

ESTRATÈGIA

D'ICTUS
DE LES ILLES BALEARS
2017-2021



G O I B
CONSELLERIA
SALUT

ESTRATÈGIA

D'ICTUS
DE LES ILLES BALEARS
2017-2021

ESTRATÈGIA

D'ICTUS
DE LES ILLES BALEARS
2017-2021

Edita

Direcció General de Planificació,
Avaluació i Farmàcia.
Conselleria de Salut

Direcció de l'Estratègia

Direcció General de Planificació,
Avaluació i Farmàcia

Coordinació de l'Estratègia

Carmen Jiménez Martínez

Autors (per ordre alfabètic)

Silvia Aguilar Domenjo

Metgessa especialista en medicina
física i rehabilitació
Servei de Rehabilitació
Hospital Universitari Son Espases

Pablo Álvarez Lois

Metge especialista en medicina de
família i comunitària
Responsable del SUAP de
s'Escorxador
Servei de Salut de les Illes Balears

Carmen Buen Ruiz

Metgessa especialista en medicina
física i rehabilitació
Servei de Rehabilitació
Hospital Son Llàtzer

Elena Cabeza Irigoyen

Metgessa especialista en
epidemiologia i salut pública
Direcció General de Salut Pública i
Participació
Conselleria de Salut

Juan Carlos Cámara Rubio

En la figura del pacient informat

Carlos Campillo Artero

Metge especialista en epidemiologia
i salut pública
Servei de Salut de les Illes Balears

Eusebi Castaño Riera

Metge especialista en pediatria
Cap del Servei de Planificació
Sanitària

Direcció general de Planificació,
Avaluació i Farmàcia

Micaela Comendeiro Maaløe

Economista de la salut
Unidad de Investigación en Políticas
y Servicios de Salud-ARIHSP
Instituto de Investigación Sanitaria
(IIS Aragón)

Pablo Dávila González

Metge especialista en neurologia
Servei de Neurologia
Hospital de Manacor

M. Àngels Farreny Balcells

Metgessa especialista en medicina
física i rehabilitació
Cap del Servei de Rehabilitació
Hospital Son Llàtzer

Antoni Figuerola Roig

Metge especialista en neurologia
Servei de Neurologia
Hospital Son Llàtzer

Amalia Gómez Nadal

Metgessa especialista en medicina
de família i comunitària
Centre de Salut Coll d'en Rabassa
GAP-Mallorca
Servei de Salut de les Illes Balears

Ernesto Hernández Migenes

Metge especialista en medicina de
l'educació física i l'esport
SAMU 061
Servei de Salut de les Illes Balears

Carmen Jiménez Martínez

Metgessa especialista en neurologia
Cap de secció del Servei de
Neurologia
Hospital Universitari Son Espases
Coordinadora de l'Estratègia d'ictus
de les Illes Balears

Inés Legarda Ramírez

Metgessa especialista en neurologia
Servei de Neurologia
Hospital Universitari Son Espases

Elena Miravet Fuster

Metgessa especialista en
neuropediatria
Servei de Pediatria
Hospital Universitari Son Espases

Tomás Rodríguez Ruiz

Metge especialista en medicina de
família i comunitària
Centre de Salut Son Ferriol
GAP-Mallorca
Servei de Salut de les Illes Balears

Antoni Truyols Bonet

Metge especialista en medicina
interna
Unitat de Convalescència Ictus
Hospital General

Susana Sánchez Pérez

Metgessa especialista en cures
intensives
Hospital Mateu Orfila

Revisors

Yolanda Muñoz Alonso
Marta Escobar Casado
M^a Asunción Gelabert Ballester
María Jesús Martín Sánchez
Joan Pou Bordoy

**Relació dels membres del
Comitè Tècnic de l'Estratègia
d'ictus de les Illes Balears
actualitzada a 21 de setembre
de 2016**

Elena Cabeza Irigoyen
Direcció General de Salut Pública i
Participació

Carlos Campillo Artero
Servei de Salut de les Illes Balears

Eusebi J. Castaño Riera
Direcció General de Planificació,
Avaluació i Farmàcia

Pablo Dávila González
Hospital de Manacor

Guillermo Esteban Miedes
Hospital Universitari Son Espases

M. Àngels Farreny Balcells
Hospital Son Llàtzer

Antoni Figuerola Roig
Hospital Son Llàtzer

Ernesto Hernández Migenes
SAMU 061

Carmen Jiménez Martínez
Hospital Universitari Son Espases.
Coordinadora

Inés Legarda Ramírez
Hospital Universitari Son Espases

José Luís Parajuá Pozo
Hospital Can Misses

Tomás Rodríguez Ruiz
Servei de Salut de les Illes Balears

Susana Sánchez Pérez
Hospital Mateu Orfila

Antoni Truyols Bonet
Hospital General

Juan Carlos Cámara
En la figura del pacient informat

Enric Benito Oliver
Coordinador Estratègia de Cures
Pal·liatives

Elena Miravet Fuster
Hospital Universitari Son Espases

Angélica Miguélez Chamorro
Servei de Salut de les Illes Balears

Rosa Elena Duro Robles
Servei de Salut de les Illes Balears

Francisco J. Morado Xumet
Servei de Salut de les Illes Balears

Benito Pròsper Gutiérrez
Direcció General de Planificació,
Avaluació i Farmàcia

**Agraïments a anteriors
membres del Comitè Tècnic**

Micaela Comendeiro Maaløe
Esther Mato Fondo
Amalia Gómez Nadal
Martí Sansaloni Oliver
Juli Fuster Culebras
Maria Cano Sánchez
José Luis Gallego Lago
Juan Ferrer Riera
Marcos Barceló González
Jaime Garí Parera
César Vicente Sánchez
Javier Ureña Morales
Maria Magdalena Crespi Bennàssar
Ángel Gómez Roig
Alfredo Sebastian García
Vicente Juan Verger
Matilde Mª Llull Sarralde
Joan Pou Bordoy

**Declaració de conflictes
d'interessos**

Aquest document s'ha pogut
elaborar gràcies a l'acord de
col·laboració amb Boehringer
Ingelheim Espanya, SA i amb
l'Institut de Ciències de la Salut
d'Aragó. Aquestes dues institucions
no han participat en l'elaboració dels
continguts, que són responsabilitat
exclusiva dels autors.

**Aclariment sobre la utilització
de llenguatge no sexista**

Aquest text utilitza el masculí, que
és el gènere no marcat, per designar
persones o grups de persones. S'ha
d'entendre que en aquests casos es
refereix indistintament al gènere
femení i al masculí.

L'ús d'aquesta forma pretén
facilitar-ne la lectura i evitar dobles
expressions que poden arribar a
fer incomprensible el text. En cap
cas s'ha pretès que el sexe masculí
tengui preeminència sobre el sexe
femení.

S'ha emprat no obstant això la
paraula infermera per fer referència
al col·lectiu tant d'infermeres com
d'infermers, atès l'arrelament en el
llenguatge tant oral com escrit.

Revisió lingüística:

Joana Maria Munar Oliver.
Assessora lingüística. Conselleria de
Salut.

Disseny gràfic:
Verbigrafia SL

Primera edició
Maig 2017

ISBN: 978-84-697-3228-1

ÍNDEX

1	<u>PRESENTACIÓ</u>	6
	<u>ASPECTES GENERALS</u>	8
1.1	INTRODUCCIÓ	8
1.2	ANÀLISI DE SITUACIÓ DE L'ICTUS A LES ILLES BALEARS	11
2	<u>MISSIÓ, OBJECTIU PRINCIPAL, VALORS I MODEL</u>	29
3	<u>DESENVOLUPAMENT ÀREES D'INTERÈS ESTRATÈGIC</u>	31
	AIE 1. RESPECTAR ELS DRETS DE LES PERSONES AFECTADES PER UN ICTUS	31
	AIE 2. PROMOCIÓ D'ENTORNS I ESTILS DE VIDA SALUDABLES I PREVENCIÓ PRIMÀRIA I SECUNDÀRIA	34
	AIE 3. ATENCIÓ EN LA FASE AGUDA	43
	AIE 4. REHABILITACIÓ Y REINSERCIÓ	63
	AIE 5. ICTUS I SITUACIONS ESPECIALS:	
	ICTUS I DONA	66
	ICTUS EN L'EDAT PEDIÀTRICA	67
	ICTUS I LA SITUACIÓ DE MALALTIA AVANÇADA	68
	AIE 6. FORMACIÓ I INVESTIGACIÓ	69
	AIE 7. AVALUACIÓ	72
4	<u>BIBLIOGRAFIA</u>	73
5	<u>ANNEXOS</u>	84

PRESENTACIÓ

Patricia Gómez Picard
Consellera de Salut
i Consum

L'*Estratègia d'ictus de les Illes Balears* que es presenta en aquest document suposa el compromís de la Conselleria de Salut per abordar en els propers anys l'atenció integral del pacient que ha sofert una malaltia cerebrovascular, el suport als cuidadors o familiars de la persona que ha tengut un ictus i les propostes d'organització dels serveis que es presten a aquestes persones.

Es tracta de l'adaptació de l'Estratègia d'ictus del Sistema Nacional de Salut, impulsada pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, a la realitat de la nostra comunitat autònoma.

Les malalties cerebrovasculars són un problema de salut de primera magnitud l'abordatge de les quals requereix una organització eficient dels recursos sanitaris disponibles amb la finalitat d'assegurar l'accessibilitat i l'aplicació correcta dels tractaments i de les cures. En conjunt, constitueixen la segona causa de mortalitat en la població general i la primera en les dones, a més de la primera causa de discapacitat en la persona adulta i la segona causa de demència.

Els objectius fonamentals d'aquesta Estratègia són, d'una banda, millorar-ne el pronòstic mitjançant un abordatge adequat i, de l'altra, proporcionar les prestacions i cures adequades a cada cas i en cada fase de l'ictus. No hem d'oblidar que es tracta d'una patologia que pot condicionar amb seqüeles importants i diferents graus de discapacitat i dependència. Totes aquestes necessitats han de trobar una resposta per part del sistema, el qual, a més, n'ha d'assegurar la sostenibilitat. Així mateix, és imprescindible establir estratègies de prevenció i també fomentar la promoció d'hàbits de vida saludables en la població com a pilars bàsics per reduir la incidència de l'ictus.

L'Estratègia recull les accions en relació amb l'atenció de l'ictus que s'han de dur a terme en els propers anys. No obstant això, la feina no acaba aquí. La publicació d'aquest document suposa només una primera passa —sens dubte necessària—, però ara comença el camí de la implantació i el desenvolupament per als pròxims anys. Tenim l'avantatge que a les Illes Balears no partim de zero, ja que des de fa anys hem

recorregut una part important del camí, camí que es complementarà i ampliarà amb aquesta Estratègia.

Aquest document no servirà per a res si no s'inicia el procés d'implementació de totes aquestes accions que donaran continuïtat a tots els processos que des de fa anys es duen a terme en aquesta matèria. Per a això és imprescindible la implicació dels professionals, dels gestors i dels polítics, com també la participació dels pacients i dels ciutadans. Aquesta Estratègia pretén millorar l'organització del sistema públic per afavorir les condicions que permetin aconseguir aquesta atenció de qualitat que es persegueix amb aquest tipus d'accions.

Vull destacar especialment l'àrea d'interès estratègic en la qual s'estableixen accions encaminades a respectar els drets de les persones amb ictus. En aquest apartat ha estat fonamental la col·laboració de la figura del pacient expert. Es tracta d'una persona afectada per un ictus que, a través de les seves reflexions —algunes de les quals es recullen literalment en el text de l'Estratègia—, ha contribuït a donar una visió diferent a la dels professionals. Aquestes reflexions, basades en la seva experiència i les necessitats sentides al llarg del procés, han enriquit notablement el document.

Finalment, vull donar les gràcies a totes les persones que han col·laborat en l'elaboració d'aquesta Estratègia, professionals dels diferents centres i serveis que, de manera altruïsta, han posat els seus coneixements i la seva experiència al servei d'aquest projecte.

1. ASPECTES GENERALS

1.1. INTRODUCCIÓ

Les malalties cerebrovasculars, en conjunt, constitueixen una de les principals patologies amb implicacions sociosanitàries a Espanya i, per tant, a les Illes Balears. Són la segona causa de mortalitat en la població general i la primera en les dones, a més de la primera causa de discapacitat en l'adult i la segona causa de demència. Es tracta d'un problema de salut de primera magnitud, l'abordatge del qual requereix una organització eficient dels recursos sanitaris disponibles amb la finalitat d'assegurar l'accessibilitat i l'aplicació correcta dels tractaments i de les cures.

El Grup d'Estudi de les Malalties Vasculars Cerebrals de la Societat Espanyola de Neurologia recomana la utilització del terme *ictus* per fer referència, de manera genèrica, a la isquèmia cerebral, a l'hemorràgia intracranial i a l'hemorràgia subaracnoïdal. Parlem, per tant, dels trastorns bruscs del flux sanguini, per obstrucció o trencament d'un vas sanguini cerebral, que alteren de forma transitòria o permanent la funció d'alguna de les regions de l'encèfal. Amb la lesió del vas sanguini, la circulació s'interromp i les cèl·lules nervioses de l'àrea del cervell afectada no reben oxigen, deixen de funcionar i moren uns minuts després.

L'ictus és una malaltia complexa, considerada una emergència mèdica, que necessita l'aplicació de mesures adequades de suport vital i un procés diagnòstic i terapèutic inicials que duguin a terme especialistes en ictus com més aviat millor. La lesió cerebral es posa de manifest de manera sobtada, a través d'uns símptomes o uns altres segons la zona afectada, i pot ser permanent, amb la qual cosa ocasiona una discapacitat, o fins i tot pot arribar a provocar la defunció de la persona. Tot i que la persona afectada sobrevisqui, la malaltia cerebrovascular comportarà un risc vascular elevat per a la resta de la seva vida, que exigirà unes mesures perfectes de prevenció secundària, a més de la cura de la possible discapacitat associada. D'altra banda, coexistirà el risc de patir una complicació o un problema de salut afegit, com ara l'Alzheimer, que s'intensificarà a mesura que se superi l'edat de 65 anys.

A Europa, l'ictus ocupa el segon lloc quant a càrrega de malaltia, i correspon al 6,8 % dels AVAD¹; ocasiona la pèrdua de molts anys de vida laboral i afecta greument la vida personal i familiar dels afectats. En definitiva, la persona que pateix un ictus es converteix en un malalt crònic amb la necessitat de ser atès des d'una perspectiva pluridisciplinària, en la qual la seva pròpia implicació i la seva autocura seran imprescindibles.

No obstant això, l'evolució històrica del tractament de l'ictus evidencia com la intervenció ràpida dels neuròlegs amb experiència en malalties cerebrovasculars millora l'evolució dels pacients, en redueix la probabilitat de mort i les seqüeles que provoca la malaltia i, conseqüentment, els costos del procés.

1 Anys de vida ajustats per discapacitat

En l'àmbit nacional, el Grup d'Estudi de Malalties Cerebrovasculars esmentat va publicar, l'any 2006, el Pla d'Atenció Sanitària de l'Ictus (PASI) amb l'objectiu de proposar un sistema organitzatiu d'atenció a l'ictus que donàs resposta a les necessitats de cada malalt, alhora que permetés optimitzar la utilització dels recursos sanitaris i garantís així l'equitat en l'atenció sanitària de l'ictus. Anys més tard, fruit del consens entre les comunitats autònomes, col·lectius de professionals i malalts i societats científiques, el 26 de novembre de 2008, l'aleshores Ministeri de Sanitat i Consum, en el marc del Pla de Qualitat del Sistema Nacional de Salut, va aprovar en el Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut la posada en marxa de l'Estratègia nacional en ictus del Sistema Nacional de Salut. Es va aconseguir recollir així un document consensuat que reflecteix en què consisteix l'atenció integral a l'ictus, alhora que mostra una imatge de quina era la situació a Espanya en termes epidemiològics, de provisió de serveis, d'estructures d'atenció i bones pràctiques. En aquest document s'estableixen les línies d'actuació estratègiques i es determinen els objectius i les accions que han de dur a terme les comunitats autònomes per millorar l'actuació davant l'ictus en totes les seves fases, des de la promoció de la salut i la prevenció primària fins a la rehabilitació i reinserció en la vida quotidiana, passant per la ineludible atenció a la fase aguda, i unificar-la en tot el territori espanyol.

El document d'aquesta Estratègia nacional recull en gran manera el tipus de model organitzatiu que proposava el PASI l'any 2006. No obstant això, l'aparició d'avenços en el tractament de la fase aguda de l'ictus a mesura que transcorre el temps va suggerir la necessitat de fer-ne una revisió, per la qual cosa l'any 2010 es va publicar el PASI II. D'altra banda, l'any 2011 comença la recollida de dades i es fa una anàlisi per dur a terme la primera avaluació de l'Estratègia nacional en ictus de l'SNS, els resultats de la qual es feren públics l'any 2013. Actualment hi ha en marxa la tercera versió del PASI i l'actualització de l'Estratègia nacional.

A la nostra comunitat autònoma, el 12 de maig de 2010 es constitueix un comitè tècnic, format per professionals sanitaris i no sanitaris pertanyents a les diverses àrees i especialitats relacionades amb l'abordatge i la gestió de l'ictus en les diferents fases, amb l'objectiu d'elaborar l'estratègia d'ictus de les Illes Balears. D'aquesta manera, no només es continuen les recomanacions que marquen el PASI II i l'Estratègia nacional en ictus del Sistema Nacional de Salut, sinó que s'apliquen tenint en compte les especificitats i la casuística presents a les nostres illes.

No obstant això, l'abordatge de l'ictus a les Illes Balears té un recorregut llarg atès que l'any 1996 el Servei de Neurologia de l'Hospital Universitari Son Dureta començà a treballar en la modificació de l'actitud nihilista present davant aquesta malaltia. Per a això, es va crear un "equip d'ictus" intrahospitalari de caràcter multidisciplinari, es varen formar metges i personal d'infermeria i es va escriure el primer protocol d'actuació per al maneig d'aquests pacients, així com els acords d'actuació des d'Atenció Primària. Paral·lelament, es varen presentar diverses i repetides propostes d'organització que varen culminar a finals de 2002 amb l'obertura d'una unitat d'ictus específica, situada a la planta de Neurologia. Aquesta unitat es constituí peça fonamental, tot i que no aïllada, de la cadena assistencial a l'ictus. El 2002 mateix, es va començar a treballar intensament perquè hi hagués una continuïtat assistencial entre els hospitals que

atenen l'ictus en fase aguda, els serveis d'Atenció Primària, el servei d'urgències SAMU 061 i l'Hospital General, aquest darrer per donar cobertura a l'atenció subaguda. Es va aconseguir, a més, un consens amb el SAMU 061 per derivar com a *codi ictus* els pacients que necessitaven una intervenció immediata, i s'inicià el recorregut l'any 2004, coincidint amb la implantació del tractament fibrinolític per a l'ictus isquèmic.

Tant en el document que recull l'Estratègia nacional en ictus de l'SNS com en el PASI es defineixen i expliciten les característiques que han de complir els hospitals dels diferents nivells assistencials per ser classificats com "hospital de referència per a ictus", "hospital amb unitat d'ictus" o "hospital amb equip d'ictus". Ara mateix, la comunitat autònoma de les Illes Balears disposa de set hospitals a la xarxa sanitària pública per als quals s'ha desenvolupat un model assistencial per a l'atenció a l'ictus agut que adopta una estructura en xarxa en la qual l'hospital de referència per a l'ictus és l'Hospital Universitari Son Espases (abans era l'Hospital Universitari Son Dureta). En aquest hospital es disposa d'una unitat d'ictus semiintensiva amb 6 llits monitorats amb telemetria, personal d'infermeria específicament capacitat i un neuròleg les 24 hores del dia. Es disposa, a més, de la col·laboració de totes les especialitats implicades en l'atenció a aquestes persones, la qual cosa permet l'abordatge pluridisciplinari de la malaltia. Els pacients ingressen d'acord amb uns criteris, se'ls fa un monitoratge clínic no invasiu i se segueix un protocol de diagnòstic i tractament, juntament amb un pla de cures d'infermeria. Així mateix, també s'inicia de manera precoç la fisioteràpia i, quan és necessari, se'n fa una valoració social.

Els centres hospitalaris de Son Llàtzer i Manacor a Mallorca, Can Misses a Eivissa i Mateu Orfila a Menorca, estan dotats d'equips d'ictus amb llits a les unitats de medicina intensiva, on ingressen les persones amb ictus en fase aguda i on es fan cures especialitzades similars a les d'una unitat d'ictus. A més, l'Hospital Son Llàtzer disposa d'un especialista en neurologia de presència física 24 hores la meitat dels dies de cada mes i localitzat fins a les 22 hores del vespre l'altra meitat. En la resta de centres hospitalaris s'avaluen els pacients que ho necessiten a través de telemedicina. Aquest procés de videoconferència, denominat teleictus, permet al neuròleg de guàrdia de l'hospital de referència —en el nostre cas l'Hospital Universitari Son Espases— compartir les exploracions dels pacients, avaluar les TC (tomografia computada) i conversar amb els metges i familiars dels hospitals remots. Es tracta d'una col·laboració interhospitalària i pluridisciplinària (neuròlegs, internistes, intensivistes i metges d'urgències en hospitals no dimensionats per tenir especialista en neurologia de guàrdia) necessària per garantir que el tractament envers les persones amb ictus sigui òptim i segur. Els sistemes de telemedicina i l'adopció d'un protocol consensuat d'actuació que inclou la fibrinòlisi (o tractament per a la dissolució dels coàguls sanguinis) ofereix a tots els serveis d'urgències i a les unitats de vigilància intensiva (UCI) dels centres hospitalaris remots els mitjans necessaris, en temps real, per establir el diagnòstic i decidir el tractament adequat de manera conjunta amb el neuròleg de guàrdia de l'hospital de referència. Per dur a terme aquest procediment de teleictus, la comunicació entre els equips per videoconferència dels diferents hospitals es fa a través de la xarxa interna pròpia dels centres, ja connectats per una xarxa ATM, de manera que la connexió no suposa cap cost addicional d'infraestructura de comunicacions ni es veu afectada pel temps que requereixi cadascuna de les connexions.

El servei d'atenció mèdica urgent SAMU 061 treballa amb un codi ictus per al trasllat immediat de les persones amb símptomes suggestius d'estar patint un ictus cap a l'hospital més apropiat, en funció de la seva ubicació i de les característiques (qualitat de vida prèvia i temps d'evolució dels símptomes), per seleccionar el tipus de trasllat i l'hospital de destinació. Així mateix, també es treballa en col·laboració amb els centres de salut d'Atenció Primària, els quals disposen d'un algorisme de derivació que inclou l'activació del codi ictus i en els quals es fan activitats de formació als professionals de manera periòdica².

Un vegada rebuda l'alta hospitalària per part de l'hospital d'aguts, la persona torna al seu domicili amb seguiment per part del seu equip d'Atenció Primària si la seva condició de salut ho permet o ingressa en un altre centre hospitalari de mitjana o llarga estada per continuar la rehabilitació i rebre-hi les cures apropiades. La comunitat autònoma té dos centres hospitalaris de mitjana estada amb dedicació a l'ictus en fase subaguda: l'Hospital General, que té un programa definit específicament per a l'atenció a l'ictus, i l'Hospital Sant Joan de Déu, que disposa de neurorehabilitació dirigida al dany cerebral adquirit, incloent-hi la malaltia cerebrovascular.

En cas que al final del procés la persona afectada per l'ictus presenti una discapacitat, és molt important proporcionar el suport adequat i necessari per al tipus i per a la gravetat de la discapacitat. En aquest sentit fan una labor encomiable les associacions de pacients.

En la data de redacció d'aquest document ja no hi ha cap associació específica per a persones afectades per ictus, tot i que sí hi ha una associació adreçada a totes les persones afectades per algun tipus de dany cerebral adquirit, entre els quals s'inclou l'ictus. Es tracta de l'associació REHACER.

1.2 ANÀLISI DE SITUACIÓ DE L'ICTUS A LES ILLES BALEARS

Segons dades de l'Enquesta de morbiditat hospitalària, l'any 2013 es varen produir a les Illes Balears un total de 2.561 altes hospitalàries a causa de malalties cerebrovasculars, en centres tant de la xarxa assistencial pública com privada³ (55 % eren homes i 45 %

² L'any 2011, la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca va editar la Guia clínica 5 de recomanacions d'actuació en l'atenció primària en la malaltia cerebrovascular per al maneig de persones amb ictus, en qualsevol de les seves fases, des d'Atenció Primària.

³ L'enquesta de morbiditat hospitalària (EMH) la fa l'Institut Nacional d'Estadística i consisteix en una recollida mixta de dues fonts d'informació de registres clínicoadministratius: el conjunt mínim bàsic de dades a l'alta hospitalària (CMBD) i el llibre de registre (en els centres que no tenen un control informatitzat de la seva activitat), d'àmbit nacional, que s'estén a tots els centres hospitalaris, tant de titularitat pública com privada, així com als hospitals militars. Es fa amb una periodicitat anual i permet conèixer la morbiditat de la població atesa en funció del seu diagnòstic en l'alta hospitalària, així com la durada de l'estada. Ara com ara, és l'única via per conèixer les característiques demogràfiques i sanitàries de la població que ingressa en els hospitals, a més de ser un resum d'utilització de serveis hospitalaris, que desagrega l'activitat entre centres públics i privats. Atesa la configuració de la xarxa de provisió de serveis sanitaris de la comunitat autònoma, en la qual els serveis privats conformen un gruix important de l'oferta, l'EMH és una font de l'anàlisi necessària, però no suficient.

restant, dones). En termes generals, aquest volum d'altres va suposar, per segon any consecutiu, una disminució del 2,14 % respecte del nombre d'altres de l'any anterior. No obstant això, si s'analitza segons el sexe de la persona afectada, varen disminuir les altres en els homes en un 4,9 %, mentre que en les dones varen experimentar un creixement de l'1,4 %.

L'atenció hospitalària en la malaltia cerebrovascular va significar, en volum durant el 2013, el 2,08 % del total de l'activitat hospitalària que va requerir ingrés. En analitzar la informació segons la titularitat del centre, el 71,4 % d'aquestes altres (1.898) van ser ateses en hospitals de la xarxa assistencial pública, després d'haver experimentat una disminució del 3,31 % respecte de l'any anterior. El 25,9 % restant del total d'altres per malaltia cerebrovascular (663) es varen atendre en centres privats, i l'atenció a aquest conjunt d'episodis s'incrementà un 1,4 % per a aquests centres. El pes de l'activitat que l'atenció a aquesta malaltia representa pel que fa al total d'altres per qualsevol causa va ser, segons la titularitat del centre, del 2,55 % en els hospitals públics, mentre que per als centres de titularitat privada aquest pes es redueix a l'1,36 %. En la [taula 1](#) es mostra informació detallada sobre aquests resultats.

TAULA 1. Altres hospitalàries per malaltia cerebrovascular, segons titularitat del centre

ILLES BALEARS	Altres totals	PSTA	Δ inter anual	Altres hosp. públic	PSAHPub	PSAGA	Δ inter anual	Altres hosp. privat	PSAHPrv	PSAGA	Δ inter anual
2011	126.085		---	77.478		61.4%	---	48.607		38.6%	---
2012	122.638		-2.7%	75.281		61.4%	-2.8%	47.357		38.6%	-2.6%
2013	123.000		0.3%	74.315		60.4%	-1.3%	48.685		39.6%	2.8%
(430-438) VII.7 MALATIA CEREBROVASCULAR											
2011	2.701	2.14%	---	2.052	2.65%	76.0%	---	649	1.34%	24.0%	---
2012	2.617	2.13%	-3.11%	1.963	2.61%	75.0%	-4.34%	654	1.38%	25.0%	0.77%
2013	2.561	2.08%	-2.14%	1.898	2.55%	74.1%	-3.31%	663	1.36%	25.9%	1.38%
		pes s/total ECV			pes s/total ECV				pes s/total ECV		
(435) Isquèmia cerebral transitòria											
2011	378	14.0%	---	229	11.2%	60.6%	---	149	23.0%	39.4%	---
2012	364	13.9%	-3.7%	234	11.9%	64.3%	2.2%	131	20.0%	36.0%	-12.1%
2013	350	13.7%	-3.8%	238	12.5%	68.0%	1.7%	112	16.9%	32.0%	-14.5%
(Resta 430-438) Altres malalties cerebrovasculars											
2011	2.323	86.0%	---	1.823	88.8%	78.5%	---	500	77.0%	21.5%	---
2012	2.252	86.1%	-3.1%	1.729	88.1%	76.8%	-5.2%	523	80.0%	23.2%	4.6%
2013	2.211	86.3%	-1.8%	1.660	87.5%	75.1%	-4.0%	551	83.1%	24.9%	5.4%

Font: Enquesta de morbiditat hospitalària (INE). Elaboració pròpia

PSTA: pes sobre total altres; PSAHPub: pes sobre altres totals hospitals públics; PSAGA: pes sobre altres global any; PSAHPrv pes sobre altres totals hospitals privats

Les darreres dades oficials disponibles del registre de defuncions⁴ indiquen que l'ictus a la comunitat autònoma va ser, l'any 2012, el causant del 4,7 % del total de defuncions per totes les causes (el 3,78 % en el cas dels homes i el 5,67 % en les dones), percentatge una mica inferior que el corresponent al conjunt del territori nacional on va ser del 5,81 % (4,83 % en homes i 6,84 % en dones). L'any 2012 varen morir a les Illes Balears 379 persones a causa directa o indirecta d'un ictus, el 58,8 % de les quals eren dones (a l'illa de Menorca aquest percentatge és més acusat amb un 66,7 %). En termes globals la xifra d'èxits per ictus va augmentar un 11,14 % pel que fa a l'any anterior. No obstant això, si s'analitza per sexes, les defuncions en els homes varen disminuir un 7,7 % mentre que en les dones es varen incrementar un 29,7 %. La **taula 2** mostra l'evolució experimentada durant la darrera dècada de les xifres absolutes de defuncions a causa d'ictus per illes i sexe, i la **taula 3** mostra l'evolució del pes, en percentatge, que aquestes defuncions per ictus varen representar pel que fa al total de causes.

