

ESTRATEGIA

DE ICTUS
DE LAS ILLES BALEARS
2017-2021



G O I B
CONSELLERIA
SALUT

ESTRATEGIA

DE ICTUS
DE LAS ILLES BALEARS
2017-2021

ESTRATEGIA

DE ICTUS
DE LAS ILLES BALEARS
2017-2021

Edita

Dirección General de Planificación,
Evaluación y Farmacia
Consejería de Salud

Dirección de la Estrategia

Dirección General de Planificación,
Evaluación y Farmacia

Coordinación de la Estrategia

Carmen Jiménez Martínez

Autores (por orden alfabético)

Silvia Aguilar Domenjo

Médico especialista en medicina
física y rehabilitación
Servicio de Rehabilitación – Hospital
Universitario Son Espases

Pablo Álvarez Lois

Médico especialista en medicina de
familia y comunitaria.
Responsable de SUAP de
S'Escorxador
Servicio de Salud de les Illes Balears

Carmen Buen Ruiz

Médico especialista en medicina
física y rehabilitación
Servicio de Rehabilitación. Hospital
Son Llàtzer.

Elena Cabeza Irigoyen

Médico especialista en
epidemiología y salud pública
Dirección General de Salud Pública y
Consumo. Consejería de Salud

Juan Carlos Cámara Rubio

En la figura del paciente informado

Carlos Campillo Artero

Médico especialista en
epidemiología y salud pública
Servicio de Salud de las Illes Balears

Eusebi J. Castaño Riera

Médico especialista en pediatría
Cap del servicio de Planificación
Sanitaria
Dirección general de Planificación,
Evaluación y Farmacia.

Micaela Comendeiro Maaløe

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

Pablo Dávila González

Médico especialista en neurología
Servicio de Neurología Hospital de
Manacor

M. Àngels Farreny Balcells

Médico especialista en medicina
física y rehabilitación
Jefe de Servicio de Rehabilitación
Hospital Son Llàtzer

Antoni Figuerola Roig

Médico especialista en neurología
Servicio de Neurología Hospital Son
Llàtzer

Amalia Gómez Nadal

Médico especialista en medicina de
familia y comunitaria
Centro de Salud Coll d'en Rabassa
GAP-Mallorca
Servicio de Salud de las Illes Balears

Ernesto Hernández Migenes

Médico especialista en medicina de
la educación física y el deporte
SAMU 061-Servicio de Salud de las
Illes Balears

Carmen Jiménez Martínez

Médico especialista en neurología
Jefe de sección Servicio de
Neurología Hospital Universitario
Son Espases.
Coordinadora de la Estrategia de
Ictus de las Illes Balears

Inés Legarda Ramírez

Médico especialista en neurología
Servicio de Neurología –Hospital
Universitario Son Espases

Elena Miravet Fuster

Médico especialista en neuropediatría
Servicio de pediatría-Hospital
Universitario Son Espases

Tomás Rodríguez Ruiz

Médico especialista en medicina de
familia y comunitaria
Centro de Salud de Son Ferriol
GAP-Mallorca
Servicio de Salud de las Illes Balears

Antoni Truyols Bonet

Médico especialista en medicina
interna
Unidad de Convalecencia Ictus-
Hospital General

Susana Sánchez Pérez

Médico especialista en cuidados
intensivos
Hospital Mateu Orfila

Revisores

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

**Relación de miembros del
Comité Técnico de la Estrategia
de Ictus de las Illes Balears
actualizado 21 de septiembre
de 2016**

Elena Cabeza Irigoyen
Dirección general de Salud Pública y
Participación

Carlos Campillo Artero
Servicio de Salud de las Illes Balears

Eusebi J. Castaño Riera
Dirección General de Planificación,
Evaluación y Farmacia

Pablo Dávila González
Hospital de Manacor

Guillermo Esteban Miedes
Hospital Universitario Son Espases

M. Àngels Farrerney Balcells
Hospital Son Llàtzer

Antoni Figuerola Roig
Hospital Son Llàtzer

Ernesto Hernández Migenes
SAMU 061

Carmen Jiménez Martínez
Hospital Universitario Son Espases.
Coordinadora

Inés Legarda Ramírez
Hospital Universitario Son Espases

José Luís Parajuá Pozo
Hospital Can Misses

Tomás Rodríguez Ruiz
Servicio de Salud de las Illes Balears

Susana Sánchez Pérez
Hospital Mateu Orfila

Antoni Truyols Bonet
Hospital General

Juan Carlos Cámara
En la figura del paciente informado

Enric Benito Oliver
Coordinador Estrategia de Cuidados
Paliativos

Elena Miravet Fuster
Hospital Universitario Son Espases

Angélica Miguélez Chamorro
Servicio de Salud de las Illes Balears

Rosa Elena Duro Robles
Servicio de Salud de las Illes Balears

Francisco J. Morado Xumet
Servicio de Salud de las Illes Balears

Benito Pròsper Gutiérrez
Dirección General de Planificación,
Evaluación y Farmacia

**Agradecimientos a anteriores
miembros del Comité Técnico**

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
María Magdalena Crespi Bennassar
Ángel Gómez Roig
Alfredo Sebastian García
Vicente Juan Verger
Matilde M^a Lluïl Sarraalde
Joan Pou Bordoy

**Declaración de conflicto de
intereses**

Este documento se ha podido
realizar gracias al acuerdo de
colaboración con Boehringer
Ingelheim España S.A. y con el
Instituto de Ciencias de la Salud de
Aragón. Ambas instituciones no han
participado en la elaboración de los
contenidos que son responsabilidad
exclusiva de los autores.

**Aclaración sobre la utilización
de lenguaje no sexista**

El presente texto utiliza la fórmula
del "masculino genérico" para
designar a personas o grupos
de personas. Se debe entender
que en estos casos se refiere
indistintamente al género femenino
y masculino.

Esta figura pretende facilitar la
lectura del mismo y evitar dobles
expresiones que pueden llegar a
hacer incomprensible el texto. En
ningún caso se ha pretendido que el
sexo masculino tenga preeminencia
sobre el sexo femenino.

Se ha empleado sin embargo la
palabra "enfermera" para hacer
referencia al colectivo tanto de
enfermeras como de enfermeros,
dado su arraigo en el lenguaje tanto
oral como escrito.

Diseño gráfico:
Verbigrafía SL

Primera edición
Mayo 2017

ISBN: 978-84-697-3228-1

ÍNDICE

| | | |
|----------|---|-----------|
| | <u>PRESENTACIÓN</u> | <u>6</u> |
| 1 | <u>ASPECTOS GENERALES</u> | <u>8</u> |
| | 1.1 INTRODUCCIÓN | 8 |
| | 1.2 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL ICTUS EN LAS ILLES BALEARS | 12 |
| 2 | <u>MISIÓN, OBJETIVO PRINCIPAL, VALORES Y MODELO</u> | <u>29</u> |
| 3 | <u>DESARROLLO ÁREAS DE INTERÉS ESTRATÉGICO</u> | <u>31</u> |
| | AIE 1. RESPETAR LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR UN ICTUS. | 31 |
| | AIE 2. PROMOCIÓN DE ENTORNOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA | 34 |
| | AIE 3. ATENCIÓN EN LA FASE AGUDA | 43 |
| | AIE 4. REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN | 56 |
| | AIE 5. ICTUS Y SITUACIONES ESPECIALES: | |
| | ICTUS Y MUJER | 66 |
| | ICTUS EN LA EDAD PEDIÁTRICA | 67 |
| | ICTUS Y LA SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA | 68 |
| | AIE 6. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN | 69 |
| | AIE 7. EVALUACIÓN | 72 |
| 4 | <u>BIBLIOGRAFÍA</u> | <u>73</u> |
| 5 | <u>ANEXOS</u> | <u>84</u> |

PRESENTACIÓ

Patricia Gómez Picard
Consejera de Salud

Es un honor para mí poder presentar la *Estrategia de Ictus de las Illes Balears*. Esta estrategia representa adaptación a la realidad, características y necesidades propias de nuestra comunidad autónoma de la Estrategia de Ictus del Sistema Nacional de Salud, impulsada por el Ministerio de Sanidad y Política Social,

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen uno de los principales problemas de salud de la actualidad por su alta morbilidad y mortalidad. Así, estas enfermedades son la segunda causa de mortalidad en población general y la primera en mujeres; además de la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia. La adecuada gestión de los recursos sanitarios constituye un elemento clave para un abordaje eficiente de esta patología que asegure la accesibilidad y proporcione los tratamientos y cuidados más adecuados en cada caso.

Los objetivos fundamentales de esta estrategia son, por un lado mejorar el pronóstico mediante un abordaje adecuado y, por otro, proporcionar las prestaciones y cuidados adecuados a cada caso y en cada fase del ictus. No debemos olvidar que se trata de una patología que puede condicionar importante secuelas y distintos grados de discapacidad y dependencia. Todas estas necesidades deben encontrar una respuesta por parte del sistema, que, además, debe asegurar su sostenibilidad. Por otra parte, es imprescindible establecer estrategias de prevención así como fomentar la promoción de hábitos de vida saludables en la población como pilares básicos para reducir la incidencia del Ictus.

En la estrategia se recogen una serie de acciones que se han considerado prioritarias en relación a la atención al Ictus en nuestra Comunidad Autónoma en los próximos años. Una vez publicado el documento se debe iniciar el proceso de implementación de todas estas acciones que darán continuidad a todos los procesos que desde hace años se llevan a cabo en esta materia y contribuirán a mejorar todos los aspectos relativos a la atención de las personas con Ictus en las Illes Balears

Me gustaría destacar especialmente el área de interés estratégico uno, en la que establecen acciones encaminadas a respetar los derechos de las personas con Ictus. En este apartado ha sido fundamental la colaboración de la figura del paciente experto. Se trata de una persona afectada por un Ictus que, por medio de sus reflexiones, algunas de las cuales se recogen literalmente en el texto de la estrategia, ha contribuido a dar una visión distinta a la de los profesionales. Estas reflexiones, basadas en su experiencia y sus necesidades sentidas a lo largo del proceso han enriquecido notablemente el presente documento.

Para concluir, me gustaría dedicar unas palabras de agradecimiento a todas aquellas personas que han colaborado en la elaboración de esta estrategia, profesionales de los diferentes centros y servicios que, de manera altruista, han puesto sus conocimientos y experiencia al servicio de este proyecto.

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares en su conjunto, constituyen unas de las principales patologías con implicaciones socio-sanitarias en España, y por ende en las Illes Balears. Son la segunda causa de mortalidad en población general y la primera en mujeres; además de la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia. Se trata de un problema de salud de primera magnitud cuyo abordaje requiere de una organización eficiente de los recursos sanitarios disponibles con el fin de asegurar la accesibilidad y la correcta aplicación de los tratamientos y cuidados.

El *Grupo de Estudio de las Enfermedades Vasculares Cerebrales de la Sociedad Española de Neurología* recomienda la utilización del término "ictus" para hacer referencia, de forma genérica, a la isquemia cerebral, la hemorragia intracraneal y la hemorragia subaracnoidea. Hablamos, por tanto, de aquellos trastornos bruscos del flujo sanguíneo, por obstrucción o rotura de un vaso sanguíneo cerebral, que alteran de forma transitoria o permanente la función de alguna de las regiones del encéfalo. Con la lesión del vaso sanguíneo, la circulación se interrumpe y las células nerviosas del área del cerebro afectada no reciben oxígeno, dejan de funcionar y mueren transcurridos unos minutos.

El ictus es una enfermedad compleja, considerada una emergencia médica, que precisa de la aplicación de medidas adecuadas de soporte vital y de un proceso diagnóstico y terapéutico iniciales llevados a cabo por especialistas en ictus a la mayor brevedad posible. La lesión cerebral se pone de manifiesto de manera repentina, a través de unos síntomas u otros dependiendo de la zona afectada, pudiendo ser permanente, ocasionando una discapacidad, o incluso llegando a provocar el fallecimiento de la persona. Aún si la persona afectada sobrevive, la enfermedad cerebrovascular comportará un riesgo vascular elevado para el resto de su vida que exigirá unas exquisitas medidas de prevención secundaria, además del cuidado de la posible discapacidad asociada. Por otra parte, coexistirá el riesgo de sufrir una complicación o problema de salud añadido, como el Alzheimer, que irá intensificándose a medida que la edad supere los 65 años.

En Europa, el ictus ocupa el segundo lugar en cuanto a carga de enfermedad, siendo responsable del 6,8% de los AVAD¹; ocasionando la pérdida de muchos años de vida laboral e impactando gravemente en la vida personal y familiar de los afectados. En definitiva, la persona que sufre un ictus se convierte en un enfermo crónico con la necesidad de ser atendido desde una perspectiva pluridisciplinar en la que su propia implicación y su autocuidado resultarán imprescindibles.

1 Años de vida ajustados por discapacidad

No obstante, la evolución histórica del tratamiento del ictus evidencia como la intervención precoz de neurólogos con experiencia en enfermedades cerebrovasculares mejora la evolución de los pacientes, reduce la probabilidad de muerte, las secuelas que provoca la enfermedad y, consecuentemente, los costes del proceso.

A nivel nacional, el mencionado *Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares* publicó, en el año 2006, el *Plan de Atención Sanitaria del Ictus* (PASI) con el objetivo de proponer un sistema organizativo de atención al ictus que diese respuesta a las necesidades de cada enfermo al tiempo que permitiese optimizar la utilización de los recursos sanitarios y garantizase así la equidad en la atención sanitaria al ictus. Años más tarde, fruto del consenso entre Comunidades Autónomas, colectivos de profesionales y enfermos y Sociedades Científicas, el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo, en el marco del *Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud*, aprobó el 26 de noviembre de 2008, en el seno del *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*, la puesta en marcha de la *Estrategia Nacional en Ictus del Sistema Nacional de Salud*. Se logró así recoger un documento consensuado que refleja en qué consiste la atención integral al ictus al tiempo que muestra una imagen de cuál era la situación en España en términos epidemiológicos, de provisión de servicios, de estructuras de atención y buenas prácticas. En dicho documento se establecen las líneas de actuación estratégicas determinando los objetivos y las acciones a llevar a cabo por las Comunidades Autónomas para mejorar la actuación ante el ictus en todas sus fases, desde la promoción de la salud y la prevención primaria hasta la rehabilitación y reinserción en la vida cotidiana, pasando por la ineludible atención a la fase aguda y unificarla en todo el territorio español.

El documento de esta Estrategia a nivel nacional recoge en gran medida el tipo de modelo organizativo propuesto en el PASI en el año 2006. Sin embargo, la aparición de avances en el tratamiento de la fase aguda del ictus a medida que va transcurriendo el tiempo, sugirió la necesidad de realizar una revisión publicándose, en el año 2010, el PASI II. Por otra parte, en el año 2011 da comienzo a la recogida de datos y realización de análisis para llevar a cabo la primera evaluación de la *Estrategia Nacional en Ictus del SNS* haciéndose públicos sus resultados en el año 2013. En la actualidad está en marcha la tercera versión del PASI y la actualización de la Estrategia Nacional.

A nivel de nuestra Comunidad Autónoma, el 12 de mayo del año 2010 se constituye un Comité Técnico, formado por profesionales sanitarios y no sanitarios pertenecientes a las diversas áreas y especialidades relacionadas con el abordaje y gestión del ictus en sus diferentes fases, con el objetivo de elaborar la *Estrategia de Ictus de las Illes Balears*. De esta forma, no sólo se da continuidad a las recomendaciones marcadas por el PASI II y la *Estrategia Nacional en Ictus del Sistema Nacional de Salud*, sino que éstas se aplican teniendo en consideración las especificidades y casuística presentes en nuestras islas.

Sin embargo, el abordaje del ictus en las Illes Balears lleva ya un largo recorrido desde que en 1996 el Servicio de Neurología del entonces Hospital Universitario Son Dureta comenzó a tra-

bajar en la modificación de la actitud nihilista presente hasta entonces ante esta enfermedad. Para ello se creó un "equipo de ictus" intrahospitalario de carácter multidisciplinar, se formó a médicos y personal de enfermería y se elaboró el primer protocolo de actuación para el manejo de estos pacientes, así como los *Acuerdos de Actuación desde Atención Primaria*. Paralelamente se presentaron diversas y repetidas propuestas de organización que culminaron a finales del 2002 con la apertura de una *Unidad de Ictus* específica, ubicada en la planta de Neurología. Esta Unidad se constituiría como pieza fundamental, aunque no aislada, de la cadena asistencial al ictus. En ese mismo año, se comenzó a trabajar intensamente para que existiera una continuidad asistencial entre los hospitales que atienden ictus en fase aguda, los servicios de Atención Primaria, el servicio de urgencias SAMU061 y el Hospital General, este último para dar cobertura a la atención subaguda. Se consiguió, además, un consenso con el SAMU061 para la derivación como código ictus de aquellos pacientes que precisaran de una intervención inmediata, iniciando su recorrido en el año 2004, coincidiendo con la implantación del tratamiento fibrinolítico para el ictus isquémico.

Tanto en el documento que recoge la *Estrategia Nacional en Ictus del SNS* como en el PASI, se definen y explicitan las características que deben cumplir los hospitales de los diferentes niveles asistenciales para ser clasificados como "hospital de referencia para ictus", "hospital con unidad de ictus" u "hospital con equipo de ictus". Hoy por hoy, la Comunidad Autónoma de las Illes Balears dispone de siete hospitales en la red sanitaria pública para los que se ha desarrollado un modelo asistencial para la atención al ictus agudo que adopta una estructura en red en la que el *hospital de referencia para el ictus* es el *Hospital Universitario Son Espases* (anteriormente lo era el *Hospital Universitario Son Dureta*). En este hospital se dispone de una *Unidad de Ictus* semi-intensiva con 6 camas monitorizadas con telemetría, personal de enfermería específicamente capacitado y un neurólogo las 24 horas del día. Se cuenta además, con la colaboración de todas las especialidades implicadas en la atención a estas personas, lo que permite el abordaje pluridisciplinar de la enfermedad. Los pacientes ingresan de acuerdo a unos criterios, se les realiza monitorización clínica no invasiva y se sigue un protocolo de diagnóstico y tratamiento, junto con un plan de cuidados de enfermería. Así mismo, también se inicia de manera precoz la fisioterapia y, cuando resulta necesario, se realiza una valoración social.

Los centros hospitalarios de *Son Llätzer* y *Manacor*, en Mallorca, *Can Misses* en Eivissa y *Mateu Orfila* en Menorca, están dotados de *Equipos de Ictus* con camas en las unidades de medicina intensiva donde ingresan las personas con ictus en fase aguda y donde se realizan cuidados especializados similares a los de una unidad de ictus. Además, el *Hospital Son Llätzer* dispone de un especialista en neurología de presencia física 24h la mitad de los días de cada mes y localizado hasta las 22:00h de la noche la otra mitad. En el resto de centros hospitalarios se evalúa a los pacientes que lo precisen a través de telemedicina. Este proceso de videoconferencia, denominado *teleictus*, permite al neurólogo de guardia del hospital de referencia (en nuestro caso el *Hospital Universitario Son Espases*), compartir las exploraciones de los pacientes, evaluar las TC (Tomografía Computarizada) y conversar con los médicos y familiares de los hospitales remotos. Se trata de una colaboración interhospitalaria y pluridisciplinar (neurólogos, internistas, in-

tensivistas y médicos de urgencias en hospitales no dimensionados para tener especialista en neurología de guardia) necesaria para garantizar que el tratamiento de las personas con ictus sea óptimo y seguro. Los sistemas de telemedicina y la adopción de un protocolo consensuado de actuación que incluye la fibrinólisis (o tratamiento para la disolución de los coágulos sanguíneos), ofrece a todos los servicios de urgencias y a las *Unidades de Cuidados Intensivos* (UCI) de los centros hospitalarios remotos los medios necesarios, a tiempo real, para establecer el diagnóstico y decidir el tratamiento adecuado de manera conjunta con el neurólogo de guardia del hospital de referencia. Para llevar a cabo este procedimiento de *teleictus*, la comunicación entre los equipos por videoconferencia de los diferentes hospitales se realiza a través de la propia red interna de los centros ya conectados por una red ATM, de modo que, la conexión no supone ningún coste adicional de infraestructura de comunicaciones ni se ve afectado por el tiempo que requiera cada una de las conexiones.

