Calleja Puerta (Principado de Asturias), Eusebio Castaño Riera, Carmen Jiménez Martínez (Illes Balears), Francisco Javier Alfonso López (Islas Canarias), Enrique Palacio Portilla (Cantabria), Juan Francisco Arenillas Lara, Purificación de la Iglesia Rodríguez (Castilla y León), Miguel Angel Atoche Fernández (Castilla-La Mancha), Ana María Pérez del Campo, Natalia Pérez de la Ossa Herrero (Cataluña), Pablo Rodríguez Martínez (Comunitat Valenciana), Concepción Gutiérrez Montaña (Extremadura), María del Mar Castellanos Rodrigo (Galicia), Alfonso Martín Martínez (Comunidad de Madrid), Ana Morales Ortiz (Región de Murcia), Nuria Aymerich Soler (Comunidad Foral de Navarra), Alfredo Rodríguez-Antigüedad Zarranz (País Vasco), M^a Eugenia Marzo Sola (La Rioja), Yolanda Agra Varela, Piedad Ferré de la Peña, Magdalena Pérez, M^a Cruz Calvo Reyes, Félix Miguel García (Ministerio de Sanidad), Inmaculada Gómez Pastor (Centro de Referencia Estatal al Daño Cerebral [CEADAC] IMSERSO) y Antonia Blanco Galán (INGESA [Ceuta-Melilla]).

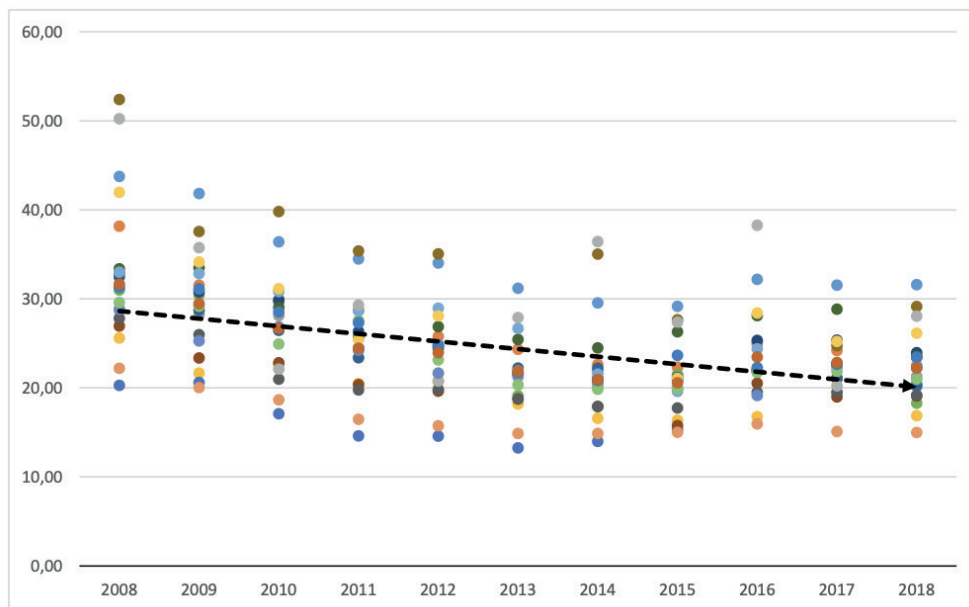
En España, el ictus sigue siendo la segunda causa de muerte (primera en las mujeres), la primera causa de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda causa de demencia⁽¹⁾. La *Estrategia en Ictus* del Sistema Nacional de Salud, publicada en 2009⁽²⁾, realizó un profundo análisis de la situación epidemiológica, la prevención y el tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares en España. Teniendo como referente la Oficina Regional Europea de la OMS, en la *Declaración de Helsinborg*⁽³⁾, publicada en 1995, junto con organismos científico-técnicos, estableció unos objetivos de mejora en todos los niveles de la atención sanitaria del ictus.

