

El 90% de los casos de ictus se pueden prevenir

El ictus es la segunda causa de muerte en España (la primera en mujeres), la primera de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda de demencia. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año entre 110.000 y 120.000 personas sufren un ictus en nuestro país.

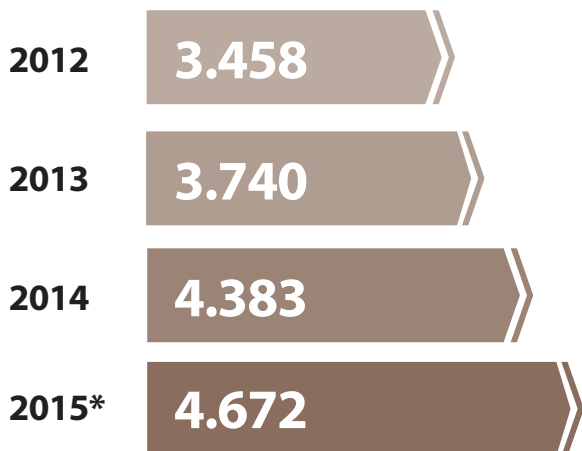
De ellos, un 50% quedan con secuelas discapacitantes o fallecen. Actualmente más de 330.000 españoles presentan alguna limitación en su capacidad funcional por haber sufrido un ictus.

Aunque en los últimos 20 años, la mortalidad y la discapacidad por ictus ha disminuido, gracias a la mejora en la detección precoz de los síntomas, en el control de los principales factores de riesgo y en la introducción de nuevas medidas terapéuticas, como las unidades de ictus, la trombólisis o la trombectomía mecánica, su incidencia sigue aumentando. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en los próximos 25 años su incidencia se incrementará un 27%.

Un informe titulado “*The Burden of Stroke in Europe*”, que aborda el impacto del ictus en Europa y ha sido realizado por un grupo de expertos del King’s College London, alerta de que en los próximos 15 años aumentarán un 34% los casos de este accidente cerebrovascular en la Unión Europea (UE). El informe también detalla que el coste total estimado del accidente cerebrovascular en Europa fue de 45.000 millones de euros en el 2015, coste que el estudio prevé que se elevará en años sucesivos.

También concluye que sólo el 30% de los pacientes reciben atención temprana en unidades de ictus en toda la UE. La proporción de personas que reciben tratamiento en una unidad de ictus varía de menos del 10% a más del 80%, dependiendo del lugar de Europa en dónde viva. Además, no hay servicios de terapia ambulatoria en dos de cada cinco estados miembros de la UE. Por todo ello, el estudio, que revela que cada año se producen 17 millones de casos en todo el mundo (120.000 en España), pide que se mejoren los sistemas de información, que se apueste por la prevención, sobre todo en relación con la hipertensión arterial y la fibrilación auricular, que se apoye la investigación y que se considere el ictus como un caso de emergencia.

EVOLUCIÓN DE LAS ACTIVACIONES DE CÓDIGO ICTUS REALIZADAS POR EL SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS



Fuente: Servicio de Emergencias Médicas. Informe Anual SNS 2016.
* Los datos correspondientes al año 2015 son provisionales.

CASOS DE ICTUS AL AÑO POR CCAA

Andalucía	21.000
Aragón	3.300
Asturias	3.000
Baleares	3.500
C. Madrid	11.500
C. Valenciana	11.500
Canarias	3.500
Cantabria	1.000
Castilla-La Mancha	5.200
Castilla y León	6.000
Cataluña	18.500
Ceuta	200
Extremadura	2.600
Galicia	7.000
La Rioja	750
Melilla	200
Murcia	3.300
Navarra	1.200
País Vasco	5.000

Fuente: Sociedad Española de Neurología (SEN)

Urgencia

Un ictus es un trastorno brusco en la circulación sanguínea del cerebro que puede ser producido por oclusión arterial (el 85% de los casos) o por hemorragia (el 15%). Puesto que el cerebro necesita un aporte constante de oxígeno y nutrientes, que le llegan a través de la circulación sanguínea, el daño cerebral que produce un ictus depende en gran medida del tiempo en el que dura este trastorno y de la zona que se haya visto afectada. Por lo tanto, saber identificar los síntomas para acudir cuanto antes al hospital puede ayudar a mejorar significativamente el pronóstico de esta enfermedad.