El servicio de atención médica urgente SAMU061 trabaja con un *código ictus* para el traslado inmediato de aquellas personas con síntomas sugestivos de estar padeciendo un ictus hacia el hospital más apropiado, en función de su ubicación y características (calidad de vida previa y tiempo de evolución de los síntomas) para seleccionar el tipo de traslado y el hospital de destino. Así mismo, también se trabaja en colaboración con los Centros de Salud de Atención Primaria, los cuales disponen de un algoritmo de derivación que incluye la activación del código ictus y en los que se realizan actividades de formación a profesionales de forma periódica².

Una vez recibida el alta hospitalaria por parte del hospital de agudos, la persona regresa a su domicilio con seguimiento por parte de su equipo de Atención Primaria si su condición de salud lo permite o ingresa en otro centro hospitalario de media o larga estancia para continuar con su rehabilitación y recibir los cuidados apropiados. La Comunidad Autónoma cuenta con dos centros hospitalarios de media estancia con dedicación al ictus en fase subaguda, el Hospital General, que tiene un programa definido específicamente para la atención al ictus, y el Hospital San Juan de Dios, que dispone de neuro-rehabilitación dirigida al daño cerebral adquirido, incluida la enfermedad cerebrovascular.

En caso de que al final del proceso la persona afectada por el ictus presente una discapacidad, es muy importante proporcionar el apoyo adecuado y necesario para el tipo y gravedad de la misma. En este sentido realizan una encomiable labor las asociaciones de pacientes. En la fecha de redacción del presente documento ya no existe ninguna asociación específica para personas afectadas por un ictus, aunque sí una asociación dirigida a todas aquellas personas afectadas por algún tipo de daño cerebral adquirido entre los que se incluye el ictus. Se trata de la asociación REHACER.

² En el año 2011, la gerencia de Atención Primaria de Mallorca editó la guía clínica 5 de Recomendaciones de actuación en la atención primaria en la *enfermedad cerebrovascular* para el manejo de personas con ictus, en cualquiera de sus fases, desde Atención Primaria.

1.2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL ICTUS EN LAS ILLES BALEARS.

Según datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria³, en el año 2013 se produjeron en las Illes Balears un total de 2.561 altas hospitalarias a causa de enfermedades cerebrovasculares, en centros tanto de la red asistencial pública como privada (55% fueron hombres y 45% restante mujeres). En términos generales, este volumen de altas supuso, por segundo año consecutivo, una disminución del 2,14% respecto al número de altas del año anterior. No obstante, analizado según el sexo de la persona afectada, disminuyeron las altas en hombres en un 4,9% mientras que en las mujeres experimentaron un crecimiento del 1,4%.

La atención hospitalaria a la enfermedad cerebrovascular significó, en volumen durante el 2013, el 2,08% del total de la actividad hospitalaria que requirió ingreso. Al analizar la información según la titularidad del centro, el 71,4% de estas altas (1.898) fueron atendidas en hospitales de la red asistencial pública, tras haber experimentado una disminución del 3,31% respecto al año anterior. El 25,9% restante del total de altas por enfermedad cerebrovascular (663) se atendieron en centros privados, incrementándose la atención a este conjunto de episodios un 1,4% para dichos centros. El peso de la actividad que la atención a esta enfermedad representó con respecto al total de altas por cualquier causa fue, según la titularidad del centro, del 2,55% en los hospitales públicos, mientras que para los centros de titularidad privada este peso se redujo al 1,36%. En la **tabla 1** se muestra información detallada sobre estos resultados.

³ La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) la realiza el Instituto Nacional de Estadística. Consiste en una recogida mixta de dos fuentes de información de registros clínico-administrativos, el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) y el Libro de Registro (en aquellos centros que no tienen un control informatizado de su actividad), de ámbito nacional, que se extiende a la totalidad de centros hospitalarios, tanto de titularidad pública como privada, así como a los hospitales militares. Se realiza con periodicidad anual y permite conocer la morbilidad de la población atendida en función de su diagnóstico al alta hospitalaria, así como la duración de dicha estancia. Es, hoy por hoy, la única vía para conocer las características demográfico-sanitarias de la población que ingresa en los hospitales, además de ser una vía resumen de utilización de servicios hospitalarios, desagregando la actividad entre centros públicos y privados.

TABLA 1. Altas hospitalarias por Enfermedad Cerebrovascular, según titularidad del centro

| ILLES BALEARS | Altas totales | PSTA | Δ inter anual | Altas hosp. público | PSAHPub | PSAGA | Δ inter anual | Altas hosp. privado | 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% |
| | | peso s/total ECV | | | peso s/total ECV | | | | peso s/total ECV | | |
| (435) Isquemia cerebral transitoria | | | | | | | | | | | |
| 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% |
| (Resto 430-438) Otras enfermedades cerebrovasculares | | | | | | | | | | | |
| 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% |

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE). Elaboración propia

PSTA: peso sobre total altas; PSAHPub: peso sobre altas totales hospitales públicos; PSAGA: peso sobre altas global año;

PSAHPrv peso sobre altas totales hospitales privados

Los últimos datos oficiales disponibles del registro de defunciones⁴, indican que el ictus en la Comunidad Autónoma fue, en el año 2012, el causante del 4,7% del total de fallecimientos por todas las causas (el 3,78% en el caso de los hombres y el 5,67% en las mujeres), porcentaje algo inferior que el correspondiente para el conjunto del territorio nacional donde fue del 5,81% (4,83% en hombres y 6,84% en mujeres). En el año 2012, fallecieron en las Illes Balears 379 personas a causa directa o indirecta de un ictus, de los que el 58,8% eran mujeres (en la isla de Menorca este porcentaje es más acusado con un 66,7%). En términos globales la cifra de éxitus por ictus aumentó un 11,14% con respecto al año anterior. Sin embargo, analizado por sexos, los fallecimientos en hombres disminuyeron un 7,7% mientras que en las mujeres se incrementaron en un 29,7%. La [tabla 2](#) muestra la evolución experimentada durante la última década de las cifras absolutas de fallecimientos a causa de ictus, por islas y sexo, y la [tabla 3](#) muestra la evolución del peso, en porcentaje, que estos fallecimientos por ictus representaron con respecto al total de causas.

4 Codificados según Versión 10 de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud (CIE-10), seleccionando los códigos del I60 al I64, además del I69.

TABLA 2. Total éxitus a causa de ictus. Resultados nacional y autonómico, por islas y sexo.

| | 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 |
| Hombres | 250 | 221 | 225 | 227 | 212 | 186 | 210 | 204 | 181 | 146 | 165 | 169 | 156 |
| Mujeres | 325 | 265 | 297 | 310 | 284 | 222 | 235 | 247 | 229 | 205 | 215 | 172 | 223 |
| España | 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 |
| Hombres | 197 | 172 | 187 | 178 | 155 | 145 | 168 | 158 | 136 | 116 | 138 | 131 | 125 |
| Mujeres | 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 |
| Hombres | 27 | 21 | 7 | 20 | 21 | 22 | 19 | 20 | 13 | 16 | 11 | 11 | 13 |
| Mujeres | 31 | 19 | 18 | 38 | 34 | 23 | 22 | 32 | 21 | 17 | 16 | 16 | 26 |
| Eivissa y Formentera | 61 | 45 | 59 | 56 | 66 | 45 | 48 | 53 | 56 | 37 | 43 | 52 | 42 |
| Hombres | 26 | 28 | 31 | 29 | 36 | 19 | 23 | 26 | 32 | 14 | 16 | 27 | 18 |
| Mujeres | 35 | 17 | 28 | 27 | 30 | 26 | 25 | 27 | 24 | 23 | 27 | 25 | 24 |

Fuente: Registro de defunciones (INE e IBESTAT). Elaboración propia

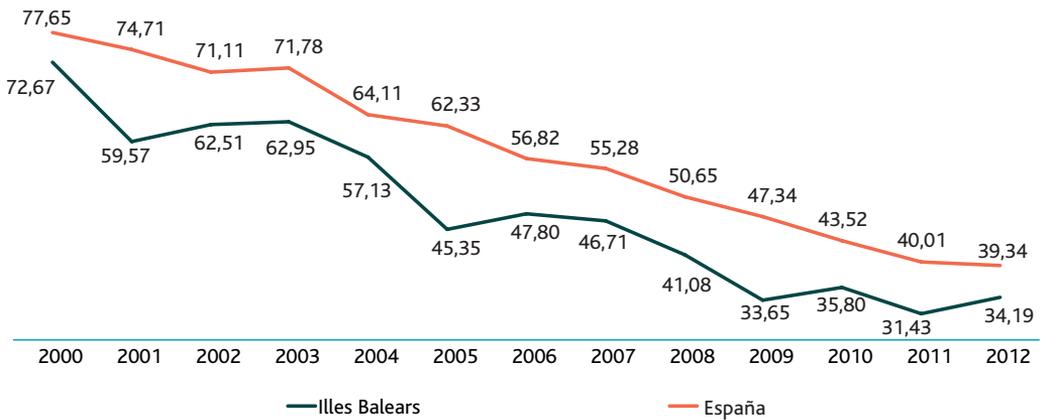
TABLA 3. Evolución del peso de los éxitus a causa de ictus respecto al total de fallecimientos.

| | 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 |
| España | 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 y 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 |

Fuente: Registro de defunciones (INE e IBESTAT) y elaboración propia. Unidad de medida: tantos por cien

En España, la mortalidad por ictus muestra a lo largo de esta última década una tendencia decreciente, observándose este comportamiento de forma más acusada en las Illes Balears, a pesar del pequeño repunte en la mortalidad de las mujeres en el año 2012. Uno de los motivos que explicaría este acusado descenso, principalmente a partir del año 2004, fue el comienzo de la aplicación de tratamiento fibrinolítico. En el año 2012, en términos relativos, las cifras de fallecimientos a causa de ictus en las Illes Balears, mostradas en la tabla anterior, sitúan la tasa cruda en 34 de cada 100.000 habitantes. En hombres, esta tasa fue de 28 de cada 100.000 y en mujeres 40 de cada 100.000. Este diferencial de valores entre hombres y mujeres se muestra en la [gráfica 1](#).

GRÁFICA 1. Evolución de la tasa cruda de mortalidad por ictus en las Illes Balears, desagregada por sexos.

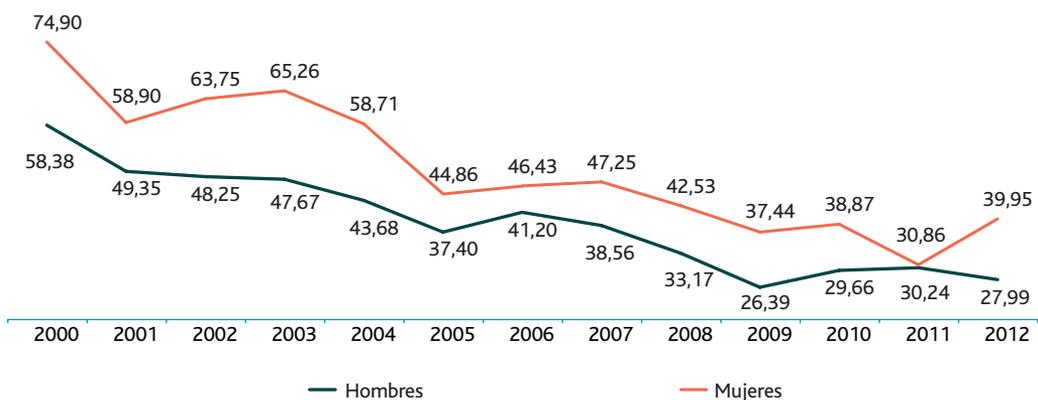


Fuente: Registro de defunciones (INE e IBESTAT) y elaboración propia. Unidad de medida: en tantos por cien mil

No obstante, a pesar de que la tasa cruda aporta una visión a considerar, dada la heterogeneidad entre la estructura poblacional de los diferentes núcleos poblacionales con los que interesa compararse, resulta necesario ajustar dicha tasa. En esta ocasión se ha recurrido al método de estandarización directa haciendo uso de la población estándar europea⁵. Los resultados de las tasas ajustadas a dicha población europea, tanto del global de la Comunidad Autónoma como del conjunto del territorio nacional y desagregado por islas y sexo, se muestran en las [gráficas 2 y 3](#).

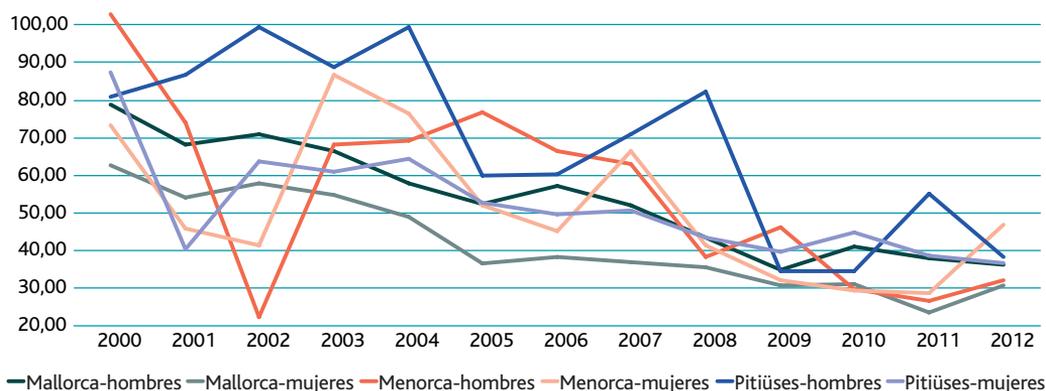
⁵ United Nations. World Population Prospects 1990.

GRÁFICA 2. Evolución de la tasa de mortalidad por ictus, ajustada a la población estándar europea. Resultados nacional y autonómico.



Fuente: Registro de defunciones (INE e IBESTAT) y elaboración propia. Unidad de medida: en tantos por cien mil

GRÁFICA 3. Evolución de la tasa de mortalidad por ictus, ajustada a la población estándar europea. Resultados por islas y sexo.



Fuente: Registro de defunciones (INE e IBESTAT) y elaboración propia. Unidad de medida: en tantos por cien mil

El decremento que se observa en el global/agregado de la mortalidad por ictus no se refleja con la misma intensidad en cuanto a mortalidad prematura se refiere. Estamos ante una enfermedad crónica que se asocia a una potencial pérdida de esperanza de vida de las personas que la padecen. Año tras año, fallecen más mujeres que hombres por ictus, representando el ictus una de las principales causas de fallecimiento en el sexo femenino. Sin embargo, es mayor el número de hombres que fallecen de forma prematura, es decir, a una edad más temprana respecto a las mujeres, generando así un mayor número de años potenciales de vida perdidos. En el análisis desarrollado para este documento se ha fijado en 75 años el umbral para considerar un fallecimiento como prematuro. En el año 2012, el 21,11% de los éxitos por ictus de las islas y el 16,79% del conjunto de España se consideran fallecimientos prematuros. Estos porcentajes

no son los más altos pero tampoco los más bajos experimentados a lo largo de los últimos doce años analizados. Por sexos, el porcentaje de hombres que fallecieron por ictus en las Illes Balears a edad prematura fue del 27,6% frente al 16,6% de las mujeres en el año 2012. Este último grupo, no obstante, ha experimentado un incremento en el último año de 3,8 puntos porcentuales lo que afectará lógicamente al índice de años perdidos resultante. El total de años de vida potencialmente perdidos a causa de una muerte prematura (APVP) generado por un ictus fue en 2012, en las Illes Balears de 930 (468 en hombres y 463 en mujeres), y sitúa el índice en 8,96 por cada 10.000; 8,87 por cada 10.000 en hombres y 9,04 por cada 10.000 en mujeres.

La mortalidad prematura está asociada, entre otros factores, a una pérdida potencial de productividad. Reducir dicha mortalidad prematura es un aspecto considerado tanto en la Estrategia Nacional de Ictus del SNS como en la presente Estrategia de ictus de las Illes Balears. Para ello es preciso identificar acciones específicamente dirigidas al control de factores de riesgo, la rápida identificación de síntomas y el diagnóstico precoz, al igual que un adecuado tratamiento, prestando especial atención a los varones más jóvenes. Los resultados de mortalidad prematura y su evolución se muestran en la [tabla 4](#) y el índice de años potenciales de vida perdidos a causa de ictus en la [tabla 5](#).

TABLA 4. Evolución de los fallecimientos prematuros sobre el total de éxitus a causa de 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 |
| España | 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 y 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 |

Fuente: Registro de defunciones (INE e IBESTAT) y elaboración propia. Unidad de medida: tantos por cien

TABLA 5. Evolución del índice de años potenciales de vida perdidos por muerte prematura a causa de 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 |
| España | 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 y 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 |
| Hombres | 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 |
| Mujeres | 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 |

Fuente: Registro de defunciones (INE e IBESTAT) y elaboración propia. Unidad de medida: tantos por diez mil

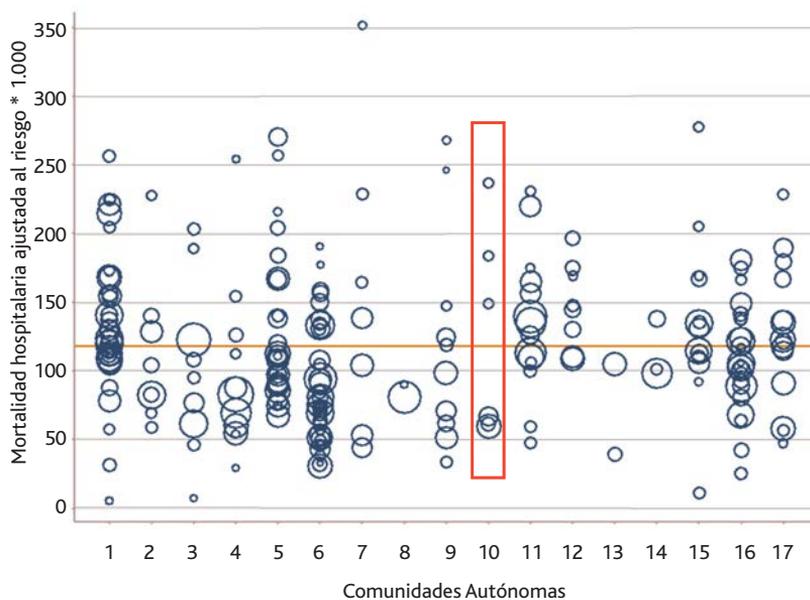
Los pacientes con síntomas sugestivos de ictus, ya sean permanentes o transitorios, deben ser atendidos de forma inmediata en hospitales que dispongan de los facultativos y de los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios. Estos centros hospitalarios han de estar preparados y deben disponer de un circuito de traslado previamente definido y coordinado con el servicio de urgencias extrahospitalarias -código ictus extrahospitalario- y de un protocolo de actuación inmediata que se active tras la llegada de un paciente -código ictus intrahospitalario. No todos los pacientes son susceptibles de necesitar el mismo tipo de atención y ésta se ha de concretar en diferentes modelos según las características de la persona afectada por el ictus y la complejidad del nivel asistencial. Una red asistencial de base territorial debe permitir que el paciente sea atendido en el centro más adecuado en cada fase de la enfermedad. La evidencia muestra a lo largo de los últimos años cuan beneficioso resulta que las personas que sufren un ictus reciban una atención neurológica especializada y precoz, al tiempo que pone de manifiesto la ventajas obtenidas gracias a la organización de los cuidados médicos y de enfermería en *Unidades de ictus*.