TAULA 2. Total èxits a causa d'ictus. Resultats nacionals i autonòmics per illes i sexe

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Illes Balears	575	486	522	537	496	408	445	451	410	351	380	341	379
Homes	250	221	225	227	212	186	210	204	181	146	165	169	156
Dones	325	265	297	310	284	222	235	247	229	205	215	172	223
Espanya	32.288	32.079	31.212	32.320	29.622	29.710	27.882	28.028	26.552	25.682	24.416	23.190	23.430
Homes	13.256	13.149	12.924	13.263	12.265	12.510	11.788	11.985	11.277	10.840	10.263	9.824	9.955
Dones	19.032	18.930	18.288	19.057	17.357	17.200	16.094	16.043	15.275	14.842	14.153	13.366	13.475
Mallorca	456	401	438	423	375	318	356	346	320	281	310	262	298
Homes	197	172	187	178	155	145	168	158	136	116	138	131	125
Dones	259	229	251	245	220	173	188	188	184	165	172	131	173
Menorca	58	40	25	58	55	45	41	52	34	33	27	27	39
Homes	27	21	7	20	21	22	19	20	13	16	11	11	13
Dones	31	19	18	38	34	23	22	32	21	17	16	16	26
Eivissa i Formentera	61	45	59	56	66	45	48	53	56	37	43	52	42
Homes	26	28	31	29	36	19	23	26	32	14	16	27	18
Dones	35	17	28	27	30	26	25	27	24	23	27	25	24

Font: Registre de defuncions (INE i IBESTAT). Elaboració pròpia

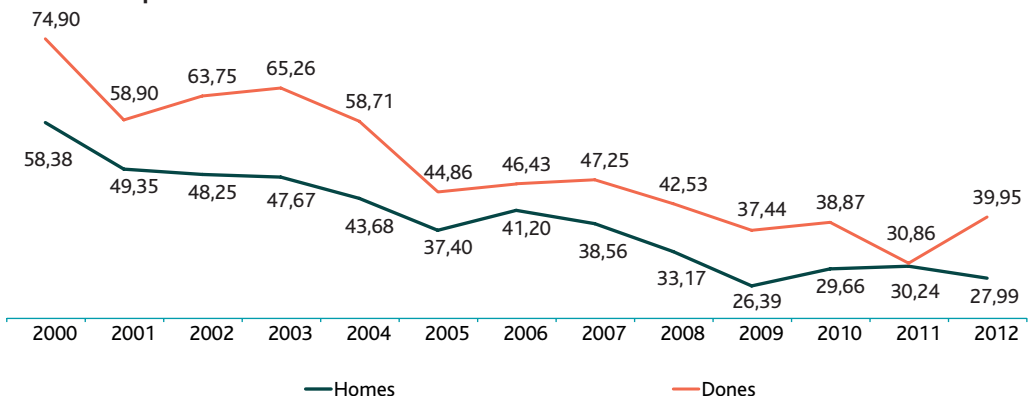
⁴ Codificats segons la versió 10 de la Classificació estadística internacional de malalties i altres problemes de salut (CIE-10), seleccionant els codis del 160 al 164, a més del 169.

TAULA 3. Evolució del pes dels èxits a causa d'ictus respecte del total de morts

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Illes Balears	7.87	7.02	7.34	7.30	7.04	5.55	6.14	6.24	5.48	4.50	4.95	4.45	4.70
Homes	6.52	6.07	6.04	5.90	5.64	4.80	5.51	5.35	4.63	3.63	4.13	4.20	3.78
Dones	9.36	8.06	8.77	8.83	8.63	6.37	6.83	7.22	6.39	5.44	5.82	4.72	5.67
Espanya	8.96	8.91	8.47	8.40	7.96	7.67	7.51	7.27	6.87	6.67	6.39	5.98	5.81
Homes	7.00	6.93	6.69	6.63	6.29	6.20	6.07	5.96	5.65	5.44	5.18	4.92	4.83
Dones	11.13	11.11	10.43	10.30	9.81	9.27	9.08	8.71	8.18	7.99	7.69	7.11	6.84
Mallorca	7.59	6.88	7.40	7.02	6.51	5.25	5.98	5.79	5.20	4.34	4.90	4.16	4.54
Homes	6.30	5.65	6.11	5.66	5.14	4.58	5.40	5.08	4.26	3.51	4.24	3.99	3.73
Dones	8.99	8.22	8.77	8.52	8.01	5.97	6.60	6.56	6.22	5.20	5.60	4.34	5.38
Menorca	9.05	7.77	4.42	8.66	8.69	7.34	6.75	9.22	5.43	5.21	4.41	4.51	6.05
Homes	8.26	7.39	2.47	5.92	6.03	6.77	5.88	7.07	4.08	4.86	3.29	3.43	4.00
Dones	9.87	8.23	6.36	11.45	11.93	7.99	7.75	11.39	6.84	5.57	5.76	5.76	8.13
Eivissa i Formentera	9.24	7.75	9.46	8.43	10.12	6.61	7.01	7.66	7.85	5.80	5.78	6.73	4.90
Homes	6.82	9.00	8.16	7.97	9.16	4.94	6.07	6.21	8.02	3.57	4.00	6.34	3.92
Dones	12.54	6.30	11.48	9.00	11.58	8.78	8.17	9.89	7.64	7.90	7.85	7.20	6.02

Font: Registre de defuncions (INE i IBESTAT) i elaboració pròpia. Unitat de mesura: tant per cent

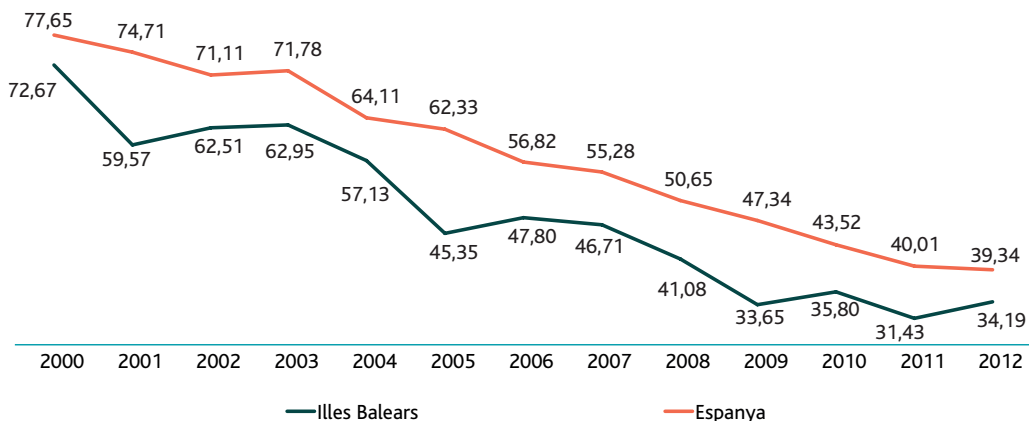
A Espanya, la mortalitat per ictus mostra que al llarg d'aquesta darrera dècada hi ha una tendència decreixent, i aquest comportament s'observa d'una manera més acusada a les Illes Balears, malgrat la petita pujada en la mortalitat de les dones l'any 2012. Un dels motius que explicaria aquest descens acusat, principalment a partir de l'any 2004, és el començament de l'aplicació del tractament fibrinolític. L'any 2012, en termes relatius, les xifres de defuncions a causa d'ictus a les Illes Balears, mostrades en la taula anterior, situen la taxa crua en 34 de cada 100.000 habitants. En homes, aquesta taxa va ser de 28 de cada 100.000 i en dones, 40 de cada 100.000. Aquest diferencial de valors entre homes i dones es mostra en la **gràfica 1**.

GRÀFICA 1. Evolució de la taxa crua de mortalitat per ictus a les Illes Balears desagregada per sexes

Font: Registre de defuncions (INE i IBESTAT) i elaboració pròpia. Unitat de mesura: tant per cent mil

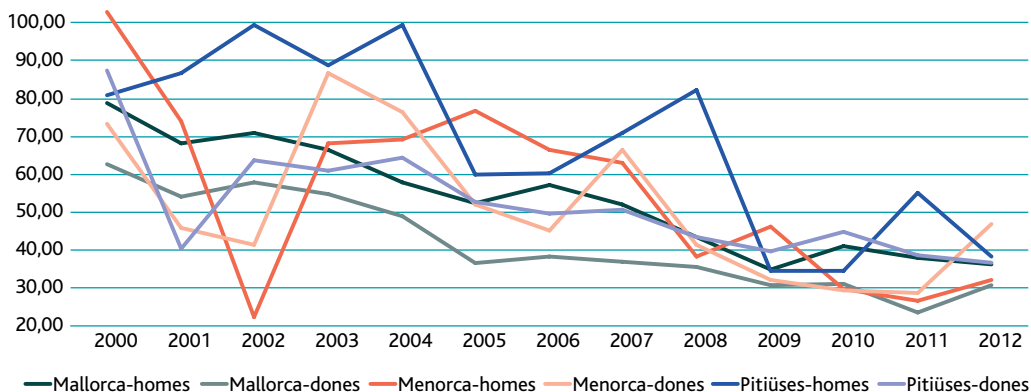
No obstant això, malgrat que la taxa crua aporta una visió que cal considerar, atesa l'heterogeneïtat entre l'estructura poblacional dels diferents nuclis de població amb els quals interessa comparar, és necessari ajustar aquesta taxa. En aquesta ocasió, s'ha recorregut al mètode d'estandardització directa fent ús de la població estàndard europea⁵. Els resultats de les taxes ajustades a aquesta població europea, tant del global de la comunitat autònoma com del conjunt del territori nacional i desagregat per illes i sexe, es mostren en les **gràfiques 2 i 3**.

GRÀFICA 2. Evolució de la taxa de mortalitat per ictus, ajustada a la població estàndard europea. Resultats nacional i autonòmic



Font: Registre de defuncions (INE i IBESTAT) i elaboració pròpia. Unitat de mesura: tants per cent mil

GRÀFICA 3. Evolució de la taxa de mortalitat per ictus, ajustada a la població estàndard europea. Resultats per illes i sexe



Font: Registre de defuncions (INE i IBESTAT) i elaboració pròpia. Unitat de mesura: tants per cent mil

⁵ United Nations. World Population Prospects 1990.

El decrement que s'observa en el global/agregat de la mortalitat per ictus no es reflecteix amb la mateixa intensitat quant a mortalitat prematura. Estam davant una malaltia crònica que s'associa a una pèrdua potencial de l'esperança de vida de les persones que la pateixen. Any rere any, més dones que homes moren per ictus, i representa una de les causes principals de defunció en aquest col·lectiu. No obstant això, és major el nombre d'homes que moren de manera prematura, és a dir, a una edat més primerenca respecte de les dones, amb la qual cosa es genera un major nombre d'anys potencials de vida perduts. En l'anàlisi desenvolupada per a aquest document s'ha fixat en 75 anys el llindar per considerar una defunció prematura. L'any 2012, el 21,11 % dels èxits de les illes i el 16,79 % del conjunt d'Espanya es consideren defuncions prematures. Aquests percentatges no són els més alts però tampoc els més baixos experimentats al llarg dels darrers dotze anys analitzats. Per sexes, el percentatge d'homes que varen morir per ictus a les Illes Balears en edat prematura va ser del 27,6 % enfront del 16,6 % de les dones l'any 2012. No obstant això, aquest darrer grup ha experimentat un increment el darrer any de 3,8 punts percentuals, la qual cosa afecta lògicament l'índex resultant d'anys perduts. El total d'anys de vida potencialment perduts a causa d'una mort prematura (APVP) generat per un ictus va ser en 2012 a les Illes Balears de 930 (468 en homes i 463 en dones), i situa l'índex en 8,96 per cada 10.000; 8,87 per cada 10.000 en homes i 9,04 per cada 10.000 en dones.

La mortalitat prematura està associada, entre altres factors, a una pèrdua potencial de productivitat per al teixit productiu. Reduir aquesta mortalitat prematura és un aspecte considerat tant en l'Estratègia nacional d'ictus de l'SNS com en aquesta Estratègia d'ictus de les Illes Balears. Per a això és necessari identificar accions específicament adreçades al control de factors de risc, la identificació ràpida de símptomes i el diagnòstic precoç, com també un tractament adequat, prestant especial atenció als homes més joves. Els resultats de mortalitat prematura i la seva evolució es mostren en la [taula 4](#) i l'índex d'anys potencials de vida perduts a causa d'un ictus en la [taula 5](#).

TAULA 4. Evolució de les defuncions prematures sobre el total d'èxits a causa d'ictus

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Illes Balears	23.65	20.37	23.75	19.74	19.35	18.38	18.43	21.06	20.73	23.36	19.74	24.93	21.11
Homes	31.20	26.70	32.00	27.31	29.72	24.73	28.10	29.41	29.28	30.14	32.73	37.28	27.56
Dones	17.85	15.09	17.51	14.19	11.62	13.06	9.79	14.17	13.97	18.54	9.77	12.79	16.59
Espanya	22.03	22.03	21.34	20.20	20.32	20.21	20.40	19.64	19.32	18.58	17.32	17.26	16.79
Homes	32.37	32.47	31.33	30.39	30.63	29.97	30.07	28.92	28.61	26.99	26.00	25.59	24.93
Dones	14.83	14.79	14.28	13.11	13.04	13.11	13.32	12.71	12.46	12.44	11.04	11.13	10.78
Mallorca	23.68	18.70	23.52	18.68	16.00	19.18	19.38	19.36	21.25	24.20	20.00	23.66	20.13
Homes	30.96	24.42	31.02	25.84	23.87	26.21	29.17	29.75	32.35	34.48	33.33	35.11	26.40
Dones	18.15	14.41	17.93	13.47	10.45	13.29	10.64	10.64	13.04	16.97	9.30	12.21	15.61
Menorca	12.07	25.00	24.00	17.24	21.82	15.56	12.20	23.08	11.76	15.15	14.81	29.63	25.64
Homes	14.81	28.57	42.86	30.00	38.10	22.73	21.05	30.00	7.69	12.50	18.18	45.45	38.46
Dones	9.68	21.05	16.67	10.53	11.76	8.70	4.55	18.75	14.29	17.65	12.50	18.75	19.23
Eivissa i Formentera	34.43	31.11	25.42	30.36	36.36	15.56	16.67	30.19	23.21	24.32	20.93	28.85	23.81
Homes	50.00	39.29	35.48	34.48	50.00	15.79	26.09	26.92	25.00	14.29	37.50	44.44	27.78
Dones	22.86	17.65	14.29	25.93	20.00	15.38	8.00	33.33	20.83	30.43	11.11	12.00	20.83

Font: Registre de defuncions (INE i IBESTAT) i elaboració pròpia. Unitat de mesura: tants per cent

TAULA 5. Evolució de l'índex d'anys potencials de vida perduts per mort prematura a causa d'ictus

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Illes Balears	22.29	12.30	16.74	13.71	13.07	11.07	10.63	10.80	8.76	9.19	9.64	8.82	8.96
Homes	27.29	16.51	21.88	15.13	16.84	11.42	14.09	12.73	10.66	9.15	14.61	12.25	8.87
Dones	17.18	7.98	11.43	12.24	9.16	10.71	7.04	8.79	6.77	9.24	4.48	5.28	9.04
Espanya	18.47	18.30	17.64	16.69	15.49	15.53	15.04	14.32	13.86	12.54	11.16	10.94	10.82
Homes	22.83	22.92	21.82	20.67	19.82	19.81	18.96	17.93	17.50	15.45	14.14	13.30	13.80
Dones	14.13	13.67	13.44	12.68	11.10	11.18	11.06	10.65	10.15	9.57	8.13	8.54	7.81
Mallorca	21.79	11.34	17.51	13.57	10.46	11.73	10.80	10.88	9.86	10.29	10.37	8.80	9.04
Homes	26.80	14.06	22.07	15.08	13.95	12.66	14.01	13.38	12.20	11.22	15.56	12.15	9.62
Dones	16.71	8.56	12.82	12.01	6.87	10.77	7.48	8.29	7.43	9.34	5.01	5.36	8.45
Menorca	8.31	18.03	7.35	11.07	19.49	13.08	5.07	12.25	3.44	6.53	2.26	6.20	12.97
Homes	8.57	25.97	5.92	11.54	22.25	8.96	9.37	10.32	0.56	2.24	3.35	10.59	9.49
Dones	8.05	9.85	8.82	10.58	16.63	17.35	0.61	14.26	6.41	10.95	1.14	1.71	16.52
Eivissa i Formentera	36.01	14.62	18.38	16.49	25.35	5.46	13.57	9.29	5.58	4.30	10.09	10.63	5.98
Homes	44.26	25.94	31.85	17.92	31.31	5.45	17.87	10.40	8.07	1.43	16.14	13.81	4.39
Dones	27.35	2.60	3.96	14.96	18.88	5.48	8.87	8.06	2.83	7.46	3.46	7.16	7.72

Font: Registre de defuncions (INE i IBESTAT) i elaboració pròpia. Unitat de mesura: tants per deu mil

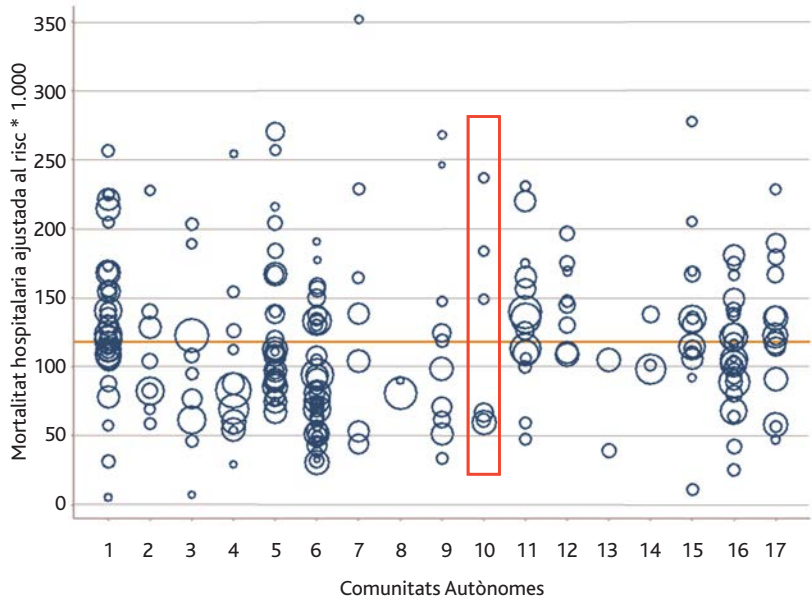
Els pacients amb símptomes suggestius d'ictus, tant si són persistents com transitoris, han de ser atesos de manera immediata en hospitals que disposin dels facultatius i dels mitjans diagnòstics i terapèutics necessaris. Aquests centres hospitalaris han d'estar preparats i han de disposar d'un circuit de trasllat definit prèviament i coordinat amb el servei d'urgències extra-hospitalàries —codi ictus extrahospitalari— i d'un protocol d'actuació immediata que s'activi després de l'arribada d'un pacient —codi ictus intrahospitalari. No tots els pacients són susceptibles de necessitar el mateix tipus d'atenció i s'ha de concretar en diferents models segons les característiques de la persona afectada per l'ictus i la complexitat del nivell assistencial. Una xarxa assistencial de base territorial ha de permetre que el pacient sigui atès en el centre més adequat en cada fase de la malaltia. L'evidència mostra al llarg dels darrers anys que és molt beneficiós que les persones que pateixen un ictus rebin una atenció neurològica especialitzada i precoç, alhora que posa de manifest els avantatges obtinguts gràcies a l'organització de les cures mèdiques i d'infermeria en les unitats d'ictus.

En aquest sentit, la taxa de mortalitat intrahospitalària per ictus isquèmic en persones majors de 18 anys es pot percebre com un dels indicadors d'acompliment hospitalari en l'atenció a aquesta patologia. El grup de l'Atles de Variacions en la Pràctica Mèdica en el Sistema Nacional de Salut reflecteix en el seu novè document —l'atles de variacions en el maneig de la malaltia cerebrovascular isquèmica⁶— com al llarg del període 2005-2010 la mortalitat intrahospitalària per ictus isquèmic mostra no només una baixa variabilitat entre les àrees sanitàries del Sistema Nacional de Salut espanyol, sinó també un decrement en el valor de la taxa al llarg d'aquests anys, observació ja esmentada a la llum d'altres fonts d'informació explicades amb anterioritat. Els valors actualitzats l'any 2013 de les taxes de mortalitat intrahospitalària en adults ajustades al risc, dels hospitals de la xarxa assistencial pública espanyola, es mostren a la **gràfica 4** desagregats per comunitats autònomes.

⁶ <http://www.atlasvpm.org/atlas-ictus-isquemico>

GRÀFICA 4.
Taxa de mortalitat
intrahospitalària
per ictus isquèmic
en els hospitals
de la xarxa
assistencial
pública del
Sistema Nacional
de Salut espanyol,
distribuïda per
comunitats
autònomes,
any 2013

Font: conjunt mínim
bàsic de dades en l'alta
hospitalària i elaboració
pròpia. Unitat de
mesura: tants per mil

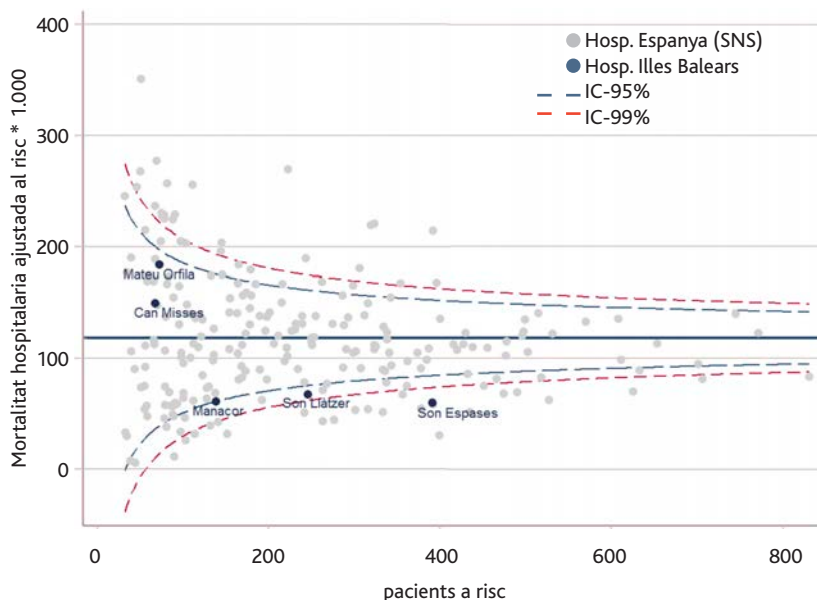


La recta horitzontal taronja mostra la taxa de mortalitat intrahospitalària ajustada mitjana per al conjunt d'hospitals espanyols, que es correspon amb un valor de 118,23 de cada 1.000 casos atesos. El coeficient de variació resultant de la distribució és de 48,5 %. Emmarcats en el rectangle vermell es mostren els hospitals de la comunitat autònoma de les Illes Balears.

La [gràfica 5](#) mostra de bell nou els valors de les taxes ajustades al risc de cadascun dels hospitals, encara que en aquesta ocasió en relació amb el volum total de persones amb ictus isquèmic atesos. Al seu torn, s'hi inclouen els intervals de confiança per a un nivell de significació del 95 i del 99 % que permet observar els hospitals que mostren taxes significativament diferents, sia per sota o per sobre dels valors mitjans esperats, i s'indiquen amb això els nivells d'acompliment bons, i fins i tot excel·lents, enfront dels que requereixen una anàlisi més profunda per detectar vies de millora.

GRÀFICA 5.
Taxa de mortalitat intrahospitalària per ictus isquèmic en els hospitals de la xarxa assistencial pública del Sistema Nacional de Salut espanyol, any 2013

Font: conjunt mínim bàsic de dades en l'alta hospitalària i elaboració pròpia.
Unitat de mesura: tants per mil



Tal com s'observa en la gràfica, la dispersió en les taxes de mortalitat intrahospitalària per ictus isquèmic en adults, durant l'any 2013, continua essent moderada. En relació amb l'índex de referència o mitjana com a mesura de referència, el 67 % dels hospitals (responsables de l'atenció del 64,6 % dels casos d'ictus isquèmic) troben la seva taxa en la zona d'acompliment mitjà o de diferència no significativa amb el valor mitjà esperat. Un 18 % (que va tractar el 24,6 % dels casos) es troben en la zona d'acompliment bo o excel·lent i el 15 % restant d'hospitals (que tracten el 10,8 % de casos) requereix la cerca de vies de millora.

En aquest context, els hospitals de la xarxa assistencial pública de les Illes Balears que atenen casos d'ictus isquèmic en fase aguda (ressaltats en la [gràfica 5](#)) es troben en una bona posició relativa. Els hospitals Son Llàtzer i Manacor, que atenen conjuntament el 39 % dels casos, se situen tots dos en la zona d'acompliment bo, i l'Hospital Son Espases, responsable de l'atenció del 39,7 % dels casos, es troba situat en la zona d'acompliment excel·lent.

No obstant això, la gestió i l'abordatge enfront de l'ictus s'inicien abans que succeeixi. El millor tractament és, precisament, la prevenció. S'estima que prop del 80 % dels ictus serien prevenibles si s'haguessin identificat, reconegut i tractat adequadament els factors de risc vasculars. Amb un control adequat dels factors de risc es podrien prevenir els ictus en persones que mai no han presentat símptomes d'origen cerebrovascular (prevenció primària) o, una vegada esdevingut, evitar que no es presentin episodis nous (prevenció secundària), ja que les recurrències agreugen la discapacitat i augmenten la probabilitat de defunció. Molts dels factors de risc com ara la hipertensió arterial, la diabetis mellitus, la fibril·lació auricular, etc., no només predisposen o afavoreixen l'aparició d'un episodi d'ictus sinó que també aporten una càrrega de comorbiditat que augmenta el risc de patir complicacions posteriors, tant en la fase aguda com en la fase de recuperació.

Seguint el criteri de classificació exposat en l'Estratègia nacional en ictus de l'SNS, les **taules 6 i 7** enumeren els factors de risc, i especifiquen les causes i la possibilitat d'incidir-hi o no per prevenir-lo.

TAULA 6. Prevalença d'HTA en la població de les Illes Balears

FACTORS DE RISC BEN DOCUMENTATS		FACTORS DE RISC MENYS DOCUMENTATS	
FRV NO MODIFICABLES		FRV NO MODIFICABLES	
edat raça/ètnia sexe història familiar/factors hereditaris localització geogràfica		estació de l'any clima	
FRV POTENCIALMENT MODIFICABLES		FRV POTENCIALMENT MODIFICABLES	
Diabetes Mellitus Homocisteïnemia Hipertròfia ventricular		Dislipèmies Sedentarisme Desencadenants aguts: - estrès - migranya Obesitat Factors dietètics Hematocrito elevat Hiperinsulinèmia Hipercoagulabilitat Malaltia subclínica Gruix íntima-mitja Ateromatosis aòrtica	
		Altres cardiopaties - miocardiopatia - discinesia de la paret ventricular - endocarditis no bacteriana - calcificació de l'anell mitral - prolapse mitral - contrast ecocardiogràfic espontani - estenosis aòrtica - foramen oval permanent - aneurisma del septe atrial Consum de drogues Consumo excessiu d'alcohol Ús d'anticonceptius orals Factors socioeconòmics	
FRV MODIFICABLES		FRV MODIFICABLES	
Hipertensió arterial (HTA) Cardiopatia - fibril·lació auricular - endocarditis infecciosa - estenosis mitral - infart de miocardi recent		Tabaquisme Anèmia de cèl·lules falciformes Accident Isquémico Transitori previ Estenosis carotídea asintomàtica	

Font: FIC i GAP. Elaboració pròpia

TAULA 7. Factors de riscos de patir ictus hemorràgic

	HEMATOMA CEREBRAL	HEMORRÀGIA SUBARACNOIDEA
FRV NO MODIFICABLES		
Edat	***	**
Sexe femení	†	**
Raça/ètnia	**	**
FRV POTENCIALMENT MODIFICABLES		
Hipertensió	***	**
Tabaquisme	*	***
Consum excésiu d'alcohol	***	*
Anticoagulació	***	*
Angiopatia amiloide	***	Ø
Hipocolsterolèmia	*	Ø
Ús anticonceptius orals	Ø	*

*** fort evidència, ** evidència positiva moderada, * evidència dubtosa, † evidència inversa moderada, Ø no hi ha relació

Font: Sacco, R.L. [et al.]. Risk factors. Stroke 1997; 28:1507-17.

Per informar sobre la prevalença d'algun d'aquests factors de risc modificables, en el context de la comunitat autònoma, es recorre a dues fonts d'informació que poden no ser coincidents. D'una banda, s'aporten dades de caràcter subjectiu extretes de les respostes a les preguntes sobre percepció d'estats de salut de l'Enquesta nacional de salut, i, de l'altra, es mostren els resultats dels registres sanitaris normalitzats. L'extracció de dades dels registres es fa mitjançant consultes específiques i conjuntament dissenyades per la Factoria d'Informació Corporativa del Servei de Salut de les Illes Balears (FIC) i la Unitat de Sistemes d'Informació (SIS) de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca (GAP). La font d'informació objectiva dels registres sanitaris, encara que inicialment s'hagués de prendre amb cautela, ara, després d'anys de consolidació, és una eina molt útil que ens apropa al coneixement de l'estat de salut real de la població de les Illes Balears.

La hipertensió arterial (HTA) es considera un dels principals factors de risc evitables per desenvolupar un ictus, tant isquèmic com hemorràgic. La relació amb la incidència de la malaltia i la mortalitat posterior associada són inqüestionables. Fins al 77 % de les persones que presenten un primer ictus tenen una tensió arterial (TA) superior a 140/90 mmHg. Les persones amb una TA sistòlica superior a 160 mmHg o diastòlica superior o igual a 95 mmHg estan exposades a un risc relatiu de patir un ictus quatre vegades superior que les persones amb TA normal. No obstant això, la relació que s'estableix entre la HTA i l'ictus presenta un comportament lineal i comença a partir de xifres més baixes (115 mmHg de TA sistòlica i 70 mmHg de TA diastòlica).

En l'Enquesta nacional de salut per als anys 2011-2012, el 15,2 % de la població major de 15 anys de les Illes Balears (el 16,5 % dels homes i el 13,9 % de les dones) declara que és hipertensa com un problema de salut crònic. Aquests percentatges són similars als observats en els

registres, encara que són més alts en les dones que en els homes, i atesa la relació de l'HTA amb l'envelliment, aquesta incidència augmenta a mesura que concretam la xifra per a grups etaris de més edat. La **taula 8** mostra els valors de prevalença d'hipertensió per grups d'edat i sexe. L'any 2013 tenen registre d'hipertensió arterial un total de 173.275 persones, un 3,7 % més que l'any anterior, el 48,1 % dels quals són homes i el 51,9 % restant són dones.

Malgrat que any rere any són més les dones amb diagnòstic d'hipertensió, és en els homes en els quals s'experimenta un increment més accentuat: el 2013 un 4,5 % enfront del 3 % de creixement experimentat per les dones.

TAULA 8. Prevalença d'HTA en la població de les Illes Balears

HIPERTENSIO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	10.78%	11.88%	12.99%	13.57%	14.30%	14.98%	15.64%
Homes	9.63%	10.77%	11.96%	12.71%	13.52%	14.31%	15.08%
Dones	11.95%	13.00%	14.02%	14.45%	15.07%	15.65%	16.20%
TOTAL ≥ 30 anys	16.58%	18.15%	19.67%	20.34%	21.21%	22.08%	22.99%
Homes ≥ 30 anys	14.93%	16.56%	18.24%	19.15%	20.17%	21.21%	22.30%
Dones ≥ 30 anys	18.22%	19.72%	21.09%	21.52%	22.23%	22.93%	23.67%
TOTAL ≥ 60 anys	40.42%	44.63%	48.07%	48.98%	50.66%	52.58%	54.57%
Homes ≥ 60 anys	36.49%	41.03%	44.81%	46.31%	48.25%	50.64%	53.16%
Dones ≥ 60 anys	43.66%	47.61%	50.78%	51.20%	52.68%	54.20%	55.75%

Font: FIC i GAP. Elaboració pròpia

Juntament amb l'HTA, a l'apartat de factors de risc modificables ben documentats, trobam les cardiopaties, entre les quals hi ha la fibril·lació auricular no valvular, com una de les causes més freqüents d'ictus d'origen cardioembòlic. Per aquest motiu, tant el PASI com l'Estratègia nacional en ictus del Sistema Nacional de Salut recomanen que les persones amb fibril·lació auricular i un altre factor de risc addicional (HTA, DM, ICC o MCV o fracció d'ejecció <35 %) del subgrup d'edat de risc alt (persones majors de 75 anys) rebin tractament amb anticoagulants orals. A les Balears, l'any 2014, consten en els registres normalitzats de la xarxa assistencial pública 3.694 persones majors de 75 anys amb les característiques descrites i amb tractament anticoagulant. Aquesta xifra indica que estan en tractament anticoagulant el 58,18 % del total de persones majors de 75 anys amb fibril·lació auricular i algun altre factor de risc addicional, és a dir, un 7,4 % més que l'any anterior.