Teniendo en cuenta que por cada minuto en el que una persona sufre detención o disminución de la circulación de sangre en el cerebro se pierden 1,9 millones de neuronas y 14 billones de conexiones neuronales, y que una hora supone un envejecimiento cerebral de 3,6 años y una pérdida de 120 millones de neuronas, el ictus es siempre una urgencia médica. Por ello, ante los primeros síntomas de ictus debe llamarse inmediatamente al 112 y no trasladar al paciente por medios propios al hospital o al centro de salud.

Por otro lado, los avances en el diagnóstico y el tratamiento de trastornos agudos se han traducido en mejoras de las patologías potencialmente mortales. Uno de los indicadores de la calidad de la atención es la mortalidad intrahospitalaria postinfarto agudo

En los últimos 15 años, el número de pacientes atendidos en hospitales del SNS por enfermedades cerebrovasculares ha aumentado un 40%, lo que ha hecho que estas enfermedades sean ya la octava causa de hospitalización. Actualmente, es la entidad neurológica que mayor número de ingresos hospitalarios genera en España –el 70% de los ingresos neurológicos– y una de las patologías que requieren de mayor estancia hospitalaria y, consecuentemente, de mayor coste para los sistemas sanitarios. El ictus es responsable del 3-6% del gasto total sanitario.

Código Ictus

Junto con el control de los factores de riesgo, otra de las claves en el control del ictus es la atención inmediata y especializada. Diversas fuentes muestran que el 97% de los pacientes que ha padecido un ictus no ha recibido un tratamiento adecuado, lo que incrementa el riesgo de desarrollar más lesiones neurológicas. De hecho, se estima que casi un tercio de pacientes de ictus o infarto cerebral podría salvar su vida o librarse de una grave discapacidad si fuera atendido rápidamente en las unidades específicas de esta enfermedad neurológica. El tratamiento precoz supondría salvar la vida a más de 6.000 enfermos de los 40.000 que cada año mueren en España por culpa de esta enfermedad. Sin embargo, la sanidad española sólo dispone de 25-30 unidades de ictus de las 95-100 que deberían existir para atender a toda la población afectada. La implantación generalizada de estos servicios de urgencias neurológicas supondría además un ahorro importante al sistema.

Pero la atención no compete únicamente a las unidades de ictus. Atención Primaria desempeña un papel fundamental en la prevención primaria, y en este sentido, debería disponer de los recursos materiales y humanos necesarios, así como de una formación

PORCENTAJE DE PACIENTES DE ICTUS ATENDIDOS EN UNIDADES DE ICTUS EN LA UE

Rumanía	1%
Bulgaria	10%
Eslovaquia	20%
España/Cataluña	23%
Italia/Emilia Romagna	28%
Hungría	30%
Letonia	30%
Francia	33%
Eslovenia	35%
Croacia	50%
Dinamarca	51%
Irlanda	54%
Estonia	61%
Finlandia	62%
Austria	66%
Polonia	70%
Alemania	77%
Reino Unido*	83%
República Checa	85%
Suecia	88%

Fuente: *The Burden of Stroke in Europe*. King's College London 2017.
*Excluida Escocia



Esfuerzos desiguales

A nivel internacional, una nueva investigación publicada por Economist Intelligence Unit (EIU), división de The Economist, revela que más del 75% de las personas mayores de 65 años en todo el mundo no están siendo evaluadas para detectar fibrilación auricular (FA) y otros factores habituales de riesgo de ictus durante las revisiones rutinarias en Atención Primaria, aunque esta sea considerada una población con alto riesgo de padecerlo.

En el informe *“Prevención del ictus: Evolución desigual”* de la EIU, patrocinado por la alianza Bristol-Myers Squibb-Pfizer, se analizaron 20 países y se observó que los esfuerzos por controlar a las personas con factores de riesgo de ictus, como la FA y la hipertensión, varían en gran medida incluso en países con un sistema sanitario bien establecido y economías desarrolladas.