En este sentido, la tasa de mortalidad intrahospitalaria por ictus isquémico en personas mayores de 18 años puede ser percibida como uno de los indicadores de desempeño hospitalario en la atención a esta patología. El grupo del Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud refleja en su noveno documento, el Atlas de Variaciones en el manejo de la Enfermedad Cerebrovascular Isquémica⁶ como, a lo largo del período 2005-2010, la mortalidad

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

intrahospitalaria por ictus isquémico muestra no sólo una baja variabilidad entre las áreas sanitarias de Sistema Nacional de Salud español sino también un decremento en el valor de la tasa a lo largo de estos años, observación ya mencionada a la luz de otras fuentes de información explicadas con anterioridad. Los valores actualizados al año 2013 de las tasas de mortalidad intrahospitalaria en adultos ajustadas al riesgo, de los hospitales de la red asistencial pública española, se muestran en la **gráfica 4** desagregados por Comunidades Autónomas.

GRÁFICA 4. Tasa de mortalidad intrahospitalaria por ictus isquémico en los hospitales de la red asistencial pública del Sistema Nacional de Salud español, distribuida por Comunidades Autónomas. Año 2013.



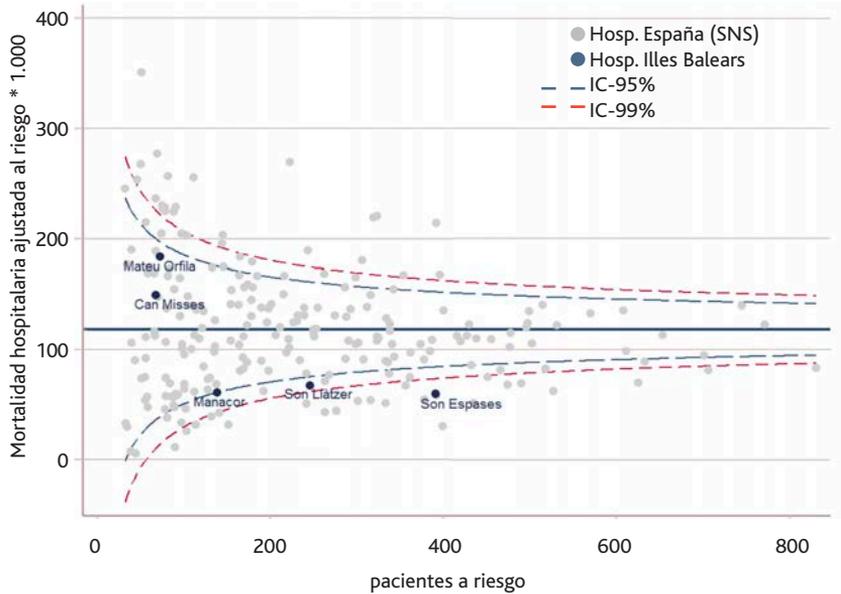
Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria y elaboración propia. Unidad de medida: en tantos por mil

La línea horizontal naranja muestra la tasa de mortalidad intrahospitalaria ajustada media para el conjunto de hospitales españoles, que se corresponde con un valor de 118,23 de cada 1000 casos atendidos. El coeficiente de variación resultante de la distribución es de 48,5%. Enmarcados en el rectángulo rojo se muestran los hospitales de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

La **gráfica 5** muestra de nuevo los valores de las tasas ajustadas al riesgo de cada uno de los hospitales, aunque en esta ocasión en relación al volumen total de personas con ictus isquémico atendidas. A su vez, se incluyen los intervalos de confianza para un nivel de significación del 95 y del 99% que permite observar aquellos hospitales que muestran tasas significativamente diferentes, ya sea por debajo o por encima de los valores promedio esperados, indicando con ello niveles de desempeño buenos e incluso excelentes frente a aquellos que requerirían un análisis en mayor profundidad para detectar vías de mejora.

GRÁFICA 5.
Tasa de mortalidad intrahospitalaria por ictus isquémico en los hospitales de la red asistencial pública del Sistema Nacional de Salud español. Año 2013.

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria y elaboración propia.
 Unidad de medida: en tantos por mil



Tal y como se observa en la gráfica, la dispersión en las tasas de mortalidad intrahospitalaria por ictus isquémico en adultos, durante el año 2013, sigue resultando moderada. En relación al benchmark o media como medida de referencia, el 67% de los hospitales (responsables de la atención del 64,6% de los casos de ictus isquémico) encuentran su tasa en la zona de desempeño promedio o de diferencia no significativa con el valor medio esperado. Un 18% (que trató el 24,6% de los casos) se encontrarían en la zona de desempeño buena o excelente y el 15% de hospitales restante (tratando al 10,8% de casos) requeriría la búsqueda de vías de mejora.

En este contexto, los hospitales de la red asistencial pública de las Illes Balears que atienden casos de ictus isquémico en fase aguda (resaltados en la [gráfica 5](#)) se encuentran en una buena posición relativa. Los hospitales de Son Llàtzer y Manacor, que atienden conjuntamente el 39% de los casos, se sitúan ambos en la zona de desempeño bueno y el hospital Son Espases, responsable de la atención del 39,7% de los casos, se encuentra situado en la zona de desempeño excelente.

Sin embargo, la gestión y el abordaje frente al ictus se inician antes de que éste suceda. Su mejor tratamiento es, precisamente, la prevención. Se estima que cerca del 80% de los casos de ictus serían prevenibles de haberse identificado, reconocido y tratado adecuadamente los factores de riesgo vasculares. Con un adecuado control de los factores de riesgo se podrían prevenir los ictus en personas que nunca han presentado síntomas de origen cerebrovascular (prevención primaria) o, una vez acontecido el ictus, se podría evitar que no se presenten nuevos episodios (prevención secundaria), ya que las recurrencias agravan la discapacidad y aumentan la probabilidad de fallecimiento.

Muchos de los factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la fibrilación auricular, etc., no sólo predisponen o favorecen la aparición de un episodio de ictus sino que

también aportan una carga de comorbilidad que aumenta a su vez el riesgo de sufrir complicaciones posteriores, tanto en la fase aguda como en la fase de recuperación.

Siguiendo el criterio de clasificación expuesto en la Estrategia Nacional en ictus del SNS, las **tablas 6 y 7** enumeran los factores de riesgo, especificando causas y la posibilidad de incidir o no en ellos para su prevención.

TABLA 6. Factores de riesgo de padecer ictus isquémico.

| FACTORES DE RIESGO BIEN DOCUMENTADOS | | FACTORES DE RIESGO MENOS DOCUMENTADOS | |
|---|---|---|--|
| FRV NO MODIFICABLES | | FRV NO MODIFICABLES | |
| edad raza/etnia sexo historia familiar/factores hereditarios localización geográfica | | estación del año clima | |
| FRV POTENCIALMENTE MODIFICABLES | | FRV POTENCIALMENTE MODIFICABLES | |
| Diabetes Mellitus Homocisteinemia Hipertrofia ventricular | | Dislipemias Sedentarismo Desencadenantes agudos: - estrés - migraña Obesidad Factores dietéticos Hematocrito elevado Hiperinsulinemia Hipercoagulabilidad Enfermedad subclínica Engrosamiento íntima-media Ateromatosis aórtica | Otras cardiopatías - miocardiopatía - discinesia de la pared ventricular - endocarditis no bacteriana - calcificación del anillo mitral - prolapso mitral - contraste ecocardiográfico espontáneo - estenosis aórtica - foramen oval permanente - aneurisma del septo atrial Consumo de drogas Consumo excesivo de alcohol Uso de anticonceptivos orales Factores socioeconómicos |
| FRV MODIFICABLES | | FRV MODIFICABLES | |
| Hipertensión arterial (HTA) Cardiopatía - fibrilación auricular - endocarditis infecciosa - estenosis mitral - infarto de miocardio reciente | Tabaquismo Anemia de células falciformes Accidente Isquémico Transitorio previo Estenosis carotídea asintomática | | |

Fuente: Sacco RL et al. Risk factors. Stroke 1997; 28:1507-17.

TABLA 7. Factores de riesgo de padecer ictus hemorrágico.

| | HEMATOMA CEREBRAL | HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA |
|--|-------------------|--------------------------|
| FRV NO MODIFICABLES | | |
| Edad | *** | ** |
| Sexo femenino | † | ** |
| Raza/etnia | ** | ** |
| FRV POTENCIALMENTE MODIFICABLES | | |
| Hipertensión | *** | ** |
| Tabaquismo | * | *** |
| Consumo excesivo de alcohol | *** | * |
| Anticoagulación | *** | * |
| Angiopatía amiloide | *** | ∅ |
| Hipocolesterolemia | * | ∅ |
| Uso anticonceptivos orales | ∅ | * |

*** fuerte evidencia, ** evidencia positiva moderada, * evidencia dudosa, † evidencia inversa moderada, ∅ no hay relación

Fuente: Sacco RL et al. Risk factors. Stroke 1997; 28:1507-17.

Para informar sobre la prevalencia de alguno de estos factores de riesgo modificables, en el contexto de la Comunidad Autónoma, se recurre a dos fuentes de información que pueden no ser coincidentes. Por un lado, se aportan datos de carácter subjetivo extraídos de las respuestas a las preguntas sobre percepción de estado de salud de la Encuesta Nacional de Salud y por otro, se muestran los resultados de los registros sanitarios normalizados. La extracción de datos de los registros se realiza mediante consultas específicas y conjuntamente diseñadas por la Factoría de Información Corporativa del Servicio de Salud de las Illes Balears (FIC) y la Unidad de Sistemas de Información (SIS) de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (GAP). La fuente de información objetiva de los registros sanitarios, aunque en sus inicios debiera tomarse con cautela, ahora tras años de consolidación resulta una herramienta muy útil que nos acerca al conocimiento del estado de salud real de la población de las Illes Balears.

La hipertensión arterial (HTA) se considera uno de los principales factores de riesgo evitables para desarrollar un ictus, tanto isquémico como hemorrágico. Su relación con la incidencia de la enfermedad y la posterior mortalidad asociada son incuestionables. Hasta el 77% de las personas que presentan un primer ictus tienen una tensión arterial (TA) superior a 140/90mmHg. Las personas con una TA sistólica superior a 160mmHg o diastólica mayor o igual a 95mmHg, están expuestas a un riesgo relativo de padecer ictus cuatro veces superior que las personas con TA normal. No obstante, la relación que se establece entre HTA e ictus presenta un comportamiento lineal y comienza a partir de cifras más bajas (115mmHg de TA sistólica y 70mmHg de TA diastólica).

En la Encuesta Nacional de Salud para los años 2011-2012, el 15,2% de la población mayor de 15 años de las Illes Balears (el 16,5% de los hombres y el 13,9% de las mujeres) declara ser hipertensa como problema de salud crónico. Estos porcentajes resultan simila-

res a los observados en los registros, aunque son mayores en mujeres que en hombres y como es de esperar, dada la relación de la HTA con el envejecimiento, esta incidencia va en aumento a medida que concretamos la cifra para grupos etarios de mayor edad. La **tabla 8** muestra los valores de prevalencia de hipertensión por grupos de edad y sexo. En el año 2013 tienen registro de hipertensión arterial un total de 173.275 personas, un 3,7% más que el año anterior, de los que el 48,1% son hombres y el 51,9% restante son mujeres.

A pesar de que año tras año son más las mujeres con diagnóstico de hipertensión, es en los hombres en los que se experimenta un incremento más acentuado; en el 2013 un 4,5% frente al 3% de crecimiento experimentado por las mujeres.

TABLA 8. Prevalencia de HTA en la población de las Illes Balears.

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

Fuente: FIC y GAP. Elaboración propia

Junto con la HTA, en el apartado de factores de riesgo modificables bien documentados, encontramos las cardiopatías y entre ellas la fibrilación auricular no valvular, como una de las causas más frecuentes de ictus de origen cardioembólico. Por este motivo, tanto el PASI como la *Estrategia Nacional en Ictus del Sistema Nacional de Salud*, recomiendan que las personas con fibrilación auricular y otro factor de riesgo adicional (HTA, DM, ICC o MCV o Fracción de eyección < 35%) del subgrupo de edad de riesgo alto (personas mayores de 75 años) reciban tratamiento con anticoagulantes orales. En las Illes Balears, en el año 2014, constan en los registros normalizados de la red asistencial pública 3.694 personas mayores de 75 años con las características descritas y con tratamiento anticoagulante. Esta cifra indica que están en tratamiento anticoagulante el 58,18% del total de personas mayores de 75 años con fibrilación auricular y algún otro factor/es de riesgo adicional/es, es decir, un 7,4% más que el año anterior.

Otro de los factores de riesgo bien documentado dentro de la clasificación de los potencialmente evitables, es el de la Diabetes Mellitus tipo II. El 6% de la población adulta de las Illes Balears refiere en la última Encuesta Nacional de Salud para los años 2011-12 tener un diagnóstico de Diabetes, un punto porcentual por debajo de la cifra para el conjunto del territorio nacional.

Analizado por sexos, un 6,25% de los hombres y un 5,75% de las mujeres presentan el diagnóstico de diabetes. No obstante, la precisión en el cálculo de la prevalencia de población afectada por diabetes, no sólo en España sino en el mundo entero, sigue siendo una incógnita no exenta de discusión. Son muchos los estudios con diferente base metodológica, aplicados a distintos grupos de edad, que aportan datos no coincidentes, además de sugerir que hay un grueso considerable de la enfermedad en estado latente o todavía no diagnosticado, hecho que podría situar la prevalencia de diabetes en torno al 12%. Sin embargo, a nivel de las Illes Balears, los registros normalizados de población atendida en la red sanitaria pública de la Comunidad Autónoma en el transcurso del año 2013 muestran que 64.886 personas tienen diagnóstico diabetes, de las que el 56% son hombres. Esto supone un incremento del 3% con respecto al año anterior. Por sexos, fue mayor el crecimiento experimentado en hombres, un 3,7% frente al de las mujeres que fue del 2,1%. La prevalencia obtenida a partir de los datos de registros en población general se sitúa en 5,86% y es por tanto similar, aunque ligeramente inferior, a la mostrada en la Encuesta Nacional de Salud. Esto es debido, entre otras cuestiones, a que no se recoge información de aquellas personas que son atendidas exclusivamente en la red asistencial privada. En la [tabla 9](#) se muestra la evolución de la prevalencia, tanto en población general como para los grupos específicos de mayores de 30 y mayores de 60 años.

TABLA 9. Prevalencia de Diabetes Mellitus en la población de las Illes Balears.

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

Fuente: FIC y GAP. Elaboración propia

La dislipemia es otro de los factores de riesgo asociados aunque está incluida en el apartado de “factores menos documentados” que tanto directa como indirectamente puede contribuir a la aparición del ictus isquémico. Este factor como tal no se recoge en la Encuesta Nacional de Salud en la que sólo se pregunta a los encuestados si han padecido problemas de colesterol en el transcurso de los últimos 12 meses. Según esta encuesta, el 11,91% de la población de las Illes Balears refiere padecerlo, 10,22% de los hombres y el 13,59% de las mujeres. La cifra de colesterol por sí sola aporta escasa información ya que requiere complementarse, para el estudio de los lípidos (hiperlipidemias/dislipemias), con otra serie de componentes que en su conjunto aporten una imagen biopatológica más precisa. No obstante, sí se dispone de infor-

mación al respecto a través de los registros normalizados en los que aparecen, en el año 2013, 193.662 personas con diagnóstico de dislipemia, de los que el 52% son mujeres. Esta cifra sitúa la prevalencia en un 17,5% y supone un incremento del 7,3% con respecto al año anterior, sin diferencia entre sexos. En la **tabla 10** se muestran los valores de prevalencia por grupos de edad, mayores de 30 y/o mayores de 60 años y por sexos.

TABLA 10. Prevalencia de dislipemia en la población de las 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% |
| Hombres | 8.34% | 9.70% | 11.39% | 12.76% | 14.20% | 15.51% | 16.83% |
| Mujeres | 9.76% | 11.11% | 12.77% | 14.12% | 15.51% | 16.83% | 18.14% |
| TOTAL ≥ 30 años | 13.75% | 15.70% | 18.04% | 19.86% | 21.73% | 23.51% | 25.33% |
| Hombres ≥ 30 años | 12.83% | 14.81% | 17.20% | 19.04% | 20.98% | 22.78% | 24.65% |
| Mujeres ≥ 30 años | 14.66% | 16.59% | 18.88% | 20.66% | 22.47% | 24.22% | 26.00% |
| TOTAL ≥ 60 años | 26.57% | 30.62% | 34.63% | 37.50% | 40.81% | 44.20% | 47.51% |
| Hombres ≥ 60 años | 22.95% | 27.00% | 30.92% | 33.77% | 37.13% | 40.49% | 43.78% |
| Mujeres ≥ 60 años | 29.56% | 33.61% | 37.70% | 40.60% | 43.90% | 47.30% | 50.62% |

Fuente: FIC y GAP. Elaboración propia

Otro de los factores de riesgo de ictus isquémico potencialmente modificable, dentro del apartado de los "factores menos documentados" es la obesidad; es decir, cifras de índice de masa corporal (IMC) superiores a 30 kg/m². En el año 2013, los registros normalizados de la Comunidad Autónoma identificaron a 124.028 personas como obesas, de las que el 55,9% fueron mujeres. Esto sitúa la prevalencia en población general en un 11,2%, 9,9% en hombres y 12,49% en mujeres. La **tabla 11** muestra la evolución de la prevalencia registrada de este factor de riesgo, tanto para el conjunto de la población como para los mayores de 30 y 60 años.

TABLA 11. Prevalencia de obesidad en la población de las Illes Balears.

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

Fuente: FIC y GAP. Elaboración propia

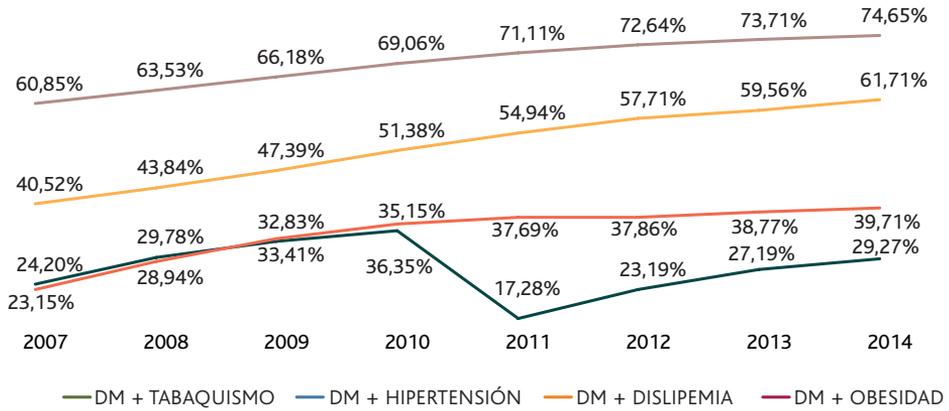
Por último, es importante mencionar que la confluencia de varios factores de riesgo en una misma persona aumenta la probabilidad no sólo en la aparición de la enfermedad sino también de las posibles complicaciones y de la gravedad de las mismas. Del análisis de los datos de registros normalizados de la red asistencial pública correspondientes al año 2014 se extrae que tan sólo el 9% de las personas de todas las edades que están registradas con diagnóstico de diabetes no presenta, además, ningún otro factor de riesgo vascular. Al mismo tiempo destaca el hecho de que este porcentaje ha ido disminuyendo considerablemente a lo largo de la última década, lo que quiere decir que año tras año es mayor el número de personas en las que confluyen dos o más factores de riesgo. Mayor aún es el impacto si lo que observamos son las cifras para las personas mayores de 60 años de edad, donde el porcentaje de las personas con diabetes sin otro factor de riesgo asociado desciende al 5,9%.