La Evaluación de la Estrategia en 2020, recientemente aprobada y pendiente de su publicación, pone de manifiesto el logro de un gran número de objetivos. Con el consenso, el esfuerzo y la acción conjunta de todos los agentes implicados (comunidades autónomas, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Ministerio de Sanidad, sociedades científicas

y asociaciones de pacientes) su implantación ha redundado en una significativa **disminución de la mortalidad** y una **mayor equidad** en el tratamiento del ictus en España (figura 1). Sin embargo, nos enfrentamos a un gran reto en los próximos años: el envejecimiento de la población en Europa, cuyo incremento se estima en un 35% entre 2017-2050, conlleva también un incremento esperable de la incidencia del ictus⁽⁴⁾. Teniendo en cuenta estudios epidemiológicos prospectivos, se estima que uno de cada seis españoles sufrirá un ictus a lo largo de su vida. Por otra parte, se han producido extraordinarios avances en la última década que se han traducido en el desarrollo de tratamientos más efectivos, aunque también de una mayor complejidad. Por todo ello debe asegurarse una atención **individualizada, integral, multidisciplinar y coordinada** de esta patología.

La presente actualización de la Estrategia va encaminada a consolidar el objetivo principal de su primera edición de 2009:

Figura 1. Mortalidad. Tasas Ajustadas de Mortalidad por ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES (I60-I64) por 100.000 habitantes. Línea de tendencia y variabilidad territorial. Se observa la disminución de la mortalidad y cómo la variabilidad interterritorial ha disminuido: el rango de la tasa tuvo el valor mínimo en 20,28 y el máximo en 52,40, mientras que en 2008 osciló entre 14,99 y 31,61.



Fuente: Ministerio de Sanidad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

disminuir la incidencia y la morbimortalidad de los pacientes con ictus. Es también prioritario involucrar al paciente y su entorno, proporcionándole las herramientas necesarias para procurar su autonomía y participación en todas las fases del proceso, avanzando hacia una **atención integral centrada en el paciente**. La actualización se engloba en el marco del *Plan de Acción Europeo de Ictus 2018-2030*⁽⁵⁾, que define cuatro objetivos generales para el año 2030:

1) Reducir el número absoluto de ictus en Europa en un 10%.

2) Tratar al 90% o más de todos los pacientes en una unidad de ictus especializada como primer nivel de atención.

3) Elaborar planes nacionales que integren toda la cadena de atención desde la prevención primaria hasta la vida después del ictus.

4) Implementar estrategias nacionales para intervenciones de salud pública multisectoriales a fin de promover y facilitar un estilo de vida saludable y reducir otros factores de riesgo ambientales (incluyendo la contaminación), socioeconómicos y educativos.

La organización de los servicios de atención debe, por tanto, abarcar todo el espectro de la enfermedad: desde la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento en fase aguda, hasta la rehabilitación y los cuidados a largo plazo.

Estudios recientes estiman que un **90% de los ictus se podría evitar** modificando estilos de vida y factores de riesgo vascular⁽⁶⁾. Múltiples factores genéticos y epigenéticos interactúan incrementando el riesgo de ictus, por lo que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad deben realizarse desde diferentes perspectivas: poblacional, comunitaria, ambiental e individual. Nuevos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos han sido incorporados a las guías terapéuticas, tanto en prevención primaria como secundaria, como los anticoagulantes de acción directa, antiagregantes plaquetarios, hipolipemiantes o el cierre de foramen oval permeable. Es fundamental implementar medidas en Salud Pública y mejorar la coordinación entre Atención Primaria y los diferentes especialistas implicados, aunando esfuerzos para llevar a cabo medidas coste-efectivas que engloben estrategias de prevención específicas y también comunes a otras enfermedades. Los equipos de **Atención Primaria** realizan, además, una valoración integral de los pacientes que han sufrido un ictus y de sus cuidadores, actuando como nexo entre los diferentes niveles asistenciales.