Un altre dels factors de risc ben documentat dins la classificació dels potencialment evitables és el de la diabetis mellitus tipus II. El 6 % de la població adulta de les Illes Balears refereix en la darrera Enquesta nacional de salut per als anys 2011-12 que té un diagnòstic de diabetis, un punt percentual per sota de la xifra per al conjunt del territori nacional. Si s'analitza per sexes, un 6,25 % dels homes i un 5,75 % de les dones presenten el diagnòstic de diabetis. No obstant això, la precisió en el càlcul de la prevalença de població afectada per diabetis, no només a Espa-

nya sinó en el món sencer, continua sent una incògnita que no eximeix de discussió. Són molts els estudis amb diferent base metodològica, aplicats a diferents grups d'edat, que aporten dades no coincidents, a més de suggerir que hi ha un gruix considerable de la malaltia en estat latent o encara no diagnosticat, fet que pot situar la prevalença de diabetis al voltant del 12 %. No obstant això, a les Illes Balears, els registres normalitzats de població atesa a la xarxa sanitària pública de la comunitat autònoma al llarg de l'any 2013 mostren que 64.886 persones tenen un diagnòstic de diabetis, el 56 % de les quals són homes. Això suposa un increment del 3 % pel que fa a l'any anterior. Per sexes, va ser major el creixement experimentat en homes, un 3,7 % enfront del de les dones, que va ser del 2,1 %. La prevalença obtinguda a partir de les dades de registres en la població general se situa en el 5,86 % i és, per tant, similar, encara que lleugerament inferior, a la mostrada en l'Enquesta nacional de salut. Això es deu, entre altres qüestions, que no es recull informació de les persones que són ateses exclusivament en la xarxa assistencial privada. En la [taula 9](#) es mostra l'evolució de la prevalença, tant en la població general com per als grups específics de majors de 30 i majors de 60 anys.

TAULA 9. Prevalença de diabetis mellitus en la població de les Illes Balears

DM DIAGNOSTICADA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	4.44%	4.80%	5.17%	5.29%	5.47%	5.64%	5.86%
Homes	4.68%	5.11%	5.57%	5.78%	6.02%	6.25%	6.55%
Dones	4.20%	4.49%	4.78%	4.80%	4.92%	5.04%	5.17%
TOTAL ≥ 30	6.75%	7.25%	7.76%	7.85%	8.04%	8.25%	8.54%
Homes ≥ 30 anys	7.19%	7.80%	8.42%	8.65%	8.93%	9.22%	9.63%
Dones ≥ 30 anys	6.31%	6.71%	7.10%	7.06%	7.17%	7.30%	7.47%
TOTAL ≥ 60	16.48%	17.93%	19.14%	19.15%	19.57%	20.16%	20.85%
Homes ≥ 60 anys	17.83%	19.69%	21.22%	21.61%	22.20%	23.07%	24.18%
Dones ≥ 60 anys	15.36%	16.48%	17.40%	17.10%	17.37%	17.72%	18.08%

Font: FIC i GAP. Elaboració pròpia

La dislipèmia és un altre dels factors de risc associats encara que està inclosa en l'apartat de "factores menys documentats" que, tant directament com indirectament, pot contribuir a l'aparició de l'ictus isquèmic. Aquest factor com a tal no es recull en l'Enquesta nacional de salut, en la qual només es demana als enquestats si han patit problemes de colesterol en el transcurs dels darrers 12 mesos. Segons aquesta Enquesta, l'11,91 % de la població de les Illes Balears diu que en pateix, 10,22 % dels homes i 13,59 % de les dones. La xifra de colesterol per si sola aporta escassa informació ja que requereix complementar-se, per a l'estudi dels lípids (hiperlipidèmies/dislipèmies), amb una altra sèrie de components que en conjunt aportin una imatge biopatològica més precisa. No obstant això, sí que es disposa d'informació sobre aquest tema a través dels registres normalitzats, en els quals apareixen, l'any 2013, 193.662 persones amb diagnòstic de dislipèmia, el 52 % de les quals són dones. Aquesta xifra situa la prevalença en un 17,5 % i su-

posa un increment del 7,3 % pel que fa a l'any anterior, sense diferència de sexes. En la [taula 10](#) es mostren els valors de prevalença per grups d'edat, majors de 30 i/o majors de 60 anys i sexes.

TAULA 10. Prevalença de dislipèmia en la població de les Illes Balears

DISLIPEMIA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	9.05%	10.40%	12.08%	13.44%	14.85%	16.17%	17.49%
Homes	8.34%	9.70%	11.39%	12.76%	14.20%	15.51%	16.83%
Dones	9.76%	11.11%	12.77%	14.12%	15.51%	16.83%	18.14%
TOTAL ≥ 30 anys	13.75%	15.70%	18.04%	19.86%	21.73%	23.51%	25.33%
Homes ≥ 30 anys	12.83%	14.81%	17.20%	19.04%	20.98%	22.78%	24.65%
Dones ≥ 30 anys	14.66%	16.59%	18.88%	20.66%	22.47%	24.22%	26.00%
TOTAL ≥ 60 anys	26.57%	30.62%	34.63%	37.50%	40.81%	44.20%	47.51%
Homes ≥ 60 anys	22.95%	27.00%	30.92%	33.77%	37.13%	40.49%	43.78%
Dones ≥ 60 anys	29.56%	33.61%	37.70%	40.60%	43.90%	47.30%	50.62%

Font: FIC i GAP. Elaboració pròpia

Un altre dels factors de risc d'ictus isquèmic potencialment modificable, dins l'apartat dels "factores menys documentats", és l'obesitat; és a dir, xifres d'índex de massa corporal (IMC) superiors a 30 kg/m². L'any 2013, els registres normalitzats de la comunitat autònoma varen identificar 124.028 persones obesas, el 55,9 % de les quals varen ser dones. Això situa la prevalença en la població general en un 11,2 % (9,9 % en els homes i 12,49 % en les dones). La [taula 11](#) mostra l'evolució de la prevalença registrada d'aquest factor de risc, tant per al conjunt de la població com per als majors de 30 i 60 anys.

TAULA 11. Prevalença d'obesitat en la població de les Illes Balears

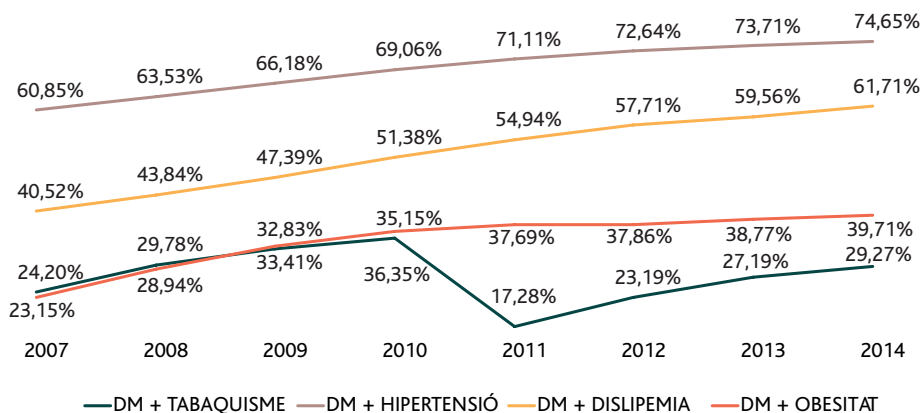
OBESITAT IMC ≥ 30	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	6.13%	7.21%	8.31%	9.19%	9.91%	10.50%	11.20%
Homes	5.06%	6.02%	7.07%	7.93%	8.64%	9.21%	9.90%
Dones	7.22%	8.41%	9.57%	10.45%	11.19%	11.80%	12.49%
TOTAL ≥ 30 anys	8.63%	10.08%	11.55%	12.64%	13.52%	14.27%	15.18%
Homes ≥ 30 anys	7.24%	8.57%	9.98%	11.06%	11.95%	12.68%	13.60%
Dones ≥ 30 anys	10.00%	11.59%	13.11%	14.19%	15.07%	15.82%	16.73%
TOTAL ≥ 60 anys	15.57%	18.34%	20.73%	22.20%	23.59%	24.92%	26.48%
Homes ≥ 60 anys	13.24%	15.90%	18.29%	19.93%	21.36%	22.80%	24.52%
Dones ≥ 60 anys	17.48%	20.37%	22.76%	24.10%	25.46%	26.70%	28.11%

Font: FIC i GAP. Elaboració pròpia

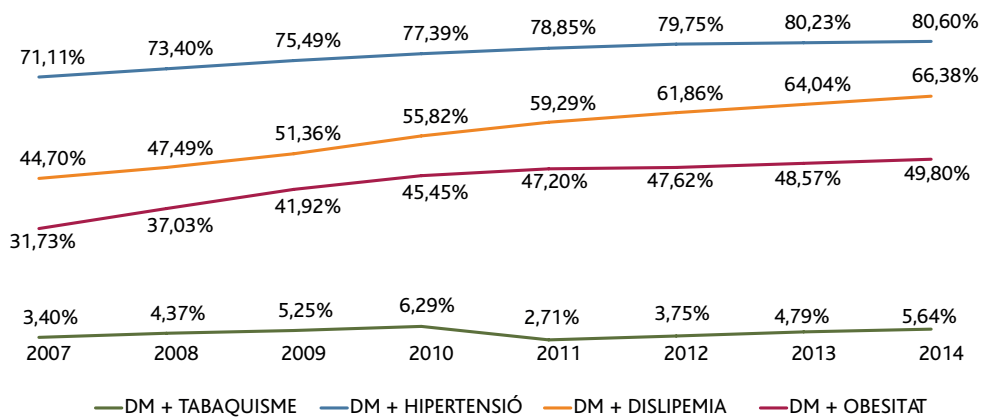
Finalment, és important esmentar que la confluència de diversos factors de risc en una mateixa persona augmenta la probabilitat no només de l'aparició de la malaltia sinó també de les possibles complicacions i de la seva gravetat. De l'anàlisi de les dades de registres normalitzades de la xarxa assistencial pública corresponents a l'any 2014 s'extreu que tan sols el 9 % de les persones de totes les edats que estan registrades amb diagnòstic de diabetis no presenten, a més, cap altre factor de risc vascular. Al mateix temps, destaca el fet que aquest percentatge ha disminuït considerablement al llarg de la darrera dècada, la qual cosa vol dir que any rere any és major el nombre de persones en les quals conflueixen dos factors de risc o més. Més elevat és l'impacte si el que observam són les xifres per a les persones majors de 60 anys d'edat, en què el percentatge de les persones amb diabetis sense un altre factor de risc associat descendeix al 5,9 %. De l'anàlisi de les dades de les Illes Balears de l'any 2014 de persones amb diabetis més un altre factor de risc, de manera individualitzada, s'extreu el següent:

- El 30,74 % de les persones majors de 30 anys amb diabetis estan registrades com a fumadores. Per sexes, un 42,62 % dels homes i un 15,58 % de les dones. Per grans grups d'edat, el més prevalent en els homes és el que comprèn entre 45 a 59 anys d'edat amb una prevalença del 42,2 %, seguit molt de prop pel subgrup de 30 a 44 anys, la prevalença dels quals és del 41,4 %. En el cas de les dones, el subgrup més prevalent és el d'edats compreses entre 30 i 44 anys amb un 28,2 %.
- El 68,85 % de les persones majors de 30 anys amb diabetis tenen a més diagnosticada hipertensió arterial. Per sexes, un 66,3 % dels homes i un 72,1 % de les dones. Per grans grups d'edat, el més prevalent en els homes com en les dones és el corresponent a persones majors de 75 anys, amb valors del 78,6 % i 85,7 %, respectivament.
- El 61,22 % de les persones majors de 30 anys amb diabetis tenen registrat, a més, el diagnòstic de dislipèmia, un 6,6 % més que l'any anterior. Per sexes, un 60,21 % dels homes i un 62,5 % de les dones. Per grans grups d'edat, tant en els homes com en les dones, els compresos entre 60 i 74 anys d'edat són els més prevalents, amb percentatges del 64,8 i 69,2, respectivament.
- El 43,9 % de les persones amb diabetis majors de 30 anys té, al seu torn, un diagnòstic d'obesitat. Per sexes, un 39,5 % dels homes i un 49,5 % de les dones. Per grans grups d'edat, els dos subgrups més prevalents, tant en homes com en dones, són els compresos entre 60 i 74 anys i 45 i 69 anys, per aquest ordre.

Els percentatges de prevalença de factors de risc detallats abans s'incrementen com més elevada és l'edat del grup etari per analitzar. En les [gràfiques 6 i 7](#) es mostra l'evolució d'aquestes prevalences en els homes i les dones majors de 60 anys.

GRÀFICA 6. Evolució de la prevalença de factors de risc en homes ≥ 60 anys amb DM a les Illes Balears

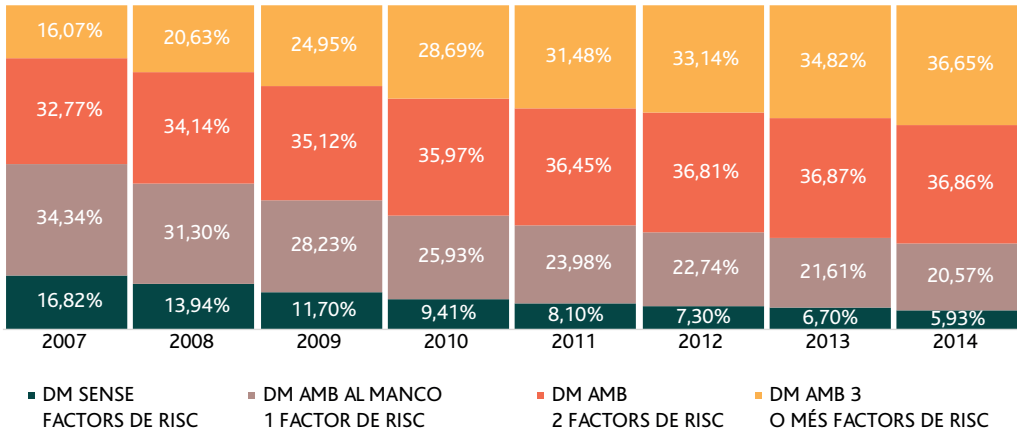
Font: FIC i GAP. Elaboració pròpia

GRÀFICA 7. Evolució de la prevalença de factors de risc en dones ≥ 60 anys amb DM a les Illes Balears.

Font: FIC i GAP. Elaboració pròpia

En la **gràfica 8** es mostra la prevalença concomitant de factors de risc vasculars (tabaquisme, hipertensió, dislipèmia i obesitat) en una mateixa persona que, al seu torn, té un diagnòstic de diabetis, en funció de si conflueixen 2, 3 o més de 3 factors en una mateixa persona.

GRÀFICA 8. Evolució de la prevalença concomitant de factors de risc en persones amb DM $\geq$ 60 anys a les Illes Balears



Font: FIC i GAP. Elaboració pròpia

Els especialistes incideixen que la prevenció primària i secundària de l'ictus són tan importants com els fàrmacs trombolítics o neuroprotectors. Per tant, és crucial adoptar mesures apropiades de prevenció i promoció de la salut, tant en l'àmbit de la salut pública com en el de l'atenció primària. Per això, és necessària una organització assistencial que implementi activitats preventives adreçades a les persones que presenten factors de risc i, alhora, que proporcioni una resposta immediata a la persona que pateix un ictus. Aquestes mesures han d'anar acompanyades amb accions formatives específiques dirigides als professionals implicats i també a fomentar l'educació de la població sobre com s'ha de prevenir un ictus i com s'ha d'actuar en cas que es presenti.

2. MISSIÓ, OBJECTIU PRINCIPAL, VALORS I MODEL

Aquest document detalla l'Estratègia d'ictus de les Illes Balears amb l'objectiu de recollir, des d'una perspectiva integral, el procés d'atenció a l'ictus a la comunitat autònoma, i reflectir tant la situació present de la prevenció i l'atenció a la malaltia com el futur. Per això, s'hi defineixen uns objectius i s'estableixen una sèrie de línies d'actuació prioritàries i accions concretes per dur a terme que són necessàries per a la consecució d'aquests objectius. Tot el conjunt d'accions que es mostren en aquesta Estratègia s'ajusten tant al compliment de les ja marcades en l'Estratègia nacional com als criteris d'equitat, accés universal i excel·lència. Conté l'opinió dels pacients, els quals han estat degudament consultats, i el que estableixen les guies per a professionals i autoritats sanitàries.

2.1. MISSIÓ

Millorar la qualitat de l'atenció que reben les persones amb ictus o amb risc potencial de patir un ictus, de manera que millori el pronòstic i la qualitat de vida no tan sols de la persona que pateix la malaltia sinó també de la seva família.

2.2. OBJECTIU PRINCIPAL

Reduir la incidència d'ictus a la comunitat autònoma de les Illes Balears, garantir-ne la identificació immediata, l'abordatge, el tractament i el seguiment, mitjançant estàndards de qualitat assistencial que permetin millorar la qualitat de vida de les persones afectades i dels seus familiars.

2.3. VALORS

Els valors de l'atenció a l'ictus s'han de regir per una **atenció integral** que englobi totes les possibles fases de la malaltia des d'una primera fase preventiva i de promoció d'hàbits de vida saludable fins a l'abordatge i el tractament de les possibles complicacions cròniques posteriors; **integrada** en els diversos nivells assistencials, en els quals es promoguin la comunicació, la col·laboració i la coordinació entre els diferents professionals implicats, de manera que tots els aspectes de la malaltia s'abordin sota criteris homogenis per donar així una resposta eficaç basada en l'evidència científica. **Equitat**, promoure la igualtat de condicions i oportunitats per a tota la població que ho necessiti, d'acord amb els criteris explícits i racionals, facilitant-ne un accés no discriminatori, adequat i suficient de les persones i comunitats als recursos disponibles.

2.4. MODEL

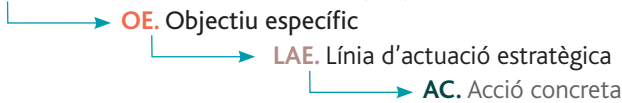
Per a la consecució de l'objectiu principal s'han de tenir en compte els valors descrits anteriorment. El model proposat és el model assistencial vigent a les Illes Balears, basat en les característiques fonamentals següents:

- Els equips d'Atenció Primària com a eix sobre el qual pivoti l'atenció al llarg de la vida de la persona.
- Els serveis hospitalaris com a referents per garantir una atenció d'excel·lència en la fase aguda i integral en les possibles fases posteriors, en relació amb les necessitats específiques de les persones amb ictus.
- Les actuacions en matèria de salut pública per a la promoció d'estils de vida saludable.
- La coordinació efectiva de tots els dispositius assistencials per aconseguir la continuïtat de l'atenció.
- La coordinació efectiva amb els dispositius de l'àrea social integrats en l'àmbit de la Conselleria de Salut.
- La coordinació efectiva amb la xarxa d'associacions per aconseguir una atenció més bona de les persones afectades i dels seus familiars.

3. DESENVOLUPAMENT ÀREES D'INTERÈS ESTRATÈGIC

El desenvolupament de l'Estratègia se sustenta d'acord amb les 7 àrees d'interès estratègic (AIE), dins les quals s'identifiquen 12 objectius específics (OE), en els quals es defineixen 56 línies d'actuació estratègiques (LAE) per a les quals es proposen 287 accions concretes (AC). L'esquema següent detalla l'organització, dins cadascuna de les àrees d'interès estratègic, dels objectius, les línies d'actuació i les accions concretes que mantenen al llarg de tota l'Estratègia la figura del pacient o persona afectada com a eix sobre el qual es focalitzen i/o dirigeixen les accions.

AIE. ÀREES D'INTERÈS ESTRATÈGIC (AIE)



AIE 1. RESPECTAR ELS DRETS DE LES PERSONES AFECTADES PER UN ICTUS

L'Estratègia d'ictus de les Illes Balears vol contribuir, en primer lloc, que l'ictus no succeeixi, tot i que aquest document, en la major part, va adreçat a les persones que ja l'han patit. Els drets de les persones afectades per un ictus que reflecteix la Carta mundial de drets de persones afectades per ictus es resumeixen en el dret a rebre les millors cures, el dret a estar informades i preparades, i el dret a rebre suport durant la recuperació. En aquest sentit, s'ha considerat apropiat transcriure literalment, en aquest punt del document, les reflexions que ha duit a terme una persona afectada per un ictus, la qual, al seu torn, ha estat un membre valuós del comitè tècnic de l'Estratègia en representació dels pacients.

Jo vaig tenir un ictus

"Has tengut molta sort". Que et diguin això quan acabes de patir un ictus, no deixa de ser irònic.

Quan tot el terra sota els teus peus s'ha remogut. Ni tan sols era capaç d'aguantar-me dret. El meu costat esquerre estava completament paralizat.

"Hi veus, parles i raones" m'aclareixen. Només m'ha afectat la part motora.

Don gràcies perquè sempre em vaig mantenir positiu. És vera que també hi va haver moments grisos, però sempre vaig tirar cap endavant. Solia dir: "Només tenc una alternativa: continuar endavant, sí o sí".

Trepitges un territori nou. No tot el que sents és congruent o et convé.

El teu cos i les teves neurones no sempre responen les teves pautes antigues. Per això, has de reescriure les teves pròpies pautes i fer-les teves.

Només et queda posar-hi coratge i continuar endavant. El camí es diu rehabilitació:

professionals sanitaris, neuròlegs, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, rehabilitadors, psicòlegs i psiquiatres. Entrenament personal, massatge terapèutic. Associació d'ictus. Tot un exèrcit humà per ajudar-te.

Record Jill B. Taylor (un atac de lucidesa) que va estar 8 anys recuperant-se, en contra de l'estàndard de protocols mèdics segons l'ús. I la seva força interior que em va estimular, així com l'experiència de molts altres que em varen transmetre el seu coratge.

"Faig feina i condueix" resumesc per descriure la meua situació actual després de l'ictus. I continuu treballant en la meua recuperació.

Agraeix el que la vida té per a tu. Estàs viu i això és un do.

La vida segueix, i estic agraït d'aquesta segona oportunitat.

El suport de la família és fonamental. I don les gràcies per tenir-lo.

Sí, he tengut molta de sort i don gràcies per això.

L'experiència del pacient

La gent corrent de vegades té la idea que un ictus és un mal constipat, però un constipat al cap i a la fi, en el sentit que quan et veu bé pensa que ja estàs per funcionar com abans del constipat, com si res no hagués passat.

No entenen que tens una lesió neuronal, de diferent grau i unes seqüeles que t'acompanyaran sempre, com una llosa que no et pots llevar de damunt.

El que no es pot consentir és que aquesta mentalitat la tenguin representants de l'Administració o legisladors, entre d'altres.

Alguns som especialment sensibles als dies de pluja i als terres mullats, al fred i a les emocions; d'altres amb prou feines poden dormir i tot el seu interior és un volcà; a d'altres, se'ls remou el sol sota els peus. Supòs que tot això depèn de la part del cervell (la nostra CPU) que ha quedat danyada.

L'estrès, especialment per a nosaltres, és un verí. En ocasions difícil de controlar. Com puc conduir a 60 km/h en una autopista on la mitjana de conductors condueix a 110 km/h?, per posar un exemple. I això sense renunciar al dret de conduir. Com podem re-conduir i controlar una situació d'estrès en l'entorn laboral sense que això ens desbordi?

Incorporació laboral

No tenc en general queixes respecte de la gent, els sanitaris, els companys de treball o caps, però sí pel que fa a la normativa legal o la seva aplicació.

El metge et diu: "incorpora't poc a poc, progressivament", "col·labora amb", "sigues tu l'ajuda de" (és a dir, no portis tu tota la càrrega de la teua feina).

La realitat et diu tot el contrari: a la feina, si hi ets, has d'estar al 100 %. I en aquestes condicions és molt difícil controlar els ritmes i l'estrès.

El meu cardiòleg i amic sí té clar que un pacient amb ictus "ha de fer un esforç major" per dur a terme les mateixes tasques, sia caminar o treballar.

Demanam facilitats per a la nostra incorporació al lloc de treball: demanam flexibilització horària i de ritmes (sense patir una reducció en la nostra nòmina per la nostra condició).

Poder accedir a una jubilació primerenca (58 anys).

Normativa legal. En aquest camp potser ocorre el contrari: la normativa és bondadosa (tranquil·litzadora de consciències) i la seva aplicació, les persones que l'apliquen són en moltes ocasions hipòcrites i discriminadores, és a dir, el contrari del que plasma la llei. De vegades per argúcies legals, d'altres sense dissimular. Tenim el cas de la no-aplicació del percentatge de reserva de minusvalidesa, que tothom dona per fet com una conquesta social dels minusvàlids, o el suspens deliberat en les oposicions, fins i tot abans de començar la prova, o les pèrdues del treball de molts minusvàlids després de patir un ictus.

Tornam a treballar, però ja no som els mateixos. L'experiència de l'ictus ens ha canviat. Ens ha deixat marcats, però també ens ha donat una altra oportunitat per viure. Hem de refer la nostra vida de bell nou, amb esforç, però també amb energies noves. Amb una nova lucidesa, com diria Jill B. Taylor.

Els pàrquing de minusvàlids: caldria apel·lar al civisme de la gent amb campanyes de sensibilització i/o multes (no ens facin fer de vigilants o policies); molta gent els respecta, però basta que només un 5 % no els respecti perquè arribem i el trobem ocupat. Recomanacions: sol·licitar la col·laboració de la Policia Local i dels vigilants de l'ORA.

Juan Carlos Cámara

OE.I. Assegurar que es respectin els drets de les persones amb ictus i els principis de la bioètica

LAE.1. Facilitar informació completa i adequada a les persones sobre el seu diagnòstic i estat funcional, les perspectives reals i els objectius terapèutics.

AC.1. Promoure tallers d'habilitats en comunicació entre els professionals i incloure tallers específics de comunicació en situacions crítiques.

AC.2. Assegurar la continuïtat assistencial, la multidisciplinarietat i la coordinació entre els nivells d'atenció.

LAE.2. Consensuar amb la persona, quan aquesta sigui competent segons la Llei d'autonomia del pacient⁷ o amb la família en cas contrari, els tractaments amb objectius realistes tenint sempre en compte que la darrera paraula la té la persona afectada.

AC.3. Fomentar la utilització del consentiment informat.

AC.4. Plantejar totes les alternatives terapèutiques possibles.

AC.5. Registrar en la història de salut de les Illes Balears les decisions preses sempre que siguin rellevants per a l'evolució del pacient.

LAE.3. Garantir que la normativa vigent respecti els drets de les persones en matèria de voluntats anticipades i/o incapacitacions.

AC.6. Formar els professionals en bioètica.

AC.7. Promoure el desenvolupament de sessions d'assessoria jurídica amb professionals especialistes en drets dels pacients.

AC.8. Assegurar que els professionals puguin disposar de formació en matèria de legislació relacionada amb les voluntats anticipades, incapacitacions i responsabilitats familiars.

⁷ Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i de les obligacions en matèria i documentació clínica.

LAE.4. Fomentar l'ocupació de les persones amb discapacitat secundària a un ictus.

AC.9. Fomentar les iniciatives dels organismes pertinents i/o donar-hi suport, per al desenvolupament d'ajudes a empreses que mantinguin empleats o generin ocupació per a persones amb seqüeles després de patir un ictus.

LAE.5. Vigilar/vetllar per la seguretat viària de les persones amb ictus.

AC.10. Incloure la recomanació de no conduir durant els primers 6 mesos després d'haver patit un ictus en l'informe d'alta.

AC.11. Informar sobre el Reglament de trànsit (Reial decret 818/2009) i les seves modificacions als professionals, a les persones afectades per un ictus i als seus familiars⁸.

AC.12. Instar l'organisme competent a establir l'obligatorietat de dur a terme controls per part d'experts que avaluin i certifiquin l'aptitud per conduir sense risc i la possibilitat d'adaptació dels vehicles d'aquestes persones que han patit un ictus.

AIE 2. PROMOCIÓ D'ENTORNS I ESTILS DE VIDA SALUDABLES I PREVENCIÓ PRIMÀRIA I SECUNDÀRIA⁹

En termes generals es podria dir que el millor tractament davant qualsevol malaltia és la prevenció. En el cas concret de l'ictus, s'estima que el 80 % es podrien prevenir si es reconeguessin i es tractassin a temps els factors de risc vascular (FRV). La promoció d'entorns i estils de vida saludables, mitjançant la coordinació d'intervencions en l'àmbit sanitari, familiar, educatiu i comunitari, pot prevenir l'ictus en persones que mai no han tengut símptomes d'origen cerebrovascular (prevenció primària) o, si ja ha succeït el primer episodi, intentar que no torni a passar de bell nou (prevenció secundària). Per tant, es pot dir que la prevenció primària i secundària davant l'ictus són tan importants com els fàrmacs trombolítics o neuroprotectors.

OE.II. Reduir la incidència de l'accident isquèmic transitori (AIT) i/o ictus

LAE.6. Minorar la prevalença de consum de tabac en la població.

AC.13. Preservar el compliment adequat de la legislació sanitària en relació amb el consum de tabac, la regulació de la venda, el subministrament i la publicitat dels diversos productes del tabac, utilitzant totes les eines necessàries.

AC.14. Millorar la informació disponible per a la població sobre els efectes del consum de tabac per a la salut, tant per als fumadors actius com per a les persones exposades al fum ambiental generat pel tabac. Promoure campanyes informatives adaptades a cadascun dels grups diana específics segons l'edat, el gènere i el nivell socioeconòmic.