Para el informe se consideraron los esfuerzos en medidas para evaluar y reducir los riesgos de ictus en diferentes aspectos, incluyendo la concienciación, las prácticas de detección y las políticas. Algunos de los hallazgos clave son:

- Existe una desconexión entre las buenas prácticas establecidas y la práctica clínica cotidiana. Por ejemplo, hay lagunas en la formación de los profesionales sanitarios sobre la identificación y el tratamiento adecuado de los riesgos de ictus.
- La detección de la FA y la hipertensión sigue siendo baja y no se realiza con regularidad en la práctica clínica.
- Las políticas futuras deberían centrarse en estrategias para mejorar el conocimiento de los factores de riesgo del ictus, implementar exámenes sistemáticos y oportunos e incluir enfoques de intervención sanitaria tanto individuales como a nivel poblacional.

adecuada. Asimismo, la prevención secundaria debería protocolizarse mediante el consenso de Atención Primaria y especializada. Además, la atención del ictus requiere la adopción de planes de rehabilitación personalizados, a fin de lograr los mayores beneficios y las menores secuelas. Deberían establecerse los mecanismos y recursos apropiados para incorporar terapia ocupacional, logopedia y fisioterapia de alto rendimiento a la rehabilitación de aquellos pacientes que han sufrido un ictus.

El Código Ictus forma parte de una serie de acciones de prevención del ictus enmarcadas en la Estrategia Ictus, que se comenzó a implantar en 2008 y que en 2014 había cubierto el 60% de las necesidades previstas.

La OMS estima en que los próximos 25 años la incidencia del ictus se incrementará un 27%

Daño cerebral adquirido

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) es una situación clínico-funcional que puede ser ocasionada por diversas causas. El 80% de los casos de DCA son debidos a ictus o enfermedad cerebrovascular aguda, cuya incidencia y prevalencia aumenta proporcionalmente al incremento de la esperanza de vida de la población.

Tras la fase aguda de la enfermedad o proceso patológico que origina el DCA, quienes la han sufrido quedan inicialmente con diversos tipos de déficit y de intensidad variable, que pueden mejorar en función de distintos parámetros como el grado de afectación, la edad, y la comorbilidad de la persona, así como de la aplicación de terapias adecuadas. La valoración de pacientes en esta situación, así como el diseño y aplicación de las terapias más adecuadas dirigidas a la recuperación motora, funcional y cognitiva, es lo que se denomina "Neurorrehabilitación" (NRHB). Actualmente, la alternativa científicamente demostrada más eficaz para el tratamiento de pacientes con afectación de DCA es la neurorrehabilitación en sus distintas modalidades y técnicas. Esta disciplina requiere de una serie de conocimientos y habilidades específicas así como de un equipamiento e instalaciones

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.

TASA DE MORTALIDAD POR 100.000 HABITANTES SEGÚN CCAA. TASA BRUTA.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Andalucía	71,3	69,2	70,6	66,8	66,8	68
Aragón	87	82,9	79,1	77	75,9	78,4
Asturias	96,9	87,4	92,2	86,1	87,8	90,2
Baleares	51,1	42,1	48,2	40,9	40,5	41,7
Canarias	31,4	30,4	30,8	29,6	32,8	37,2
Cantabria	80,9	79,8	72,6	68,1	72,7	75,6
Castilla-La Mancha	70,5	64,8	68,2	65,2	66,4	66,7
Castilla y León	79,9	77,2	78,4	77	76,1	75,8
Cataluña	53,4	53,1	54,1	52,8	52,4	53,6
Com. Valenciana	68,6	63,1	62,4	56,7	57,2	60,2
Extremadura	88,1	79,3	87,1	84,9	81,6	90,4
Galicia	102,6	98,7	105	98,7	85,8	81,2
Madrid	37,9	35,1	36,5	35,9	37,6	40,5
Murcia	61,7	57,2	61,6	52,3	52,2	55,5
Navarra	71,5	64,7	62,7	60,6	56,4	62,7
País Vasco	63,3	66,4	65,6	60,1	60,3	64,5
La Rioja	84,4	76,9	76,2	65	68,1	80,6
Ceuta	49,6	45,8	41,6	33,1	44,9	40,2
Melilla	27,1	39,9	30,2	35,9	47,6	41,3
Total	64,8	61,7	63,1	59,8	59,4	61,3

Fuente: Indicadores de salud 2017. MSSSI.

concretas, por lo que solo puede realizarse con garantía en centros que dispongan de una dotación de personal, equipamiento e instalaciones adecuadas y con una metodología de trabajo específica, que asegure una adecuada valoración y planificación integral, individualizada y coordinada de cada persona y la de su correspondiente entorno socio-familiar.