El **tratamiento en la fase aguda** precisa de una actuación rápida y eficiente entre los servicios de emergencias con el medio hospitalario, orquestada a través del *Código Ictus*, que ha sido implantado en prácticamente todas las comunidades autónomas. Desde la Estrategia se han promovido también campañas de información y actividades de formación dirigidas a la población general,

al personal sanitario y a centros educativos con el fin de mejorar el conocimiento de los síntomas de alarma y las pautas de actuación, ya que el **tratamiento precoz** sigue siendo fundamental en la reducción de la mortalidad y las secuelas.

La **unidad de ictus**, coordinada por neurólogos clínicos con formación específica en patología cerebrovascular, supone la piedra angular del diagnóstico y tratamiento en esta fase, que redundará en una disminución del riesgo de discapacidad y mortalidad en un 20%⁽⁷⁾. Los cuidados deben estar protocolizados y realizarse también por personal de enfermería con experiencia y formación específicas. La implementación ha sido muy relevante en los últimos años, tanto en el número como en la calidad de la atención. Sin embargo, dadas las previsiones, es necesaria la creación de nuevas unidades y una mayor dotación de las existentes. En la unidad de ictus debe iniciarse un **estudio etiológico** con el fin de instaurar un tratamiento individualizado precoz para prevención de recurrencias, así como programar ulteriores estudios y seguimiento. La aplicación de la tecnología puede resultar una herramienta útil para un seguimiento más estrecho, mejorar la adherencia terapéutica y alcanzar los objetivos en **prevención secundaria**.

Las terapias de reperfusión en el ictus isquémico -la **trombólisis intravenosa** y el **tratamiento endovascular**- han supuesto un avance fundamental en la última década. La recanalización arterial precoz es el tratamiento en fase aguda que ha demostrado, junto con los cuidados en las unidades de ictus, la mayor disminución de la morbi-mortalidad y secuelas en el ictus isquémico por oclusión arterial⁽⁸⁾. Además, recientes ensayos clínicos en los que se incluyen criterios de selección con **neuroimagen avanzada** han permitido ampliar

la estrecha ventana terapéutica⁽⁹⁾. El desarrollo de las técnicas endovasculares y neuroquirúrgicas también ha supuesto un avance en el tratamiento de malformaciones vasculares cerebrales y aneurismas en el ictus hemorrágico. Es necesaria su realización por profesionales cualificados, en los llamados **centros de referencia de ictus**. Todo ello supone un nuevo **reto organizativo** y una necesidad de reevaluar y actualizar los objetivos, atendiendo a los criterios de seguridad, eficacia, eficiencia y equidad. En áreas geográficas más remotas, los estudios indican que la **telemedicina** permite el tratamiento eficaz en fase aguda, incluyendo la trombólisis intravenosa y facilita la identificación precoz de pacientes que van a requerir el traslado a centros especializados⁽¹⁰⁾.

En la unidad de ictus, es fundamental una valoración temprana por un médico especialista en **rehabilitación**, que indique y coordine el tratamiento precoz por fisioterapeutas, logoterapeutas y terapeutas ocupacionales y que planifique el tratamiento al alta. Deben implicarse también **trabajadores sociales** y **neuropsicólogos** en aquellos pacientes que lo precisen. En los últimos años la implantación de avances tecnológicos en los programas de rehabilitación ha supuesto una herramienta muy útil para lograr la máxima capacidad funcional.

El **ictus en la edad pediátrica** merece una especial mención: si bien presenta menor incidencia y mejor pronóstico que en el adulto, es una de las 10 primeras causas de mortalidad en la infancia y produce secuelas a largo plazo en un 40%-60% de los casos⁽¹¹⁾. La baja incidencia, unida a la variedad de procesos que se inician con síntomas similares en la edad pediátrica, dificultan el diagnóstico y tratamiento precoz, aumentando la morbi-mortalidad. Los tratamientos de reperusión son igualmente aplicables a este grupo de edad. Por ello se considera prioritaria

la implementación específica de la atención del ictus pediátrico, garantizando su acceso a tratamientos específicos.