Del análisis de los datos de las Illes Balears del año 2014, de personas con Diabetes más otro factor de riesgo, de manera individualizada, se extrae:

- El 30,74% de las personas mayores de 30 años con diabetes están registradas como fumadoras. Por sexos, un 42,62% de los hombres y un 15,58% de las mujeres. Por grandes grupos de edad, el más prevalente en los hombres es el comprendido entre los 45 a los 59 años de edad con una prevalencia del 42,2%, seguido muy de cerca por el subgrupo de 30 a 44 años cuya prevalencia es del 41,4%. En el caso de las mujeres el subgrupo más prevalente es el de edades comprendidas entre los 30 y 44 años con un 28,2%.
- El 68,85% de las personas mayores de 30 años con diabetes tienen además diagnosticada hipertensión arterial. Por sexos, un 66,3% de los hombres y un 72,1% de las mujeres. Por grandes grupos de edad, el más prevalente tanto en hombres como en mujeres es el correspondiente a personas mayores de 75 años, con valores del 78,6% y 85,7% respectivamente.
- El 61,22% de las personas mayores de 30 años con diabetes tienen además registrado el diagnóstico de dislipemia, un 6,6% más que el año anterior. Por sexos, un 60,21% de los hombres y un 62,5% de las mujeres. Por grandes grupos de edad, tanto en los hombres como en las mujeres, los comprendidos entre los 60 y los 74 años de edad serían los más prevalentes, con porcentajes del 64,8% y 69,2% respectivamente.
- El 43,9% de personas con diabetes, mayores de 30 años, tiene a su vez diagnóstico de obesidad. Por sexos, un 39,5% de los hombres y un 49,5% de las mujeres. Por grandes grupos de edad, los dos subgrupos con mayor prevalencia tanto en hombres como en mujeres, son los comprendidos entre los 60 y los 74 y los 45 y los 69 años de edad, por este orden.

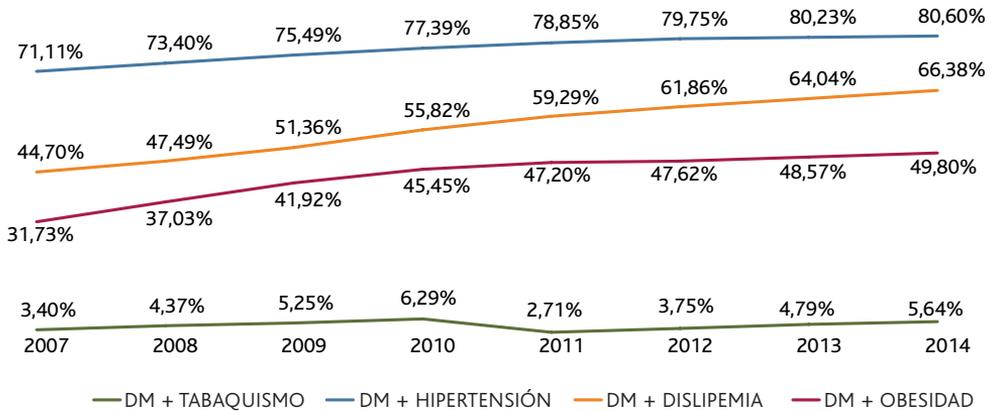
Los porcentajes de prevalencia de factores de riesgo previamente detallados se incrementan cuanto mayor es la edad del grupo etario a analizar. En las [gráficas 6 y 7](#) se muestra la evolución de estas prevalencias en hombres y mujeres mayores de 60 años.

GRÁFICA 6. Evolución de la prevalencia de factores de riesgo en hombres ≥ 60 años con DM en las Illes Balears.



Fuente: FIC y GAP. Elaboración propia

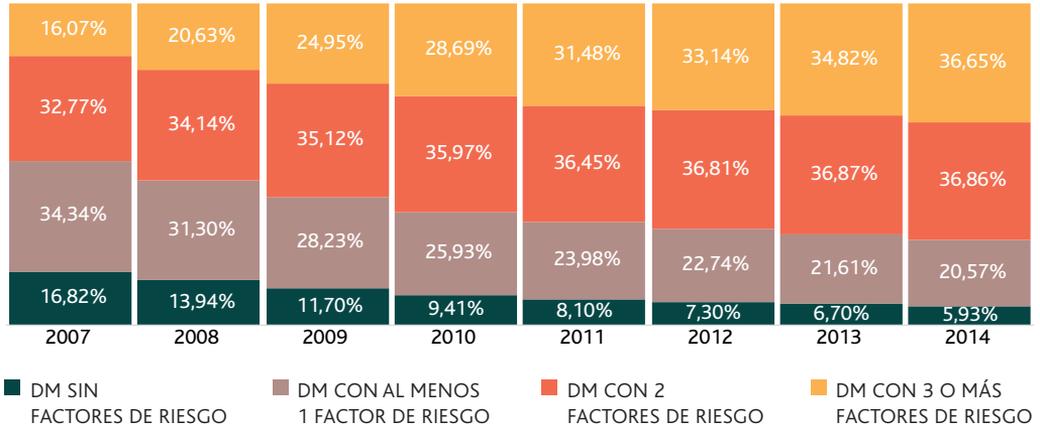
GRÁFICA 7. Evolución de la prevalencia de factores de riesgo en mujeres ≥ 60 años con DM en las Illes Balears.



Fuente: FIC y GAP. Elaboración propia

En la **gráfica 8** se muestra la prevalencia concomitante de factores de riesgo vasculares (tabaquismo, hipertensión, dislipemia y obesidad) en una misma persona que a su vez tiene diagnóstico de diabetes, en función de si confluyen 2, 3 o más de 3 factores en una misma persona.

GRÁFICA 8. Evolución de la prevalencia concomitante de factores de riesgo en personas con DM \geq 60 años en las Illes Balears.



Fuente: FIC y GAP. Elaboración propia

Los especialistas inciden en que la prevención primaria y secundaria del ictus son tan importantes como los fármacos trombolíticos o neuroprotectores. Por tanto, es crucial la adopción de medidas apropiadas de prevención y promoción de la salud, tanto en el ámbito de la salud pública como en el de la atención primaria. Para ello, es necesaria una organización asistencial que implemente actividades preventivas dirigidas a las personas que presentan factores de riesgo al tiempo que proporcione una respuesta inmediata a la persona que sufre un ictus. Estas medidas deben ir acompañadas de acciones formativas específicas dirigidas a los profesionales implicados y también a fomentar la educación de la población sobre cómo prevenir un ictus y cómo actuar en caso de presentarse.

2. MISIÓN, OBJETIVO PRINCIPAL, VALORES Y MODELO

El presente documento detalla la *Estrategia de Ictus de las Illes Balears* con el objetivo de recoger, desde una perspectiva integral, el proceso de atención al ictus en la Comunidad Autónoma, reflejando tanto la situación presente de la prevención y atención a la enfermedad, como el futuro. Para ello se definirán unos objetivos y se establecerán una serie de líneas de actuación prioritarias y acciones concretas a llevar a cabo necesarias para la consecución de dichos objetivos. Todo el conjunto de acciones que se muestran en esta Estrategia se ajustan tanto al cumplimiento de los ya marcados en la Estrategia a nivel nacional, como a los criterios de equidad, acceso universal y excelencia. Lleva inmersa la opinión de los pacientes, quienes han sido debidamente consultados y lo establecido en las guías para profesionales y Autoridades Sanitarias.

2.1. MISIÓN

Mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con ictus o con riesgo potencial de padecer ictus, de forma que mejore el pronóstico y la calidad de vida, no solo de la persona que padece la enfermedad sino también de su familia.

2.2. OBJETIVO PRINCIPAL

Reducir la incidencia de ictus en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears y garantizar su inmediata identificación, abordaje, tratamiento y seguimiento, siguiendo estándares de calidad asistencial que permitan mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus familiares.

2.3. VALORES

Los valores de la atención al ictus deben regirse por una **atención integral**, que englobe la totalidad de las posibles fases de la enfermedad; desde una primera fase preventiva y de promoción de hábitos de vida saludables hasta el abordaje y tratamiento de las posibles complicaciones crónicas posteriores; **integrada** en los diversos niveles asistenciales, en los que se promueva la comunicación, la colaboración y la coordinación entre los diferentes profesionales implicados, de manera que todos los aspectos de la enfermedad se aborden bajo criterios homogéneos dando así una respuesta eficaz basada en la evidencia científica. **Equidad**, promoviendo la igualdad de condiciones y oportunidades para la totalidad de la población que lo necesite, de acuerdo con criterios explícitos y racionales, facilitando un acceso no discriminatorio, adecuado y suficiente de las personas y comunidades a los recursos disponibles.

2.4. MODELO

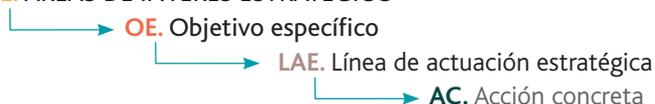
Para la consecución del objetivo principal, deben tenerse en cuenta los valores anteriormente descritos. El modelo propuesto es el modelo asistencial vigente en las Illes Balears, basado en las siguientes características fundamentales:

- Los equipos de atención primaria como eje sobre el que pivote la atención a lo largo de la vida de la persona.
- Los servicios hospitalarios como referentes para garantizar una atención de excelencia en la fase aguda e integral en las posibles fases posteriores, en relación a las necesidades específicas de las personas con ictus.
- Las actuaciones en materia de salud pública para la promoción de estilos de vida saludable.
- La coordinación efectiva de todos los dispositivos asistenciales para conseguir la continuidad de la atención.
- La coordinación efectiva con los dispositivos del área social, integrados en el ámbito de la *Consejería de Salud*.
- La coordinación efectiva con la red de asociaciones para conseguir una mejor atención de las personas afectadas y sus familiares.

3. DESARROLLO ÁREAS DE INTERÉS ESTRATÉGICO

El desarrollo de la Estrategia se sustenta de acuerdo con las 7 áreas de interés estratégico (AIE), dentro de las cuales se identifican 12 objetivos específicos (OE), en los que se definen 56 líneas de actuación estratégicas (LAE) para las que se proponen 287 acciones concretas (AC). El siguiente esquema detalla la organización, dentro de cada una de las áreas de interés estratégico, de los objetivos, las líneas de actuación y las acciones concretas que mantienen a lo largo de toda la Estrategia la figura del paciente o persona afectada como eje sobre el que se focalizan y/o dirigen las acciones.

AIE. ÁREAS DE INTERÉS ESTRATÉGICO



AIE 1. RESPETAR LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR UN ICTUS.

La Estrategia de ictus de las Illes Balears persigue contribuir, en primer lugar, a que el ictus no suceda, a pesar de que el presente documento, en su mayor parte, esté dirigido a las personas que ya lo han padecido. Los derechos de las personas afectadas por un ictus reflejados en la *Carta mundial de derechos de personas afectadas por ictus* se resumen en el derecho a recibir los mejores cuidados, derecho a estar informado y preparado y derecho a recibir apoyo durante la recuperación. Es este sentido se ha considerado apropiado transcribir literalmente, en este punto del documento, las reflexiones llevadas a cabo por una persona afectada por un ictus, quien a su vez ha sido miembro valioso del comité técnico de la Estrategia en representación de los pacientes.

Yo tuve un ictus

"Has tenido mucha suerte". Que te digan esto cuando acabas de sufrir un ictus, no deja de tener su ironía.

Cuando todo el suelo bajo tus pies se ha removido.

Ni tan sólo era capaz de aguantarme en pie. Mi lado izquierdo estaba completamente paralizado.

"Ves, hablas y razones" me aclaran. Sólo me ha afectado a la parte motora.

Doy gracias porque siempre me mantuve positivo. Es verdad que también hubo momentos grises, pero siempre tiré hacia delante. Solía decir: 'Sólo tengo una alternativa: tirar para adelante, sí o sí'.

Pisas un territorio nuevo. No todo lo que oyes es congruente o te conviene.

Tu cuerpo y tus neuronas no siempre responden a tus antiguas pautas. Por eso tienes que reescribir tus propias pautas y hacerlas tuyas.

Sólo te queda echarle coraje y tirar para adelante. El camino se llama rehabilitación: profesionales sanitarios, neurólogas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, rehabilitadores, psicólogas-psiquiatras. Entrenamiento personal, masaje terapéutico. Asociación de ictus. Todo un ejército humano para ayudarte.

Recuerdo a Jill B. Taylor (Un ataque de lucidez) que estuvo 8 años recuperando, en contra del estándar de protocolos médicos al uso. Y su fuerza interior que me estimuló, así como la experiencia de muchos otros que me transmitieron su coraje.

'Trabajo y conduzco' resumo para describir mi situación actual, tras el ictus.

Y sigo trabajando en mi recuperación.

Agradecer lo que la vida tiene para ti. Estás vivo y esto es un don.

La vida sigue, y estoy agradecido de esta segunda oportunidad.

El apoyo de la familia es fundamental. Y doy gracias por tenerlo.

Sí, he tenido mucha suerte y doy gracias por ello.

La experiencia del paciente

La gente corriente en ocasiones tiene la idea de que un ictus es un mal constipado, pero constipado al fin, en el sentido que cuando te ve bien ya piensa que estás para funcionar como antes del constipado, como si nada hubiera pasado.

No entienden que tienes una lesión neuronal, de diferente grado y unas secuelas que te acompañarán siempre, como una losa que no te puedes quitar de encima.

Lo que no puede consentirse es que esta mentalidad la tengan representantes de la administración o legisladores, entre otros.

Algunos somos especialmente sensibles a los días de lluvia y los suelos mojados, el frío y las emociones; otros apenas pueden dormir y todo su interior es un volcán; a otros se les remueve el suelo bajo sus pies. Supongo que todo ello depende de la parte del cerebro (nuestra CPU) que ha quedado dañada.

El estrés, especialmente para nosotros, es un veneno. En ocasiones difícil de controlar. ¿Cómo puede conducirse a 60 km/h en una autopista donde la media de conductores conducen a 110 km/h?, por poner un ejemplo. Y ello sin renunciar al derecho de conducir. ¿Cómo conducir y controlar una situación de estrés en el entorno laboral sin que ello nos desborde?

Incorporación laboral

No tengo en general quejas respecto a la gente, sanitarios, compañeros de trabajo o jefes pero sí respecto a la normativa legal o su aplicación.

El médico te dice: "incorpórate poco a poco, progresivamente", "colabora con", "sé tú la ayuda de" (es decir, no llesves tú toda la carga de tu trabajo).

*La realidad te dice todo lo contrario: en el trabajo, **si estás, tienes que estar al 100%**. Y en estas condiciones es muy difícil controlar los ritmos y el estrés.*

Mi cardiólogo y amigo sí tiene claro que un paciente de ictus "tiene que hacer un esfuerzo mayor" para realizar las mismas tareas, ya sea caminar o trabajar.

Pedimos facilidades para nuestra incorporación al puesto de trabajo: Pedimos flexibilización horaria y de ritmos (sin sufrir reducción en nuestra nómina, por nuestra condición).

Poder acceder a una jubilación temprana (58 años).

*Normativa legal: En este campo quizás ocurre lo contrario: la normativa es buenista (tranquilizadora de conciencias) y su aplicación, las personas que la aplican, son en muchas ocasiones hipócritas y **discriminadoras**, es decir, lo contrario de lo que plasma la ley. A veces por argucias legales, en otras sin disimulo. Tenemos el caso de **la no aplicación del porcentaje de reserva de minusválida**, que todo el mundo da por hecho como conquista social de los minusválidos, o el suspenso deliberado en las oposiciones, incluso antes de comenzar la prueba, o las pérdidas del trabajo de muchos minusválidos tras sufrir un ictus.*

Volvemos a trabajar, pero ya no somos los mismos. La experiencia del ictus nos ha cambiado. Nos ha dejado marcados, pero también nos ha dado otra oportunidad para vivir. Tenemos que rehacer nuestra vida de nuevo, con esfuerzo pero también con nuevas energías. Con una nueva lucidez, como diría Jill B. Taylor.

Los aparcamientos de minusválidos: Habría que apelar al civismo de la gente con campañas de sensibilización y/o multas (no nos hagan hacer de vigilantes o policías); mucha gente lo respeta, pero basta que sólo un 5% no lo respete para que llegemos y lo encontremos ocupado. Recomendaciones: Solicitar la colaboración de la policía local y de los vigilantes de la ORA.

Juan Carlos Cámara

OE.I. Asegurar que se respeten los derechos de las personas con ictus y los principios de la bioética.

LAE.1. Facilitar información completa y adecuada a las personas sobre su diagnóstico y estado funcional, las perspectivas reales y los objetivos terapéuticos.

AC. 1. Promover talleres de habilidades en comunicación entre los profesionales e incluir talleres específicos de comunicación en situaciones críticas.

AC. 2. Asegurar la continuidad asistencial, la multidisciplinariedad y la coordinación entre niveles de atención.

LAE.2. Consensuar con la persona, cuando esta sea competente según la Ley de autonomía del paciente⁷ o con la familia en caso contrario, los tratamientos con objetivos realistas teniendo siempre en cuenta que la última palabra la tiene la persona afectada.

AC. 3. Fomentar la utilización del consentimiento informado.

AC. 4. Plantear todas las alternativas terapéuticas posibles.

AC. 5. Registrar en la Història de Salut de les Illes Balears las decisiones tomadas siempre que sean relevantes para la evolución del paciente.

LAE.3. Garantizar que se cumpla la normativa vigente respecto a los derechos de las personas en materia de voluntades anticipadas y/o incapacitaciones.

AC. 6. Formar a los profesionales en bioética.

⁷ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia y documentación clínica.

- AC.7.** Promover el desarrollo de sesiones de asesoría jurídica con profesionales especialistas en derechos de los pacientes.
- AC.8.** Asegurar que los profesionales dispongan de formación en materia de legislación relacionada con voluntades anticipadas, incapacitaciones y responsabilidades familiares.
- LAE.4.** Fomentar el empleo de las personas con discapacidad secundaria a un ictus.
- AC. 9.** Fomentar y/o apoyar las iniciativas de los organismos pertinentes, para el desarrollo de ayudas a empresas que mantengan a empleados o generen empleo para personas con secuelas después de padecer un ictus.
- LAE.5.** Vigilar/velar por la seguridad vial de las personas con ictus.
- AC. 10.** Incluir la recomendación de no conducir durante los primeros 6 meses después de haber padecido un ictus en el informe de alta.
- AC. 11.** Informar sobre el reglamento del tránsito (Real Decreto 818/2009) y sus modificaciones a los profesionales, a las personas afectadas de un ictus y a sus familiares⁸.
- AC. 12.** Instar al organismo competente a establecer la obligatoriedad de llevar a cabo controles por parte de expertos que evalúen y certifiquen la aptitud para conducir sin riesgo y la posibilidad de adaptación de los vehículos de las personas que han padecido un ictus.

AIE 2. PROMOCIÓN DE ENTORNOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA⁹.

En términos generales podría decirse que el mejor tratamiento ante cualquier enfermedad es su prevención. En el caso concreto del ictus, se estima que el 80% de los mismos podrían prevenirse si se reconocieran y trataran a tiempo los factores de riesgo vascular (FRV). La promoción de entornos y estilos de vida saludables, mediante la coordinación de intervenciones en el ámbito sanitario, familiar, educativo y comunitario, puede prevenir el ictus en personas que nunca han tenido síntomas de origen cerebrovascular (prevención primaria) o, si ya ha sucedido el primer episodio, intentar que éste no ocurra de nuevo (prevención secundaria). Por tanto podría decirse que la prevención primaria y secundaria frente al ictus resulta tan importante como los fármacos trombolíticos o neuroprotectores.

OE. II. Reducir la incidencia del accidente isquémico transitorio (AIT) y/o ictus.

- LAE. 6.** Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en la población.
- AC. 13.** Preservar el adecuado cumplimiento de la legislación sanitaria sobre el consumo de tabaco, regulación de su venta, suministro y publicidad de los diversos productos del tabaco, utilizando todas las herramientas necesarias.

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

⁹ Algunas de las acciones que a continuación se muestran están extraídas de las Estrategias de las Illes Balears de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Alimentación Saludable y Vida Activa; y Diabetes, adaptadas a la especificidad del ictus.