8 <<http://revista.dgt.es/es/noticias/2014/10OCTUBRE/1029-Dia-Mundial-del-ictus.shtml#.VT9405tO7ml>>

9 Algunes de les accions que es mostren a continuació s'han extret de les estratègies de les Illes Balears de malaltia pulmonar obstructiva crònica, alimentació saludable i vida activa, i diabetis, adaptades a l'especificitat de l'ictus

- AC.15.** Desenvolupar un nou pla de tabaquisme a les Illes Balears com a continuïtat del Pla sobre Tabaquisme a les Illes Balears 2007-2011.
- AC.16.** Definir un model de deshabituació tabàquica que sigui comú per a totes les illes.
- AC.17.** Desenvolupar una plataforma comuna que reculli tota la informació sobre el catàleg de recursos i programes relacionats amb la deshabituació tabàquica a les Illes Balears.
- AC.18.** Potenciar el registre homogeneïtzat en història de salut de les Illes Balears que permeti la identificació de la població fumadora.
- LAE.7.** Augmentar progressivament el percentatge de població que fa activitat física.
- AC.19.** Afavorir i construir, des de les institucions de la comunitat autònoma, un entorn que faciliti als residents de les illes l'elecció d'una vida activa.
- AC.20.** Fer campanyes institucionals amb l'objectiu d'informar i sensibilitzar la població sobre els avantatges d'una vida i un envelliment actius, a través de l'adopció d'hàbits de vida saludables, de manera que fins i tot les persones sanes incloguin en les seves prioritats la importància de dur una vida activa. Fomentar-ne el registre en l'apartat de "consells" de la història de salut de les Illes Balears.
- AC.21.** Promoure intervencions conjuntes amb altres institucions, aprofitant l'oferta de recursos locals i comunitaris, per a la promoció de la vida i l'envelliment actius.
- AC.22.** Difondre i fomentar la utilització de les webs institucionals <<http://e-alvac.caib.es>> i <<http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es/>> en les quals tots els agents implicats poden interactuar (professionals, centres educatius, empreses i ciutadans en general) i on s'informa i se sensibilitza sobre la importància de la realització d'activitats físiques adequades a les diferents etapes de la vida i característiques físiques de cada persona.
- AC.23.** Promoure i ampliar, en l'àmbit dels centres de salut, el projecte de "Rutes saludables"¹⁰ <<http://e-alvac.caib.es/rutas-portada.html>>.
- AC.24.** Homogeneïtzar el sistema de mesurament i registre de l'activitat física que fa la població, integrant el que hi ha en el sistema de gestió integrada de patologies cròniques d'història de salut de les Illes Balears, i incorporar-hi algun sistema d'alarma per demanar sobre aquesta qüestió.
- LAE.8.** Incrementar el percentatge de població que segueix una dieta saludable.
- AC.25.** Fomentar en la població l'adopció d'hàbits d'alimentació saludables.
- AC.26.** Fomentar la utilització de la web institucional <<http://e-alvac.caib.es>> i <<http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es/>> com uns espais dotats amb informació i eines específiques que sensibilitzen sobre la

¹⁰ La Conselleria de Salut ha engegat el projecte "Rutes saludables" entorn dels centres de salut. Per al disseny d'aquestes rutes s'ha comptat amb la col·laboració d'entitats, associacions i ciutadans dels barris implicats, així com dels responsables municipals dels ajuntaments participants. S'han pogut definir rutes adaptades a la vida quotidiana que fomenten la socialització dels veïnats, alhora que es fomenta l'activitat física, per millorar així la salut de tota la comunitat.

importància d'adoptar hàbits de vida saludables per prevenir l'excés de pes. Entre les eines disponibles s'inclouen taules amb la composició dels aliments i models de dieta saludable, s'exposen els riscos per a la salut de l'excés de pes i s'expliquen les patologies associades a aquesta condició, juntament amb les mesures adequades per prevenir-la.

AC.27. Desenvolupar les polítiques de lactància materna de la comunitat autònoma¹¹.

AC.28. Garantir la continuïtat del programa d'alimentació saludable a l'escola, que pretén millorar la qualitat nutricional dels menús escolars i dels aliments que s'ofereixen a les cafeteries dels centres educatius i a través de les màquines expenedores¹².

AC.29. Dissenyar i implantar programes de prevenció i intervenció contra l'obesitat, especialment a l'entorn escolar: Comunitat escolar 2.0 (<<http://e-alvac.caib.es/entorno-escolar.html>>).

AC.30. Afavorir i potenciar convenis de col·laboració amb associacions d'empresaris de la indústria alimentària per millorar la qualitat nutricional dels productes que s'ofereixen (per exemple: projecte "Sabor del Mediterrani": sistema d'acreditació dels establiments promotors de la dieta mediterrània <<http://e-alvac.caib.es/sm>>, <<http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es/>>).

AC.31. Complir els criteris d'una dieta saludable que promou la Conselleria de Salut en els menjadors institucionals.

AC.31. Promoure l'alimentació saludable a través de programes i/o tallers per part dels professionals d'Atenció Primària.

AC.33. Implicar els professionals sanitaris en les recomanacions i el seguiment de les dietes dels seus pacients, les quals s'han de consensuar amb els especialistes en nutrició i basar-se en l'evidència científica actualitzada.

LAE.9. Crear entorns que afavoreixin l'adopció d'hàbits de vida saludables.

AC.34. Afavorir i potenciar els convenis de col·laboració amb les diferents àrees de l'Administració, entitats públiques i associacions, tant autonòmiques com locals, mitjançant l'establiment d'aliances que millorin l'eficàcia de les intervencions.

11 Política de lactància de les Illes Balears. Implantació del Protocol de lactància materna de la comunitat autònoma de les Illes Balears segons la Proposició de llei de 4 de desembre de 1997 del Parlament de les Illes Balears i segons la Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears.

12 El 5 de juliol de 2011 es va aprovar la Llei de seguretat alimentària i nutrició que regula les mesures de salvaguarda i embargament de productes, així com el règim sancionador i la coordinació entre administracions públiques, entre d'altres. Així mateix, també dóna suport legal a la prevenció de l'obesitat i el sobrepès. La Llei afecta de ple la indústria de venda automatitzada, especialment en l'article 40.6, que incideix especialment en l'expedició automatitzada de productes en centres escolars en limitar el contingut de greixos saturats en els articles que es venen a través de màquines expenedores.

- AC.35.** Potenciar l'ús del material didàctic ja elaborat adreçat a la població general, introduït i accessible perquè s'utilitzi a través de l'aplicació informàtica que dota d'eines i habilitats els professionals sanitaris a l'hora d'aportar suggeriments i recomanacions o instruccions als seus pacients sobre estils de vida i hàbits saludables.
- AC.36.** Potenciar la formació sobre hàbits de vida saludables com a matèria transversal en els centres educatius, proporcionant eines que augmentin les habilitats dels professors, alumnes i pares en aspectes com l'alimentació saludable i la vida activa (Comunitat escolar 2.0 <<http://e-alvac.caib.es/entorno-escolar.html>>).
- AC.37.** Fomentar una alimentació saludable entre el col·lectiu d'adolescents a través de l'establiment d'horaris i locals especialment habilitats per menjar durant l'horari escolar en els centres d'educació secundària públics i concertats, tant en els menjadors escolars com en els locals habilitats per menjar, en els quals els alumnes duen el menjar preparat de casa. Aprofitar aquests entorns per orientar sobre les millors pautes d'alimentació.
- AC.38.** Potenciar l'hàbit d'un esmorzar saludable des de l'inici de l'etapa escolar, a través d'actuacions conjuntes entre Salut, Educació i les associacions de pares i mares d'alumnes.
- AC.39.** Potenciar entre els professionals la indicació de modificació d'estils de vida en els pacients que estiguin en situació de prediabetis.
- LAE. 10.** Fomentar la detecció precoç dels principals factors de risc vascular.
 - AC.40.** Potenciar l'educació sanitària a través de campanyes institucionals i proporcionar de manera més directa la informació a la població sobre els principals factors de risc vascular, promovent programes d'intervenció d'infermeria en els centres de salut.
 - AC.41.** Promoure els hàbits saludables en tota la població per sensibilitzar i donar a conèixer tant la malaltia com els seus factors de risc, de manera que es puguin evitar o controlar. Promoure a través de l'educació per a la salut, com a activitat continuada dins Atenció Primària, intervencions escolars, en farmàcies, suports publicitaris com ara premsa, ràdio o televisió, etc. Conscienciar la població dels riscos de l'abús de l'alcohol i de les drogues.
 - AC.42.** Afavorir l'establiment de criteris homogenis en els missatges que les comunitats autònomes i els diferents ministeris del Govern central donen a la població.
 - AC.43.** Incloure en els objectius assistencials dels centres de salut d'Atenció Primària la realització d'activitats de prevenció, promoció i educació per a la salut. Incentivar la realització d'aquestes activitats per part dels professionals.
 - AC.44.** Impulsar tasques de formació en prevenció en tots els àmbits sanitaris.

- AC.45.** Dur a terme la prevenció i detecció precoç dels factors de risc des d'Atenció Primària, tant oportunista (aprofitant l'ús de qualsevol consulta mèdica o d'infermeria) com mitjançant la captació activa de la població de risc.
- AC.46.** Incloure en els sistemes d'informació els registres pertinents, amb caràcter homogeni, que permetin la identificació de persones amb els principals factors de risc per ictus (consum de tabac, hipertensió arterial, diabetis mellitus, dislipèmies i fibril·lació auricular).
- AC.47.** Mantenir un sistema d'alarmes, d'acord amb les recomanacions vigents sobre risc vascular¹³.
- AC.48.** Millorar la cobertura de detecció de tabaquisme, hipertensió, dislipèmia i diabetis.
- AC. 49.** Donar continuïtat a les revisions mèdiques de detecció de malalties cardiovasculars abans de qualsevol pràctica esportiva.
- LAE.11.** Dur a terme el seguiment i control adequat de les persones amb hipertensió, diabetis i/o dislipèmies.
 - AC.50.** Actualitzar la Guia de risc vascular per oferir recomanacions actualitzades i basades en l'evidència científica més recent, de manera que es faciliti la presa de decisions en la pràctica clínica dels professionals sanitaris.
 - AC.51.** Difondre els canvis i/o actualitzacions de la Guia de risc vascular mitjançant activitats de formació acreditada.
 - AC.52.** Mantenir actualitzats els sistemes d'informació per al monitoratge correcte dels principals factors de risc d'ictus.
 - AC.53.** Potenciar, dins la història de salut de les Illes Balears, sistemes de registre adequats i homogenis que permetin millorar el tractament i grau de control de la població fumadora i/o hipertensa, amb diabetis i/o dislipèmia.
 - AC.54.** Integrar la informació dels sistemes d'informació d'Atenció Primària i dels diferents hospitals de la comunitat autònoma en la història de salut de les Illes Balears.
 - AC.55.** Incloure les persones amb factors de risc en el sistema de gestió integrada de patologies cròniques d'història de salut de les Illes Balears per poder fer un seguiment òptim de la persona i la seva situació de risc.
 - AC.56.** Potenciar l'autocura en els diferents aspectes del risc vascular.
 - AC.57.** Analitzar i avaluar periòdicament la informació obtinguda del sistema de gestió integrada de patologies cròniques d'història de salut de les Illes Balears per promoure intervencions/accions de millora.

13 Guia clínica: Recomanacions d'actuació en l'Atenció Primària en la Malaltia Cerebrovascular. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears, 2011.

LAE.12. Assegurar un tractament antitrombòtic adequat de les persones amb cardiopaties embolígenes.

- AC.58.** Implementar les guies de pràctica clínica en la pràctica diària dels professionals sanitaris, amb mecanismes que en garanteixin l'actualització.
- AC.59.** Aplicar i mantenir actualitzats els protocols locals d'acord amb l'evidència científica.
- AC.60.** Formar els diferents professionals implicats en el maneig adequat de les cardiopaties embolígenes.
- AC.61.** Integrar la informació d'Atenció Primària i dels diferents hospitals de la comunitat autònoma en la història de salut de les Illes Balears.
- AC.62.** Incloure les persones amb cardiopatia embolígena, especialment amb fibril·lació auricular no valvular, dins el programa *Sistema de gestió integrada de patologies cròniques d'història de salut de les Illes Balears*, per fer-ne el seguiment integral corresponent.
- AC.63.** Dur a terme el seguiment de l'adhesió al tractament.

OE.III. Disminuir les recurrències d'accident isquèmic transitori (AIT) o ictus

LAE.13. Tenir controlats els factors de risc vascular en les persones que ja han tingut un primer esdeveniment cerebrovascular i prescriure el tractament preventiu adequat.

- AC.64.** Adaptar a la malaltia cerebrovascular els programes d'educació per a la salut desenvolupats per a la cardiopatia isquèmica.
- AC.65.** Dur a terme el seguiment de les persones que han tingut un accident isquèmic transitori (AIT) o ictus, de manera interdisciplinària, segons l'etiologia de l'episodi¹⁴.

¹⁴ A continuació s'exposen algunes de les pautes marcades en el document Recomanacions d'actuació en l'Atenció Primària en la malaltia cerebrovascular:

- Persones amb ateromatosis dels troncs supraaòrtics no quirúrgics en el moment de l'ictus o AIT:
 - Revisió als 3-6 mesos i anualment, una vegada estabilitzat.
 - Control dels troncs supraaòrtics mitjançant una ecografia Doppler i transcranial individualitzant segons el grau d'estenosi, el risc vascular i la progressió.
- Persones amb ateromatosis dels troncs supraaòrtics intervinguts després de l'ictus o AIT:
 - Seguiment via cirurgia vascular, que ha d'indicar els controls mitjançant una ecografia Doppler dels troncs supraaòrtics com correspongui en cada cas.
 - Revisió en un servei de neurologia als 6-12 mesos.
- Persones amb múltiples factors de risc vascular, malaltia de petit vas i sense ateromatosis dels troncs supraaòrtics:
 - Pot ser alta pel servei de neurologia, encara que és recomanable el control neurològic durant el primer any, almenys en dues ocasions.
 - Si és necessari, s'ha de derivar la persona als serveis de les diferents especialitats implicades per a la seva patologia de base (endocrinologia, nefrologia, medicina interna, cardiologia, etc.).
- En els casos d'ictus en el context de malalties sistèmiques, a més de les revisions neurològiques específiques que s'indiquen, s'ha de derivar la persona al servei de l'especialitat implicada.
- Ictus hemorràgic:
 - Control durant almenys un any, amb revisions als 3-6-12 mesos, en funció de la patologia de base.
 - Derivació, si es considera necessària, a altres especialitats implicades (nefrologia, medicina interna, hematologia, neurocirurgia, etc.).

- AC.66.** Difondre els continguts del document *Recomanacions d'actuació en l'Atenció Primària en la malaltia cerebrovascular* i formar-ne els professionals.
- AC.67.** Desenvolupar un pla de revisió i actualització del document esmentat amb caràcter biennal, alhora que es difonen els canvis entre els diferents professionals.
- AC.68.** Identificar clara i específicament, mitjançant els codis CIE corresponents, els ictus ocasionats per cardiopaties embolígenes.
- AC.69.** Establir en els sistemes d'informació, les regles/normes que permetin identificar el tractament antitrombòtic associat al codi de la malaltia.
- AC.70.** Informar adequadament les persones afectades dels beneficis i riscos de l'anticoagulació oral.
- AC.71.** Atendre els pacients que presenten patologia oclusiva d'artèries de gran calibre i tenen indicació de cirurgia o tractament endovascular a l'hospital de referència per ictus, ja que disposa d'equip de cirurgia vascular i neuroradiologia intervencionista.
- AC.72.** Realitzar una revaluació diagnòstica de la persona després d'una recurrència d'ictus que inclogui adhesió al tractament preventiu, interaccions farmacològiques i concurrència de nous factors etiològics.
- LAE.14.** Promoure l'adhesió al tractament.
- AC.73.** Establir mesures objectives per garantir el compliment terapèutic en els diferents sistemes d'informació integrats amb història de salut de les Illes Balears com a instrument unificador.
- AC.74.** Dur a terme una comptabilització d'envasos dispensats a les farmàcies (mòdul de RELE). Inserir en el registre de dispensacions la funcionalitat per valorar el compliment terapèutic en funció de la recollida de medicació¹⁵.

-
- Si l'ictus provoca epilèpsia, les revisions s'han de perllongar en el temps i s'han de fer amb més o menys freqüència segons el grau de control.
 - Si empitjora el dèficit previ o si s'afegeixen símptomes nous, s'ha de derivar la persona a un servei de neurologia.
 - Si se sospita un nou ictus, s'ha de considerar com un ictus agut, per la qual cosa s'ha d'actuar seguint les recomanacions vigents.

¹⁵ El sistema calcula aquesta comptabilització a través de la fórmula següent:

CT= unitats d'administració recollides/unitats d'administració prescrites x100

Si *CT< 80 %, s'ha d'assignar el valor de NO COMPLIDOR

Si *CT≥ 80 %, s'ha d'assignar el valor de COMPLIDOR

Aquesta fórmula s'ha d'aplicar per a períodes d'anàlisis de tres mesos comptadors a partir de la data actual o data en què es fa la consulta, cap enrere en el temps i com a màxim un any.

- AC.75.** Valorar l'adherència terapèutica al tractament a través del test de Morisky-Green¹⁶ i del test de Batalla¹⁷ adaptat.
- LAE.15.** Assegurar la continuïtat assistencial com a instrument per reduir la morbidimortalitat.
- AC.76.** Completar-ne el desenvolupament i implantar el model integral d'actuació del procés d'ictus a les Illes Balears, considerant la malaltia cerebrovascular com una patologia crònica sobre la qual es necessita una actuació interdisciplinària que tenguí el pacient com a eix i l'impliqui en la seva autocura. Això es concreta en el programa *Sistema de gestió integrada de patologies cròniques d'història de salut de les Illes Balears*.
- AC.77.** Adequar les eines informàtiques perquè es pugui treballar en el *Sistema de gestió integrada de patologies cròniques d'història de salut de les Illes Balears* des de tots els nivells assistencials.
- AC.78.** Incentivar els professionals implicats en el maneig del programa *Sistema de gestió integrada de patologies cròniques d'història de salut*.
- AC.79.** Vetllar pel compliment de les recomanacions establertes en les guies de pràctica clínica de l'ictus vigents en relació amb aspectes de prevenció secundària.
- AC.80.** Incloure en l'informe d'alta dels hospitals d'aguts les mesures de prevenció secundària específiques per a cada cas.
- AC.81.** Concertar una cita programada amb el metge i la infermera d'Atenció Primària en el moment de l'alta hospitalària.
- AC.82.** Nomenar un responsable/coordinador a cada centre de salut que s'encarregui de tots els aspectes relacionats amb l'ictus, que programi activitats de formació en el centre mateix i sigui l'interlocutor amb altres nivells assistencials.
- AC.83.** Potenciar el paper de la infermeria en el procés assistencial de l'ictus.
- AC.84.** Fomentar que les infermeres usin el *Sistema de gestió integrada de patologies cròniques d'història de salut de les Illes Balears* i incentivar aquestes professionals en la utilització del pla de cures desenvolupat també en la història de salut de les Illes Balears.

16 Mètode indirecte per calcular l'adherència al tractament farmacològic a través d'una entrevista en la qual es plantegen a la persona 4 preguntes:

- | | |
|---|-------|
| 1. Oblidau alguna vegada prendre els medicaments? | Si/No |
| 2. Preneu els medicaments a les hores indicades? | Si/No |
| 3. Quan us trobau bé, deixau de prendre la medicació? | Si/No |
| 4. Si alguna vegada us trobau malament, deixau de prendre la medicació? | Si/No |

Si la resposta a una d'aquestes preguntes és afirmativa, es considera que la persona és no complidora.

17 Mètode indirecte per calcular l'adherència al tractament farmacològic a través d'una entrevista en la qual es plantegen a la persona 3 preguntes per valorar el seu coneixement sobre la malaltia. Es considera, per tant, no complidora la persona que respon de manera incorrecta tan sols una de les preguntes següents:

1. És la hipertensió una malaltia per a tota la vida?
2. Es pot controlar amb dieta i/o medicació?
3. Citau dos o més òrgans vitals que poden lesionar-se per tenir la tensió arterial elevada.

- AC.85.** Mantenir la continuïtat assistencial, tant mèdica com d'infermeria, i implementar el model d'infermera gestora de casos desenvolupat pel Servei de Salut de les Illes Balears¹⁸.
- AC.86.** Desenvolupar i impartir tallers adreçats als cuidadors de les persones que han patit un ictus. En la formació s'han d'incloure apartats sobre els factors de risc vascular i les mesures necessàries per a un control correcte.
- AC.87.** Potenciar la responsabilitat compartida de la persona en la seva autocura mitjançant el desenvolupament complet del portal del ciutadà en la història de salut de les Illes Balears com a complement fonamental de l'atenció integrada de l'ictus.

OE.IV. Reduir la recurrència d'un episodi vascular en una localització diferent a la cerebral després d'un primer episodi cerebrovascular.

LAE.16. Fomentar el maneig interdisciplinari de les persones que han tingut un esdeveniment cerebrovascular.

- AC.88.** Fomentar el maneig interdisciplinari en el *Sistema de gestió integrada de patologies cròniques d'història de salut de les Illes Balears*.
- AC.89.** Incloure en els programes de formació adreçats als professionals assistencials l'anamnesi orientada a detectar símptomes que suggereixin una patologia vascular en altres sistemes i els criteris de derivació en funció de la sospita clínica.
- AC.90.** Garantir que les mesures de prevenció secundària farmacològica s'adaptin a totes les malalties vasculars: visió global de la persona.
- AC.91.** Informar sobre la possibilitat d'afectació d'altres sistemes vasculars, tant a les persones afectades com als seus cuidadors i als professionals.
- AC.92.** Implementar i difondre la *Guia de recomanacions per atendre els pacients polimedicats*¹⁹, emmarcada en el programa d'ús racional del medicament desenvolupat pel Servei de Salut de les Illes Balears.

18 La gestió de casos, segons la definició que aporta la Case Management Society of America, és el procés de col·laboració mitjançant el qual es valoren, planifiquen, apliquen, coordinen, monitoren i avaluen les opcions i els serveis necessaris per satisfer les necessitats en salut d'una persona, articulant la comunicació i els recursos disponibles per promoure resultats de qualitat i cost efectius.

Mitjançant la gestió de casos s'aprofiten les diferents possibilitats i recursos del nostre sistema sanitari amb la finalitat de garantir la continuïtat assistencial dels pacients i de les persones cuidadores al llarg del seu cicle vital, sigui quin sigui el nivell d'atenció, alhora que millora la capacitat de resposta coordinant els diferents recursos assistencials, professionals i les ajudes tècniques per a la cura de les persones dependents i de les que en tenen cura.

La infermera gestora de casos té per missió gestionar cada cas de manera individual i personalitzada en funció de les necessitats del pacient i/o família. Valora cada cas, dissenya el pla assistencial juntament amb els professionals responsables de l'atenció directa, així com també identifica i mobilitza els recursos, tant sanitaris com socials, necessaris per al desenvolupament adequat.

19 Programa de millora de la qualitat en l'atenció a les persones amb patologies cròniques i polimedicades, aprovat pel Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut.

AIE 3. ATENCIÓ EN LA FASE AGUDA

Les malalties cerebrovasculars agudes es caracteritzen per l'aparició sobtada de símptomes i signes de dèficit neurològic focal o alteració del nivell de consciència. Els símptomes d'un ictus poden aparèixer aïllats, encara que és més freqüent que apareguin simultàniament. S'instauren en un curt interval de temps que pot oscil·lar entre uns segons fins a diverses hores i poden evolucionar de forma precoç cap a una millorança, cap a l'empitjorament gradual o escalonat, o cap a la instauració d'un dèficit màxim de manera immediata, amb fluctuacions o sense. Les taules 12 i 13 mostren els símptomes i signes focals d'ictus que manifesten els pacients i que reflecteixen l'àrea cerebral danyada.

TAULA 12. Símptomes i signes d'un possible ictus

Alteració de la consciència
Estupor o coma
Confusió o agitació
Convulsions
Afàsia, altres alteracions cognitives
Disàrtria
Asimetria facial
Descoordinació, debilitat, paràlisi o pèrdua sensitiva en una o més extremitats
Atàxia, alteracions de l'equilibri o la marxa
Pèrdua de visió monocular o binocular, o pèrdua parcial del camp visual
Vertigen, diplopia, sordera unilateral

TAULA 13. Patrons comuns d'alteració neurològica en persones amb ictus

Hemisferi esquerre (sol ser el dominant)	Afàsia, hemiparèsia dreta (D), hemihipoestèsia D, defecte campimètric D, desviació de la mirada conjugada a l'esquerra (E), disàrtria, dificultat per llegir, escriure o calcular
Hemisferi dret (no dominant)	Hemiparèsia E, inatenció a l'espai visual E, defecte campimètric E, hemihipoestèsia E, desviació de la mirada conjugada a la D, anosognòsia, hemiasomatognòsia E, disàrtria, desorientació espacial
Tronc cerebral i cerebel	Alteració del nivell de consciència, pèrdua motora o sensitiva en 1 a 4 extremitats, signes creuats (afectació dels parells cranials en el costat contrari al dèficit motor), atàxia, disàrtria, mirada desconjugada, nistagmus, amnèsia, defectes visuals bilaterals, vertigen, sordera unilateral, disfàgia, síndrome de Horner, nàusees o vòmits.
Petit infart subcortical hemisfèric o de tronc (síndromes lacunars)	Síndrome motora pura Síndrome sensitiva pura Disàrtria mà-balba Hemiparèsia, atàxia Síndrome sensitiva motora

L'eix de l'atenció en fase aguda d'un pacient amb ictus és l'assistència ràpida en un centre hospitalari amb la capacitat diagnòstica i l'experiència necessària per a una avaluació i un tractament apropiats, basats en l'evidència científica i fonamentats en la limitada finestra terapèutica per al tractament específic de l'ictus isquèmic. Aquesta valoració l'han de fer neuròlegs experts en ictus en centres en què hi hagi unitat d'ictus preferentment o equip d'ictus (quan els recursos no són suficients). Cada persona ha de tenir la mateixa possibilitat d'accés a aquests recursos amb independència d'on visqui.

La persona que pateix l'ictus o els testimonis presencials han de reconèixer els símptomes per alertar immediatament el servei d'emergències extrahospitalàries, SAMU 061. Quan el SAMU 061 atén una telefonada en la qual se sospita que una persona està patint un ictus, activa de manera immediata el denominat codi ictus. Es tracta d'un dispositiu de coordinació extrahospitalària i intrahospitalària per a la preparació immediata de l'hospital que ha de rebre la persona, i alerta els professionals dels serveis d'urgències, neurologia, radiologia i anàlisis clíniques, entre d'altres, per diagnosticar i tractar ràpida i correctament la persona afectada.

El temps que transcorre des que la persona percep els primers símptomes fins que és atesa a l'hospital és vital. En la isquèmia cerebral cada minut que passa es tradueix en dos milions de neurones mortes. Cada cinc minuts de retard en la reperfusió del teixit isquèmic un de cada 100 pacients tindrà una mala evolució.

Les unitats d'ictus s'organitzen com una unitat de cures intermèdies durant la fase aguda. Aquestes unitats han demostrat que disminueixen la mortalitat, les seqüeles i la necessitat d'institucionalització posterior, per la qual cosa són cost efectives i se'n poden beneficiar la majoria de les persones afectades per un ictus. A més, en l'ictus isquèmic, s'ha demostrat que la recanalització arterial mitjançant els diferents tractaments de reperfusió, com l'administració intravenosa de tPA (activador recombinant del plasminogen tissular) en les 6 primeres hores d'evolució de la isquèmia cerebral o la trombectomia mecànica (extracció del trombe de forma precoç amb dispositius endovasculars en centres preparats i amb neuroradiòlegs intervencionistes incorporats a l'equip d'ictus), redueixen la probabilitat de defunció o dependència als 3 mesos. No obstant això, és necessari que qualsevol tractament de reperfusió es faci al més aviat possible, i aquest temps-dependència pot ser motiu d'infrutilització. El retard en la sol·licitud d'atenció mèdica per part de les persones amb ictus, el retard en el transport urgent a un centre hospitalari adequat, els retards intrahospitalaris i una llarga llista de criteris d'exclusió, poden tenir com a conseqüència que els pacients afectats no es beneficiïn d'aquests tractaments. Per això cal elaborar un document que serveixi de guia per millorar tots els aspectes implicats en l'atenció a l'ictus en la fase aguda.

OE.V. Reduir la mortalitat al mes i augmentar l'autonomia de les persones que sobreviuen. La declaració de Helsingborg²⁰ fixa per objectiu aconseguir que més del 80 % de les persones que pateixen un ictus sobrevisquin al mes i que, d'aquestes, el 70 % aconseguixin ser independents al cap de 3 mesos.

LAE.17. Desenvolupar campanyes d'informació i activitats de formació dirigides a grups de risc identificats per augmentar el coneixement dels símptomes d'alarma i de les pautes d'actuació.

AC.93. Dur a terme campanyes divulgatives adreçades a la població en general i per als grups de risc en particular, sobre els símptomes d'un ictus. Campanyes intensives del tipus Expoact²¹ i campanyes d'informació i distribució escrita en centres de salut (cartells i fullets), de manera que pugui augmentar el coneixement que la població té sobre els símptomes de l'ictus i sobre com actuar. S'ha d'utilitzar l'acrònim RAPID²².

AC.94. Promoure i desenvolupar campanyes divulgatives amb estratègies d'informació específiques per a la població en risc de patir un ictus, amb la col·laboració dels centres de salut, les associacions de malalts relacionades, els hospitals d'aguts i els centres sociosanitaris.

AC.95. Establir una periodicitat anual/biennal per al desenvolupament d'aquestes campanyes amb responsabilitat compartida entre el Servei de Salut de les Illes Balears i la Conselleria de Salut.

LAE.18. Augmentar el percentatge de pacients que reben tractament trombolític intravenós abans de les 4,5 hores des de l'inici dels símptomes assumint els criteris de Helsingborg i del percentatge global de pacients amb ictus isquèmic

20 El resultat de la primera reunió internacional per al consens en el maneig de l'ictus que va tenir lloc en Helsingborg, Suècia, del 8 al 10 de novembre de 1995, va ser la Declaració de Helsingborg per al maneig de l'ictus a Europa. Actualitzada en una segona declaració l'any 2006, conté una sèrie d'objectius, entre d'altres, perquè tots els estats membres estableixin un sistema d'organització del maneig de l'ictus agut amb la finalitat de reduir la mortalitat al mes en un 20%, que en les persones supervivents a la fase aguda la incidència de recurrència fatal i no fatal d'ictus durant els dos primers anys es redueixi a una xifra inferior al 20% dels casos, i que la mortalitat a causa de la malaltia arribi a situar-se per sota del 40%.

21 El projecte "Expoact Ictus" va consistir en una exposició itinerant i interactiva, fruit de la col·laboració entre el Pla de la Malaltia Vascular a Catalunya (PDEVIC) i el Servei de Salut de les Illes Balears. Aquestes exposicions van dirigides a sensibilitzar la ciutadania sobre la importància de la malaltia vascular cerebral i dotar-la d'eines d'ajuda per poder reconèixer a temps els símptomes d'un ictus i reaccionar amb rapidesa alhora que s'analitzen els factors de risc més freqüents, i es marquen pautes per controlar-los.

22 Acrònim proposat per la Fundació Ictus, inspirat en l'acrònim FAST de la National Stroke Association (Face=cara, Arms=braços, Speech=parla i Time=temps). El significat de l'acrònim RAPID és:

R (riu): riu. Demanar a la persona que somrigui.

A (aixecar): aixecar els braços. Demanar a la persona que aixequi els braços.

P (parla): demanar a la persona que repeteixi una frase senzilla.

I (ictus): davant la sospita d'ictus.

D (de pressa): cridar a urgències immediatament.

que reben tractament fibrinolític, segons l'estimació dels darrers anys: 12 % a l'hospital de referència i 7 % a la resta d'hospitals que reben pacients amb ictus en fase aguda.