Las consecuencias del DCA, así como el consecuente proceso de NRHB necesario para la máxima recuperación posible de las personas afectadas, es un proceso dilatado en el tiempo que puede extenderse incluso décadas. A lo largo de este proceso asistencial intervienen diversos agentes en distintos ámbitos de atención y con objetivos complementarios que buscan como resultado final conseguir la máxima autonomía y participación social de la persona afectada y el restablecimiento de las redes sociales de las personas que no estando enfermas, participan de los efectos del DCA (cuidadores, familiares, entorno laboral, etc). La integración de agentes para lograr estos objetivos sigue siendo un reto, que hoy en día puede beneficiarse del gran desarrollo que se está produciendo en el terreno de los sistemas de información, las redes sociales y la progresiva disponibilidad de conexión entre agentes asistenciales y personas afectadas. Igualmente, la cada vez más implantada cultura del trabajo en equipo y del trabajo en red pueden ser otros elementos que puedan facilitar la necesaria integración del proceso asistencial para que las personas afectadas puedan lograr los objetivos previstos. +

Solo el 30% de los pacientes reciben atención temprana en unidades de ictus en toda la UE

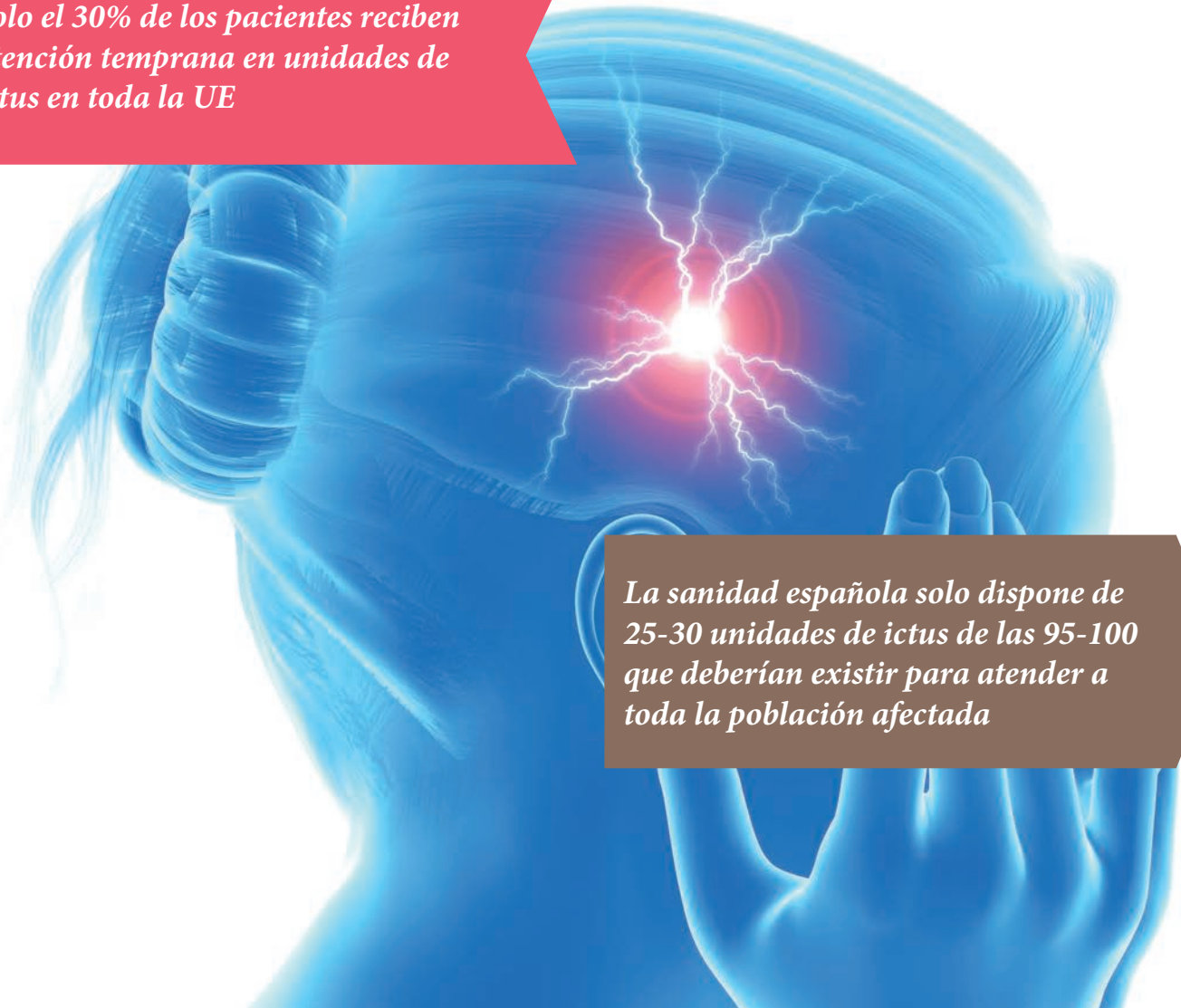
Síntomas

Los síntomas del ictus generalmente se producen de forma brusca e inesperada y, aunque su tipología depende del área del cerebro que se vea afectada, los principales son:

- Alteración brusca en el lenguaje, con dificultades para hablar o entender.
- Pérdida brusca de fuerza o sensibilidad en una parte del cuerpo. Generalmente afecta a una mitad del cuerpo y se manifiesta sobre todo en la cara y/o en las extremidades.
- Alteración brusca de la visión, como pérdida de visión por un ojo, visión doble o incapacidad para apreciar objetos en algún lado de nuestro campo visual.