- AC. 14.** Mejorar la información disponible para la población sobre los efectos del consumo de tabaco para la salud, tanto para los fumadores activos como para las personas expuestas al humo ambiental generado por el tabaco. Promover campañas informativas adaptadas a cada uno de los grupos diana específicos según su edad, género y nivel socioeconómico.
- AC. 15.** Desarrollar un nuevo plan de tabaquismo en las Illes Balears como continuidad del *Pla sobre tabaquisme a les Illes Balears 2007-2011*.
- AC. 16.** Definir un modelo de deshabituación tabáquica que sea común para todas las islas.
- AC. 17.** Desarrollar una plataforma común que recoja toda la información sobre el catálogo de recursos y programas relacionados con la deshabituación tabáquica en las Illes Balears.
- AC. 18.** Potenciar el registro homogeneizado en *Història de Salut de les Illes Balears* que permita la identificación de la población fumadora.
- LAE. 7.** Aumentar progresivamente el porcentaje de población que realiza actividad física.
- AC. 19.** Favorecer y construir, desde las instituciones de la Comunidad Autónoma, un entorno que facilite a los residentes de las islas la elección de una vida activa.
- AC. 20.** Realizar campañas institucionales con el objetivo de informar y sensibilizar a la población sobre las ventajas de una vida y envejecimiento activos, a través de la adopción de hábitos de vida saludables, de manera que incluso los individuos sanos incluyan en sus prioridades la importancia de llevar una vida activa. Fomentar su registro en el apartado de "consells" de la *Història de Salut de les Illes Balears*.
- AC.21.** Promover intervenciones conjuntas con otras instituciones, aprovechando la oferta de recursos locales y comunitarios para la promoción de la vida y envejecimiento activos.
- AC. 22.** Difundir y fomentar la utilización de las webs institucionales <http://e-alvac.caib.es> y www.estilosdevidasaludable.mssgi.gob.es en las que todos los agentes implicados pueden interactuar (profesionales, centros educativos, empresas y ciudadanos en general) y donde se informa y se sensibiliza sobre la importancia de la realización de actividad física adecuada a las distintas etapas de la vida y características físicas de cada persona.
- AC. 23.** Promover y ampliar, en el ámbito de los centros de salud, el proyecto de "Rutes saludables"¹⁰ <http://e-alvac.caib.es/rutas-portada.html>.

¹⁰ La Conselleria de Salut ha puesto en marcha el proyecto de Rutas Saludables en torno a los centros de salud. Para el diseño de estas rutas se ha contado con la colaboración de entidades, asociaciones y ciudadanos de los barrios implicados, así como de los responsables municipales de los ayuntamientos participantes. Se han podido definir rutas adaptadas a la vida cotidiana, que fomentan la socialización de los vecinos a la vez que se fomenta la actividad física, mejorando así la salud de toda la comunidad.

- AC. 24.** Homogeneizar el sistema de medición y registro de la actividad física que realiza la población, integrando el existente en eSiap en el *Sistema de Gestión integrada de patologías crónicas en Història de Salut de les Illes Balears*, incorporando algún sistema de alarma para preguntar sobre esta cuestión.
- LAE. 8.** Incrementar el porcentaje de población que sigue una dieta saludable.
- AC. 25.** Fomentar en la población general la adopción de hábitos de alimentación saludables.
- AC. 26.** Fomentar la utilización de las webs institucional <http://e-alvac.caib.es> y www.estilosdevidasaludable.mssgi.gob, como espacios dotados con información y herramientas específicas que sensibilizan sobre la importancia de adoptar hábitos de vida saludables para prevenir el exceso de peso. Entre las herramientas disponibles se incluyen tablas con la composición de los alimentos y modelos de dieta saludable, se exponen los riesgos para la salud del exceso de peso y se explican las patologías asociadas a esta condición junto con las medidas adecuadas para su prevención.
- AC. 27.** Desarrollar las políticas de lactancia materna de la comunidad autónoma¹¹.
- AC. 28.** Garantizar la continuidad del *Programa de alimentación saludable en la escuela*, que pretende mejorar la calidad nutricional de los menús escolares y de los alimentos ofertados en las cafeterías de los centros educativos y vía máquinas expendedoras¹².
- AC. 29.** Diseñar e implantar programas de prevención e intervención contra la obesidad, especialmente en el entorno escolar: *Comunitat escolar 2.0* (<http://e-alvac.caib.es/entorno-escolar.html>)
- AC. 30.** Favorecer y potenciar convenios de colaboración con asociaciones de empresarios de la industria alimentaria para mejorar la calidad nutricional de los productos que se ofrecen (por ejemplo: proyecto *Sabor del Mediterráneo*: sistema de acreditación de los establecimientos promotores de dieta mediterránea (<http://e-alvac.caib.es/sm>, www.estilosdevidasaludable.mssgi.gob.es))
- AC. 31.** Cumplir con los criterios de una dieta saludable en los comedores institucionales promovidos por la Consejería de Salud.

11 Política de lactancia de las Illes Balears. Implantación del Protocolo de lactancia materna de la comunidad autónoma de las Illes Balears según la proposición de Ley del 4 de diciembre de 1997, del Parlamento de las Illes Balears y según la Ley 5/2003 de 4 de abril de Salud de las Illes Balears.

12 El 5 de julio del año 2011 se aprobó la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición que regula las medidas de salvaguarda y embargo de productos, así como el régimen sancionador y la coordinación entre administraciones públicas, entre otras. Así mismo, también da apoyo legal a la prevención de la obesidad y el sobrepeso. La Ley afecta de lleno a la industria de venta automatizada, en especial en su artículo 40.6 que incide especialmente en la expedición automatizada de productos en centros escolares, al limitar el contenido de grasas saturadas en los artículos que se venden a través de máquinas expendedoras.

- AC. 32.** Promover la alimentación saludable a través de programas y/o talleres por parte de los profesionales de Atención Primaria.
- AC. 33.** Implicar a los profesionales sanitarios en las recomendaciones y seguimiento de las dietas de sus pacientes, que deberán consensuarse con los especialistas en nutrición y basarse en la evidencia científica actualizada.
- LAE. 9.** Crear entornos que favorezcan la adopción de hábitos de vida saludables.
 - AC. 34.** Favorecer y potenciar los convenios de colaboración con las distintas áreas de la administración, entidades públicas y asociaciones, tanto autonómicas como locales, mediante el establecimiento de alianzas que mejoren la eficacia de las intervenciones.
 - AC. 35.** Potenciar el uso del material didáctico ya elaborado, dirigido a la población general, introducido y accesible para su utilización a través de la aplicación informática, que dota de herramientas y habilidades a los profesionales sanitarios a la hora de aportar sugerencias y recomendaciones o instrucciones a sus pacientes sobre estilos de vida y hábitos saludables.
 - AC. 36.** Potenciar la formación sobre hábitos de vida saludables como materia transversal en los centros educativos, proporcionando herramientas que aumenten las habilidades de los profesores, alumnos y padres en aspectos como la alimentación saludable y la vida activa (*Comunitat escolar 2.0* <http://e-alvac.caib.es/entorno-escolar.html>).
 - AC. 37.** Fomentar una alimentación saludable entre el colectivo de adolescentes a través del establecimiento de horarios y locales especialmente habilitados para comer durante el horario escolar, en los centros de educación secundaria públicos y concertados. Tanto en los comedores escolares como en aquellos locales habilitados para comer en los que los alumnos llevan su comida preparada de casa. Aprovechar estos entornos para orientar sobre las mejores pautas de alimentación.
 - AC. 38.** Potenciar el hábito de un desayuno saludable desde el inicio de la etapa escolar a través de actuaciones conjuntas entre Salud, Educación y las asociaciones de padres y madres de alumnos.
 - AC. 39.** Potenciar entre los profesionales la indicación de modificación de estilos de vida en aquellos pacientes que se encuentren en situación de prediabetes.
- LAE. 10.** Fomentar la detección precoz de los principales factores de riesgo vascular.
 - AC. 40.** Potenciar la educación sanitaria vía campañas institucionales y proporcionar de forma más directa la información a la población sobre los principales factores de riesgo vascular, promoviendo programas de intervención de enfermería en los centros de salud.
 - AC. 41.** Promover los hábitos saludables en toda la población para sensibilizar y dar a conocer tanto la enfermedad como sus factores de riesgo, de

forma que estos puedan evitarse o controlarse. Promover a través de la educación para la salud, como actividad continuada dentro de Atención Primaria, intervenciones escolares, en farmacias, soportes publicitarios como prensa, radio o televisión, etc. Concienciar a la población de los riesgos del abuso del alcohol y de las drogas.

- AC. 42.** Favorecer el establecimiento de criterios homogéneos en los mensajes que se dan a la población por parte de las comunidades autónomas y los diferentes Ministerios del Gobierno central.
- AC. 43.** Incluir en los objetivos asistenciales de los centros de salud de Atención Primaria la realización de actividades de prevención, promoción y educación para la salud. Incentivar la realización de estas actividades por parte de los profesionales.
- AC. 44.** Impulsar tareas de formación en prevención en todos los ámbitos sanitarios.
- AC. 45.** Realizar prevención y detección precoz de los factores de riesgo desde Atención Primaria, tanto oportunista (aprovechando el uso de cualquier consulta médica o de enfermería) como mediante la captación activa de población de riesgo.
- AC. 46.** Incluir en los sistemas de información los registros pertinentes, con carácter homogéneo, que permitan la identificación de personas con los principales factores de riesgo para ictus (consumo de tabaco, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemias y fibrilación auricular).
- AC. 47.** Mantener un sistema de alarmas de acuerdo con las recomendaciones vigentes sobre riesgo vascular¹³.
- AC. 48.** Mejorar la cobertura de detección de tabaquismo, hipertensión, dislipemia y diabetes.
- AC. 49.** Dar continuidad a las revisiones médicas de detección de enfermedades cardiovasculares previas a cualquier práctica deportiva.
- LAE. 11.** Realizar el adecuado seguimiento y control de las personas con hipertensión, diabetes y/o dislipemias.
- AC. 50.** Actualizar la Guía de Riesgo Vascular para ofrecer recomendaciones actualizadas y basadas en la evidencia científica más reciente, de manera que se facilite la toma de decisiones en la práctica clínica de los profesionales sanitarios.
- AC. 51.** Difundir los cambios y/o actualizaciones de la Guía de Riesgo Vascular mediante actividades de formación acreditada.
- AC. 52.** Mantener actualizados los sistemas de información para la correcta monitorización de los principales factores de riesgo de ictus.
- AC. 53.** Potenciar, dentro de la *Història de Salut de les Illes Balears*, sistemas de registro adecuados y homogéneos que permitan mejorar el trata-

13 Guía clínica: Recomendaciones de actuación en la Atención Primaria en la Enfermedad Cerebrovascular. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Illes Balears. 2011.

miento y grado de control de la población fumadora y/o hipertensa, con diabetes y/o dislipemia.

AC. 54. Integrar la información de los sistemas de información de Atención Primaria y de los diferentes hospitales de la Comunidad Autónoma en la *Història de Salut de les Illes Balears*.

AC. 55. Incluir a las personas con factores de riesgo en el *Sistema de Gestión integrada de patologías crónicas* en *Història de Salut de las Illes Balears* para poder llevar un seguimiento óptimo de la persona y de su situación de riesgo.

AC. 56. Potenciar el autocuidado en los diferentes aspectos del riesgo vascular.

AC. 57. Analizar y evaluar periódicamente la información obtenida del *Sistema de Gestión Integrada de Patologías Crónicas* en *Història de Salut de las Illes Balears* para promover intervenciones/acciones de mejora.

LAE. 12. Asegurar un adecuado tratamiento antitrombótico de las personas con cardiopatías embolígenas.

AC. 58. Implementar las guías de práctica clínica en la práctica diaria de los profesionales sanitarios con mecanismos que garanticen su actualización.

AC. 59. Aplicar y mantener actualizados los protocolos locales de acuerdo con la evidencia científica.

AC. 60. Formar a los diferentes profesionales implicados en el adecuado manejo de las cardiopatías embolígenas.

AC. 61 Integrar la información de Atención Primaria y de los diferentes hospitales de la Comunidad Autónoma en la *Història de Salut de les Illes Balears*.

AC. 62. Incluir a las personas con cardiopatía embolígena, especialmente con fibrilación auricular no valvular, dentro del *Sistema de gestión integrada de patologías crónicas* en *Història de Salut de las Illes Balears* para realizar el seguimiento integral correspondiente.

AC. 63. Realizar el seguimiento de la adhesión al tratamiento.

OE. III. Disminuir las recurrencias de Accidente Isquémico Transitorio (AIT) o ictus.

LAE. 13. Monitorizar los factores de riesgo vascular en aquellas personas que ya hayan tenido un primer evento cerebrovascular y prescribir el tratamiento preventivo adecuado.

AC. 64 Adaptar a la enfermedad cerebrovascular los programas de educación para la salud desarrollados para la cardiopatía isquémica.

AC. 65. Realizar el seguimiento de las personas que hayan tenido un accidente isquémico transitorio (AIT) o ictus, de manera interdisciplinar, dependiendo de la etiología del episodio¹⁴.

14 A continuación se exponen algunas de las pautas marcadas en el documento de Recomendaciones de actuación en la Atención Primaria en la Enfermedad Cerebrovascular:

• Personas con ateromatosis de los troncos supraaórticos no quirúrgicos en el momento del ictus o AIT:

- AC. 66.** Difundir y formar a los profesionales sobre los contenidos del documento *Recomendaciones de actuación en la Atención Primaria en la Enfermedad Cerebrovascular*.
- AC. 67.** Desarrollar un plan de revisión y actualización del mencionado documento con carácter bienal, al tiempo que se difunden los cambios entre los diferentes profesionales.
- AC. 68.** Identificar clara y específicamente, vía los correspondientes códigos CIE, los ictus ocasionados por cardiopatías embolígenas.
- AC. 69.** Establecer en los sistemas de información, las reglas/normas que permitan identificar el tratamiento antitrombótico asociado al código de la enfermedad.
- AC. 70.** Informar adecuadamente a las personas afectadas de los beneficios y riesgos de la anticoagulación oral.
- AC. 71.** Atender a los pacientes que presenten patología oclusiva de arterias de gran calibre y tengan indicación de cirugía o tratamiento endovascular en el hospital de referencia para ictus, ya que cuenta con equipo de cirugía vascular y neurorradiología intervencionista.
- AC. 72.** Realizar una reevaluación diagnóstica de la persona después de una recurrencia de ictus que incluya adhesión al tratamiento preventivo, interacciones farmacológicas y concurrencia de nuevos factores etiológicos.

-
- Revisión a los 3-6 meses y anualmente, una vez estabilizado.
 - Control de los troncos supraaórticos mediante una ecografía doppler y transcraneal individualizando según el grado de estenosis, el riesgo vascular y la progresión.
 - Personas con ateromatosis de los troncos supraaórticos intervenidos después del ictus o AIT:
 - Seguimiento vía cirugía vascular, que indicará los controles mediante una ecografía doppler de los troncos supraaórticos como corresponda en cada caso.
 - Revisión en un servicio de neurología a los 6-12 meses.
 - Personas con múltiples factores de riesgo vascular, enfermedad de pequeño vaso y sin ateromatosis de los troncos supraaórticos:
 - Puede ser alta por el servicio de neurología, aunque es recomendable el control neurológico durante el primer año, al menos en dos ocasiones.
 - Si es necesario, se debe derivar a la persona a los servicios de las diferentes especialidades implicadas para su patología de base (endocrinología, nefrología, medicina interna, cardiología, etc.)
 - En los casos de ictus en el contexto de enfermedades sistémicas, además de las revisiones neurológicas específicas que se indican, se debe derivar a la persona al servicio de la especialidad implicada.
 - Ictus hemorrágico:
 - Control durante al menos un año, con revisiones a los 3-6-12 meses, dependiendo de la patología de base.
 - Derivación, si se considera necesario, a otras especialidades implicadas (nefrología, medicina interna, hematología, neurocirugía, etc.)
 - Si el ictus provoca epilepsia, las revisiones han de prolongarse en el tiempo y deben realizarse con más o menos frecuencia dependiendo del grado de control.
 - Si empeora el déficit previo o si se añaden nuevos síntomas, se debe derivar a la persona a un Servicio de neurología.
 - Si se sospecha un nuevo ictus, se debe considerar como un ictus agudo, por lo que se debe actuar siguiendo las recomendaciones vigentes.

LAE. 14. Promover la adhesión al tratamiento.

- AC. 73.** Establecer medidas objetivas para garantizar el cumplimiento terapéutico en los diferentes sistemas de información integrados con *Història de Salut de les Illes Balears* como instrumento unificador.
- AC. 74.** Realizar recuento de envases dispensados por las farmacias (módulo de RELE). Insertar en el registro de dispensaciones la funcionalidad para valorar el cumplimiento terapéutico en función de la recogida de medicación¹⁵.
- AC. 75.** Valorar la adherencia terapéutica al tratamiento a través del Test de Morisky-Green¹⁶ y Test de Batalla¹⁷ adaptado.

LAE. 15. Asegurar la continuidad asistencial como instrumento para reducir la morbi-mortalidad.

- AC. 76.** Completar el desarrollo e implantar el modelo integral de actuación del proceso de ictus en las Illes Balears, considerando la enfermedad cerebrovascular como una patología crónica sobre la cual se precisa una actuación interdisciplinar que tenga al paciente como eje y le implique en su autocuidado. Esto se concreta en el *Sistema de gestión integrada de patologías crónicas* de *Història de Salut de les Illes Balears*.
- AC. 77.** Adecuar las herramientas informáticas para que se pueda trabajar en el *Sistema de Gestión Integrada de Patologías Crónicas* en *Història de Salut de les Illes Balears* desde todos los niveles asistenciales.
- AC. 78.** Incentivar a los profesionales implicados en el manejo del *Sistema de Gestión Integrada de Patologías Crónicas* en *Història de Salut de les Illes Balears*.
- AC. 79.** Velar por el cumplimiento de las recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica del ictus vigentes en relación a aspectos de prevención secundaria.

¹⁵ El sistema calcula esta contabilización a través de la siguiente fórmula:

CT=Unidades de administración recogidas/unidades de administración prescritas x 100

Si CT < 80% se debe asignar el valor de NO CUMPLIDOR

Si CT ≥ 80% se debe asignar el valor de CUMPLIDOR

Esta fórmula se aplicará para periodos de análisis de tres meses contando a partir de la fecha actual o fecha en la que se realiza la consulta, hacia atrás en el tiempo y como máximo un año.

¹⁶ Método indirecto para calcular la adherencia al tratamiento farmacológico a través de una entrevista en la que se plantea a la persona 4 preguntas:

1- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos? Si/No

2- ¿Toma usted los medicamentos a las horas indicadas? Si/No

3- Cuando se encuentra bien, ¿deja usted de tomar la medicación? Si/No

4- Si alguna vez se encuentra mal, ¿deja usted de tomar la medicación? Si/No

Si la respuesta a una de estas preguntas es afirmativa se considera que la persona es no cumplidora.

¹⁷ Método indirecto para calcular la adherencia al tratamiento farmacológico a través de una entrevista en la que se le plantean a la persona 3 preguntas para valorar su conocimiento sobre la enfermedad. Se considerará por tanto no cumplidora, aquella persona que responda de manera incorrecta a tan solo una de las siguientes preguntas:

1- ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?

2- ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?

3- Cite 2 o más órganos vitales que pueden lesionarse por tener la tensión arterial elevada.

- AC. 80.** Incluir en el informe de alta de los hospitales de agudos las medidas de prevención secundaria específicas para cada caso.
- AC. 81.** Concertar una cita programada con el médico y la enfermera de Atención Primaria en el momento del alta hospitalaria.
- AC.82.** Nombrar un responsable/coordinador en cada centro de salud que se encargue de todos los aspectos relacionados con el ictus, programe actividades de formación en el propio centro y sea el interlocutor con otros niveles asistenciales.
- AC. 83.** Potenciar el papel de las enfermeras en el proceso asistencial del ictus.
- AC. 84.** Fomentar el uso por parte de las enfermeras del *Sistema de gestión integrada de patologías crónicas* en *Història de Salut de les Illes Balears* e incentivar a estos profesionales en la utilización del Plan de Cuidados desarrollado también en *Història de Salut de les Illes Balears*.
- AC. 85.** Mantener la continuidad asistencial, tanto médica como de enfermería, implementando el modelo de *Enfermera gestora de casos* desarrollado por el Servicio de Salud de las Illes Balears¹⁸.
- AC. 86.** Desarrollar e impartir talleres dirigidos a los cuidadores de las personas que han padecido un ictus. En la formación se incluirán apartados sobre los factores de riesgo vascular y las medidas necesarias para un correcto control.
- AC. 87.** Potenciar la responsabilidad compartida de la persona en su autocuidado mediante el desarrollo completo del portal del ciudadano en *Història de Salut de les Illes Balears* como complemento fundamental de la atención integrada del ictus.