- AC.96.** Millorar el transport urgent. Per complir els temps de tractament des de l'activació del codi ictus és necessari que els recursos siguin suficients; per aquest motiu, s'ha de considerar en els plecs de contractació d'ambulàncies del SAMU 061 el nombre adequat d'ambulàncies i la distribució correcta segons les condicions de la geografia balear.
- AC.97.** Establir un calendari de revisions periòdiques de l'algorisme del codi ictus per simplificar-lo al màxim segons l'evidència científica en cada moment i els recursos disponibles²³.
- AC.98.** Unificar els diferents protocols de treball i processos assistencials existents en un document comú que concreti el maneig de l'ictus en la fase aguda a la comunitat autònoma de les Illes Balears i que incorpori les singularitats de cada sector sanitari.
- AC.99.** Establir un calendari de revisions periòdiques dels protocols assistencials per avaluar els criteris d'inclusió per a les diferents estratègies de reperfusió i adaptar-les així a l'evidència científica.
- AC.100.** Desenvolupar processos assistencials per a l'accés a les estratègies de reperfusió diferents a la fibrinòlisi endovenosa abans de les 4,5 hores des dels diferents hospitals que atenen ictus. Els processos per desenvolupar són els següents:
 - Fibrinòlisi en l'ictus d'inici desconegut o del despertar.
 - Fibrinòlisi fins a les 6 hores d'evolució en pacients seleccionats amb neuroimatge.
 - Trombectomia mecànica.
 - Tractament endovascular de rescat: trombectomia de rescat.
- AC.101.** Intensificar la formació sanitària sobre el tractament precoç de l'ictus mitjançant activitats acreditades que incloguin les teràpies de reperfusió dirigides a:
 - Tècnics en emergència sanitària del SAMU 061.
 - Personal d'infermeria del SAMU 061, SUAP, AP, serveis d'urgències hospitalàries i unitats hospitalàries que atenen ictus en la fase aguda.
 - Facultatius dels serveis d'emergència del SAMU 061, AP, SUAP, serveis d'urgències hospitalàries i/o que duen a terme activitat continuada en els diferents hospitals amb possibilitat d'atendre ictus en fase aguda.

23 Per a més concreció i detall, mirau l'annex I.

- LAE.19.** Conèixer el nombre i les característiques de les persones amb ictus que arriben a cada hospital de la comunitat autònoma abans de les 6 hores d'evolució per poder planificar estratègies de millora en la rapidesa del trasllat i la distribució dels pacients (ingressos en unitats d'ictus, etc.).
- AC.102.** Incorporar en els sistemes d'informació dels hospitals que atenen ictus en fase aguda les aplicacions necessàries per fer el seguiment d'aquests malalts, que incloguin el màxim d'automatismes i alarmes.
- AC.103.** Crear un registre autonòmic d'ictus associat a la història de salut de les Illes Balears que inclogui el màxim d'automatismes, on es reflecteixin les dades que fan referència al temps d'actuació de malalts procedents del SAMU 061, SUAP, AP, serveis d'urgències hospitalàries, servei de neurologia i altres dades que al llarg del desenvolupament d'aquesta Estratègia d'ictus es considerin oportuns.
- LAE.20.** Potenciar l'ús de la telemedicina aplicada a l'ictus (teleictus) per proporcionar atenció neurològica immediata a les persones amb ictus en els hospitals que no disposen de neuròleg de guàrdia.
- AC.104.** Revisar i actualitzar periòdicament el protocol actual per a la fibrinòlisi en l'ictus isquèmic mitjançant teleictus.
- AC.105.** Valorar la inclusió de l'Hospital d'Inca i de l'Hospital de Formentera en el programa teleictus.
- AC.106.** Fomentar la utilització de la telemedicina per a consultes i discussions diagnòstiques i terapèutiques quan no hi hagi neuròleg a l'hospital consultor o fins i tot per a discussió entre neuròlegs.
- AC.107.** Utilitzar el teleictus per valorar les persones amb ictus isquèmic amb la finalitat d'indicar el trasllat a l'hospital de referència o no.
- AC.108.** Utilitzar el teleictus perquè els neuròlegs i/o neurocirurgians valorin les persones amb hemorràgia cerebral amb la finalitat d'indicar el trasllat a l'hospital de referència o no.
- AC.109.** Fomentar l'ús de la telemedicina per a la docència (utilitzar-la per al desenvolupament de sessions clíniques).

LAE.21. Definir la xarxa assistencial d'unitats i/o equips d'ictus per a l'atenció en la fase aguda en la comunitat autònoma de les Illes Balears; actualitzar-la periòdicament segons els criteris que estableix el document de l'Estratègia en ictus de l'SNS i mantenir-la actualitzada²⁴.

AC.110. Elaboració d'un document avalat per la Conselleria de Salut que reculli la xarxa assistencial amb la descripció dels centres que atenen ictus en la fase aguda, les seves carteres de serveis, la composició dels diferents equips d'ictus i els recursos materials de cadascun dels centres hospitalaris.

AC.111. Ajustar el nombre de llits d'unitat d'ictus a la comunitat autònoma d'acord amb les recomanacions del PASI-II²⁵, amb criteris d'efectivitat i equitat.

AC.112. Valorar la creació d'un equip d'ictus a l'Hospital d'Inca seguint els criteris que recull l'Estratègia de l'SNS i amb la formació dels professionals implicats.

AC.113. Establir un calendari de revisions periòdiques en la xarxa assistencial per tal d'adaptar-les a les necessitats de la població.

AC.114. Establir un calendari de revisions periòdiques per a la dotació de recursos humans i materials dels diversos hospitals per tal d'adaptar-les

24 Es considera que un hospital està dotat d'unitat d'ictus quan disposa de:

- Llits específics.
- Neuròleg amb les funcions de coordinació i expert en malalties cerebrovasculars.
- Programa de treball coordinat amb altres especialitats implicades (cirurgia vascular, neuroradiologia, cardiologia, rehabilitació i geriatria).
- Neuròleg de guàrdia, preferentment de presència física.
- Protocols diagnòstics i terapèutics.
- Monitoratge multiparàmetre no invasiu (ECG i detecció d'arrítmies, oximetria, pressió arterial).
- Equip d'infermeria expert en malalties cerebrovasculars.
- Protocols d'infermeria de maneig del malalt amb ictus.
- Laboratori de neurosonologia per a l'estudi neurovascular a càrrec de la unitat.
- Circuits establerts amb el servei d'urgències extrahospitalàries per al trasllat immediat dels pacients. Codi ictus.
- Servei d'urgències.
- Accés a neurocirurgia.
- Unitat de vigilància intensiva disponible.
- TC cerebral disponible les 24 hores del dia.
- Servei de laboratori d'urgències les 24 hores del dia.
- Rehabilitació multidisciplinària.
- Registre d'ictus.
- Accés ràpid i preferent als hospitals amb alta tecnologia per a l'aplicació de tècniques diagnòstiques i/o terapèutiques molt específiques.

25 Masjuan, J. [et al.] "Plan de asistencia sanitaria al Ictus II – 2010" Neurologia 2011;26(7):383-96.

Actualització de l'estudi elaborat pel grup d'estudi de malalties cerebrovasculars de la Societat Espanyola de Neurologia, que té per objecte proposar un sistema organitzatiu d'atenció a l'ictus que doni resposta a les necessitats de cada malalt i pugui optimitzar la utilització dels recursos sanitaris.

La recomanació d'aquest estudi respecte de la distribució de les unitats d'ictus és la següent:

- Per distribució poblacional: 1 llit monitorat en unitat d'ictus per cada 100.000 habitants.
- Per distribució geogràfica: 1 unitat d'ictus per atendre cada àrea de la comunitat definida per una isòcrona de 60 minuts.

a les necessitats que presenten els serveis que atenen persones amb ictus en fase aguda. En aquest sentit, s'ha de considerar que els centres hospitalaris de Manacor, d'Eivissa i de Menorca, encara que no estan dotats d'unitat d'ictus²⁶, sí necessiten les tècniques diagnòstiques aconsellades per a hospitals amb unitat d'ictus, ja que atenen pacients a través de teleictus.

LAE.22. Mantenir actualitzats els criteris de derivació interhospitalaris a l'hospital de referència per ictus. Sempre hi ha d'haver un contacte telefònic previ amb el neuròleg que atén el codi ictus.

Criteris de derivació actuals:

Hospital de Manacor (Mallorca): totes les persones amb un ictus inferior a les 4,5 hores d'evolució, candidates a fibrinòlisi endovenosa (valorant els criteris d'inclusió i exclusió segons el protocol conjunt) s'han de valorar/avaluar mitjançant la telemedicina²⁷; els pacients que compleixin els criteris d'ingrés a l'UCI seran tributaris de derivació.

Hospital Son Llàtzer (Mallorca):

Les persones amb ictus i:

- un temps d'evolució inferior a les 6 hores, candidates a fibrinòlisi
- un temps d'evolució inferior a les 6 hores, candidates a trombectomia mecànica
- trombòlisi intravenosa, davant la sospita d'oclusió s'ha d'activar immediatament el codi ictus per al trasllat i la trombectomia mecànica
- ictus basilar amb un temps d'evolució inferior a les 24 hores, candidates a trombectomia mecànica
- ictus maligne i que es poguessin beneficiar de craniectomia descompressiva

26 Tècniques diagnòstiques:

- Tomografia computada cerebral 24 h/7 d (implica radiòleg de guàrdia).
- Ultrasonografia 24 h/7 d.
- Servei de laboratori d'urgències 24 h/7 d.
- Ecocardiografia.

27 • **Persones amb ictus isquèmic amb fibrinòlisi intravenosa:** tots s'han de traslladar a la unitat d'ictus de l'HUSE. Se'ls ha de traslladar en ambulància medicalitzada. S'ha d'activar el codi ictus rescat si després de 30 minuts de perfusió no hi ha canvis clínics.

• **Persones amb ictus isquèmic sense fibrinòlisi intravenosa:** si la persona compleix els criteris d'ingrés en la unitat d'ictus, se l'ha de traslladar a la unitat d'ictus de l'HUSE si no hi ha llits a l'UCI.

A més, s'hi ha de traslladar les persones:

- amb ictus d'entre 4 a 6 hores d'evolució per plantejar tractament de reperfusió a l'HUSE si no té criteris d'exclusió
- amb sospita de trombosi basilar, amb menys de 24 hores d'evolució per plantejar teràpies de reperfusió
- amb ictus del despertar per a la valoració de fibrinòlisi segons criteris de neuroimatge
- candidates a trombectomia mecànica en tenir criteris d'exclusió per fibrinòlisi intravenosa
- candidates a craniectomia descompressiva per sospita d'ictus maligne
- **Persones amb hemorràgia cerebral:** s'ha d'ajustar al protocol establert pels serveis de neurologia i neurocirurgia. S'ha d'utilitzar teleictus per valorar la persona, si és necessari.

Hospital Mateu Orfila (Menorca):

Totes les persones amb ictus inferior a les 4,5 hores d'evolució, candidates a fibrinòlisi endovascular (valorant els criteris d'inclusió i exclusió segons el protocol conjunt) s'han de valorar/avaluar a través de la telemedicina. Només s'ha de traslladar les persones que previsiblement puguin necessitar altres opcions terapèutiques:

- Ictus d'entre les 4,5 hores i les 6 hores d'evolució s'han de valorar per a fibrinòlisi segons criteris de TC perfusió o RM difusió/perfusió (criteris mismatch) o trombectomia si el temps necessari per al trasllat ho permet.
- Ictus amb un temps d'evolució inferior a les 6 hores candidates a trombectomia (per contraindicació per a fibrinòlisi intravenosa).
- Les persones a les quals es pot fer una trombòlisi intravenosa, davant la sospita d'oclusió, s'ha d'activar immediatament el codi ictus per al trasllat si hi ha sospita d'ictus basilar amb temps d'evolució inferior a 24 hores.
- Ictus maligne que es pugui beneficiar de craniectomia descompressiva.

Hospital Can Misses (Eivissa):

Els criteris de derivació han de ser similars als proposats per a l'Hospital Mateu Orfila de Menorca.

Hospital d'Inca:

Aquest Hospital no compleix els criteris exigibles per a l'atenció a l'ictus en la fase aguda. Per aquest motiu, tots els ictus amb una evolució inferior a les 24 hores i criteris d'ingrés en una unitat d'ictus s'han de traslladar a la unitat d'ictus de l'Hospital Universitari Son Espases.

Els ictus amb temps d'evolució inferior a 6 hores s'han de traslladar com codi ictus a través del SAMU 061.

Hospital de Formentera:

Fins ara tots els ictus es traslladen a Eivissa. Es podria plantejar si pertoca utilitzar telemedicina per tal d'escurçar temps fins al trasllat a l'Hospital Can Misses o a l'Hospital Universitari Son Espases.

Els pacients que ingressen a l'Hospital Universitari Son Espases (HUSE) procedents d'altres centres hospitalaris per al diagnòstic i tractament poden retornar a l'hospital de procedència una vegada els els hagin fet.

- AC.115.** Establir un calendari de revisions periòdiques dels criteris de derivació per a la realització de trombectomia mecànica.
- AC.116.** Establir un calendari de revisions periòdiques dels criteris de derivació per a la realització de trombectomia de rescat.
- AC.117.** Establir un calendari de revisions periòdiques dels criteris de derivació davant la sospita diagnòstica d'infart maligne.
- AC.118.** Establir un calendari de revisions periòdiques dels criteris de retorn de les persones derivades cap als seus centres hospitalaris d'origen.

AC.119. Establir un calendari de revisions periòdiques dels criteris d'ingrés en la unitat d'ictus (en els hospitals amb equip d'ictus amb protocols compartits amb l'UCI, mantenint els criteris d'ingrés esmentats).

AC.120. Valorar la necessitat d'establir la xarxa de telemedicina a Formentera i la derivació posterior cap a l'Hospital Can Misses (Eivissa) o cap a l'Hospital Universitari Son Espases (Palma).

LAE.23. Coordinar el SAMU 061 amb els hospitals per als diferents tipus de trasllats. És imprescindible la comunicació entre els centres hospitalaris i els serveis d'urgència extrahospitalaris o d'emergència mèdica i fer ús dels protocols de transport que assegurin el trasllat de les persones amb ictus als centres hospitalaris dotats amb els recursos idonis per a cada cas. Els protocols d'aquests serveis han d'incloure la valoració i la classificació ràpida i eficient de la persona, la comunicació prèvia al trasllat amb el professional implicat a l'hospital i l'estabilització mèdica en ruta. Els protocols específics de transport estan orientats a proporcionar la qualitat més alta en l'atenció clínica i reduir els temps de transport cap a l'hospital idoni per a cada cas.

Les diferents formes de telemedicina i els serveis de transport, incloent-hi el transport aeri quan és necessari, poden facilitar la coordinació entre els professionals sanitaris del sistema i permeten que els serveis geogràficament distants col·laborin en l'atenció de les persones amb ictus.

AC.121. Mantenir actualitzat l'algorisme del codi ictus amb els temps d'actuació i les destinacions, tenint en compte les peculiaritats geogràfiques de la comunitat autònoma.

AC.122. Revisar i millorar l'entrevista inicial telefònica per aconseguir millorar l'eficiència i la rapidesa, mantenint una elevada sensibilitat i especificitat en la detecció i la identificació de les persones amb possible ictus (es pretén no perdre cap codi ictus encara que per això es pugui perdre especificitat).

AC.123. Definir l'eina que han d'utilitzar els tècnics en emergències sanitàries. Malgrat que actualment s'utilitza l'escala d'ictus prehospitalària de Cincinnati (CPSS), s'ha de valorar la utilització de l'escala RACE (*Rapid Arterial Occlusion Evaluation*).

AC.124. Escurçar els temps de trasllat revisant i millorant la comunicació amb l'hospital i adequant el nombre d'ambulàncies.

AC.125. Utilitzar el recurs més adequat per a cada situació específica:

- Tots els trasllats primaris (ictus, sia codi ictus o no, a l'hospital) han de tenir el recurs adequat a la gravetat que es detecti mitjançant l'entrevista, tenint en compte la rapidesa en el transport cap al centre hospitalari corresponent.
- Tots els trasllats interhospitalaris a l'illa de Mallorca s'han de fer amb ambulància medicalitzada. No obstant això, atès que aquesta circumstància no sempre és possible, s'ha de decidir per a cada cas de

manera individualitzada tenint en compte la situació clínica del pacient i els recursos disponibles en el moment.

- Per a tots els trasllats interilles s'ha d'utilitzar el transport aeri, helicòpter o avió segons la urgència del trasllat i/o la disponibilitat del recurs.

AC.126. Millorar la coordinació i integració del SAMU 061 amb els serveis hospitalaris mitjançant l'establiment d'una llista de telèfons mòbils de referència en els diferents hospitals. Aquests telèfons han de ser els dels professionals de referència per a cada dia, els facultatius de guàrdia o qui estigui assignat a aquesta finalitat.

AC.127. Optimitzar les transferències dels malalts: millorar la informació al centre receptor en el menor temps. Per a això és important fomentar la formació continuada i la retroalimentació entre SUAP, SAMU 061 i neurologia.

AC.128. Promocionar la línia de recerca en ictus entre els professionals del SAMU 061.

LAE.24. Mantenir el codi ictus, tant extrahospitalari com intrahospitalari, actualitzar-lo i implantar-lo en tot el territori de la comunitat autònoma de manera que tot contacte personal o telefònic d'una persona o familiar amb qualsevol dels centres de salut, servei d'urgències, emergències o hospital que no sigui el de referència activi la derivació immediata cap a les unitats o equips de referència²⁸.

AC.129. Mantenir programes de formació continuada sobre el codi ictus en tots els punts d'accés possibles d'una persona amb ictus al sistema sanitari.

AC.130. Garantir que tots els SUAP i els centres de salut de la comunitat autònoma reben formació sobre el codi ictus i saben quina és la forma adequada d'actuar. Revisar, actualitzar i difondre periòdicament els protocols assistencials.

AC.131. Dotar els centres de salut de cartells amb l'algorisme del codi ictus.

AC.132. Concretar el procés codi ictus específic en els hospitals d'Inca i Formentera, amb una actuació compartida entre els professionals de medicina d'urgències i els especialistes en neurologia/internistes que poden atendre una persona amb ictus.

AC.133. Adaptar els canvis ressenyats en els àmbits d'Atenció Primària de Menorca, Eivissa i Formentera.

AC.134. Incloure periòdicament els canvis sorgits en programes de formació continuada que han d'estar a l'abast de tots els professionals implicats.

²⁸ El codi ictus està implantat en el 100 % de la comunitat autònoma, canalitzat pel SAMU 061; no obstant això, en els hospitals d'Inca i Formentera tenen un codi ictus adaptat.

- LAE.25.** Garantir que tots els centres hospitalaris de referència tenen implantat el codi ictus per a l'atenció prioritària de totes les persones amb ictus, independentment de la seva forma d'arribada²⁹.
- AC.135.** Mantenir actualitzat el codi ictus intrahospitalari en cadascun dels centres hospitalaris de referència per a l'ictus.
- AC.136.** Designar una persona referent que coordini el procés d'acord amb l'Estratègia d'ictus.
- LAE.26.** Establir un sistema d'avaluació del codi ictus extrahospitalari que permeti quantificar la qualitat assistencial i fer-ne un seguiment.
- AC.137.** Garantir que els sistemes d'informació registrin com a part de la informació essencial els temps d'actuació en les diferents fases de l'atenció a l'ictus, juntament amb els paràmetres que es considerin necessaris, i associar-los a la història de salut de les Illes Balears.
- AC.138.** Desenvolupar els mecanismes necessaris per a l'avaluació, definint indicadors i aprofitant el desenvolupament dels sistemes d'informació.
- AC.139.** Establir un cronograma d'avaluació.
- AC.140.** Dissenyar el procés assistencial amb les actuacions que ja es duen a terme.
- LAE.27.** Possibilitar que tots els sectors sanitaris disposin d'un equip o unitat d'ictus de referència en una isòcrona que permeti l'accés en 60 minuts com a màxim³⁰.

29 Tots els centres hospitalaris de referència dels distints sectors de la comunitat autònoma de les Illes Balears tenen implantat el codi ictus excepte l'Hospital d'Inca i el de Formentera, als quals el SAMU 061 no trasllada codi ictus. Els serveis d'emergències deriven les persones amb un ictus en el sector de Tramuntana a l'Hospital Universitari Son Espases i les persones amb ictus de Formentera són derivades a l'Hospital Can Misses sempre que siguin alertats els sistemes d'emergència. No obstant això, davant la situació que la persona accedeixi a aquests centres hospitalaris pels seus propis mitjans, no hi ha un codi ictus convenientment desenvolupat a aquest efecte.

A les Illes Balears l'algorisme del codi ictus s'ha modificat seguint les possibilitats terapèutiques actuals. Atenció Primària de Mallorca va adaptar el seu algorisme de derivació a aquests canvis.

30 La comunitat autònoma de les Illes Balears està formada per tres àrees sanitàries, que estan dividides al seu torn en sectors sanitaris, cadascun dels quals té un hospital de referència.

Àrea	Sector	Població any 2016	Centre hospitalari de referència
Mallorca	Ponent	327.285	Hospital Universitari Son Espases
	Migjorn	258.428	Hospital Son Llàtzer
	Llevant	139.717	Hospital de Manacor
	Tramuntana	121.999	Hospital d'Inca
Menorca	Menorca	84.853	Hospital Mateu Orfila
Eivissa i Formentera	Eivissa	132.982	Hospital Can Misses
	Formentera	9.262	Hospital de Formentera

Font: TSI Servei de Salut de les Illes Balears

L'única unitat d'ictus que compleix els requisits que estableix l'Estratègia en ictus de l'SNS és a l'Hospital Universitari Son Espases, centre hospitalari de referència a la comunitat autònoma. Totes les persones amb ictus que compleixin els criteris d'ingrés en la unitat d'ictus dels sectors de Ponent i de Tramuntana ingressen en aquesta unitat amb un temps d'accés inferior als 60 minuts.

- AC.141.** Revisar periòdicament el compliment d'accés en un màxim de 60 minuts a un equip d'ictus o unitat d'ictus per a la població de la CAIB i establir accions de millora, si escau.
- LAE.28.** Assegurar que tots els centres hospitalaris que atenen ictus i ALT tenen una via clínica, protocol o procés assistencial d'atenció a l'ictus³¹.
- AC.142.** Revisar, per part de cada hospital, els protocols d'actuació amb la finalitat que es compleixin tots els requisits que s'especifiquen en l'Estratègia en ictus de l'SNS.
- AC.143.** Publicar i difondre els protocols existents per a tots els professionals que atenen persones que pateixen ictus.
- LAE.29.** Mantenir actualitzat el procediment de trombectomia mecànica i altres procediments intervencionistes adreçats a aconseguir la recanalització arterial d'acord amb l'evidència disponible.
- AC.144.** Establir calendaris de revisió periòdica del protocol d'actuació de manera conjunta amb els radiòlegs intervencionistes i amb la resta de professionals implicats.
- AC.145.** Adequar els recursos materials i humans a les necessitats assistencials.
- AC.146.** Adaptar, conjuntament amb SUAP i SAMU 061, el codi ictus als criteris d'inclusió i exclusió de trombectomia.
- AC.147.** Establir calendaris de revisió periòdica dels criteris de derivació dels hospitals de la comunitat per al neurointervencionisme.
- LAE.30.** Garantir una assistència de qualitat a les persones amb hemorràgia cerebral.
- AC.148.** Incloure en tots els protocols d'atenció a l'ictus l'atenció específica a l'hemorràgia cerebral, incloent-hi la provocada pels anticoagulants directes.
- AC.149.** Utilitzar el sistema de teleictus sempre que es consideri necessari per valorar els pacients que han patit una hemorràgia cerebral i hagin estat traslladats a un hospital sense unitat d'ictus ni neurocirurgia.

Les persones amb ictus de la resta de sectors disposen d'un equip d'ictus en el centre hospitalari del sector al qual poden accedir en un temps inferior als 60 minuts i ingressen en les unitats de cures intensives (UCI) quan es compleixen els criteris d'ingrés en una unitat d'ictus (a Formentera es deriven a l'Hospital Can Misses d'Eivissa). En el cas que no hi hagi llocs disponibles, s'ha de plantejar la idoneïtat/pertinència del trasllat a la unitat d'ictus de l'Hospital Universitari Son Espases. Com a suport als hospitals dotats amb equip d'ictus en els quals no hi ha especialista en neurologia de guàrdia s'utilitza el teleictus, de manera que es garanteix l'equitat geogràfica ja que l'especialista de guàrdia en neurologia de l'Hospital Universitari Son Espases actua com a neuròleg virtual on se'l requereix.

L'Hospital Son Llàtzer disposa de neuròleg de guàrdia la meitat dels dies de cada mes; l'altra meitat té un especialista en neurologia localitzat fins a les 22.00 hores, moment a partir del qual l'Hospital Universitari Son Espases passa a ser l'hospital de referència per a l'ictus.

31 Han d'incloure, com a mínim, segons els criteris que marca l'Estratègia en ictus de l'SNS:

- Els processos diagnòstics, mèdics i quirúrgics necessaris, així com els algorismes de presa de decisions i temps màxims de realització de neuroimatge, fibrinòlisi, prevenció de tromboembolisme i altres.
- Les cures estandarditzades d'infermeria.
- L'atenció neuroquirúrgica i neuroradiològica intervencionista.

- AC.150.** Garantir el maneig multidisciplinari de les persones amb hemorràgia cerebral i assegurar la continuïtat assistencial (la persona pot compartir l'ingrés en diferents hospitals i/o dins del mateix centre, en diferents serveis assistencials).
- LAE.31.** Conèixer el percentatge de persones anticoagulades que pateixen una hemorràgia cerebral³².
- AC.151.** Identificar adequadament totes les persones en tractament anticoagulant, i especificar el tipus d'anticoagulant utilitzat.
- AC.152.** Registrar de manera automatitzada tots els paràmetres relacionats amb l'activitat anticoagulant, les interaccions així com les complicacions i incorporar-los en la història de salut de les Illes Balears.
- AC.153.** Activar una alarma corresponent quan la persona hagi sagnat que es mostri en el *Gestor d'al·lèrgies, alarmes i diagnòstics d'història de salut de les Illes Balears*. Vincular aquesta alarma al diagnòstic apropiat.
- AC.154.** Implementar la vigilància de l'ús d'anticoagulants directes.
- AC.155.** Garantir que en tots els centres hospitalaris hi ha un protocol per al maneig de l'hemorràgia cerebral per qualsevol anticoagulant que hauria d'estar inclòs en el protocol d'ictus.

- OE.VI.** Garantir una atenció hospitalària de màxima qualitat assistencial en la fase aguda d'un ictus.
- LAE. 32.** Avaluar l'atenció hospitalària en l'ictus.
- AC.156.** Implantar la selecció apropiada dels indicadors consensuats³³ de forma interdisciplinària i multidisciplinària amb professionals de les comunitats autònomes d'Aragó, Catalunya i les Illes Balears, informatitzar-los i associar-los al registre autonòmic d'ictus.
- AC.157.** Avaluar anualment els resultats d'aquests indicadors i establir accions de millora.
- LAE.33.** Garantir la continuïtat assistencial.
- AC.158.** Garantir que tota persona en el moment de l'alta hospitalària després d'un ictus rebi un informe d'alta mèdica i infermera amb tota la informació rellevant per a la seva cura a l'hospital sociosanitari o a Atenció Primària.
- AC.159.** Definir de manera precisa tota la informació que ha de constar en l'informe d'alta i implementar-la en els sistemes informàtics dels centres hospitalaris. Incloure aquestes directrius en el protocol d'ictus.

32 Una de les conseqüències més greus de l'anticoagulació és l'hemorràgia cerebral. Aquesta pot ser conseqüència d'un control inadequat per excés d'activitat anticoagulant, per una patologia concomitant que predisposa al sagnat o, fins i tot, pot presentar-se sense comorbiditat associada coneguda, però en tots els casos amb implicacions clíniques importants.

33 Salvat-Plana, M.; Abilleira, S.; Jiménez, C.; Marta, J.; Gallofré, M. "Priorización de indicadores de calidad de la atención al paciente con ictus a partir de un método de consenso". Rev. Calidad Asistencial 2011;26(3):174-83.

- AC.160.** Assegurar que a tota persona donada d'alta al seu domicili se li programi una cita amb el seu metge de família i la seva infermera de referència d'Atenció Primària.
- AC.161.** Mantenir la continuïtat assistencial amb la incorporació de la infermera gestora de casos, que ha de revisar el procés per promoure accions de millora.
- AC.162.** Incloure tota persona donada d'alta per un ictus en el *Sistema de gestió integrada de patologies cròniques d'història de salut de les Illes Balears*, amb els codis diagnòstics de risc vascular-diabetis i ictus. Aquesta inclusió es pot dur a terme en el moment de l'alta.

AIE 4. REHABILITACIÓ I REINSERCIÓ

La rehabilitació de les persones amb ictus ha de ser precoç i sostinguda en totes les fases de la malaltia, sense interrupcions, en el nivell assistencial idoni per a cada moment o fase i sempre que estigui indicada.

L'objectiu d'aquest apartat de l'Estratègia és establir les bases que garanteixin una rehabilitació integral per a les persones que pateixen un ictus, de manera que s'aconsegueixi la màxima recuperació funcional possible i amb això la reintegració sociolaboral adequada segons les seqüeles i l'entorn de la persona afectada. S'ha d'assegurar la precocitat, continuïtat, accessibilitat i universalitat de la rehabilitació en totes les fases de la malaltia al mateix temps que es garanteix igualment l'accés als recursos mitjançant els circuits necessaris.

OE.VII. Augmentar el percentatge de persones amb ictus que es reintegren plenament en la seva vida personal i social.

LAE.34. Fomentar que els equips de rehabilitació, o els de convalsència que tenen un programa específic d'ictus, siguin l'eix sobre el qual pivoti l'atenció al llarg de la vida de la persona que ha sofert un ictus. Una rehabilitació integral (clínica, funcional, cognitiva-emocional i social) ha de ser un procés continu, fonamental en la integració de la persona en la seva vida personal i social.

- AC.163.** Possibilitar que en la comunitat autònoma de les Illes Balears s'ofereixin les prestacions de rehabilitació i sociosanitàries necessàries per a les persones amb ictus en tots els nivells assistencials³⁴. Les prestacions han d'estar estructurades per a l'atenció precoç o fase aguda, per a l'atenció subaguda i per a l'atenció en fase crònica.
- AC.164.** Disposar de prestacions i serveis sociosanitaris per a persones que després d'un ictus queden amb seqüeles consistents en dèficits greus de mobilitat, sensorials o cognitius i que aquestes prestacions cobreixin

34 Els nivells assistencials han d'englobar hospital d'atenció aguda, neurorehabilitació hospitalària, rehabilitació ambulatoria a l'hospital, rehabilitació a domicili, rehabilitació ambulatoria en Atenció Primària, hospital de rehabilitació de mitjana i llarga estada, residències de llarga estada, total o parcial.

aspectes terapèutics, lúdics o de descàrrega de la família i/o cuidadors, com són els centres de dia, centres de nit o residències a temps parcial.

- AC.165.** Disposar d'un mapa de recursos que defineixi els serveis de referència de tots els àmbits assistencials públics (rehabilitació ambulatoria, hospitals de mitjana estada, hospitals de llarga estada, centres de dia i residències) per atendre amb garantia i qualitat les demandes de les persones que han patit un ictus. Aquest mapa de recursos ha d'estar disponible per a les unitats d'ictus d'aguts juntament amb els equips de valoració.
- AC.166.** Establir en la comunitat autònoma els criteris d'accés³⁵ als diferents recursos tenint en compte l'equitat geogràfica per garantir la rehabilitació integral adequada per a cada persona.
- AC.167.** Assegurar que els programes específics valoren i treballen les àrees neurològiques afectades: motora, sensitiva, visual, del llenguatge i de la comunicació, cognitiva i emocional.
- AC.168.** Garantir la teràpia precoç de rehabilitació intensiva hospitalària o comunitària quan les condicions mèdiques i cognitives ho permetin.
- AC.169.** Disposar d'una valoració integral i multidisciplinària de les persones amb ictus que no poden tornar al seu domicili, sia per causes mèdiques o socials, per tal de derivar-les al nivell assistencial més idoni per a la seva rehabilitació (hospital de dia, d'estada mitjana, de llarga estada o residencial).