El coste anual de los nuevos casos de ictus en España se estima en 1.989 millones de euros. Pese a que diferentes estudios ponen de manifiesto que uno de cada tres pacientes con ictus sufre secuelas graves, únicamente el 10% de los pacientes con discapacidad por ictus reciben alguna prestación económica. Este porcentaje se reduce a la mitad en personas mayores de 65 años⁽¹²⁾. Los datos anteriores justifican la necesidad de **optimizar la asignación de recursos** para reducir el impacto de esta enfermedad.

La irrupción de la **pandemia por COVID-19** ha supuesto un impacto en el tratamiento del ictus, siendo necesaria una reorganización de los espacios y del personal sanitario. Se ha encontrado una relación estrecha entre una coagulopatía inmunomediada en pacientes con COVID-19 y la aparición de fenómenos tromboembólicos. Los pacientes con ictus y COVID-19 presentan una peor evolución⁽¹³⁾. Todo ello supone nuevas dificultades para asegurar el tratamiento de estos pacientes y la prevención de contagios en todo el proceso asistencial.

Por último, con el fin de seguir haciendo frente a estos y otros nuevos retos de una patología tan prevalente y asociada a elevada morbi-mortalidad y dependencia, es importante reseñar la importancia de impulsar la **investigación** en enfermedades cerebrovasculares que debe suponer una prioridad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruíz-Giménez N, González Ruano P, Suárez C. Abordaje del accidente cerebrovascular. Inf Ter Sist Nac Salud [Internet] 2002 [citado 2019 sep 6];26(4). Disponible en: https://www.msrebs.gov.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200204_1.pdf

2. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud 2008. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Depósito Legal: M-51324-2009.
3. Kjellstrom T, Norrving B, Shatchkute A. Helsingborg Declaration 2006 on European stroke strategies. *Cerebrovasc Dis*. 2007; 23(2-3): p. 231-241.
4. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Ageing 2017 – Highlights (ST/ESA/SER.A/397) (accessed 11 October 2018).
5. European Stroke Organisation. ESO Action Plan for Stroke In Europe 2018–2030. <https://eso-stroke.org/action-plan-stroke-europe2018-2030-2/>. Consultado August 10, 2018.
6. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S *et al*. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet*. 2016; 388: 761-765.
7. Indredavik B, Bakke F, Solberg F, Rokseth R, Haaheim LL, Holme I. Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial. *Stroke*. 1991; 22:1026-1031.
8. Bhaskar S, Stanwell P, Cordato D *et al*. Reperfusion therapy in acute ischemic stroke: dawn of a new era? *BMC Neurol* 18, 8 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12883-017-1007-y>
9. Campbell BCV, Ma H, Ringleb PA, Parsons MW *et al*. Extending thrombolysis to 4-5-9 h and wake-up stroke using perfusion imaging: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Lancet*. 2019;394(10193):139. Epub 2019 May 22.
10. Powers WJ, Rabinstein A, Ackerson T *et al*. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019;50:e344–e418.
11. Sánchez Álvarez MJ. Epidemiología y causas de la patología vascular cerebral en niños. *Rev Esp Pediatr*. 2017;73:1-5.
12. Alvarez-Sabín J, Quintana M, Masjuan J, Oliva-Moreno J, Mar J, Gonzalez-Rojas N *et al*. Economic impact of patients admitted to stroke units in Spain. *Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care* 2017;18(4):449-458.
13. Tan YK, Goh C, Leow AST, Tambyah PA, Ang A, Yap ES, Tu TM, Sharma VK, Yeo LLL, Chan BPL, Tan BYQ. COVID-19 and ischemic stroke: a systematic review and meta-summary of the literature. *J Thromb Thrombolysis*. 2020 Oct;50(3):587-595. doi: 10.1007/s11239-020-02228-y. PMID: 32661757; PMCID: PMC7358286.