OE. IV. Reducir la recurrencia de un episodio vascular en una localización diferente a la cerebral después de un primer episodio cerebrovascular.

LAE. 16. Fomentar el abordaje interdisciplinar de las personas que han tenido un evento cerebrovascular.

AC. 88. Fomentar el abordaje interdisciplinar en el *Sistema de Gestión Integrada de Patologías Crónicas* en *Història de Salut de les Illes Balears*

¹⁸ La gestión de casos, según la definición que aporta la Case Management Society of America se trataría del proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades en salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y coste-efectivos.

Mediante la gestión de casos se aprovechan las diferentes posibilidades y recursos de nuestro sistema sanitario con el fin de garantizar la continuidad asistencial de los pacientes y de las personas cuidadoras, a lo largo de su ciclo vital, sea cual sea el nivel de atención, al tiempo que mejora la capacidad de respuesta coordinando los diferentes recursos asistenciales, profesionales y ayudas técnicas para el cuidado de las personas dependientes y de las que los cuidan.

La enfermera gestora de casos tiene como misión gestionar cada caso de manera individual y personalizada en función de las necesidades del paciente y/o familia. Realizará la valoración de cada caso, diseñando el plan asistencial junto con los profesionales responsables de la atención directa, así como la identificación y movilización de los recursos, tanto sanitarios como sociales, necesarios para el adecuado desarrollo del mismo.

- AC. 89.** Incluir en los programas de formación dirigidos a los profesionales asistenciales la anamnesis orientada a detectar síntomas que sugieran patología vascular en otros sistemas y los criterios de derivación en función de la sospecha clínica.
- AC. 90.** Garantizar que las medidas de prevención secundaria farmacológica se adapten a todas las enfermedades vasculares: visión global de la persona.
- AC. 91.** Informar sobre la posibilidad de afectación de otros sistemas vasculares, tanto a las personas afectadas como a sus cuidadores y a los profesionales.
- AC. 92.** Implementar y difundir la *Guía de recomendaciones para atender a los pacientes polimedcados*¹⁹; enmarcada en el programa de uso racional del medicamento desarrollado por el Servicio de Salud de las Illes Balears.

AIE 3. ATENCIÓN EN LA FASE AGUDA

Las enfermedades cerebrovasculares agudas se caracterizan por la aparición repentina de síntomas y signos de déficit neurológico focal o alteración del nivel de conciencia. Los síntomas de un ictus pueden aparecer aislados, aunque es más frecuente que aparezcan simultáneamente. Se instauran en un corto intervalo de tiempo que puede oscilar entre unos segundos hasta varias horas y pueden evolucionar de forma precoz hacia una mejoría, hacia el empeoramiento gradual o escalonado, o hacia la instauración de un déficit máximo de forma inmediata, con o sin fluctuaciones. Las **tablas 12 y 13** muestran los síntomas y signos focales de ictus que manifiestan los pacientes y que reflejan el área cerebral dañada.

TABLA 12. Síntomas y signos de un posible ictus.

| |
|---|
| Alteración de la consciencia |
| Estupor o coma |
| Confusión o agitación |
| Convulsiones |
| Afasia u otras alteraciones cognitivas |
| Disartria |
| Asimetría facial |
| Descoordinación, debilidad, parálisis o pérdida sensitiva en una o más extremidades |
| Ataxia, alteraciones del equilibrio o la marcha |
| Pérdida de visión monocular o binocular o pérdida parcial del campo visual |
| Vértigo, diplopia, sordera unilateral |

¹⁹ Programa de mejora de la calidad en la atención a las personas con patologías crónicas y polimedcados, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

TABLA 13. Patrones comunes de alteración neurológica en personas con ictus.

| | |
|---|--|
| Hemisferio izquierdo (suele ser el dominante) | Afasia, hemiparesia derecha (D), hemihipoestesia D, defecto campimétrico D, desviación de la mirada conjugada a la izquierda (I), disartria, dificultad para leer, escribir o calcular. |
| Hemisferio derecho (no dominante) | Hemiparesia I, inatención al espacio visual I, defecto campimétrico I, hemihipoestesia I, desviación de la mirada conjugada a la D, anosognosia, hemisomatognosia I, disartria, desorientación espacial. |
| Tronco cerebral y cerebelo | Alteración del nivel de consciencia, pérdida motora o sensitiva en 1 a 4 extremidades, signos cruzados (afectación de los pares craneales en el lado contrario al déficit motor), ataxia, disartria, mirada desconjugada, nistagmus, amnesia, defectos visuales bilaterales, vértigo, sordera unilateral, disfagia, Sdr. de Horner, náuseas o vómitos. |
| Pequeño infarto subcortical hemisférico o de tronco (síndromes lacunares) | Síndrome motor puro Síndrome sensitivo puro Disartria-mano torpe Hemiparesia, ataxia Síndrome sensitivo-motor |

El eje de la atención en fase aguda de un paciente con ictus lo constituye la rápida asistencia en un centro hospitalario con la capacidad diagnóstica y la experiencia necesaria para una evaluación y tratamiento apropiados, basados en la evidencia científica y fundamentados en la limitada ventana terapéutica para el tratamiento específico del ictus isquémico. Esta valoración debe hacerse por neurólogos expertos en ictus en centros en los que se cuente con Unidad de ictus preferentemente o Equipo de ictus (cuando los recursos no son suficientes). Cada persona debe tener la misma posibilidad de acceso a estos recursos con independencia de donde viva.

Los síntomas deben reconocerse por la persona que está sufriendo un ictus o por los testigos presenciales para alertar inmediatamente al servicio de emergencias extrahospitalarias, SAMU061. Cuando el SAMU061 atiende una llamada en la que se sospecha que una persona está sufriendo un ictus, activa de manera inmediata el denominado *Código Ictus*. Se trata de un dispositivo de coordinación extra e intrahospitalario para la inmediata preparación del hospital que va a recibir a la persona. Alerta a los profesionales de los servicios de urgencias, neurología, radiología y análisis clínicos entre otros, lo que permite diagnosticar y tratar rápida y correctamente a la persona afectada.

El tiempo que transcurre desde que la persona percibe los primeros síntomas hasta que es atendido en el hospital es vital. En la isquemia cerebral cada minuto transcurrido se traduce en dos millones de neuronas muertas. Cada cinco minutos de retraso en la reperusión del tejido isquémico, uno de cada 100 pacientes tendrá una mala evolución.

Las Unidades de ictus se organizan como una unidad de cuidados intermedios durante la fase aguda. Estas Unidades han demostrado disminuir la mortalidad, las secuelas y la necesidad de institucionalización posterior, por lo que resultan coste-efectivas y de ellas se pueden beneficiar la mayoría de las personas afectadas por un ictus. Además, en el ictus isquémico, se ha demostrado que la recanalización arterial mediante los distintos tratamientos de reperusión, como

la administración intravenosa de rt-PA (activador recombinante del plasminógeno tisular) en las 6 primeras horas de evolución de la isquemia cerebral o la trombectomía mecánica (extracción del trombo de forma precoz con dispositivos endovasculares en centros preparados y con neurorradiólogos intervencionistas incorporados al equipo de ictus), reducen la probabilidad de fallecimiento o dependencia a los 3 meses. Sin embargo, es necesario que cualquier tratamiento de reperfusión se realice lo más pronto posible, y este tiempo-dependencia puede ser motivo de infrutilización. El retraso en la solicitud de atención médica por parte de las personas con ictus, el retraso en su transporte urgente a un centro hospitalario adecuado, los retrasos intra-hospitalarios y una larga lista de criterios de exclusión, pueden tener como consecuencia que los pacientes afectados no se beneficien de estos tratamientos. Por ello es preciso elaborar un documento que sirva de guía para mejorar todos los aspectos implicados en la atención al ictus en la fase aguda.

OE. V. Reducir la mortalidad al mes y aumentar la autonomía de las personas que sobreviven. La declaración de Helsingborg²⁰ fija como objetivo conseguir que más del 80% de las personas que padecen un ictus sobrevivan al mes y que, de éstos, el 70% consigan ser independientes al cabo de 3 meses.

LAE. 17. Desarrollar campañas de información y actividades de formación dirigidas a grupos de riesgo identificados para aumentar el conocimiento de los síntomas de alarma y pautas de actuación.

AC. 93. Desarrollar campañas divulgativas dirigidas a la población en general y para los grupos de riesgo en particular, sobre los síntomas de un ictus. Campañas intensivas del tipo Expoact²¹ y campañas de información y distribución escrita en centros de salud (carteles y folletos) de manera que pueda aumentar el conocimiento que la población tiene sobre los síntomas del ictus y sobre como actuar. Utilizar el acrónimo RAPID²².

20 El resultado de la primera reunión internacional para el consenso en el manejo del ictus que tuvo lugar en Helsingborg, Suecia, del 8 al 10 de noviembre de 1995, fue la Declaración de Helsingborg para el manejo del ictus en Europa. Actualizada en una segunda declaración en el año 2006, contiene una serie de objetivos, entre otros, para que todos los Estados Miembros establezcan un sistema de organización del manejo del ictus agudo con la finalidad de reducir la mortalidad al mes en un 20%; que en aquellas personas supervivientes a la fase aguda la incidencia de recurrencia fatal y no fatal de ictus durante los dos primeros años se reduzca a una cifra inferior al 20% de los casos y que la mortalidad a causa de la enfermedad llegue a situarse por debajo del 40%.

21 El proyecto Expoact Ictus consistió en una exposición itinerante e interactiva, fruto de la colaboración entre el Plan de la enfermedad vascular en Cataluña (PDEVC) y el Servicio de Salud de las Illes Balears. Estas exposiciones van dirigidas a sensibilizar a la ciudadanía sobre la importancia de la enfermedad vascular cerebral y dotarla de herramientas de ayuda para poder reconocer a tiempo los síntomas de un ictus y reaccionar con rapidez al tiempo que se analizan los factores de riesgo más frecuentes, marcándose pautas para su control.

22 Acrónimo propuesto por la Fundación Ictus, inspirado en el acrónimo FAST de la National Stroke Association (Face=Cara, Arms=Brazos, Speech=Habla y Time=tiempo). El significado del acrónimo RAPID es:

R (riure): Rie. Pedir a la persona que sonría.

A (aixecar): Levantar los brazos. Pedir a la persona que levante los brazos.

P (parla): Pedir a la persona que repita una frase sencilla

I (ictus): Ante la sospecha de ictus

D (de pressa): Llamar a urgencias inmediatamente

- AC. 94.** Promover y desarrollar campañas divulgativas con estrategias de información específicas para la población en riesgo de padecer un ictus, con la colaboración de los centros de salud, las asociaciones de enfermos relacionadas, los hospitales de agudos y los centros sociosanitarios.
- AC. 95.** Establecer una periodicidad anual/bienal para el desarrollo de estas campañas con responsabilidad compartida entre el Servei de Salut de las Illes Balears y la Consejería de Salud.
- LAE. 18.** Aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento trombolítico intravenoso antes de las 4,5 horas desde el inicio de los síntomas asumiendo los criterios de Helsingborg y del porcentaje global de pacientes con ictus isquémico que reciben tratamiento fibrinolítico, según la estimación de los últimos años: 12% en el hospital de referencia y 7% en el resto de hospitales que reciben pacientes con ictus en fase aguda.
- AC. 96.** Mejorar el transporte urgente. Para cumplir con los tiempos de tratamiento desde la activación del código ictus es necesario que los recursos sean suficientes, por este motivo, debe considerarse en los pliegos de contratación de ambulancias del 061SAMU el adecuado número de ambulancias y su correcta distribución según las condiciones de la geografía balear.
- AC. 97.** Establecer un calendario de revisiones periódicas del algoritmo del código ictus para simplificarlo al máximo según la evidencia científica en cada momento y los recursos disponibles²³.
- AC. 98.** Unificar los distintos protocolos de trabajo y procesos asistenciales existentes en un documento común que concrete el manejo del ictus en la fase aguda en la comunidad autónoma de las Illes Balears y que incorpore las singularidades de cada sector sanitario
- AC. 99.** Establecer calendarios de revisiones periódicas de los protocolos asistenciales para evaluar los criterios de inclusión para las diferentes estrategias de reperusión y así adaptarlos a la evidencia científica.
- AC. 100.** Desarrollar procesos asistenciales para el acceso a las estrategias de reperusión diferentes a la fibrinólisis endovenosa antes de las 4,5 horas desde los diferentes hospitales que atienden ictus. Los procesos a desarrollar son:
- Fibrinólisis en el ictus de inicio desconocido o del despertar.
 - Fibrinólisis hasta las 6 horas de evolución en pacientes seleccionados con neuroimagen.
 - Trombectomía mecánica.
 - Tratamiento endovascular de rescate: trombectomía de rescate.
- AC. 101.** Intensificar la formación sanitaria sobre el tratamiento precoz del ictus mediante actividades acreditadas que incluyan las terapias de reperusión dirigidas a:

23 Para más concreción y detalle, mirar el anexo I

- tècnics en emergència sanitària del SAMU061.
 - personal de enfermeria del SAMU061, SUAP, AP, Servicios de urgencias hospitalarias y unidades hospitalarias que atienden ictus en la fase aguda.
 - facultativos de los servicios de emergencia del SAMU061, AP, SUAP, Servicios de urgencias hospitalarias y/o que realizan actividad continuada en los distintos hospitales con posibilidad de atender ictus en fase aguda.
- LAE. 19.** Conocer el número y características de las personas con ictus que llegan a cada hospital de la Comunidad Autónoma antes de las 6 horas de evolución para poder planificar estrategias de mejora en la rapidez del traslado y la distribución de los pacientes (ingresos en unidades de ictus, etc.)
- AC. 102.** Incorporar a los sistemas de información de los hospitales que atienden ictus en fase aguda las aplicaciones necesarias para realizar el seguimiento de estos pacientes, incluyendo el máximo de automatismos y alarmas.
- AC. 103.** Crear un registro autonómico de ictus asociado a la *Història de Salut de les Illes Balears* que incluya el máximo de automatismos, donde se reflejen los datos que hacen referencia al tiempo de actuación de pacientes que proceden de SAMU061, SUAP, AP, Servicios de urgencias hospitalarias, Servicios de neurología y otros datos que a lo largo del desarrollo de esta *Estrategia de ictus* se consideren oportunos.
- LAE. 20.** Potenciar el uso de la telemedicina aplicada al ictus (teleictus) para proporcionar atención neurológica inmediata a las personas con ictus en los hospitales que no dispongan de neurólogo de guardia.
- AC. 104.** Revisar y actualizar periódicamente el protocolo actual para la fibrinólisis en el ictus isquémico mediante teleictus.
- AC. 105.** Valorar la inclusión del hospital de Inca y del hospital de Formentera en el programa teleictus.
- AC. 106.** Fomentar la utilización de la telemedicina para consultas y discusiones diagnósticas y terapéuticas cuando no haya neurólogo en el hospital consultor o incluso para discusión entre neurólogos.
- AC. 107.** Utilizar el teleictus para valorar a las personas con ictus isquémico con la finalidad de indicar o no el traslado al hospital de referencia.
- AC. 108.** Utilizar el teleictus para que neurólogos y/o neurocirujanos valoren a las personas con hemorragia cerebral con la finalidad de indicar o no el traslado al hospital de referencia.
- AC. 109.** Fomentar el uso de la telemedicina para la docencia (utilizarla para el desarrollo de sesiones clínicas)

LAE. 21. Definir la red asistencial de unidades y/o equipos de ictus para la atención en la fase aguda en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears; actualizarla periódicamente según los criterios establecidos en el documento de la Estrategia en ictus del SNS y mantenerla actualizada²⁴.

AC. 110. Elaborar un documento avalado por la Consejería de Salud que recoja la red asistencial con la descripción de los centros que atienden ictus en la fase aguda, sus carteras de servicios, la composición de los distintos equipos de ictus y los recursos materiales de cada uno de los centros hospitalarios.

AC. 111. Ajustar el número de camas de Unidad de ictus en la Comunidad Autónoma de acuerdo con las recomendaciones del PASI-II²⁵, con criterios de efectividad y equidad.

AC. 112. Valorar la creación de un equipo de ictus en el hospital de Inca siguiendo los criterios recogidos en la Estrategia del SNS y con la formación de los profesionales implicados.

AC. 113. Establecer un calendario de revisiones periódicas en la red asistencial para adaptarla a las necesidades de la población.

24 Se considera que un hospital está dotado de Unidad de ictus cuando dispone de:

- Camas específicas.
- Neurólogo con las funciones de coordinación y experto en enfermedades cerebrovasculares.
- Programa de trabajo coordinado con otras especialidades implicadas (cirugía vascular, neuroradiología, cardiología, rehabilitación y geriatría).
- Neurólogo de guardia, preferentemente de presencia física.
- Protocolos diagnóstico-terapéuticos.
- Monitorización multiparámetro no invasiva (ECG y detección de arritmias, oximetría, presión arterial).
- Equipo de enfermería experto en enfermedades cerebrovasculares.
- Protocolos de enfermería de manejo del paciente con ICTUS.
- Laboratorio de neurosonología para el estudio neurovascular a cargo de la Unidad.
- Circuitos establecidos con el Servicio de urgencias extrahospitalarias para el traslado inmediato de los pacientes. Código ictus.
- Servicio de urgencias.
- Acceso a neurocirugía.
- Unidad de cuidados intensivos disponible.
- TC cerebral disponible las 24 horas del día.
- Servicio de laboratorio de urgencias las 24 horas del día.
- Rehabilitación multidisciplinar.
- Registro de ictus.
- Acceso rápido y preferente a los hospitales con alta tecnología para la aplicación de técnicas diagnósticas y/o terapéuticas muy específicas.

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

Actualización del estudio elaborado por el Grupo de estudio de enfermedades cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología, que tiene como objetivo proponer un sistema organizativo de atención al ictus que dé respuesta a las necesidades de cada enfermo y pueda optimizar la utilización de los recursos sanitarios.

La recomendación de este estudio en referencia a la distribución de las Unidades de ictus es:

- Por distribución poblacional: 1 cama monitorizada en Unidad de ictus por cada 100.000 habitantes, y
- Por distribución geográfica: Debe haber 1 Unidad de ictus para atender cada área de la Comunidad definida por una isocrona de 60 minutos.

AC. 114. Establecer un calendario de revisiones periódicas de la dotación de recursos humanos y materiales de los diversos hospitales y así adaptarlas a las necesidades que presentan los servicios que atienden a personas con ictus en fase aguda. En este sentido se debe considerar que los centros hospitalarios de Manacor, Eivissa y Menorca, aunque no están dotados de unidad de ictus, sí precisan de las técnicas diagnósticas aconsejadas para hospitales con Unidad de ictus²⁶ ya que atienden pacientes a través de teleictus.

LAE. 22. Mantener actualizados los criterios de derivación interhospitalarios al hospital de referencia para ictus. Siempre se realizará contacto telefónico previo con el neurólogo que atiende el código ictus.

Criterios de derivación actuales:

Hospital de Manacor (Mallorca): Todas las personas con un ictus inferior a las 4,5 horas de evolución, candidatas a fibrinólisis endovenosa (valorando los criterios de inclusión y exclusión según protocolo conjunto) serán valoradas/evaluadas a través de telemedicina²⁷: Los pacientes que cumplan criterios de ingreso en UI serán tributarios de derivación.

Hospital Son Llätzer (Mallorca):

Las personas con ictus y:

- Un tiempo de evolución inferior a las 6 horas, candidatas a fibrinólisis Un tiempo de evolución inferior a las 6 horas candidatas a trombectomía mecánica.
- Trombolisis intravenosa, ante la sospecha de oclusión activará inmediatamente el código ictus para traslado y para trombectomía mecánica.