LAE. 35. Fomentar la coordinació entre els diferents nivells assistencials i entre les diferents institucions, assegurant els circuits de derivació.

- AC.170.** Establir un sistema de coordinació entre els serveis de rehabilitació i els serveis comunitaris per assegurar la continuïtat i qualitat del programa rehabilitador, amb independència de la ubicació de la persona.
- AC.171.** Fomentar el treball coordinat entre els equips de neurologia i els equips de convallescència i rehabilitació mitjançant:
- La creació de grups de feina d'ictus amb representants de tots els serveis implicats en l'atenció a l'ictus en el centre hospitalari d'aguts i els dels serveis sociosanitaris de referència en cadascuna de les àrees hospitalàries (hospitals Joan March, General, Sant Joan de Déu, etc.).
 - La realització de sessions clíniques conjuntes.
 - La incorporació de tots els informes en la història de salut de les Illes Balears amb la finalitat que els professionals de medicina de família del centre de salut del pacient sàpiguin la situació de la persona, les mesures de rehabilitació adoptades i les previstes.

35 Aquests criteris d'accés s'han de consensuar entre els rehabilitadors i els diferents professionals implicats, ratificats per la medicina basada en l'evidència. S'han d'establir en funció del pronòstic, la capacitat funcional i la capacitat de resposta al programa rehabilitador.

- La potenciació de consultes telefòniques o telemàtiques entre els equips de medicina de família i els equips específics d'ictus per agilitzar la resolució de problemes puntuals o dubtes.
- S'ha de promoure que els equips d'ictus desenvolupin protocols conjunts que incloguin la rehabilitació, dissenyin i difonguin vies clíniques.
- S'ha de fer el seguiment anual dels resultats, dins dels objectius de cada servei.

AC.172. Proposar les unitats de valoració sociosanitària (UVAS) com a unitats coordinadores entre els hospitals d'aguts i els diferents àmbits i recursos de rehabilitació per a la presa de decisions de manera conjunta amb el professional especialista en medicina física i rehabilitació i l'especialista en neurologia que atenen la persona amb ictus. En els hospitals que no disposin d'UVAS han de prendre les decisions els especialistes en rehabilitació i neurologia, que han de ser els que determinin la destinació de la persona.

LAE. 36. Assegurar l'abordatge de la rehabilitació en la fase aguda de manera integral i precoç.

AC. 173. Fer la valoració per oferir de forma precoç la rehabilitació a les persones amb ictus de manera integral, multidisciplinària i coordinada.

AC.174. Garantir que els equips de rehabilitació dels hospitals que atenen persones amb ictus estan coordinats per un metge especialista en medicina física i rehabilitació.

AC.175. Assegurar que aquests equips de rehabilitació disposen de fisioterapeutes, infermeres, terapeutes ocupacionals, neuropsicòlegs, logopedes i treballadors socials.

AC.176. Facilitar que els equips de rehabilitació dels hospitals que atenen persones amb ictus treballin de manera coordinada amb els neuròlegs responsables de la persona ingressada.

AC.177. Facilitar que els hospitals que atenen persones amb ictus en la fase aguda disposin d'un programa, protocol o guia d'actuació específica que actui com a eina centralitzadora del treball rehabilitador.

AC.178. Incentivar la creació dels documents assistencials esmentats (protocols, programes i guies clíniques) que han d'incloure tant la valoració com les pautes de treball en les àrees neurològiques afectades: motora, sensitiva, visual, del llenguatge i de la comunicació, cognitiva i emocional, i garantir-ne el manteniment i l'actualització periòdica.

AC.179. Fomentar que es compleixin les recomanacions de la Societat Espanyola de Rehabilitació i Medicina Física (SERMEF), en què s'especifica: [...] "En la rehabilitació de l'ictus s'han d'incloure tractaments de fisioteràpia i teràpia ocupacional. Tota persona que ho requereixi ha de tenir accés a una avaluació neuropsicològica feta per un professional

expert en neuropsicologia. Totes les persones que presentin alteracions del llenguatge han de ser tractades per un logopeda utilitzant mètodes vàlids i fiables".

AC.180. Promoure una rehabilitació precoç, dins les primeres 24 a 48 hores, complint les recomanacions de la SERMEF i la Guia de pràctica clínica de l'ictus. [...] "Les persones que pateixen un ictus han de ser mobilitzades ja en la fase aguda tan aviat com sigui possible i ho permeti la situació clínica. Les necessitats de rehabilitació de totes les persones han de ser avaluades en les primeres 24 a 48 hores".

AC.181. El rehabilitador ha d'elaborar un pla individual de rehabilitació per a cada persona amb ictus en la fase aguda, que prevegi el diagnòstic de la discapacitat o dèficit en tots els aspectes, a l'inici de la intervenció rehabilitadora i la previsió de necessitats futures³⁶.

AC.182. Dotar els hospitals que atenen ictus dels recursos necessaris per a una rehabilitació precoç i integral, intensiva o d'intensitat baixa, tenint en compte els aspectes de mobilitat, comunicació, sensorials i cognitius, i d'adaptació, a més dels socials i psicològics.

LAE. 37. Considerar la rehabilitació en la fase aguda de l'ictus com un procés continu amb la rehabilitació després de l'ingrés hospitalari.

AC.183. El rehabilitador ha d'avaluar sempre que és apropiat, abans de l'alta hospitalària, la indicació de rehabilitació, alhora que ha de determinar els equipaments o adaptacions que puguin augmentar la seguretat i la independència funcional, coordinar les teràpies i assegurar la continuïtat del programa de rehabilitació en l'àmbit més adequat. Aquesta informació s'ha d'incloure en l'informe d'alta.

AC.184. Fer visible en la història de salut de les Illes Balears l'informe d'alta de qualsevol centre hospitalari durant les primeres 24 hores.

AC.185. Promoure la millora de la qualitat i quantitat d'informació dels informes d'alta amb instruccions precises per elaborar-los, amb la participació del rehabilitador i la resta de professionals implicats, si es considera oportú.

³⁶ La intensitat del tractament rehabilitador ha de ser la màxima que la persona pugui tolerar i estigui disposada a seguir. La recomanació de la SERMEF especifica que les persones candidates a ingressar en programes de rehabilitació intensiva hospitalària són:

- Persones amb ictus agut.
- Nivell funcional previ d'independència en les activitats de la vida diària (AVD).
- Necessitat d'hospitalització.
- Discapacitat moderada o greu en 2 o més àrees funcionals (mobilitat, AVD, deglució, comunicació, etc.).
- Condicions mèdiques i cognitives que els permetin participar en teràpies d'intensitat alta.

Les persones candidates a programes de rehabilitació hospitalària d'intensitat baixa són:

- Persones amb ictus agut.
- Necessitats d'hospitalització.
- Discapacitat moderada o greu en 2 o més àrees funcionals (mobilitat, AVD, deglució, comunicació, etc.).
- Condicions mèdiques i cognitives que no els permeten participar en teràpies d'intensitat alta.

- AC.186.** Incloure en l'informe d'alta hospitalària l'informe de rehabilitació amb la valoració, el tractament i les accions de rehabilitació que s'han duit a terme, la valoració del pronòstic funcional, la proposta d'intervenció rehabilitadora i el nivell assistencial de prestació aconsellat per l'especialista, segons l'estat de la persona i el seu entorn social amb la finalitat d'assegurar la continuïtat assistencial.
- AC.187.** Incloure en els registres de la persona en història de salut de les Illes Balears tots els informes, les prestacions rebudes i les actuacions dutes a terme durant el temps de convalsència o rehabilitació.
- AC.188.** Oferir en el moment de l'alta i sense demora els tractaments de continuïtat en un servei especialitzat, hospital d'estada mitjana (convalsència/rehabilitació), hospital de llarga estada o en la comunitat, sigui domiciliària, ambulatoria o centre hospitalari de dia.
- AC.189.** Gestionar les properes cites abans de l'alta hospitalària.
- AC.190.** Promoure el càlcul i la utilització d'indicadors clínics, funcionals, diagnòstics infermers i normes de qualitat dels processos assistencials integrats.
- AC.191.** Prestar atenció especial a la coordinació entre els serveis hospitalaris i els comunitaris per tal d'assegurar la continuïtat del programa rehabilitador³⁷.
- AC.192.** Vigilar i continuar en Atenció Primària les estratègies de prevenció secundària iniciades en el centre hospitalari d'aguts durant tot el temps de convalsència i rehabilitació.
- LAE. 38.** Garantir l'abordatge de la rehabilitació en la fase subaguda de forma integral i preçòç.
- AC.193.** Garantir que els equips de rehabilitació hospitalària que atenen persones amb ictus estiguin coordinats i que alhora tenguin fisioterapeutes, infermeres, terapeutes ocupacionals, logopedes, neuropsicòlegs i treballadors socials.
- AC.194.** Promoure, facilitar i divulgar els recursos de rehabilitació ambulatoria a totes les persones afectades per un ictus sense dèficits cognitius

37 A l'alta hospitalària, les persones candidates a entrar en programes de rehabilitació ambulatoria són:

- Persones amb discapacitat lleugera o moderada en fase no estabilitzada (durant el primer any després de l'ictus).
- A partir del primer any després de l'ictus quan hi hagi un deteriorament funcional puntual, s'ha de derivar als serveis de rehabilitació ambulatoris i plantejar tractaments de curta durada (RCP).
- Suport sociofamiliar adequat.
- Condicions mèdiques i cognitives que li permetin desplaçar-se al centre de rehabilitació i participar en les teràpies.

A l'alta hospitalària, les persones candidates a entrar en programes de rehabilitació domiciliària són:

- Persones amb discapacitat moderada o greu en fase no estabilitzada (durant el primer any després de l'ictus).
- A partir del primer any després de l'ictus quan hi hagi un deteriorament funcional puntual, s'han de requerir tractaments de curta durada.
- Suport sociofamiliar adequat.
- Condicions mèdiques i cognitives que li permeten participar en les teràpies malgrat que no puguin desplaçar-se a un centre ambulatori de rehabilitació.

importants, que tinguin suport sociofamiliar i possibilitat de desplaçament al servei de rehabilitació.

- AC.195.** Facilitar l'atenció domiciliària a les persones afectades per un ictus i que tinguin el suport sociofamiliar suficient per poder romandre en el seu domicili i que a la vegada tinguin dificultats de desplaçament al servei de rehabilitació.
- AC.196.** Facilitar els recursos materials disponibles als pacients afectats per un ictus en situació de discapacitat en els seus ABVD sense criteris per tolerar tractaments intensos i que al seu torn no disposin d'un suport sociofamiliar suficient com per preveure el retorn al seu domicili.
- LAE.39.** Facilitar la reinserció de les persones amb ictus en el seu entorn familiar, social i laboral a través d'una rehabilitació integral, tant clínica com funcional, cognitiva emocional i social.
- AC.197.** Assegurar una visió integral de l'abordatge de la rehabilitació amb un equip multidisciplinari de l'entorn, tant comunitari com hospitalari (hospital d'aguts i hospital sociosanitari).
- AC.198.** Fer un pla terapèutic (llista de problemes, objectius i estratègies), revisable periòdicament per part de l'equip multidisciplinari, per prevenir i manejar les complicacions orgàniques i emocionals secundàries a l'ictus, així com reduir el nivell d'incapacitat amb les estratègies rehabilitadores més adequades per aconseguir el màxim potencial funcional de cada persona.
- AC.199.** Garantir que no es doni per acabat el tractament rehabilitador fins que es deixin d'identificar nous objectius funcionals, es detecti un estancament del procés o quan la persona ja no vulgui continuar.
- AC.200.** Utilitzar escales globals de funció, així com mesures de resultat que incloguin "activitats instrumentals de la vida diària" i de la mobilitat avançada i adaptar-les a l'entorn cultural i de gènere de la persona.
- AC.201.** Implicar de forma activa i precoç la persona afectada i els cuidadors en el procés de rehabilitació.
- AC.202.** Establir programes sistemàtics d'educació i formació a les persones afectades i als cuidadors.
- AC.203.** Promoure la millora de la qualitat i la quantitat de la informació inclosa en els informes d'alta i potenciar la comunicació entre nivells per tal de facilitar la continuïtat assistencial.
- AC.204.** Incloure la valoració neuropsicològica en el procés d'atenció a l'ictus i dur a terme una intervenció primerenca pel que fa a la rehabilitació dels processos cognitius i relacionals.
- AC.205.** Incloure la valoració emocional per detectar la depressió postictus o altres afeccions i dur a terme una intervenció primerenca de manera sistemàtica i contínua.

- AC.206.** Valorar el risc social, que inclogui la situació familiar, estructural i econòmica, i posar en marxa els recursos necessaris per pal·liar aquesta situació.
- AC.207.** Augmentar els recursos de logopèdia per tal d'assegurar-ne l'accessibilitat i garantir l'equitat.
- AC.208.** Incloure en l'alta de rehabilitació en la fase final, sia hospitalària, ambulatoria, domiciliària o d'Atenció Primària, la valoració de seqüeles i de la situació funcional de la persona com a suport a la seva integració en la vida social i/o laboral.
- AC.209.** Facilitar la teràpia, tant ambulatoria com domiciliària, si és necessària, i avaluar la indicació d'un període de rehabilitació integral planificat per objectius a partir dels primers 6 mesos des de l'ictus.
- AC.210.** Facilitar/proporcionar les adaptacions, les ortopròtesis i els sistemes de desplaçament que necessiti la persona amb la valoració prèvia del servei de rehabilitació per tal de facilitar-ne la recuperació, evitar complicacions i afavorir la mobilitat i la vida de relació. Aquestes indicacions s'han de registrar en la història de salut de les Illes Balears i en el *Sistema de gestió integrada de patologies cròniques de la història de salut de les Illes Balears*. S'ha de fer el mateix amb el material de comunicació alternativa o augmentativa, tenint en compte les noves tecnologies com una eina més de rehabilitació, restauració i comunicació.
- AC.211.** Facilitar informació adequada a les persones que necessitin l'obtenció d'ortopròtesis, gestionada a través de l'especialista en medicina física i rehabilitació a càrrec del tractament, que inclogui la subvenció i la forma de compra. Facilitar que els centres hospitalaris disposin de fullets informatius actualitzats sobre aquest tema, així com de material de comunicació alternativa o augmentativa.
- AC.212.** Valorar les possibilitats que ofereix la telerehabilitació des del domicili del pacient.
- LAE. 40.** Unificar l'atenció rehabilitadora a la comunitat autònoma de les Illes Balears.
 - AC.213.** Desenvolupar el pla de rehabilitació global de les Illes Balears després d'analitzar la situació actual i conèixer tots els recursos sanitaris i sociosanitaris existents per a l'atenció de l'ictus en les fases aguda, subaguda i crònica en els diferents nivells assistencials: hospitalari d'aguts, hospitalari específic de rehabilitació, ambulatori, domiciliari, d'Atenció Primària i/o residencial.
 - AC.214.** Garantir que els equips multidisciplinaris, tant comunitaris com hospitalaris, estiguin formats pels professionals necessaris: neuròlegs, metges de família, geriatres, rehabilitadors, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, logopedes, infermeres, psicòlegs i treballadors socials; tots amb una visió integral de la persona.

- AC.215.** Assegurar que els equips multidisciplinaris esmentats duguin a terme una valoració integral, previnguin i manegin les complicacions orgàniques i emocionals secundàries a l'ictus, i contribueixin a reduir els nivells d'incapacitat amb les estratègies rehabilitadores més adequades per assolir el màxim potencial funcional de cada persona.
- AC.216.** Unificar en tots els àmbits de l'atenció rehabilitadora les exploracions mitjançant qüestionaris informatitzats³⁸ que estiguin inclosos en el *Sistema de gestió integrada de patologies cròniques de la història de salut de les Illes Balears* i en els sistemes hospitalaris per a l'atenció en la fase aguda i subaguda, de manera que es faciliti el seguiment als facultatius dels distints nivells assistencials implicats en el tractament de la persona amb ictus.
- AC.217.** Aplicar, amb el mateix criteri, índexs de valoració funcional i limitadors de l'activitat senzills, vàlids, fiables i acordats per consens (índex de Barthel, FIM, test de control del tronc, Brunnston, etc.). Utilitzar, a més, mesures de resultat que incloguin activitats de vida diària instrumentals i de mobilitat avançada (marxa, equilibri i destresa manual) i adaptar-les a l'entorn cultural i de gènere de la persona.
- AC.218.** Establir els límits de l'atenció rehabilitadora:
- Acabar el tractament rehabilitador quan no s'identifiquin nous objectius funcionals per aconseguir, quan es detecti un estancament en els avenços del tractament o quan la persona no vulgui continuar.
 - Avaluar la indicació d'un període de rehabilitació planificat per objectius a partir dels primers 6 mesos de l'ictus.
- AC.219.** Donar accés als serveis de rehabilitació per avaluar les necessitats a llarg termini quan les seqüeles s'hagin estabilitzat. Garantir l'accés als serveis de rehabilitació de les persones que ho necessitin en qualsevol fase de la malaltia. Permetre la sol·licitud de consulta directa des d'Atenció Primària.
- AC.220.** Incentivar en els professionals la utilització del *Sistema de gestió integrada de patologies cròniques d'història de salut de les Illes Balears*.
- AC.221.** Donar suport al desenvolupament en l'àmbit de la recerca i implantar actuacions de telerehabilitació dirigides a completar els tractaments presencials i l'automanteniment en les fases cròniques.

OE.VIII. Parar esment a la persona amb discapacitat i donar suport a la seva família.

- LAE.41.** Establir programes sistemàtics d'educació i formació a les persones amb discapacitat i als seus cuidadors que siguin complementaris entre els diferents àmbits d'atenció a l'ictus.

38 Qüestionaris que incloguin la valoració dels factors de pronòstic funcional com T^a, glucèmia, persistència de flaccidesa, control d'esfínters, afàsies, durada del coma i test de control del tronc, entre d'altres.

- AC.222.** Potenciar, mitjançant el suport al desenvolupament del portal del ciutadà dins la història de salut de les Illes Balears, la responsabilitat compartida entre el sistema sanitari i la persona amb discapacitat en relació amb la seva cura com a complement fonamental d'atenció integrada a l'ictus.
- AC.223.** Informar i formar el pacient i els cuidadors, a l'hospital que atén el pacient en la fase aguda, sobre la forma d'actuar en el domicili: manteniment, consells posturals, nutricionals i generals que contribueixin al benestar de la persona i a la seva rehabilitació.
- AC.224.** Afavorir que els hospitals disposin de personal d'infermeria, medicina, psicologia i treball social capacitats per informar i formar les persones i els familiars.
- AC.225.** Desenvolupar la figura del "pacient expert" vs. "pacient actiu" per millorar la formació dels pacients i cuidadors sobre la seva malaltia i les cures que requereix.
- AC.226.** Assegurar un espai físic a l'hospital on es facin periòdicament aquestes activitats informatives i formatives coordinades per un membre de l'equip.
- AC.227.** Posar a disposició dels pacients i els seus familiars fullets informatius i altres tipus de recursos divulgatius addicionals.
- AC.228.** Facilitar el contacte amb les associacions de malalts que estiguin relacionades.
- AC.229.** Comptar amb les associacions de malalts com a instrument important de suport a tots els programes d'informació i formació.
- LAE.42.** Avaluar les necessitats de suport social durant l'ingrés i posteriorment amb regularitat, tant de les persones amb discapacitat com dels seus cuidadors.
- AC.230.** Avaluar totes les persones abans de l'alta hospitalària per determinar els recursos de què disposen. Ajudar a adaptar aquests recursos a la nova situació per tal que augmentin la seva seguretat i independència, alhora que es valora la situació de forma conjunta a la dels seus familiars i informar-ne l'equip d'Atenció Primària o centre sociosanitari, segons la destinació de la persona.
- AC.231.** Desenvolupar un pla d'intervenció social individualitzat.
- AC.232.** Dur a terme el seguiment de les necessitats socials durant tot el procés de rehabilitació i orientar i coordinar els recursos comunitaris disponibles per part del treballador social de l'equip de rehabilitació.
- AC.233.** Informar i assessorar sobre els recursos socials existents per afrontar la nova situació des de qualsevol àmbit implicat en l'assistència a l'ictus i disposar d'aquesta informació per escrit en el mapa de recursos socials.
- AC.234.** Disposar de centres adequats per a la prestació de les cures necessàries i accessibles a la població de referència per a les persones que no disposin de suport familiar o per facilitar el descans de la persona en-

carregada de la cura. Posar a la disposició dels professionals implicats la informació sobre aquests recursos i els requisits d'accés.

LAE.43. Proporcionar al cuidador una atenció específica.

AC.235. Identificar el cuidador principal i valorar com percep i viu la nova situació; valorar-ne les habilitats per cuidar i els recursos de què disposa.

AC.236. Dur a terme una valoració integral, per part dels equips d'Atenció Primària, de les persones donades d'alta i dels seus cuidadors en el marc del *Sistema de gestió integrada de patologies cròniques de la història de salut de les Illes Balears* i valorar el risc de claudicació individual i/o familiar.

AC.237. Potenciar els programes de promoció del benestar dels cuidadors mitjançant grups de suport i activitats d'educació per a la salut.

AC.238. Dur a terme tallers de formació dirigits als cuidadors de les persones que han patit un ictus, en els quals s'incloguin, a més dels factors de risc vascular i les mesures necessàries per a un control adequat, totes les mesures de maneig de les seqüeles i de prevenció de complicacions.

AC.239. Establir en cada àrea mesures de suport als cuidadors:

- Dissenyar fórmules que facilitin els tràmits administratius: obtenció de receptes i altres gestions, tant per a la persona com per al cuidador, etc.
- Implementar consultes telefòniques amb les quals resoldre de manera ràpida qualsevol dubte sobre les cures.
- Elaborar fullets d'informació concisa dirigida als cuidadors per ajudar a gestionar problemes i les situacions més freqüents i previsible.
- Establir programes de préstec de material ortoprotètic recuperable, com ara cadires de rodes, caminadors i altres dispositius segons les necessitats de les persones i les condicions del domicili.

AC.240. Establir mecanismes de suport per respondre davant situacions urgents de necessitat d'atenció social (claudicació o absència del cuidador, entre d'altres).

LAE.44. Garantir que l'atenció a la persona amb ictus formi part del pla d'accions sanitàries en l'àmbit sociosanitari de les Illes Balears.

AC.241. Impulsar la col·laboració entre la Conselleria de Salut, la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació i els diversos ajuntaments que permeti la coordinació adequada dels diferents recursos sociosanitaris assistencials, que faciliti la informació necessària a les persones afectades i a les seves famílies sobre el mapa de recursos existents: prestacions per discapacitat, dependència, institucionalització, material ortoprotètic per a les seqüeles i la cura, adaptacions del domicili, adaptació de vehicles, transport públic adaptat, etc., i que hi col·labori o resolgui els tràmits burocràtics³⁹.

39 Han d'incloure un sistema de préstec o d'ajudes tècniques compensadores de dèficit i discapacitat, així com d'adaptacions en el domicili.

- AC.242.** Crear una pàgina web d'accés universal amb informació de recursos i ajudes que depenen de la Conselleria de Salut.
- AC.243.** Crear circuits àgils per a la valoració de la dependència a les persones que han patit un ictus.
- AC.244.** Establir línies de col·laboració institucional per al desenvolupament d'ajudes a cuidadors de l'entorn familiar en situació laboral activa.

AIE 5. ICTUS I SITUACIONS ESPECIALS

- OE.IX.** Assegurar que es consideren i aborden les especificitats concretes quan l'ictus és present en situacions especials, i parlar esment a la perspectiva de gènere durant tot el procés

ICTUS I DONA

L'ictus afecta de forma diferent les dones. La incidència i prevalença és més alta en els homes, però la mortalitat és més freqüent en les dones. La relació entre sexe i ictus depèn de l'edat, i atès que la incidència d'ictus augmenta amb l'edat i l'esperança de vida és major en les dones, en moren més però en les darreres dècades de la vida. Hi ha factors de risc més prevalents en les dones (fibril·lació auricular, hipertensió arterial, migranya amb aura) i altres d'específics, com l'ús d'anticonceptius orals, el tractament hormonal postmenopausa, el puerperi i els canvis hormonals. La participació de les dones en els estudis i assajos sobre ictus és menor i hi ha tractaments que no han demostrat la mateixa utilitat en les dones que en els homes i això ha motivat que no accedeixin amb la mateixa rapidesa a alguns tractaments en determinats casos (per exemple en l'endarterectomia carotídia). En general, arriben més tard a l'hospital. Les dones tenen un pronòstic funcional pitjor després d'un ictus ja que ocorre en edat més avançada, quan la comorbiditat és més alta i amb una major dificultat per a la cura. Al seu torn, la dona exerceix el rol de cuidadora tant de la seva gent gran com dels fills, i quan l'ictus irromp en la seva vida, si n'és l'afectada, s'altera enormement el seu paper de cuidadora, i s'associa amb freqüència a una alteració emocional de solució difícil. Si l'ictus afecta un dels seus afins, s'erigeix com la cuidadora principal, amb implicació absoluta, sense atendre la seva pròpia cura i en ocasions es barreja el paper de cuidadora d'un espòs amb ictus amb el dels fills o els padrins per la qual cosa se sent desbordada, i lluita en solitari i freqüentment deprimida. Per tot això, s'ha de prestar una atenció especial a la dona en totes les fases de la malaltia cerebrovascular.

- LAE.45.** Promoure entre els professionals sanitaris la identificació d'estereotips de gènere en la valoració de la dependència. Impulsar que els professionals adoptin un esperit crític cap a aquests i evitar reforçar-los quan es considerin negatius o perjudicials.
- AC.245.** Individualitzar les valoracions i els tractaments incorporant-hi la perspectiva de gènere.

- AC.246.** Prestar atenció especial al suport social i a les prestacions en el domicili dirigides al cuidador que amb freqüència és una dona, responsable de la cura de la resta de la família i de la llar.
- AC.247.** Promoure cursos de formació en perspectiva de gènere per a professionals sanitaris/assistencials en tots els àmbits i/o nivells d'atenció.
- AC.248.** Impulsar sistemes de cures exemptes de desigualtats basades en supòsits de gènere i promoure la responsabilitat i la participació en les cures de tots els familiars uniformement, siguin homes o dones.

ICTUS EN L'EDAT PEDIÀTRICA

Malgrat que la malaltia cerebrovascular en la infància és infreqüent (de 2 a 13 per cada 100.000 persones en països desenvolupats), és una de les deu primeres causes de mortalitat en infants; associada en els supervivents, de la mateixa manera que en els adults, a una càrrega important de discapacitat a llarg termini que variarà en funció de l'edat, la localització i la grandària de la lesió, la presència de crisi i l'etiologia. No es disposa de guies de pràctica clínica específiques, basades en l'evidència, per al diagnòstic i tractament, per la qual cosa és necessari disposar de protocols d'actuació que evitin les importants conseqüències per al nin i permetin millorar-ne el pronòstic a llarg termini.

NOTA: En tancar el present document es disposa d'un document anomenat "Guia de maneig de l'Ictus Pediàtric Isquèmic Postnatal a Urgències" en fase de pre-publicació, elaborat pel grup de treball de Codi Ictus Pediàtric de la Comunitat. En aquest document s'estableix el protocol per a l'atenció urgent de l'ictus pediàtric isquèmic postnatal i els criteris d'activació del Codi Ictus Pediàtric i es concreten l'organigrama del Codi Ictus Pediàtric (ANNEX II) i l'esquema general de maneig de l'Ictus Isquèmic Postnatal (ANNEX III) per als professionals implicats.

LAE.46. Assegurar que a la comunitat autònoma de les Illes Balears l'ictus en l'edat pediàtrica tengui un abordatge consensuat i protocol·litzat.

- AC.249.** Crear un grup de treball interdisciplinari per al desenvolupament específic de l'atenció a l'ictus pediàtric.
- AC.250.** Promoure l'elaboració d'un protocol d'actuació únic que tengui en compte la capacitat assistencial dels diferents centres hospitalaris i consideri que aquests infants han de ser atesos per un neuropediatre i ser ingressats, si escau, en una unitat de cures intermèdies o intensives pediàtriques.
- AC.251.** Crear un codi ictus pediàtric de manera específica.
- AC.252.** Crear la figura del coordinador neuropediatre amb l'objectiu d'integrar els diferents serveis de pediatria de la comunitat autònoma en l'elaboració del protocol que permeti l'assistència especialitzada als nins que pateixen un ictus.

- AC.253.** Col·laborar des de l'Estratègia per aprofitar l'estructura desenvolupada per a l'atenció a l'ictus en els adults.
- AC.254.** Assegurar que la rehabilitació pediàtrica sigui l'apropiada per a l'edat del nin en cadascun dels àmbits sanitaris, independentment del lloc de residència.
- AC.255.** Ampliar la xarxa per al tractament rehabilitador dels nins en l'àmbit escolar dotant els centres de fisioterapeutes, logopedes i terapeutes ocupacionals, amb equips assignats als centres o amb equips mòbils que s'hi puguin desplaçar quan sigui necessari.

ICTUS I LA SITUACIÓ DE MALALTIA AVANÇADA

L'atenció a la malaltia cerebrovascular ha experimentat grans avenços en els darrers anys, tant en prevenció (control més bo dels factors de risc) com en diagnòstic (avenços en neuroimatge) i tractament (tècniques de tractament endovascular). Malgrat això, l'ictus continua sent una causa freqüent de discapacitat i mortalitat, i si el pacient sobreviu tindrà un risc elevat de patir una complicació des de l'inici de l'ictus fins al final de la vida, que variarà en funció del tipus d'ictus, de les seqüeles i del context patològic i social (inclòs el suport familiar i social) de cada persona. Aquestes complicacions se sumen a les possibles seqüeles. Per això, molts dels pacients amb ictus i els seus familiars seran susceptibles de necessitar cures pal·liatives, és a dir, les cures que tenen per objectiu millorar la qualitat de vida dels pacients i familiars en enfrontar els problemes associats a una malaltia amenaçadora per a la vida, sobre la base de la prevenció i l'alleujament del sofriment. Les cures pal·liatives persegueixen millorar la qualitat de vida dels pacients i familiars i, per aconseguir-ho, han d'identificar, prevenir i tractar els símptomes físics, mentals o espirituals que la pertorbin, alleujant el dolor i el patiment relacionats. En un estudi pilot que va fer el Servei de Neurologia de l'Hospital Universitari Son Espases es va poder comprovar que el 14 % de les persones ingressades eren susceptibles de rebre cures pal·liatives, la majoria per una malaltia cerebrovascular. Aquestes cures, adreçades a aquestes persones i a les seves famílies, haurien de ser una rutina dins l'atenció hospitalària en qualsevol de les seves fases i que tots els professionals que intervenen en un moment o l'altre de les diferents fases de la malaltia les duguessin a terme, adequant el nivell terapèutic al control dels símptomes i en funció de les necessitats i la voluntat de la persona que les rep. Aquesta situació es manté quan el pacient és traslladat a un hospital sociosanitari o al seu domicili. En pacients seleccionats, i especialment quan el problema que es planteja és complex, és necessària la col·laboració de professionals especialitzats en cures pal·liatives.

LAE.47. Assegurar que a la comunitat autònoma de les Illes Balears tots els pacients amb malaltia cerebrovascular avançada o amb comorbiditat important reben les cures adequades a les seves necessitats. Aquesta atenció s'ha de mantenir fins al final de la vida.