- Pérdida brusca de coordinación o equilibrio.
- Dolor de cabeza muy intenso y diferente a otros dolores de cabeza habituales.

La gran mayoría de los pacientes que sufren un ictus suelen presentar una combinación de varios de estos síntomas. No obstante, con solo experimentar uno de ellos, ya es motivo de urgencia. Una de las claves para el éxito en la atención del ictus es la rapidez con la que se detectan sus síntomas iniciales y se contacta con el sistema de emergencias. La otra, sin duda, es la prevención.

La sanidad española solo dispone de 25-30 unidades de ictus de las 95-100 que deberían existir para atender a toda la población afectada





**ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.
TASA DE MORTALIDAD POR 100.000 HABITANTES SEGÚN SEXO Y EDAD.**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Todas las edades	54,9	52,7	53,9	50,5	50,7	53
<1	0,0	0,4	0,4	0,9	0,0	0,9
1-4	0,1	0,0	0,2	0,3	0,2	0,1
5-14	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
15-24	0,4	0,4	0,5	0,6	0,4	0,4
25-34	1,2	0,9	0,9	0,9	0,9	1,1
35-44	2,8	3,4	2,9	2,6	2,9	2,2
45-54	11,7	10,6	10,9	9,7	10,5	10,3
55-64	30,5	29,8	30,8	28,3	28,3	25,9
65-74	105,3	95,3	89,8	81,5	80,1	86,7
75 y +	599,7	562,6	570,7	525,2	518,8	538,1
Tasa ajustada por edad	37,8	35,0	34,9	31,6	30,8	31,3



	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Todas las edades	74,4	70,6	72,1	68,7	67,8	69,3
<1	0,4	0,9	0,4	1,0	0,0	0,0
1-4	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1
5-14	0,0	0,2	0,1	0,1	0,3	0,0
15-24	0,3	0,5	0,3	0,2	0,3	0,0
25-34	0,6	1,0	0,8	0,7	0,5	0,5
35-44	2,0	2,3	2,0	2,0	2,0	2,2
45-54	6,9	6,5	5,5	6,0	5,5	5,7
55-64	14,2	13,4	13,4	14,3	12,6	13,5
65-74	55,7	50,5	49,7	46,6	47,8	46,0
75 y +	633,0	587,6	595,1	557,2	547,2	556,8
Tasa ajustada por edad	29,5	27,2	26,9	25,1	24,0	24,0

Fuente: Indicadores de salud 2017. MSSJ.

En los últimos 20 años ha aumentado un 25% el número de casos de ictus entre las personas de 20 a 64 años