26 Técnicas diagnósticas:

- Tomografía computarizada cerebral 24h/7d (implica radiólogo de guardia)
- Ultrasonografía 24h/7d
- Servicio de laboratorio de urgencias 24h/7d
- Ecocardiografía

27 • **Personas con ictus isquémico con fibrinólisis intravenosa:** todos se trasladarán a la Unidad de ictus del HUSE. Se trasladarán en ambulancia medicalizada. Se activará el código ictus rescate si después de 30 minutos de perfusión no hay cambios clínicos.

• **Personas con ictus isquémico sin fibrinólisis intravenosa:** si la persona cumple con los criterios de ingreso en la Unidad de ictus, se trasladarán a la Unidad de ictus del HUSE si no hubiera camas en UCI.

Además se trasladarían aquellas personas con:

- ictus de entre 4 a 6 horas de evolución para plantear tratamiento de reperusión al HUSE si no tiene criterios de exclusión.
- sospecha de trombosis de la basilar, con menos de 24 horas de evolución para plantear terapias de reperusión.
- ictus del despertar para valoración de fibrinólisis según criterios de neuroimagen.
- candidatas a trombectomía mecánica al tener criterios de exclusión para fibrinólisis intravenosa.
- candidatas a craniectomía descompresiva por sospecha de ictus maligno.
- **Personas con hemorragia cerebral:** Se ajustará al protocolo establecido por los Servicios de neurología y neurocirugía. Se utilizará teleictus para valorar a la persona si fuese necesario.

- Ictus basilar con un tiempo de evolución inferior a las 24 horas candidatas a trombectomía mecánica.
- Ictus maligno que pudieran beneficiarse de craniectomía descompresiva.

Hospital Mateu Orfila (Menorca):

Todas las personas con ictus inferior a las 4,5 horas de evolución, candidatas a fibrinólisis endovascular (valorando los criterios de inclusión y exclusión según protocolo conjunto), serán valoradas/evaluadas por telemedicina. Sólo serán trasladadas aquellas personas que previsiblemente puedan necesitar otras opciones terapéuticas:

- Ictus de entre las 4,5 horas y las 6 horas de evolución serán valoradas para fibrinólisis según criterios de TC perfusión o RM difusión/perfusión (criterios *mismatch*) o trombectomía si el tiempo necesario para el traslado lo permite.
- Ictus con un tiempo de evolución inferior a las 6 horas candidatas a trombectomía (por contraindicación para fibrinólisis intravenosa).
- Las personas a las que se pueda realizar trombolisis intravenosa, ante la sospecha de oclusión se activará inmediatamente el código ictus para traslado si existe sospecha de ictus basilar con tiempo de evolución inferior a 24 horas.
- Ictus maligno que pudiera beneficiarse de craneotomía descompresiva.

Hospital Can Misses (Eivissa):

Los criterios de derivación serán similares a los propuestos para el hospital Mateu Orfila de Menorca.

Hospital de Inca:

Este hospital no cumple con los criterios exigibles para la atención al ictus en la fase aguda. Por este motivo todos los ictus con una evolución inferior a las 24 horas y criterios de ingreso en Unidad de ictus deberán ser trasladados a la Unidad de ictus del hospital universitario Son Espases.

Los ictus con tiempo de evolución inferior a 6 horas deberán ser trasladados como Código ictus a través del SAMU061.

Hospital de Formentera:

Hasta la fecha todos los ictus se trasladan a Eivissa. Se podría plantear si procede utilizar telemedicina para acortar tiempos hasta el traslado al hospital Can Misses o al hospital Universitario Son Espases.

Aquellos pacientes que ingresen en el Hospital Universitario Son Espases (HUSE) procedentes de otros centros hospitalarios para diagnóstico y tratamiento podrán retornar al hospital de procedencia una vez realizados estos.

- AC. 115.** Establecer un calendario de revisiones periódicas de los criterios de derivación para la realización de trombectomía mecánica.

- AC. 116.** Establecer un calendario de revisiones periódicas de los criterios de derivación para la realización de trombectomía de rescate.
- AC. 117.** Establecer un calendario de revisiones periódicas de los criterios de derivación ante la sospecha diagnóstica de infarto maligno.
- AC. 118.** Establecer un calendario de revisiones periódicas de los criterios de retorno de las personas derivadas a sus centros hospitalarios de origen.
- AC. 119.** Establecer un calendario de revisiones periódicas de los criterios de ingreso en la Unidad de ictus (en los hospitales con equipo de ictus con protocolos compartidos con la UCI, manteniendo los criterios de ingreso mencionados).
- AC. 120.** Valorar la necesidad de establecer la red de telemedicina en Formentera y posterior derivación al hospital Can Misses (Eivissa) o al hospital Universitario Son Espases (Palma).
- LAE. 23.** Coordinar el SAMU061 con los hospitales para los diferentes tipos de traslados. Resulta imprescindible la comunicación entre los centros hospitalarios y los servicios de urgencias extrahospitalarios o de emergencia médica haciendo uso de protocolos de transporte que aseguren el traslado de las personas con ictus a aquellos centros hospitalarios dotados con los recursos idóneos para cada caso. Los protocolos de estos servicios deben incluir: valoración y clasificación rápida y eficiente de la persona, comunicación previa al traslado con el profesional implicado en el hospital y estabilización médica en ruta. Los protocolos específicos de transporte están orientados a proporcionar la más alta calidad en la atención clínica y reducir los tiempos de transporte hacia el hospital idóneo para cada caso. Las distintas aplicaciones de telemedicina y los servicios de transporte, incluido el transporte aéreo cuando es preciso, pueden facilitar la coordinación entre los profesionales sanitarios del sistema y permiten que los servicios geográficamente distantes colaboren en la atención de las personas con ictus.
- AC. 121.** Mantener actualizado el algoritmo del Código ictus con los tiempos de actuación y destinos, teniendo en cuenta las peculiaridades geográficas de la Comunidad Autónoma.
- AC. 122.** Revisar y mejorar la entrevista inicial telefónica para conseguir mejorar la eficiencia y la rapidez, manteniendo una elevada sensibilidad y especificidad en la detección e identificación de las personas con posible ictus (se pretende no perder ningún Código ictus aunque por ello se pueda perder especificidad).
- AC. 123.** Definir la herramienta a utilizar por parte de los técnicos en emergencias sanitarias. A pesar de que actualmente se utiliza la escala de ictus prehospitalaria de Cincinnati (CPSS), se valorará la utilización de la escala RACE (*Rapid Arterial Occlusion Evaluation*).
- AC. 124.** Acortar los tiempos de traslado revisando y mejorando la comunicación con el hospital y adecuando el número de ambulancias.
- AC. 125.** Utilizar el recurso más adecuado para cada situación específica:
- Todos los traslados primarios (ictus, sea código ictus o no, al hospital)

tendrán el recurso adecuado a la gravedad que se detecte mediante entrevista, teniendo en cuenta la rapidez en el transporte hacia el centro hospitalario correspondiente.

- Todos los traslados interhospitalarios en la isla de Mallorca deberán realizarse con ambulancia medicalizada. Sin embargo, dado que esto no siempre es posible, se decidirá para cada caso de forma individualizada teniendo en cuenta la situación clínica del paciente y los recursos disponibles en ese momento.
- Para todos los traslados interislas se utilizará el transporte aéreo: helicóptero o avión según la urgencia del traslado y/o la disponibilidad del recurso.

AC. 126. Mejorar la coordinación e integración del SAMU061 con los servicios hospitalarios mediante el establecimiento de un listado de teléfonos móviles de referencia en los distintos hospitales. Estos teléfonos deben ser los de los profesionales de referencia para cada día, los facultativos de guardia o quien esté asignado para este fin.

AC. 127. Optimizar las transferencias de los enfermos: mejorar la información al centro receptor en menor tiempo. Para ello es importante fomentar la formación continuada y la retroalimentación entre SUAP, SAMU061 y neurología.

AC. 128. Promocionar la línea de investigación en ictus entre los profesionales del SAMU061.

LAE. 24. Mantener el Código ictus, tanto extra como intrahospitalario, actualizándolo e implantándolo en todo el territorio de la Comunidad Autónoma de manera que todo contacto personal o telefónico de una persona o familiar con cualquiera de los centros de salud, servicio de urgencias, emergencias u hospital que no sea el de referencia active la derivación inmediata hacia las unidades o equipos de referencia²⁸.

AC. 129. Mantener programas de formación continuada sobre el Código ictus en todos los posibles puntos de acceso de una persona con ictus al sistema sanitario.

AC. 130. Garantizar que todos los SUAP y los centros de salud de la Comunidad Autónoma reciban formación sobre el Código ictus y conozcan la forma adecuada de actuar. Revisar, actualizar y difundir periódicamente los protocolos asistenciales.

AC. 131. Dotar a los centros de salud de carteles con el algoritmo del Código ictus.

AC. 132. Concretar el proceso Código ictus específico en los hospitales de Inca y Formentera, con actuación compartida entre los profesionales de medicina de urgencias y los especialistas en neurología/internistas que pueden atender a una persona con ictus.

AC. 133. Adaptar los cambios reseñados en los ámbitos de atención primaria de Menorca, Eivissa y Formentera.

28 El Código ictus está implantado en el 100% de la Comunidad Autónoma, canalizado por el SAMU061, aunque en los hospitales de Inca y de Formentera cuentan con un Código ictus adaptado.

- AC. 134.** Incluir periòdicament els canvis sorgits en programes de formació continuada que deben estar al alcance de todos los profesionales implicados.
- LAE. 25.** Garantizar que todos los centros hospitalarios de referencia tengan implantado el Código ictus para la atención prioritaria de todas aquellas personas con ictus, independientemente de su forma de llegada²⁹.
- AC. 135.** Mantener actualizado el Código ictus intrahospitalario en cada uno de los centros hospitalarios de referencia para el ictus.
- AC. 136.** Designar una persona referente que coordine el proceso de acuerdo con la Estratègia de ictus.
- LAE. 26.** Establecer un sistema de evaluación del Código ictus extrahospitalario que permita cuantificar y hacer un seguimiento de la calidad asistencial.
- AC. 137.** Garantizar que los Sistemas de Información registren como parte de la información esencial los tiempos de actuación en las diferentes fases de la atención al ictus, junto con aquellos parámetros que se consideren necesarios, asociándolos a *Història de Salut de les Illes Balears*.
- AC. 138.** Desarrollar los mecanismos necesarios para la evaluación, definiendo indicadores y aprovechando el desarrollo de los Sistemas de Información.
- AC. 139.** Establecer un cronograma de evaluación.
- AC. 140.** Plasmar en el documento el proceso asistencial con las actuaciones que ya se realizan.
- LAE. 27.** Posibilitar que todos los sectores sanitarios dispongan de un Equipo o Unidad de ictus de referencia en una isocrona que permita el acceso en un máximo de 60 minutos³⁰.

29 Todos los centros hospitalarios de referencia de los distintos sectores de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears tienen implantado el Código ictus, excepto el hospital de Inca y el hospital de Formentera a los que el SAMU061 no traslada Códigos ictus. Las personas con un ictus del sector de Tramuntana son derivadas al Hospital Universitario Son Espases por los servicios de emergencia y las personas con ictus de Formentera son derivadas al Hospital Can Misses siempre que sean alertados los sistemas de emergencia. No obstante, ante la situación de que la persona accediese a estos centros hospitalarios por sus propios medios, no existe un Código ictus convenientemente desarrollado a tal efecto. En las Illes Balears el algoritmo del Código ictus se ha modificado siguiendo las posibilidades terapéuticas actuales. Atención Primaria de Mallorca adaptó su algoritmo de derivación a estos cambios.

30 La Comunidad Autónoma de las Illes Balears está formada por 3 áreas sanitarias a su vez divididas en sectores sanitarios, cada uno de los cuales tiene un hospital de referencia.

| Àrea | Sector | Población año 2016 | Centro hospitalario de referencia |
|--------------------|------------|--------------------|-----------------------------------|
| Mallorca | Ponent | 327.285 | Hospital Universitari Son Espases |
| | Migjorn | 258.428 | Hospital Son Llàtzer |
| | Llevant | 139.717 | Hospital de Manacor |
| | Tramuntana | 121.999 | Hospital de Inca |
| Menorca | Menorca | 84.853 | Hospital Mateu Orfila |
| Ibiza y Formentera | Eivissa | 132.982 | Hospital Can Misses |
| | Formentera | 9.262 | Hospital de Formentera |

Fuente: TSI Servicio de Salud de las Illes Balears

- AC. 141.** Revisar de forma periódica el cumplimiento de acceso en un máximo de 60 minutos a un Equipo de Ictus o Unidad de Ictus para la población de la CAIB y establecer acciones de mejora si procede.
- LAE. 28.** Asegurar que todos los centros hospitalarios que atienden ictus y AIT tengan una vía clínica, protocolo o proceso asistencial de atención al ictus³¹.
- AC. 142.** Revisar, por parte de cada hospital, los protocolos de actuación con el fin de que se cumplan todos los requisitos especificados en la Estrategia en ictus del SNS.
- AC. 143.** Publicar y difundir los protocolos existentes para todos los profesionales que atienden personas que padecen ictus.
- LAE. 29.** Mantener actualizado el procedimiento de trombectomía mecánica y otros procedimientos intervencionistas dirigidos a conseguir la recanalización arterial de acuerdo a la evidencia disponible.
- AC. 144.** Establecer calendarios de revisión periódica del protocolo de actuación de forma conjunta entre los neurólogos y los radiólogos intervencionistas y con el resto de profesionales implicados.
- AC. 145.** Adecuar los recursos materiales y humanos a las necesidades asistenciales.
- AC. 146.** Adaptar conjuntamente con SUAP y SAMU061, el código ictus a los criterios de inclusión y exclusión de trombectomía.
- AC. 147.** Establecer calendarios de revisión periódica de los criterios de derivación de los hospitales de la Comunidad para el neurointervencionismo.
- LAE. 30.** Garantizar una asistencia de calidad a las personas con hemorragia cerebral.
- AC. 148.** Incluir en todos los protocolos de atención al ictus la atención específica a la hemorragia cerebral, incluida la provocada por los anticoagulantes directos.

La única unidad de ictus que cumple los requisitos que establece la Estrategia en ictus del SNS es la del Hospital Universitario Son Espases, centro hospitalario de referencia en la comunidad autónoma. Todas las personas con ictus que cumplen los criterios de ingreso en la unidad de ictus de los sectores de Ponent y de Tramuntana ingresan en esta unidad con un tiempo de acceso inferior a los 60 minutos.

Las personas con ictus del resto de sectores disponen de un Equipo de ictus en el centro hospitalario del sector al que pueden acceder en un tiempo inferior a los 60 minutos y en cuyas Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) ingresan cuando se cumplen los criterios de ingreso en Unidad de ictus (en Formentera se derivan al hospital Can Misses de Eivissa). En el caso de no haber camas disponibles, se planteará la idoneidad/pertinencia del traslado a la Unidad de ictus del Hospital Universitario Son Espases. Como soporte a los hospitales dotados con Equipo de ictus en los que no hay especialista en neurología de guardia, se utiliza el Teleictus, de forma que se garantiza la equidad geográfica ya que el especialista de guardia en neurología del Hospital Universitario Son Espases actúa como neurólogo virtual allí donde se le requiere.

El hospital Son Llàtzer dispone de Neurólogo de guardia la mitad de los días de cada mes, la otra mitad, cuenta con un especialista en neurología localizado hasta las 22 horas, momento a partir del cual el hospital universitario Son Espases pasa a ser el hospital de referencia para el ictus.

- 31 Estos deben incluir, como mínimo, según los criterios marcados por la Estrategia en ictus del SNS:
- Los procesos diagnósticos, médicos y quirúrgicos necesarios, así como los algoritmos de toma de decisiones y tiempos máximos de realización de neuroimagen, fibrinólisis, prevención de tromboembolismo y otros.
 - Los cuidados estandarizados de enfermería.
 - La atención neuroquirúrgica y neuroradiológica intervencionista.

- AC. 149.** Utilizar el sistema de teleictus siempre que se considere necesario para valorar a los pacientes que han sufrido una hemorragia cerebral y hayan sido trasladados a un hospital sin unidad de ictus ni neurocirugía.
- AC. 150.** Garantizar el manejo multidisciplinar de las personas con hemorragia cerebral y asegurar la continuidad asistencial (la persona puede compartir el ingreso en diferentes hospitales y/o dentro del mismo centro, en diferentes servicios asistenciales).
- LAE. 31.** Conocer el porcentaje de personas anticoaguladas que padecen una hemorragia cerebral³².
- AC. 151.** Identificar adecuadamente a todas las personas en tratamiento anti-coagulante, especificando el tipo de anticoagulante utilizado.
- AC. 152.** Registrar de manera automatizada todos los parámetros relacionados con la actividad anticoagulante, sus interacciones así como sus complicaciones e incorporarlos en *Història de Salut de les Illes Balears*.
- AC. 153.** Activar una alarma correspondiente cuando la persona haya sangrado, que se muestre en el *Gestor de alergias, alarmas y diagnòsticos de Història de Salut de les Illes Balears*. Vincular dicha alarma al diagnóstico apropiado.
- AC. 154.** Implementar la vigilancia del uso de anticoagulantes directos.
- AC. 155.** Garantizar que en todos los centros hospitalarios existe un protocolo para el manejo de la hemorragia cerebral por cualquier anticoagulante que debería estar incluido en el protocolo de ictus.

OE. VI. Garantizar una atención hospitalaria de máxima calidad asistencial en la fase aguda de un ictus.

- LAE. 32.** Evaluar la atención hospitalaria en el ictus.
 - AC. 156.** Implantar la selección apropiada de los indicadores consensuados³³ de manera inter y multidisciplinar por profesionales de las comunidades autónomas de Aragón, Catalunya y las Illes Balears, informatizarlos y asociarlos al registro autonómico de ictus.
 - AC. 157.** Evaluar anualmente los resultados de estos indicadores y establecer acciones de mejora.
- LAE 33.** Garantizar la continuidad asistencial.
 - AC. 158.** Garantizar que toda persona en el momento del alta hospitalaria después de un ictus reciba un informe de alta médica y enfermera con toda la información relevante para su cuidado en el hospital sociosanitario o en Atención Primaria.

32 Una de las consecuencias más graves de la anticoagulación es la hemorragia cerebral. Esta puede ser consecuencia de un inadecuado control por exceso de actividad anticoagulante, por una patología concomitante que predisponga al sangrado o, incluso, puede presentarse sin comorbilidad asociada conocida; pero en todos los casos con importantes implicaciones clínicas.

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. 159.** Definir de manera precisa toda la información que debe constar en el informe de alta e implementarla en los sistemas informáticos de los centros hospitalarios. Incluir estas directrices en el protocolo de ictus
- AC. 160.** Asegurar que a toda persona dada de alta a su domicilio se le programe una cita con su médico de familia y su enfermera de referencia de Atención Primaria.
- AC. 161.** Mantener la continuidad asistencial con la incorporación de la enfermera gestora de casos, quien revisará el proceso para promover acciones de mejora.
- AC. 162.** Incluir a toda persona dada de alta por un ictus en el *Sistema de Gestión Integrada de Patologías Crónicas de Història de Salut de les Illes Balears* con los códigos diagnósticos de Riesgo vascular-Diabetes e ictus. Esta inclusión podrá llevarse a cabo en el momento del alta.

AIE 4. REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN.

La rehabilitación de las personas con ictus debe ser precoz y continuada en todas las fases de la enfermedad, sin interrupciones, en el nivel asistencial idóneo para cada momento o fase y siempre que esté indicada.

El objetivo de este apartado de la presente estrategia es establecer las bases que garanticen una rehabilitación integral para las personas que padecen un ictus, de manera que se consiga la máxima recuperación funcional posible y con ello la reintegración socio-laboral adecuada según las secuelas y el entorno de la persona afectada. Se ha de asegurar la precocidad, continuidad, accesibilidad y universalidad de la rehabilitación en todas las fases de la enfermedad al tiempo que se garantiza igualmente el acceso a los recursos mediante los circuitos necesarios.