- AC.256.** Coordinar el treball amb l'Estratègia de cures pal·liatives de les Illes Balears.

- AC.257.** Crear un grup de treball pluridisciplinari amb representació dels professionals implicats en els diferents àmbits sanitaris per a l'elaboració, l'actualització i la difusió d'un document que reflecteixi els principis d'actuació en aquesta fase de la malaltia cerebrovascular.
- AC.258.** Difondre'n el contingut de manera apropiada.
- AC.259.** Fer la formació continuada necessària als professionals implicats tenint en compte les peculiaritats de la malaltia cerebrovascular.
- AC.260.** Establir les situacions que necessiten adequar l'esforç terapèutic en l'àmbit hospitalari o d'Atenció Primària, i facilitar l'estratègia que s'ha de seguir en relació amb el pacient i la seva família.
- AC.261.** Incorporar els equips de suport hospitalaris i l'ESAD en els cursos de formació sobre la malaltia cerebrovascular.
- AC.262.** Incorporar la malaltia cerebrovascular en edicions posteriors de l'Estratègia de cures pal·liatives de les Illes Balears.

AIE.6. FORMACIÓ I INVESTIGACIÓ

La consecució dels objectius descrits en aquesta Estratègia i, en definitiva, l'abordatge adequat de l'ictus requereix per part dels professionals una sèrie de coneixements i habilitats que, atesos els avenços en l'evidència científica, exigeixen una formació i actualització constants.

Per aquest motiu és imprescindible desenvolupar programes de formació continuada per a tots els professionals implicats en l'atenció a les persones amb ictus.

Són moltes les accions que al llarg de les diferents línies d'actuació estratègiques incloses en aquesta Estratègia fan referència a la necessitat d'incloure aspectes específics d'abordatge de l'ictus dins els programes de formació continuada dels professionals sanitaris, alhora que es desenvolupen accions formatives adreçades als malalts i als seus familiars. No obstant això, per donar suport a aquestes accions específiques i de caràcter més general es recull:

- OE.X.** Potenciar la formació dels professionals del sistema sanitari públic per atendre adequadament les necessitats de les persones amb ictus i afavorir l'abordatge integral i integrat de la malaltia i la coordinació entre atenció primària i hospitalària.
- LAE.48.** Disposar d'un pla de formació continuada per a tots els professionals d'Atenció Primària, dels centres d'urgències i d'emergències i dels equips o unitats d'ictus, que garanteixi la identificació ràpida i correcta, el trasllat i l'atenció de les persones amb ictus.
- AC.263.** Fomentar i facilitar la formació continuada als professionals del Centre de Coordinació d'Urgències Mèdiques (CCUM)⁴⁰, Suport Vital Avançat (SVA) i Suport Vital Bàsic (SVB).
- AC.264.** Desenvolupar un pla de formació continuada adreçat a tots els profes-

⁴⁰ Gestiona totes les telefonades que es reben a través del telèfon SAMU 061.

sionals que atenen persones amb ictus en qualsevol de les fases, que inclogui la videoconferència com a instrument de formació, atesa la insularitat de la comunitat autònoma.

AC.265. Garantir que aquest pla de formació inclogui aspectes de prevenció, atenció en la fase aguda, rehabilitació i maneig postictus.

AC.266. Acreditar aquesta oferta formativa i facilitar-ne la incorporació en els objectius i acords de gestió.

AC.267. Incloure en el *Sistema de gestió integrada de patologies cròniques de la història de salut de les Illes Balears* específic per a risc vascular i ictus ajudes per a la presa de decisions, basades en l'evidència científica i en la gestió de patologies cròniques.

AC.268. Mantenir actualitzats els programes o aplicacions de gestió de patologies cròniques, com és el cas del *Sistema de gestió integrada de patologies cròniques de la història de salut de les Illes Balears*.

LAE. 49. Establir un àmbit de responsabilitat en la formació en ictus.

AC.269. Designar/nomenar professionals responsables de la formació en ictus per part de la subdirecció assistencial pertinent del Servei de Salut de les Illes Balears.

AC.270. Designar responsables en els diferents nivells assistencials per fer feina en l'anàlisi de les necessitats formatives i en el pla de formació continuada en ictus.

AC.271. Mantenir actualitzada la identificació de les necessitats formatives sobre l'abordatge de l'ictus en els centres de salut i serveis hospitalaris.

LAE.50. Desenvolupar un estudi de les necessitats formatives en ictus a les Illes Balears.

AC.272. Garantir els recursos formatius en ictus segons les necessitats de cada àrea de salut i nivell assistencial.

AC.273. Establir una plataforma que reculli l'activitat formativa que es du a terme o que es desenvoluparà en un període de temps breu.

OE.XI. Divulgar el coneixement sobre l'ictus perquè la població sàpiga com prevenir-lo, com es manifesta i com s'ha d'actuar davant els símptomes quan es presenten; donar a conèixer la situació actualitzada de l'assistència a l'ictus a la comunitat autònoma de les Illes Balears.

LAE.51. Participar en les campanyes autonòmiques, nacionals i internacionals que es duen a terme anualment sobre l'ictus.

AC.274. Dur a terme les activitats específiques del Dia de l'Ictus i facilitar la participació professional en aquestes activitats.

AC.275. Participar en el Projecte Ictus que recull l'Estratègia d'ictus de l'SNS que pretén fomentar la investigació cooperativa i multidisciplinària entre els professionals sanitaris en qualsevol faceta de les malalties cerebrovasculars.

- LAE.52.** Promoure la creació, el manteniment i la difusió de xarxes socials específiques dirigides a la població general, que incloguin els apartats relatats en l'objectiu específic XI.
- AC.276.** Designar una persona encarregada de les xarxes socials sobre ictus.
- AC.277.** Incorporar informació sobre l'ictus a les xarxes socials de cada hospital i d'Atenció Primària.
- AC.278.** Establir interrelacions entre totes les xarxes socials amb informació sobre ictus de la comunitat autònoma, de manera que es pugui navegar fàcilment d'una a l'altra.
- OE.XII.** Potenciar la investigació epidemiològica, bàsica, clínica i translacional en aspectes de prevenció i atenció integral de l'ictus.
- LAE.53.** Promoure, mitjançant la inclusió en les convocatòries de projectes d'investigació, línies d'investigació interdisciplinàries prioritàries en ictus a la comunitat autònoma⁴¹.
- AC.279.** Elaborar un mapa d'activitats investigadores desenvolupades, o en desenvolupament, en relació amb l'ictus a la comunitat autònoma i promoure'n l'increment, segons les línies prioritàries establertes pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, així com les iniciatives i necessitats específiques locals, mitjançant els procediments oportuns.
- AC.280.** Promocionar la línia de recerca en ictus entre els professionals del SAMU 061.
- LAE.54.** Promoure la captació de fons per al finançament de la recerca en ictus.
- AC.281.** Potenciar l'obtenció d'ajudes específiques per a la recerca en ictus i assegurar una partida pressupostària específica pròpia en les distintes convocatòries de finançament públic del Govern de les Illes Balears.
- LAE.55.** Fomentar la divulgació dels projectes de recerca en ictus en els quals participi la comunitat autònoma.

41 Tal com s'especifica en l'Estratègia en ictus de l'SNS, les comunitats autònomes i el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat engegaran mesures que potenciïn la creació de xarxes de centres de recerca acreditats i grups d'excel·lència en *ictus amb les línies prioritàries següents:

1. Establiment d'estudis epidemiològics i analítics en ictus.
2. Estudi dels determinants genètics de l'ictus.
3. Increment de la recerca en biomarcadors amb validesa analítica i validesa i utilitat clíniques.
4. Recerca en fàrmacs per a la fase aguda de l'ictus.
5. Recerca sobre l'adherència a la prevenció secundària i al control dels factors de risc després d'un ictus.
6. Foment dels estudis d'efectivitat comparada per reduir la bretxa entre eficàcia i efectivitat i seguretat.
7. Recerca de l'eficiència de les unitats d'ictus i dels serveis sanitaris que atenen l'ictus.
8. Recerca de l'eficiència de les intervencions terapèutiques neuroquirúrgiques i neuroradiològiques.
9. Recerca de l'eficiència de les intervencions terapèutiques rehabilitadores.
10. Recerca sobre els avenços de la telemedicina en l'ictus.
11. Recerca en noves mesures facilitadores de la reinserció laboral.
12. Recerca sobre l'ictus en l'edat pediàtrica.
13. Recerca en tècniques d'ultrasonografia i neuroimatge.
14. Recerca en medicina regenerativa aplicada a l'ictus.

AC.282. Presentar en fòrums locals, nacionals i internacionals els projectes de recerca en què participi la comunitat autònoma.

LAE.56. Promoure i integrar les activitats de bones pràctiques en la promoció, la prevenció i l'atenció a l'ictus.

AC.283. Impulsar la identificació de projectes de bones pràctiques en el marc de l'Estratègia seguint la metodologia proposada en el Sistema Nacional de Salut.

AC.284. Difondre entre els professionals i la població general aquestes bones pràctiques aprofitant esdeveniments com ara el Dia de l'ictus.

AIE.7. AVALUACIÓ

L'avaluació de l'Estratègia d'ictus s'ha de fer basant-se en els indicadors de l'Estratègia del Sistema Nacional de Salut i s'ha de complementar amb els indicadors propis referits a les diferents àrees d'interès estratègic que es desenvolupen en aquest document.

AC.285. Avaluar els indicadors de l'Estratègia d'ictus de l'SNS en els terminis proposats pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

AC.286. Crear un grup de treball que defineixi els indicadors propis que complementin l'avaluació de l'Estratègia de l'SNS.

AC.287. L'avaluació de l'Estratègia d'ictus de les Illes Balears s'ha de fer abans que n'acabi el període de vigència.

4. BIBLIOGRAFIA

GENERAL

- Abilleira, S.; Gallofre, M.; Ribera, A. [et al.]. "Quality of in-hospital stroke care according to evidence-based performance measures: results from the first audit of stroke, Catalonia (Spain) 2005/2006". *Stroke* 2009;40:1433-8.
- Alonso de Leciñana, M.; Egido, J.A.; Casado, I.; Ribó, M.; Dávalos, A.; Masjuan, J. [et al.], pel Comitè ad hoc del Grup d'estudi de malalties cerebrovasculares de la SEN. "Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo". *Neurología*. 2014; 29(2): 102-122.
- Álvarez-Sabin, J.; Alonso de Leciñana, M.; Gállego, J. [et al.]. "Plan de atención sanitaria a l'Ictus". *Neurología* 2006;21:717-26.
- Díaz-Guzmán, J.; Egido, J.A.; Gabriel-Sánchez, R.; Barberá-Comes, G.; Fuentes-Gimeno, B.; Fernández-Pérez, C. "IBERICTUS Study Investigators of the Stroke Project of the Spanish Cerebrovascular Diseases Study Group Stroke and transient ischemic attack incidence rate in Spain: the IBERICTUS study". *Cerebrovasc Dis.* 2012;34(4):272-81. doi: 10.1159/000342652. Epub 2012 oct. 20.
- European Stroke Organization (ESO) Executive Committee: ESO Writing Committee. "Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischemic attack 2008". *Cerebrovasc Dis.* 2008;25:457-507.
- Evers, S.; Struijs, J.; Ament, A.; van Genugten, M.; Jager, J.; van den Bos, G. "International comparison of stroke cost studies". *Stroke* 2004;35:1209-15.
- Fuentes, B.; Gállego, J.; Gil-Núñez, A.; Morales, A.; Purroy, F.; Roquer, J. [et al.] pel Comitè ad hoc del Grup d'estudi de malalties cerebrovasculares de la SEN. "Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (I). Actuación sobre los factores de riesgo y estilo de vida". *Neurología*. 2012;27(9):560—574.
- Fuentes, B.; Gállego, J.; Gil-Núñez, A.; Morales, A.; Purroy, F.; Roquer, J. [et al.] pel Comitè ad hoc del Grup d'estudi de malalties cerebrovasculares de la SEN "Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (II). Recomendaciones según subtipo etiológico". *Neurología*. 2014;29(3):168-183.
- Heuschmann, P.U.; Di Carlo, A.; Bejot, Y.; Rastenyte, D.; Ryglewicz, D.; Sarti, C. [et al.]. European Registers of Stroke (EROS) Investigators. "Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21st century". *Stroke* 2009 maig;40(5):1557-63. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.535088. Epub 2009 març 26.
- Institut Nacional d'Estadística. *Defunciones según la causa de muerte 2012*. Madrid: INE; 2012.
- Masjuan, J.; Alvarez-Sabín, J.; Arenillas, J.; Calleja, S.; Castillo, J.; Dávalos, A. [et al.]. "Actualización del Plan de Atención Sanitaria al Ictus II". *Neurología* 2011;26:383-96.
- Mathers, C.D.; Stein, C.; Fath, D.M. [et al.]. "Global Burden of Disease 2000: version 2, methods and results". *Discussion paper* núm. 50. World Health Organisation, Geneva, 2002. <http://www3.who.int/whosis/discussionpapers>.
- Ministeri de Sanitat i Política Social. *Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Sanidad 2009.
- New Zealand Guidelines Group (Nzgg) Life after stroke. *New Zealand guideline for management of stroke*. Wellington (New Zealand): New Zealand Guidelines Group (NZGG); 2003.
- Organització Mundial de la Salut. *Previsiones de cambio en la población*. 2002.
- Procesos Asistenciales Integrados. Conselleria de Salut d'Andalusia. http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/usalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/listado_procesos?perfil=org.

- Rigo, F.; Frontera, G.; Llobera, J. [et al.] "Prevalence of cardiovascular risk factors in the Balearic Islands". *Rev. Esp. Cardiol.* 2005;58:1411-9.
- Rodríguez-Yáñez, M.; Castellanos, M.; Freijo, M.M.; López Fernández, J.C.; Martí-Fàbregas, J.; Nombela F, Simal P, Castillo, J.; pel Comitè ad hoc del Grup d'estudi de malalties cerebrovasculars de la SEN. "Guías de actuación clínica en la hemorragia intracerebral" *Neurología*. 2013 maig;28(4):236-50.
- Salvat-Plana, M.; Abilleira, S.; Jiménez, C.; Marta, J.; Gallofré, M. "Priorización de indicadores de calidad de la atención al paciente con ictus a partir de un método de consenso". *Rev. Calid. Asist.* 2011;26(3):174—18
- Steiner, T.; Al-Shahi Salman, R.; Beer, R.; Christensen, H.; Cordonnier, C.; Csiba, L. [et al.]. "European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage". *Int J Stroke*. 2014 oct.;9(7):840-55. doi: 10.1111/ijss.12309. Epub 2014 agost 24.
- Tebé, C.; Abilleira, S.; Ridao, M.; Espallargues, M.; Salas, T.; Bernal-Delgado, E. *Atlas de Variaciones en el manejo de la Enfermedad Cerebrovascular Isquémica*. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud. Diciembre 2013 vol. 5, núm. 1.
- World Health Organization. *The Atlas of disease cardiovascular and stroke*. Geneva: WHO;2004. [En línia]: http://who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en

PROMOCIÓ D'ENTORNS I ESTILS DE VIDA SALUDABLES I PREVENCIÓ PRIMÀRIA I SECUNDÀRIA

- American Diabetes Association. "Standards of medical care in diabetes 2011". *Diabetes Care* 2011; vol. 34, supl. 1, gener 2011.
- Antithrombotic Trialists Collaboration. "Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction and stroke in high risk patients". *BMJ* 2002; 324: 71-86.
- Bath, P.M.W.; Gray, L.J. "Association between hormone replacement therapy and subsequent stroke: a meta-analysis". *BMJ* 2005;330-342.
- Bhatt, D.L.; Fox, K.A.; Hacke, W.; Berger, P.B.; Black, H.R.; Boden, W.E. [et al.] CHARISMA Investigators. "Clopidogrel and aspirin versus aspirin alone for the prevention of atherothrombotic events". *N Engl J Med* 2006;354:1706–1717.
- Brass, L.M. "Hormone replacement therapy and stroke: clinical trials review". *Stroke* 2004;35:2644-2647.
- Camm, J.; Lip, G.Y.H.; De Caterina, R.; Savelieva, I.; Atar, D.; Hohnloser, S.H. [et al.]. "Actualización detallada de las guías de la ESC para el manejo de la fibrilación auricular de 2012". *Rev. Esp. Cardiol.* 2013;66:54.e1-e24. Vol. 66, núm. 1 DOI: 10.1016/j.recesp.2012.11.001
- CAPRIE Steering Committee. "A randomized, blinded trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischemic events". *Lancet* 1996; 348:1329-1339.
- Coull, A.J.; Lovet, J.K.; Rothwell, P.M. "A population based study of the early risk of stroke after a transient ischemic attack or minor stroke: implications for public education and organization of services". *BMJ* 2004; 328:326-328.
- Dengler, R.; Diener, H.C.; Schwartz, A.; Grond, M.; Schumacher, H.; Machnig, T. [et al.]. "Early treatment with aspirin plus extended-release dipyridamole for transient ischaemic attack or ischaemic stroke within 24 h of symptom onset (EARLY trial): a randomised, open-label, blinded endpoint trial". *Lancet Neurol* 2010;9:159–166.
- Diener, H.C. [et al.]. "Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischemic stroke or transient ischemic attack in high-risk patients (MATCH): randomized, double-blind, placebo-controlled trial". *Lancet* 2004; 364: 331-337.
- Ezekowitz, M.D. [et al.]. "Warfarin in the Prevention of Stroke Associated with Nonrheumatic Atrial Fibrillation". *NEJM* 1992; 327: 1406-1412.

- Gabriel Sánchez, R.; Sánchez Gómez, L.M.; Carmona, L.; Roqué i Figuls, M.; Bonfill Cosp, X. "Hormone replacement therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. art. No.: CD002229. DOI:10.1002/14651858.CD002229.pub2.
- Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Rodríguez, T. [et al.] *Riesgo cardiovascular: guía de actuación en atención primaria*. Palma, 2006
- Grup de treball de la Guia de prevenció de l'ictus. Centro Cochrane Iberoamericano. *Guía de práctica clínica sobre la prevención primaria y secundaria del ictus*. Madrid: Pla de Qualitat per al Sistema Nacional de Salut del Ministeri de Sanitat i Consum. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2008. Guía de práctica clínica: AATRM núm. 2006/15.
- Guia farmacoterapèutica internivells de les Illes Balears. Soler, A. [coord.]. *Tratamiento antiagregante en pacientes con riesgo vascular*. Palma: Servei de Salut de les Illes Balears, 2009.
- Hankey, G.J. "Ongoing and planned trials of antiplatelet therapy in the acute and long-term management of patients with ischemic brain syndromes: setting a new standard of care". *Cerebrovasc Dis* 2004; 117 (supl. 3): 11-16.
- Johnston, S. [et al.]. "Short-term prognosis after emergency department diagnosis of TIA". *JAMA* 200;284:2901-2906.
- Katsnelson, M.; Sacco, R.L.; Moscucci, M. Progress for Stroke Prevention With Atrial Fibrillation. "Emergence of Alternative Oral Anticoagulants". *Circulation* 2012, 125: 1577-1583.
- Kennedy, J.; Hill, M.D.; Ryckborst, K.J.; Eliasziw, M.; Demchuk, A.M.; Buchan, A.M. "Fast Assessment of Stroke and Transient Ischaemic Attack to Prevent Early Recurrence (FASTER): a randomized controlled pilot trial". *Lancet Neurol* 2007;6:961-969.
- Kernan, W.N.; Ovbiagele, B.; Black, H.R.; Bravata, D.M.; Chimowitz, M.I.; Ezekowitz, M.D. [et al.]. American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease. "Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients with Stroke and Transient Ischemic Attack". *Stroke* 2014 jul;45(7):2160-236. doi: 10.1161/STR.0000000000000024. Epub 2014 maig 1. Erratum in: *Stroke*. 2015 Feb;46(2):e54.
- Lovett, J.K. [et al.]. "Very early risk of stroke after a first transient ischemic attack". *Stroke* 2003;34:e138-e140.
- Mancia G, et al. "Guía de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007". *Rev. Esp Cardiol*. 2007; 60(9): 968.e1-968.e94.
- Mancia, G. [et al.]. "Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document". *Journal of Hypertension* 2009; 27:2121-2158
- Mantilla Morató, T. [et al.]. *Dislipemias: manejo de las dislipemias en atención Primaria*. Barcelona: semFYC, 2007.
- Marrugat, J. [et al.]. "Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada". *Rev. Esp. Cardiol*. 2003; 56: 253-61.
- Masana, L.; Plana, N. "Planificación del tratamiento de la hipercolesterolemia orientada a la obtención de objetivos". *Med. Clin*. 2005;124(3):108-10.
- Mitchel, P. [et al.]. "Brief psychosocial-behavioral intervention with antidepressant reduces poststroke depression significantly more than usual care with antidepressant: living well with stroke: randomized, controlled trial". *Stroke* 2009; 40(9): 3073-3078.
- Perk, J.; De Backer, G.; Gohlke, H.; Graham, I.; Reiner, Z.; Verschuren, M. [et al.]. European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR); ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). "European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)". *Eur Heart J* 2012 jul;33(13): 1635-701. doi: 10.1093/eurheartj/ehs092. Epub 2012 maig 3. Erratum in: *Eur Heart J*. 2012 Sep;33(17):2126.

- Rigau, D.; Álvarez-Sabin, J.; Gil-Núñez, A.; Abilleira, S.; Borrás, F.X.; Armario, P. [et al.]. "Guía de práctica clínica sobre prevención primaria y secundaria del ictus". *Medicina Clínica* 2009;133(19): 754-762.
- Rosamond, W.D. [et al.]. "Stroke incidence and survival among middle-aged adults: 9-year follow up of the atherosclerosis risk in communities cohort". *Stroke* 1999; 30: 736-743.
- Sacco RL. "Newer risk factors for stroke". *Neurology* 2001;57 (supl. 2):S31-S34.
- Singer, D.E. [et al.]. "Antithrombotic therapy in atrial fibrillation: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy". *Chest* 2004;126; 429S-456S.
- The Atrial Fibrillation Investigators. "The efficacy of aspirin in patients with atrial fibrillation: analysis of pooled data from 3 randomized trials". *Ach Intern Med* 1997; 157: 1237-1240.
- Vincenza Snow, M.D. [et al.]. "Management of new onset atrial fibrillation". *Ann Intern Med* 2003; 139(12): 1009-1017.
- Wang, Y.; Zhao, X.; Liu, L.; Wang, D.; Wang, C. [et al.]. CHANCE Investigators. "Clopidogrel with aspirin in acute minor stroke or transient ischemic attack". *N Engl J Med*. 2013;369:11-19.
- Yusuf, S.; Zhao, F.; Mehta, S.R.; Chrolavicius, S.; Tognoni, G.; Fox, K.K. "Clopidogrel in Unstable Angina to Prevent Recurrent Events Trial Investigators. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation". *N Engl J Med* 2001;345:494-502.

ATENCIÓ EN LA FASE AGUDA

- Alexandrov, A.; Schellinger, P.D.; Saqqur, M.; Barreto, A.; Demchuk, A.M., Ribo, M. [et al.] for the CLOTBUST and TUCSON Investigators. "Reperfusion and outcomes in Penumbra vs. systemic tissue plasminogen activator clinical trials". *Intern J Stroke & 2010 World Stroke Organization*. 2011, 118-122.
- Audebert, H.J.; Schultes, K.; Tietz, V.; Heuschmann, P.U.; Bogdahn, U.; Haberl, R.L. [et al.] for the Telemedical Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS). "Long-Term Effects of Specialized Stroke Care With Telemedicine Support in Community Hospitals on Behalf of the Telemedical Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS)". *Stroke* 2009;40:902-908.
- Barber, P.A.; Zhang, J.; Demchuk, A. [et al.]. "Why are stroke patients excluded from TPA therapy? An analysis of patient eligibility". *Neurology* 2001;56(8):1015-1020.
- Behme, D.; Gondecki, L.; Fiethen, S.; Kowoll, A.; Mpotsaris, A.; Weber, W. "Complications of mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke-a retrospective single-center study of 176 consecutive cases". *Neuroradiology* 2014;56:467-476.
- Berkhemer and MR CLEAN investigators. "A randomized trial of intrarterial treatment for acute ischemic stroke". *NEJM* 2015;372:11-20.
- Broderick, J.P.; Palesch, Y.Y.; Demchuk, A.M.; Yeatts, S.D.; Khatri, P.; Hill, M.D. [et al.]. "Endovascular therapy after intravenous t-pa versus t-pa alone for stroke". *The New England journal of medicine*. 2013;368:893-903.
- Bruno, A.; Connors, J.J.; Demaerschalk, B.M.; Khatri, P.; McMullan, P.W. Jr.; Qureshi, A.I. [et al.]; American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Clinical Cardiology. *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke*. 2013 mar;44(3):870-947. doi: 0.1161/STR.0b013e318284056a. Epub 2013 gener 31.
- Campbell and the EXTEND-IA investigators. "Endovascular Therapy for ischemic Stroke with Perfusion-Imaging Selection". *NEJM* 2015; 372: 1009-18.

- Chamorro A. "The shadow of ischemia: therapeutic window". *Neurología* 1999; 14 (supl. 4):35-40.
- Ciccone, A.; Valvassori, L.; Nichelatti, M.; Sgoifo, A.; Ponzio, M.; Sterzi, R. [et al.]. "Endovascular treatment for acute ischemic stroke". *NEJM* 2013; 368:904-913.
- Clark, W.M.; Wissman, S.; Albers, G.W. [et al.]. "Recombinant Tissue Type Plasminogen Activator (Alteplase) for ischemic Stroke 3 to 5 hours after symptom onset. The Atlantis Study: a randomized controlled trial". *JAMA* 1999;282:21,2019-2026.
- Cocho, D.; Belvis, R.; Martí-Fabregas, J. [et al.]. "Reasons for exclusion from thrombolytic therapy following acute ischemic stroke". *Neurology* 2005;64(4):719-720.
- Collaboration of the ESO-Karolinska Stroke update. *Consensus statement on mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke. ESMINT and ESNR 2014*. [En línia]: http://2014.strokeupdate.org/sites/default/files/Consensus_thrombectomy_ESO_Karolinska_ESMINT_ESNR_final.pdf
- De Keyser, J.; Gdovinova, Z.; Uyttenboogaart, M. [et al.]. "Intravenous alteplase for stroke: beyond the guidelines and in particular clinical situations". *Stroke* 2007;38(9):2612-8.
- Emberson, J.; Lees, K.R.; Lyden, P.; Blackwell, L.; Albers, G.; Bluhmki, E. [et al.]. "Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: A meta-analysis of individual patient data from randomised trials". *Lancet* 2014;384:1929-1935.
- Engelter, S.T.; Bonati, L.H.; Lyrer, P.A. "Intravenous thrombolysis in stroke patients of 80 years of age: a systematic review across cohort studies". *Age Ageing* 2006; 35: 572-580.
- Fesl, G.; Holtmannspoeetter, M.; Patzig, M.; Mayer, T.E.; Pfefferkorn, T.; Brueckmann, H. [et al.]. "Mechanical thrombectomy in basilar artery thrombosis: Technical advances and safety in a 10-year experience". *Cardiovasc Interv Radiol* 2014;37:355-361.
- Goyal and the ESCAPE investigators. "Randomized Assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke". *NEJM* 2015; 372: 1019-30.
- Hacke, W.; Brott, T.; Caplan, L. [et al.]. "Thrombolysis in acute ischemic stroke controlled trials and clinical experience". *Neurology* 1999,53 (7 supl. 4):S3.
- Hacke, W. [et al.] for the ECASS Investigators. "Thrombolysis with alteplase 3 to 4,5 hours after acute ischemic stroke". *N Engl J Med* 2008;359:1317-29.
- Hacke, W.; Kaste, M.; Fieschi, C. [et al.]. "Intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator for acute hemispheric stroke". The European Cooperative Acute Stroke Study (ECASS) *JAMA* 1995;274:1017-1025.
- Hacke, W.; Kaste, M.; Fieschi, C. [et al.]. "Randomised double blind placebo controlled trial of thrombolytic therapy with intravenous alteplase in acute ischaemic stroke (ECASS II)". Second European Australasian Acute Stroke Study Investigators. *Lancet* 1998;352:1245-1251.
- Handschu, R.; Scibor, M.; Wacker, A.; Stark, D.R.; Köhrmann, M.; Erbguth, F. [et al.]. "Feasibility of certified quality management in a comprehensive stroke care network using telemedicine: STENO Project". *Int J Stroke* 2014 agost 4. [Epub ahead of print].
- Indredavik, B. [et al.]. "Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial". *Stroke* 1991; 22: 1026-31.
- Jiménez, M.C.; Tur, S.; Legarda, I.; Vives, B.; Gorospe, A.; Torres, M.J. [et al.]. "Telemedicina aplicada al Ictus en las Islas Baleares: el proyecto Teleictus balear". *Rev. Neurol.* 2012;54(1):31-40.
- Johnston, C.; Worral, B.B. "Telerradiology assessment of computerized tomographs online reliability study (TRACTORS) for acute ischemic stroke evaluation". *Telemed J E Health* 2003;9:227-33.
- Khatri, P.; Yeatts, S.D.; Mazighi, M.; Broderick, J.P.; Liebeskind, D.S.; Demchuk, A.M. [et al.]. Time to angiographic

reperfusion and clinical outcome after acute ischaemic stroke: "An analysis of data from the interventional management of stroke (IMS III) phase 3 trial". *Lancet Neurol* 2014; 13:567-574.

- Kidwell, C.S.; Jahan, R.; Saver, J.L. "Endovascular treatment for acute ischemic stroke". *NEJN* 2013;368:2434-2435.
- Kumar, G.; Shahripour, R.B.; Alexandrov, A.V. "Recanalization of acute basilar artery occlusion improves outcomes: A meta-analysis". *J Neurointerv Surg*. 2014
- Kuntze Soderqvist, A.; Kaijser, M.; Soderman, M.; Holmin, S.; Wahlgren, N.; Andersson, T. "Mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke-experience from 6 years of practice". *Neuroradiology* 2014;56:477-486.
- Langhorne, P. [et al.] "Do stroke units save lives?" *Lancet* 1993; 342: 395-8.
- Levine, S.R.; Gorman, M. "Telestroke: the application of telemedicina for stroke". *Stroke* 1999; 30:464-469.
- Lorenzano, T.; Agnelli, G.; Guidetti, D. [et al.]. "Intravenous thrombolysis with rt-PA in acute ischemic stroke patients aged older than 80 years in Italy". *Cerebrovasc Dis* 2008;25(1-2):129-35.
- Martínez-Sánchez, P.; Miralles, A.; Sanz de Barros, R.; Prefasi, D.; Sanz-Cuesta, B.E.; Fuentes, B [et al.]. "The effect of telestroke systems among neighboring hospitals: more and better? The Madrid Telestroke Project". *J Neurol* 2014;261(9):1768-73.
- Meretoja, A.; Putaala, J.; Tatlisumak, T.; Atula, S.; Arto, V.; Curtze, S. [et al.]. "Off-label thrombolysis is not associated with poor outcome in patients with stroke". *Stroke* 2010;41:1450-58.
- Müller-Barna, P.; Schwamm, L.H.; Haberl, R.L. "Telestroke increases use of acute stroke therapy". *Curr Opin Neurol* 2012 Feb;25(1):5-10.
- Nagel S, Kellert L, Mohlenbruch M, Bosel J, Rohde S, Ringleb P. "Improved clinical outcome after acute basilar artery occlusion since the introduction of endovascular thrombectomy devices". *Cerebrovasc Diseases* 2013;36:394-400.
- Nelson, R.E.; Saltzman, G.M.; Skalabrini, E.S.; Demaerschalk, B.M.; Majersik, J.J. "The cost-effectiveness of telestroke in the treatment of acute ischemic stroke". *Neurology* 2011; 77: 1590-8.
- Pedragosa, A.; Álvarez-Sabín, J.; Rubiera, M.; Rodríguez-Luna, D.; Maisterra, O.; Molina, C. [et al.]. "Impact of telemedicine on acute management of stroke patients undergoing endovascular procedures". *Cerebrovasc Dis* 2012;34 (5-6):436-42.
- Pérez de la Ossa, N.; Carrera, D.; Gorchs, M.; Querol, M.; Millán, M.; Gomis, M. [et al.]. "Design and validation of a prehospital stroke scale to predict large arterial occlusion: the rapid arterial occlusion evaluation scale". *Stroke* 2014 gener;45(1):87-91. doi: 10.1161/STROKEAHA.113.003071. Epub 2013 nov. 26.
- Qureshi, A.I.; Abd-Allah, F.; Aleu, A.; Connors, J.J.; Hanel, R.A.; Hassan, A.E. [et al.]. "Endovascular treatment for acute ischemic stroke patients: Implications and interpretation of IMS III, MR rescue, and SYNTHESIS expansion trials: A report from the working group of international congress of interventional neurology". *J Vasc Interv Neurol* 2014; 7:56-75.
- Rubiera, M.; Ribo, M.; Santanmària, E.; Maisterra, O. [et al.]. "Is it time to reassess the SITS-MOST Criteria for thrombolysis? A comparison of patients with and without SITS-MOST exclusion criteria". *Stroke* 2009;40:2568-71.
- Schwamm, L.H.; Holloway, R.G.; Amarenco, P.; Audebert, H.J.; Bakas, T.; Chumbler, N.R. [et al.] American Heart Association Stroke Council; Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease. "A review of the evidence for the use of telemedicine within stroke systems of care: a scientific statement from the American Heart Association/American Stroke Association". *Stroke* 2009 Jul;40(7):2616-34.
- Shafqat, S.; Kvedar, J.C.; Guanci, M.M.; Chang, Y.; Schwamm, L.H. "Role of telemedicine in acute stroke. Feasibility and reliability of remote application of NIH Stroke Scale". *Stroke* 1999;30:2141-5.

- Strand, T. [et al.]. "A non-intensive stroke unit reduces functional disability and the need for long term hospitalization". *Stroke* 1985; 16: 29-34.
- Stroke Unit Trialists Collaboration. The Cochrane Library, 2005, Issue 1, Oxford.
- Switzer, J.A.; Levine, S.R.; Hess, D.C. Telestroke 10 Years Later-"Telestroke 2.0". *Cerebrovasc Dis* 2009; 28:323-330.
- Tanne, D.; Gorman, M.J.; Bates, V.E.; Kasner, S.E.; Piero, P.S. "Intravenous Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke in Patients Aged 80 Years and Older: The tPA Stroke Survey Experience". *Stroke* 2000;31;370-375.
- The National Institute of Neurological Disorders and Stroke, rTPA Study Group. "Tissue plasminogen activator or acute ischemic stroke". *N Engl J Med* 1995;333;1581-7.
- Torres, M.J.; Tur, S.; Jiménez, M.C. [et al.]. "Evaluación de demora extrahospitalaria en la atención al Ictus en Mallorca". LVIII Reunión de la Sociedad Española de Neurología. Comunicación oral.
- Villwock, M.R.; Singla, A.; Padalino, D.J.; Deshaies, E.M. "Acute ischaemic stroke outcomes following mechanical thrombectomy in the elderly versus their younger counterpart: A retrospective cohort study". *BMJ open*. 2014;4:e004480.
- Wahlgren, N.; Ahmed, N.; Davalos, A.; Ford, G.A. [et al.]. "Thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): an observational study". *Lancet* 2007;27:369(9558):275-82.
- Wahlgren, N.; Ahmed, N. [et al.]. "Thrombolysis with alteplase 3 to 4,5 hours after acute ischaemic stroke (SITS-ISTR): an observational study". *The Lancet* 2008;372:1303-09.
- Wardlaw, J.M. "Overview of Cochrane thrombolysis meta-analysis". *Neurology* 2001;57(2):S69-S76.

REHABILITACIÓ I REINSERCIÓ

- Carod-Artal, F.J. "Medición de la calidad de vida en supervivientes de un ictus" *Rev. Neurología* 1999;29(5):447-456.
- Conselleria de Salut d'Andalusia. Procesos Asistenciales Integrados. http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csaud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/listado_procesos?perfil=org
- European Stroke Organization (ESO) Executive Committee: ESO Writing Committee. "Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischemic attack 2008". *Cerebrovasc Dis*. 2008;25:457-507.
- Expósito Tradoa, J.A.; Martínez-Sahuquillo Amuedoa, M.E.; Echevarría Ruiz de Vargas, C. "Indicadores de calidad en Rehabilitación". *Rehabilitación* 2009;43(3):131-7.
- Hacke, W.; Kaste, M.; Skyhoj Olsen, T.; Bogousslavsky, J.; Orgogozo, J.M. "Acute treatment of ischemic stroke. European Stroke Initiative (EUSI)". *Cerebrovasc. Dis* 2000;10(3):22-33.
- Jogensen, H.S.; Nakayam, H.; Reith, J. "Stroke recurrence. Predictors, severity, and prognosis. The Copenhagen stroke study". *Neurology* 1997;48:891-5.
- Kalra, L.; Evans, A.; Pérez, I.; Melbourn, A.; Patel, A.; Knapp, M. [et al.]. "Training caregivers of stroke patients: Randomised controlled trial". *BMJ* 2004;328:1099-103.
- Lees, K.R.; Bath, P.M.; Naylor, A.R. "Secondary prevention of transient ischemic attack and stroke". *BMJ* 2000;320:991-4.
- New Zealand Guidelines Group (Nzgg) Life after stroke. *New Zealand guideline for management of stroke*. Wellington (New Zealand): New Zealand Guidelines Group (NZGG); 2003.
- Royal College of Physicians (RCP): The intercollegiate working party. *National clinical guidelines for stroke*. Londres (RegneUnit): RCP; 2004.

- San Cristobal Velasco, E.; Solano Jaurrieta, J.J. "Unidades de ictus: estructura, actividad, eficacia y eficiencia". *Revista Española de Geriátria y Gerontología* 2000;35(6):15-22.
- Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. "Rehabilitación del ictus: modelo asistencial". *Rehabilitación* 2020;44(1):60- 68, 2009.

ICTUS EN SITUACIONS ESPECIALS

- Álvarez-Sabin, J.; Alonso de Leciñana, M.; Gállego, J. [et al.]. "Plan de atención sanitaria al Ictus". *Neurología* 2006;21:717-6.
- Audebert, H.J.; Kukla, C.; Clarmann von C.S. [et al.]. "Telemedicine for safe and extended use of thrombolysis in stroke: the Telemedic Pilot Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS) in Bavaria". *Stroke* 2005;36:287-91.
- Audebert, H.J.; Kukla, C.; Vatankeh, B. [et al.]. "Comparison of tissue plasminogen activator administration management between Telestroke Network hospitals and academic stroke centers: the Telemedical Pilot Project for Integrative Stroke Care in Bavaria/Germany". *Stroke* 2006;37:1822-7.
- Audebert, H.J.; Schenkel, J.; Heuschmann, P.U.; Bogdahn, U.; Haberl, R.L. "Effects of the implementation of a telemedical stroke network: the Telemedic Pilot Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS) in Bavaria, Germany". *Lancet Neurol* 2006;5:742-8.
- Audebert, H. "Telestroke: effective networking". *Lancet Neurol* 2006;5:279-82.
- Audebert, H.J., Wimmer, M.L.; Hahn, R. [et al.]. "Can telemedicine contribute to fulfill WHO Helsingborg Declaration of specialized stroke care?" *Cerebrovasc Dis* 2005;20:362-9.
- Bigi, S.; Fischer, U.; Wehrli, E.; Mattle, H.P.; Boltshauser, E.; Bürki, S. [et al.]. Acute Ischemic Stroke in Children versus Young Adults. *Ann Neurol* 2011;70:245–254.
- Bushnell, C.; McCullough, L.D.; Awad, I.A., Chireau, M.V., Fedder, W.N.; Furie, K.L. [et al.] American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Epidemiology and Prevention; Council for High Blood Pressure Research. "Guidelines for the prevention of stroke in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association". *Stroke*. 2014 maig;45(5):1545-88. doi: 10.1161/01.str.0000442009.06663.48. Epub 2014 febrer 6. Erratum in *Stroke*. 2014 oct.;45(10):e214. *Stroke*. 2014 maig;45(5):e95.
- Bushnell, C.D.; Reeves, M.J.; Zhao, X.; Pan, W.; Prvu-Bettger, J.; Zimmer, L. [et al.]. "Sex differences in quality of life after ischemic stroke". *Neurology*. 2014 18;82(11):922-31. doi: 10.1212/WNL.0000000000000208. Epub 2014 febrer 7.
- Direcció General de Planificació i Finançament. "Estratègia de cures pal·liatives de les Illes Balears 2009-2014". Conselleria de Salut i Consum, 2009.
- Evers, S.; Struijs, J.; Ament, A.; van Genugten, M.; Jager, J.; van den Bos, G. "International comparison of stroke cost studies". *Stroke* 2004;35:1209-15.
- Handschu, R.; Littmann, R.; Reulbach, U. [et al.]. "Telemedicine in emergency evaluation of acute stroke: interrater agreement in remote video examination with a novel multimedia system". *Stroke* 2003;34:2842-6.
- Hess, D.C.; Wang, S.; Hamilton, W. [et al.]. "REACH: clinical feasibility of a rural telestroke network". *Stroke* 2005;36:2018-20.
- Hess, D.C.; Wang, S.; Gross, H.; Nichols, F.T.; Hall, C.E.; Adams, R.J. "Telestroke: extending stroke expertise into underserved areas". *Lancet Neurol* 2006;5:275-8.
- Holloway, R.G.; Arnold, R.M.; Creutzfeldt, C.J.; Lewis, E.F.; Lutz, B.J.; McCann, R.M. [et al.] American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Clinical Cardiology. "Palliative and end-of-life care in stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American

Stroke Association". *Stroke*. 2014 juny;45(6):1887-916. doi: 10.1161/ STR.0000000000000015. Epub 2014 març 27.

- Huici-Sánchez, M.; Escuredo-Argulló, L.; Trenchs- Sáinz de la Maza, V.; Luaces-Cubells, C. "Enfermedad cerebrovascular en pediatría. Experiencia de un servicio de urgencias". *Rev. Neurol.* 2014; 59: 106-10.
- Institut Nacional d'Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2009. Madrid: INE, 2009.
- Johnston, K.C.; Worrall, B.B. Teleradiology "Assessment of Computerized Tomographs Online Reliability Study (TRACTORS) for acute stroke evaluation". *Telemed J E Health* 2003;9:227-33.
- Rigo, F.; Frontera, G.; Llobera, J. [et al.] "Prevalence of cardiovascular risk factors in the Balearic Islands". *Rev. Esp. Cardiol.* 2005;58:1411-9.
- Shafqat, S.; Kvedar, J.C.; Guanci, M.M.; Chang, Y.; Schwamm, L.H. "Role for telemedicine in acute stroke. Feasibility and reliability of remote administration of the NIH stroke scale". *Stroke* 1999;30:2141-5.
- *Stroke Unit Trialists Collaboration*. The Cochrane Library, 2005, Issue 1, Oxford.
- The National Institute of Neurological Disorders and Stroke, rTPA Study Group; "Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke". *N Engl J Med* 1995;333:1581-7.
- Torres, M.J.; Tur, S.; Jiménez, M.C. [et al.]. "Evaluación de demora extrahospitalaria en la atención al ictus en Mallorca". LVIII Reunión de la Sociedad Española de Neurología. Comunicación oral.
- Wang, S.; Lee, S.B.; Pardue, C. [et al.]. "Remote evaluation of acute ischemic stroke: reliability of National Institutes of Health Stroke Scale via telestroke". *Stroke* 2003;34:e188-e191.
- World Health Organization. *The Atlas of disease cardiovascular and stroke*. Geneva: WHO; 2004. [En línia]: http://who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en
- World Health Organization. Estudio CGB Europa. "Global Burden of Disease 2000: versión 2, methods and results". Geneva: WHO; 2000. Discussion paper 50. <<http://www3.who.int/whosis/discussion-papers>>.

PROMOCIÓ D'ESTILS DE VIDA SALUDABLES I PREVENCIÓ PRIMÀRIA I SECUNDÀRIA

- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. *Guía de práctica clínica sobre la prevención primaria y secundaria del ictus*. Madrid: Ministerio de Sanitat, Política Social i Igualtat, 2009. p. 136.
- Albers GW, et al. "Transient ischemic attack: proposal for a new definition". *N Engl J Med*. 2002; 347: 1713-6.
- Almendral Garrote, J. [et al.]. "Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en arritmias cardíacas". *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 307-367.
- Amarenco, P. [et al.]. "High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack". *NEJM* 2006;355 (6):549-559.
- Albers, G.W. [et al.] "Transient ischemic attack: proposal for a new definition". *N Engl J Med*. 2002; 347: 1713-6.
- American Diabetes Association. "Standards of medical care in diabetes 2011". *Diabetes Care* 2011; vol. 34, supl. 1, gener 2011.
- Antithrombotic Trialists' Collaboration. "Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction and stroke in high risk patients". *BMJ* 2002; 324: 71-86.
- Bath, P.M.W.; Gray, L.J. "Association between hormone replacement therapy and subsequent stroke: a meta-analysis". *BMJ* 2005;330-342.
- Brass, L.M. "Hormone replacement therapy and stroke: clinical trials review". *Stroke* 2004;35:2644-2647.
- CAPRIE Steering Committee. "A randomized, blinded trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischemic events". *Lancet* 1996; 348:1329-1339.

- Chamorro, A. "The shadow of ischemia: therapeutic window". *Neurología* 1999; 14 (supl. 4):35-40.
- Coull, A.J.; Lovett, J.K.; Rothwell, P.M. "A population based study of the early risk of stroke after a transient ischemic attack or minor stroke: implications for public education and organization of services". *BMJ* 2004; 328:326-328.
- Diener, H.C. [et al.]. "Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischemic stroke or transient ischemic attack in high-risk patients (MATCH): randomized, double-blind, placebo-controlled trial". *Lancet* 2004; 364: 331-337.
- Díez Tejedor, E. [ed.]. *Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus*. Barcelona: Societat Espanyola de Neurologia, 2006. p. 148.
- Ezekowitz, M.D. [et al.]. "Warfarin in the Prevention of Stroke Associated with Nonrheumatic Atrial Fibrillation". *NEJM* 1992; 327: 1406-1412.
- Fuster, V. [et al.]. "ACC/AHA/ESC: guía de práctica clínica 2006 para el manejo de pacientes con fibrilación auricular". *Rev. Esp. Cardiol.* 2006;59(12):1329.e1-e65.
- Gabriel Sánchez, R.; Sánchez Gómez, L.M.; Carmona, L.; Roqué i Figuls, M. Bonfill Cosp, X. "Hormone replacement therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD002229. DOI:10.1002/14651858.CD002229.pub2.
- Gage, B.F. [et al.]. "Validation of clinical classification schemes for predicting strokes: results from de National Registry of Atrial Fibrillation". *JAMA* 2001; 285:2864-70.
- Hankey, G.J. "Ongoing and planned trials of antiplatelet therapy in the acute and long-term management of patients with ischemic brain syndromes: setting a new standard of care". *Cerebrovasc Dis* 2004; 117 (suppl3): 11-16.
- Indredavik, B. [et al.]. "Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial". *Stroke* 1991; 22: 1026-31.
- Johnston, S. [et al.]. "Short-term prognosis after emergency department diagnosis of TIA. *JAMA* 200;284:2901-2906.
- Langhorne, P. [et al.]. "Do stroke units save lives?" *Lancet* 1993; 342: 395-8.
- Lovett, J.K. [et al.]. "Very early risk of stroke after a first transient ischemic attack". *Stroke* 2003;34:e138-e140.
- Mancia, G. [et al.]. "Guía de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007". *Rev. Esp. Cardiol.* 2007; 60(9): 968.e1-968.e94.
- Mancia, G. [et al.]. "Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document". *Journal of Hypertension* 2009; 27:2121-2158.
- Mantilla Morató, T. [et al.]. "Dislipemias: manejo de las dislipemias en Atención Primaria". Barcelona: semFYC, 2007.
- Marrugat, J. [et al.]. "Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada". *Rev. Esp. Cardiol.* 2003; 56: 253-61.
- Masana, L.; Plana, N. "Planificación del tratamiento de la hipercolesterolemia orientada a la obtención de objetivos". *Med Clin* 2005;124(3):108-10.
- Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. *Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud*. 2009.
- Mitchel, P. [et al.]. "Brief psychosocial-behavioral intervention with antidepressant reduces poststroke depression significantly more than usual care with antidepressant: living well with stroke: randomized, controlled trial". *Stroke* 2009; 40(9): 3073-3078.
- Organització Mundial de la Salut. *Previsiones de cambio en la población*, 2002.
- Rigo [et al.]. "Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en las Islas Baleares (estudio CORSAIB)". *Rev. Esp. Cardiol.* 2005; 58(12): 1411-9.

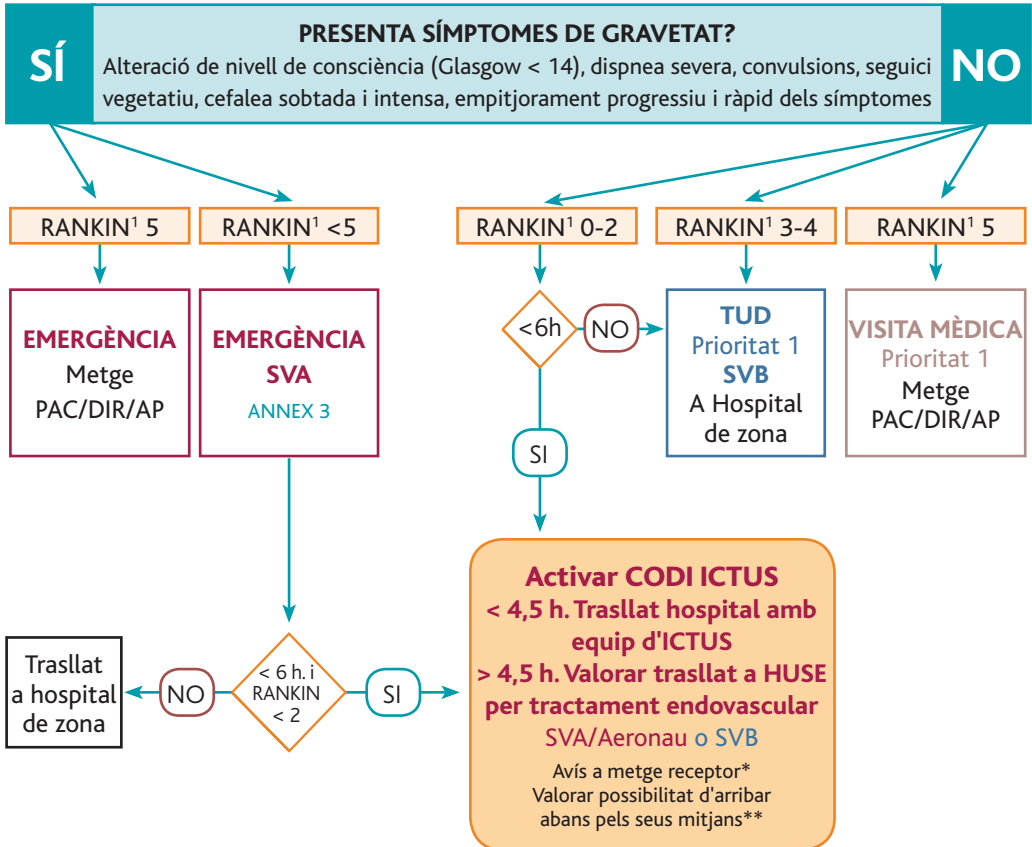
- Rodríguez, T. [et al.] *Riesgo cardiovascular: guía de actuación en atención primaria*. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, 2006.
- Rosamond, W.D. [et al.] "Stroke incidence and survival among middle-aged adults: 9-year follow up of the atherosclerosis risk in communities cohort". *Stroke* 1999; 30: 736-743.
- Sacco, R.L. "Newer risk factors for stroke". *Neurology* 2001;57(supl. 2):S31-S34.
- Saxena, R.; Koudstaal, P.J. "Anticoagulants for preventing stroke in patients with nonrheumatic atrial fibrillation and a history of stroke or transient ischemic attack". *Stroke* 2004; 35: 1647-1651.
- Singer, D.E. [et al.]. "Antithrombotic therapy in atrial fibrillation: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy". *Chest* 2004;126; 429S-456S.
- Soler, A. [coord.]. "Tratamiento antiagregante en pacientes con riesgo vascular". A: Guía Farmacoterapéutica interniveles de las Islas Baleares. Palma: Servei de Salut de les Illes Balears, 2009.
- Strand, T. [et al.]. "A non-intensive stroke unit reduces functional disability and the need for long term hospitalization". *Stroke* 1985; 16: 29-34.
- The Atrial Fibrillation Investigators. "The efficacy of aspirin in patients with atrial fibrillation: analysis of pooled data from 3 randomized trials". *Ach Intern Med* 1997; 157: 1237-1240.
- Vincenza Snow, M.D. [et al.]. "Management of new onset atrial fibrillation". *Ann Intern Med* 2003; 139(12): 1009-1017.

5. ANNEXOS:

ANNEX I: ALGORITME DEL CODI ICTUS I ANNEXOS DEL MANUAL DE PROCEDIMENT DEL CENTRE COORDINADOR 061.

ALGORISME CCUM 061 davant sospita d'ICTUS

Demanda: Alertant (ANNEX 1) o metge d'AP



CCUM: Centre Coord. D'Urgències Mèdiques SVA: Unitat de Suport Vital Avançat

TUD: Transport Urgent Diferit* Des del CCUM 061 s'avisarà al Neuròleg o Intensivista de l'equip d'Ictus.

** Situació extraordinària. Sempre amb acompanyants i en absència de criteris de gravetat o inestabilitat

¹ Escala de Rankin. Qualitat de vida (ANNEX 2)

ANNEX 1

INTERROGATORI TELEFÒNIC ICTUS PER METGE REGULADOR 061

1-Temps d'evolució: Hora de començament dels símptomes. Darrera vegada que el van veure asimptomàtic.

2- Valorar:

- a) Pèrdua del coneixement?*
- b) ¿Dèficit motor en extremitats?
- c) Formiguejos, rampes o esponjament en extremitats o cara? *
- d) Diplopia o ceguesa mono-ocular?
- e) Símptomes de vertigen central?
- f) Alteració del comportament?*
- g) Mal de cap d'aparició sobtada, nàusees, vòmits?

*Intentar descartar hipoglucèmia, tòxics i malalties psiquiàtriques.

3- Situació Prèvia: Escala de "RANKIN MODIFICADA"

ANNEX 2

ESCALA DE RANKIN DE QUALITAT DE VIDA

0 Sense símptomes.

1 Sense incapacitat important. Capaç de realitzar les seves activitats i obligacions habituals.

2 Incapacitat lleu. Incapaç de realitzar algunes de les seves activitats prèvies, però capaç de vetllar pels seus interessos i assumptes sense ajuda.

3 Incapacitat moderada. Símptomes que restringeixen significativament el seu estil de vida o impedeixen la seva subsistència totalment autònoma.

4 Incapacitat moderadament greu. Símptomes que impedeixen clarament la seva subsistència independent, encara que sense necessitat d'atenció continuada.

5 Incapacitat greu. Totalment dependent, necessitant assistència constant dia i nit.

6 Mort.

ANNEX 3

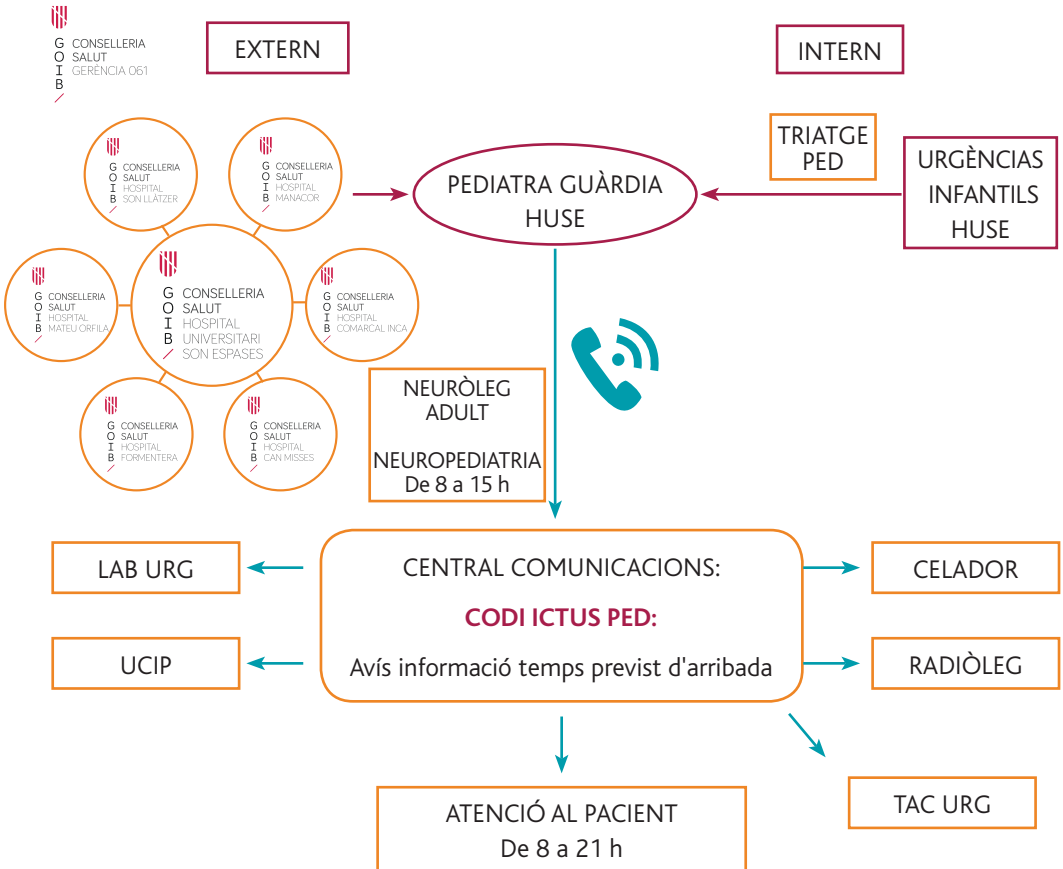
MANEIG A LA UNITAT DE SVA

- 1) Protocol A;B;C. Monitorització TA, FC, i pulsioximetria.
- 2) Oxigen a baix flux, només si necessita ($SpO_2 < 95\%$).
- 3) Via perifèrica en extremitat no afecta (S. fisiol 0,9%) no administrar S. glucosat llevat hipoglucèmia.
- 4) Intentar mantenir nivells de glucèmia entre 70 i 155 mg/dL.
- 5) Si TA $> 185/105$, valorar tractament (Labetalol 10 mg o Urapidil 25 mg ev.) evitar caigudes brusques i superiors al 20%.
- 6) Evitar hipertèmies, tractar si temperatura $> 37,5^\circ\text{C}$ (paracetamol o metamizol ev.).
- 7) Evitar maniobres invasives llevat necessitat.
- 8) No administrar antiagregants ni anticoagulants.
- 9) Confirmar temps d'evolució dels símptomes i cridar al metge coordinador.
- 10) El familiar o acompanyant ha d'acudir a l'hospital per facilitar el consentiment informat.

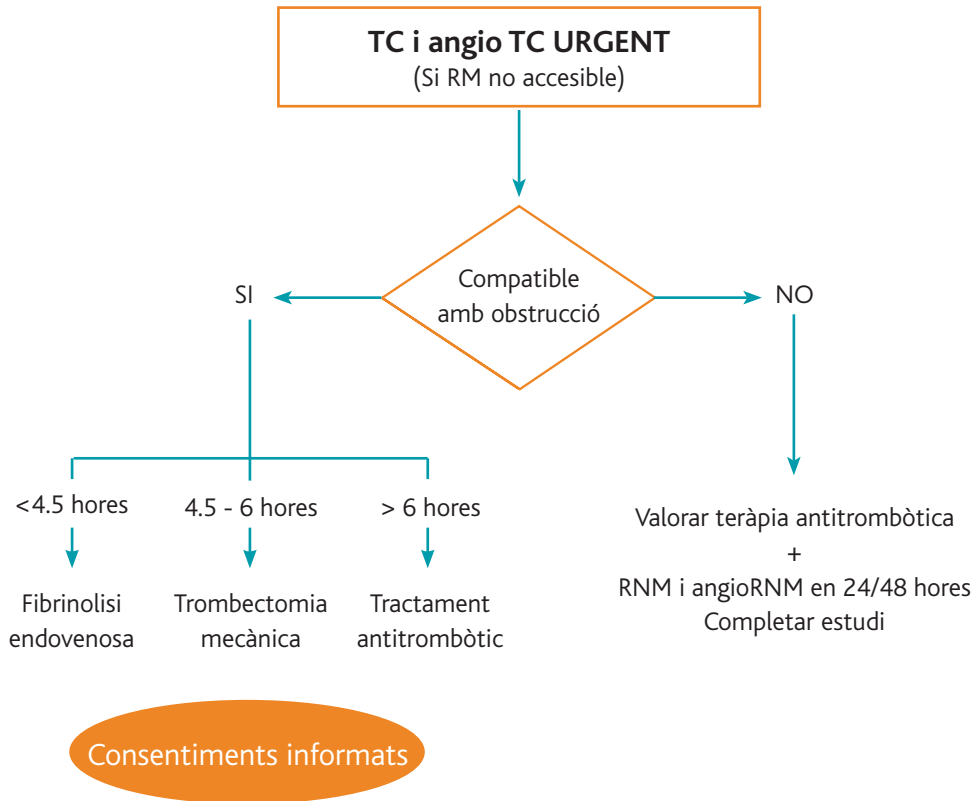
MANEIG A LA UNITAT DE SVB

- 1) Protocol A;B;C. Monitorització SpO_2 , TA, FC, temperatura i glucèmia.
- 2) Realitzar examen físic seguint escala de Cincinnati.
- 3) Oxigen a baix flux, només si necessita ($SpO_2 < 95\%$).
- 4) Posar-lo en decúbit supí amb elevació de cap 30° ; si vomita PLS i aspiració si cal. Dieta absoluta, No administrar medicació.
- 5) Confirmar temps d'evolució dels símptomes i cridar al metge coordinador.
- 6) Dur sempre familiar acompanyant.

ANNEX II. ORGANIGRAMA CODI ICTUS PEDIÀTRIC



ANNEX III. ESQUEMA GENERAL DE MANEIG DE L'ICTUS ISQUÈMIC POSTNATAL



ESTRATÈGIES

DE SALUT ILLES BALEARS