OE. VII. Aumentar el porcentaje de personas con ictus que se reintegran plenamente en su vida personal y social.

LAE. 34. Fomentar que los equipos de rehabilitación, o los de convalecencia que cuenten con un programa específico de ictus, sean el eje sobre el que pivote la atención lo largo de la vida de las personas que han sufrido un ictus. Una rehabilitación integral (clínica, funcional, cognitivo-emocional y social) debe ser un proceso continuo fundamental en la integración de la persona en su vida personal y social.

AC. 163. Posibilitar que en la comunidad autónoma de las Illes Balears se ofrezcan las prestaciones de rehabilitación y sociosanitarias necesarias para las personas con ictus en todos los niveles asistenciales³⁴. Las prestaciones deben estar estructuradas para la atención precoz o fase aguda, para la atención subaguda y para la atención en fase crónica.

AC. 164. Disponer de prestaciones y servicios sociosanitarios para personas que después de un ictus presentan secuelas consistentes en déficits graves

34 Los niveles asistenciales deben englobar: hospital de atención aguda, neurorehabilitación hospitalaria, rehabilitación ambulatoria en el hospital, rehabilitación a domicilio, rehabilitación ambulatoria en Atención Primaria, hospital de rehabilitación de media y larga estancia, residencias de larga estancia total o parcial.

de movilidad, sensoriales o cognitivos y que estas prestaciones cubran aspectos terapéuticos, lúdicos o de descarga de la familia y/o cuidadores, como son los centros de día, centros de noche o residencias a tiempo parcial.

- AC. 165.** Disponer de un mapa de recursos que defina los servicios de referencia de todos los ámbitos asistenciales públicos (rehabilitación ambulatoria, hospitales de media estancia, hospitales de larga estancia, centros de día y residencias) para atender con garantía y calidad las demandas de las personas que han padecido un ictus. Este mapa de recursos deberá estar disponible para las Unidades de ictus de agudos junto con los equipos de valoración.
- AC. 166.** Establecer en la Comunidad Autónoma los criterios de acceso³⁵ a los diferentes recursos atendiendo a la equidad geográfica para garantizar la rehabilitación integral adecuada para cada persona.
- AC. 167.** Asegurar que los programas específicos valoran y trabajan las áreas neurológicas afectadas: motora, sensitiva, visual, del lenguaje y comunicación, cognitiva y emocional.
- AC. 168.** Garantizar terapia precoz de rehabilitación intensiva hospitalaria o comunitaria, cuando las condiciones médicas y cognitivas lo permitan.
- AC. 169.** Disponer de una valoración integral y multidisciplinar de aquellas personas con ictus que no pueden regresar a su domicilio bien sea por causas médicas o sociales, a fin de derivarlos al nivel asistencial más idóneo para su rehabilitación (hospital de día, de media estancia, de larga estancia o residencial).
- LAE. 35.** Fomentar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y entre las diferentes instituciones, asegurando los circuitos de derivación.
- AC. 170.** Establecer un sistema de coordinación entre los servicios de rehabilitación y los servicios comunitarios para asegurar la continuidad y calidad del programa rehabilitador, con independencia de la ubicación de la persona.
- AC. 171.** Fomentar el trabajo coordinado entre los equipos de neurología y los equipos de convalecencia y rehabilitación mediante:
- La creación de grupos de trabajo de ictus con representantes de todos los servicios implicados en la atención al ictus en el centro hospitalario de agudos y los de los servicios sociosanitarios de referencia en cada una de las áreas hospitalarias (hospitales Joan March, General, Sant Joan de Deu, etc.)
 - La realización de sesiones clínicas conjuntas.

35 Estos criterios de acceso serán consensuados entre los rehabilitadores y los diferentes profesionales implicados, refrendados por la medicina basada en la evidencia. Se establecerán en función del pronóstico, capacidad funcional y capacidad de respuesta al programa rehabilitador.

- La incorporación de todos los informes en *Història de Salut de les Illes Balears* con el fin de que los profesionales de Atención Primaria del paciente conozcan la situación de la persona, las medidas de rehabilitación adoptadas y las previstas.
 - La potenciación de consultas telefónicas o telemáticas entre los equipos de medicina de familia y los equipos específicos de ictus para agilizar la resolución de problemas puntuales o dudas.
 - Se promoverá que los equipos de ictus desarrollen protocolos conjuntos que incluyan la rehabilitación, diseñen y difundan vías clínicas.
 - Se hará el seguimiento anual de los resultados, dentro de los objetivos de cada servicio.
- AC. 172.** Proponer a las Unidades de valoración sociosanitaria (UVASS) como unidades coordinadoras entre los hospitales de agudos y los distintos ámbitos y recursos de rehabilitación para la toma de decisiones de forma conjunta con el profesional especialista en medicina física y rehabilitación y el especialista en neurología que atienden a la persona con ictus. En aquellos hospitales que no dispongan de UVASS, las decisiones se tomarán por parte de los especialistas en rehabilitación y neurología y serán los que determinen el destino de la persona.
- LAE. 36.** Asegurar el abordaje de la rehabilitación en la fase aguda de forma integral y precoz.
- AC. 173.** Realizar la valoración para ofrecer de forma precoz la rehabilitación a las personas con ictus de manera integral, multidisciplinar y coordinada.
- AC. 174.** Garantizar que los equipos de rehabilitación de los hospitales que atienden a personas con ictus estén coordinados por un médico especialista en medicina física y rehabilitación.
- AC. 175.** Garantizar que estos equipos de rehabilitación cuenten con fisioterapeutas, enfermeras, terapeutas ocupacionales, neuropsicólogos, logopedas y trabajadores sociales.
- AC. 176.** Facilitar que los equipos de rehabilitación de los hospitales que atienden a personas con ictus trabajen de manera coordinada con los neurólogos responsables de la persona ingresada.
- AC. 177.** Facilitar que los hospitales que atienden a personas con ictus en la fase aguda dispongan de un programa, protocolo o guía de actuación específica que actúe como herramienta centralizadora del trabajo rehabilitador.
- AC. 178.** Incentivar la creación de los documentos asistenciales mencionados (protocolos, programas y guías clínicas) que deben incluir tanto la valoración como las pautas de trabajo en las áreas neurológicas afectadas: motora, sensitiva, visual, del lenguaje y comunicación cognitiva y emocional, garantizando su mantenimiento y actualización periódica.
- AC. 179.** Fomentar que se cumplan las recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) donde se especi-

fica: [...] "*En la rehabilitación del ictus se deben incluir tratamientos de fisioterapia y terapia ocupacional. Toda persona que lo requiera debe tener acceso a una evaluación neuropsicológica realizada por un profesional experto en neuropsicología. Todas las personas que presenten alteraciones del lenguaje deben ser tratadas por un logopeda utilizando métodos válidos y fiables*".

- AC. 180.** Promover una rehabilitación precoz, dentro de las primeras 24 a 48 horas, cumpliendo con las recomendaciones de la SERMEF y la Guía de Práctica Clínica del ictus. [...] "*Las personas que padecen un ictus deben ser movilizadas ya en la fase aguda tan pronto como sea posible y lo permita la situación clínica. Las necesidades de rehabilitación de todas las personas deben ser evaluadas en las primeras 24 a 48 horas*".
- AC. 181.** El rehabilitador elaborará un plan individual de rehabilitación para cada persona con ictus en la fase aguda que contemple el diagnóstico de la discapacidad o déficit en todos sus aspectos, el inicio de la intervención rehabilitadora y la previsión de necesidades futuras³⁶.
- AC.182.** Dotar a los hospitales que atienden ictus de los recursos necesarios para una rehabilitación precoz e integral, intensiva o de baja intensidad, atendiendo a los aspectos de movilidad, comunicación, sensoriales y cognitivos y de adaptación, además de los sociales y psicológicos.
- LAE. 37.** Considerar la rehabilitación en la fase aguda del ictus como un proceso continuo con la rehabilitación después del ingreso hospitalario.
- AC. 183.** El rehabilitador evaluará, siempre que sea apropiado, antes del alta hospitalaria, la indicación de rehabilitación, al tiempo que determinará los equipamientos o adaptaciones que puedan aumentar la seguridad y la independencia funcional; coordinará las terapias y asegurará la continuidad del programa de rehabilitación en el ámbito más adecuado. Esta información debería ser incluida en el informe de alta
- AC. 184.** Hacer visible en Història de Salut de les Illes Balears el informe de alta de cualquier centro hospitalario durante las primeras 24 horas.

36 La intensidad del tratamiento rehabilitador deberá ser la máxima que la persona pueda tolerar y esté dispuesta a seguir. La recomendación de la SERMEF específica que las personas candidatas a ingresar en programas de rehabilitación intensiva hospitalaria son:

- Personas con ictus agudo
- Nivel funcional previo de independencia en las actividades de la vida diaria (AVD)
- Necesidad de hospitalización
- Discapacidad moderada o grave en 2 ó más áreas funcionales (movilidad, AVD, deglución, comunicación, etc.)
- Condiciones médicas y cognitivas que les permitan participar en terapias de alta intensidad.

Las personas candidatas a programas de rehabilitación hospitalaria de baja intensidad son:

- Personas con ictus agudo
- Necesidades de hospitalización
- Discapacidad moderada o grave en 2 ó más áreas funcionales (movilidad, AVD, deglución, comunicación, etc.)
- Condiciones médicas y cognitivas que no les permitan participar en terapias de alta intensidad.

- AC. 185.** Promover la mejora de la calidad y cantidad de información de los informes de alta con instrucciones precisas para su elaboración, con la participación del rehabilitador y del resto de profesionales implicados si se considera oportuno.
- AC. 186.** Incluir en el informe de alta hospitalaria el informe de rehabilitación con la valoración, el tratamiento y las acciones de rehabilitación llevadas a cabo, la valoración del pronóstico funcional, la propuesta de intervención rehabilitadora y el nivel asistencial de prestación aconsejado por el especialista según el estado de la persona y su entorno social con la finalidad de asegurar la continuidad asistencial.
- AC. 187.** Incluir en los registros de la persona en *Història de Salut de les Illes Balears* todos los informes, las prestaciones recibidas y las actuaciones llevadas a cabo durante el tiempo de convalecencia o rehabilitación.
- AC. 188.** Ofrecer en el momento del alta y sin demora, los tratamientos de continuidad en un servicio especializado, hospital de media estancia (convalecencia/rehabilitación), hospital de larga estancia o en la comunidad, sea domiciliaria, ambulatoria o centro hospitalario de día.
- AC. 189.** Gestionar las próximas citas antes del alta hospitalaria.
- AC. 190.** Promover el cálculo y utilización de indicadores clínicos, funcionales, diagnósticos enfermeros y normas de calidad de los procesos asistenciales integrados.
- AC. 191.** Prestar especial atención a la coordinación entre los servicios hospitalarios y los comunitarios para asegurar la continuidad del programa rehabilitador³⁷.
- AC. 192.** Vigilar y continuar en Atención Primaria con las estrategias de prevención secundaria iniciadas en el centro hospitalario de agudos, durante todo el tiempo de convalecencia y rehabilitación.
- LAE. 38.** Asegurar el abordaje de la rehabilitación en la fase subaguda de forma integral y precoz.
- AC. 193.** Garantizar que los equipos de rehabilitación hospitalaria que atienden a personas con ictus estén coordinados y que a su vez cuenten con

37 Al alta hospitalaria, las personas candidatas a entrar en programas de rehabilitación ambulatoria son:

- Personas con discapacidad ligera o moderada en fase no estabilizada (durante el primer año después del ictus)
- A partir del primer año después del ictus, cuando haya un deterioro funcional puntual, se deberá derivar a los servicios de rehabilitación ambulatorios y plantear tratamientos de corta duración (RCP)
- Adecuado soporte socio-familiar
- Condiciones médicas y cognitivas que le permitan desplazarse al centro de rehabilitación y participar en las terapias.

Al alta hospitalaria, las personas candidatas a entrar en programas de rehabilitación domiciliaria son:

- Personas con discapacidad moderada o grave en fase no estabilizada (durante el primer año después del ictus),
- A partir del primer año después del ictus, cuando haya un deterioro funcional puntual, se deberán requerir tratamientos de corta duración
- Adecuado soporte socio-familiar
- Condiciones médicas y cognitivas que le permitan participar en las terapias aunque no puedan desplazarse a un centro ambulatorio de rehabilitación.

fisioterapeutas, enfermeras, terapeutas ocupacionales, logopedas, neuropsicólogos y trabajadores sociales.

- AC. 194.** Promover, facilitar y divulgar los recursos de rehabilitación ambulatoria en todas aquellas personas afectadas por un ictus sin déficits cognitivos importantes que cuenten con un apoyo sociofamiliar y posibilidad de desplazamiento al servicio de rehabilitación.
- AC. 195.** Facilitar la Atención domiciliaria en aquellas personas afectadas por un ictus que cuenten con apoyo sociofamiliar suficiente para poder permanecer en su domicilio y que a su vez tengan dificultades de desplazamiento al servicio de rehabilitación.
- AC. 196.** Facilitar los recursos materiales disponibles a los pacientes afectados por un ictus en situación de discapacidad en sus ABVD sin criterios para tolerar tratamientos intensos y que a su vez no dispongan de un apoyo sociofamiliar suficiente como para prever el regreso a su domicilio.
- LAE. 39.** Facilitar la reinserción de las personas con ictus en su entorno familiar, social y laboral a través de una rehabilitación integral tanto clínica como funcional, cognitivo-emocional y social.
- AC. 197.** Asegurar una visión integral del abordaje de la rehabilitación con un equipo multidisciplinar del entorno tanto comunitario como hospitalario (hospital de agudos y hospital socio-sanitario).
- AC. 198.** Realizar un plan terapéutico (lista de problemas, objetivos y estrategias) revisable periódicamente por el equipo multidisciplinar, para prevenir y manejar las complicaciones orgánicas y emocionales secundarias al ictus, así como reducir el nivel de incapacidad con las estrategias rehabilitadoras más adecuadas para conseguir el máximo potencial funcional de cada persona.
- AC. 199.** Garantizar que no se dé por finalizado el tratamiento rehabilitador hasta que se dejen de identificar nuevos objetivos funcionales, se detecte un estancamiento del proceso o cuando la persona ya no desee continuar.
- AC. 200.** Utilizar escalas globales de función así como medidas de resultado que incluyan actividades instrumentales de la vida diaria y de la movilidad avanzada y adaptarlas al entorno cultural y de género de la persona.
- AC. 201.** Implicar de forma activa y precoz a la persona afectada y a los cuidadores en el proceso de rehabilitación.
- AC. 202.** Establecer programas sistemáticos de educación y formación a las personas afectadas y a los cuidadores.
- AC. 203.** Promover la mejora de la calidad y la cantidad de la información incluida en los informes de alta y potenciar la comunicación entre niveles para facilitar la continuidad asistencial.
- AC. 204.** Incluir la valoración neuropsicológica en el proceso de atención al ictus y realizar una intervención temprana en cuanto a la rehabilitación de los procesos cognitivos y relacionales se refiere.

- AC. 205.** Incluir la valoración emocional para detectar la depresión postictus u otras afecciones y realizar una intervención temprana de manera sistemática y continua.
- AC. 206.** Valorar el riesgo social, que incluya la situación familiar, estructural y económica y poner en marcha los recursos necesarios para paliar esta situación.
- AC. 207.** Aumentar los recursos de logopedia para asegurar la accesibilidad y garantizar la equidad.
- AC. 208.** Acompañar, al alta de rehabilitación en su fase final, ya sea hospitalaria, ambulatoria, domiciliaria o de Atención Primaria, la valoración de secuelas y de la situación funcional de la persona como apoyo a su integración en la vida social y/o laboral.
- AC. 209.** Facilitar la terapia, tanto ambulatoria como domiciliaria, si fuera necesario, evaluando la indicación de un período de rehabilitación integral planificado por objetivos a partir de los primeros 6 meses desde el ictus.
- AC.210.** Facilitar/proporcionar las adaptaciones, ortoprótesis y sistemas de desplazamiento que precise la persona, previa valoración del servicio de rehabilitación, con el fin de facilitar la recuperación, evitar complicaciones y favorecer la movilidad y la vida de relación. Estas indicaciones se registrarán en *Història de Salut de les Illes Balears* y en el *Sistema de Gestió Integrada de Patologies Cròniques en Història de Salut de les Illes Balears*. Se deberá hacer lo mismo con el material de comunicación alternativa o aumentativa, considerando las nuevas tecnologías como una herramienta más de rehabilitación, restauración y comunicación.
- AC. 211.** Facilitar información adecuada a aquellas personas que necesiten la obtención de ortoprótesis, gestionada a través del especialista en medicina física y rehabilitación a cargo del tratamiento, que incluya la subvención y la forma de compra. Facilitar que los centros hospitalarios dispongan de folletos informativos actualizados al respecto así como de material de comunicación alternativa o aumentativa.
- AC. 212.** Valorar las posibilidades que ofrece la telerehabilitación desde el domicilio del paciente.
- LAE. 40.** Unificar la atención rehabilitadora en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears
- AC. 213.** Desarrollar el Plan de rehabilitación global de las Illes Balears después de analizar la situación actual y conocer todos los recursos sanitarios y sociosanitarios existentes para la atención del ictus en las fases aguda, subaguda y crónica en los distintos niveles asistenciales: hospitalario de agudos, hospitalario específicos de rehabilitación, ambulatorio, domiciliario, de Atención Primaria y/o residencial.
- AC. 214.** Garantizar que los equipos multidisciplinares, tanto comunitarios como hospitalarios, estén compuestos por los profesionales necesarios: neurólogos, médicos de familia, geriatras, rehabilitadores, fisioterapeutas,

terapeutas ocupacionales, logopedas, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales; todos ellos con una visión integral de la persona

- AC. 215.** Asegurar que los equipos multidisciplinares mencionados lleven a cabo una valoración integral, prevengan y manejen las complicaciones orgánicas y emocionales secundarias al ictus; y contribuyan a reducir los niveles de incapacidad con las estrategias rehabilitadoras más adecuadas para alcanzar el máximo potencial funcional de cada persona.
- AC. 216.** Unificar en todos los ámbitos de la atención rehabilitadora las exploraciones mediante cuestionarios informatizados³⁸ que estén incluidos en el *Sistema de Gestión integrada de patologías crónicas en Història de Salut de les Illes Balears* y en los sistemas hospitalarios para la atención a la fase aguda y subaguda, de forma que se facilite la tarea de seguimiento a los facultativos de los distintos niveles asistenciales implicados en el tratamiento de la persona con ictus.
- AC. 217.** Aplicar, con el mismo criterio, índices de valoración funcional y limitadores de la actividad, sencillos, válidos, fiables y acordados por consenso (índice de Barthel, FIM, test de control del tronco, Brunston, etc.). Utilizar, además, medidas de resultado que incluyan actividades de la vida diaria instrumentales y de movilidad avanzada (marcha, equilibrio y destreza manual) y adaptarlas al entorno cultural y de género de la persona.
- AC. 218.** Establecer los límites de la atención rehabilitadora como:
- Finalizar el tratamiento rehabilitador cuando no se identifiquen nuevos objetivos funcionales a alcanzar, cuando se detecte un estancamiento en los avances del tratamiento o cuando la persona no desee continuar.
 - Evaluar la indicación de un período de rehabilitación planificado por objetivos a partir de los primeros 6 meses del ictus.
- AC. 219.** Dar acceso a los servicios de rehabilitación para evaluar las necesidades a largo plazo cuando las secuelas se hayan estabilizado. Garantizar el acceso a los servicios de rehabilitación de las personas que lo precisen en cualquier fase de la enfermedad. Permitir la solicitud de consulta directa desde Atención Primaria.
- AC. 220.** Incentivar en los profesionales el uso del *Sistema de Gestión integrada de patologías crónicas en Història de Salut de les Illes Balears*.
- AC. 221.** Apoyar el desarrollo en el ámbito de la investigación e implantar actuaciones de telerehabilitación dirigidas a completar los tratamientos presenciales y al automantenimiento en las fases crónicas.

38 Cuestionarios que incluyan la valoración de los factores de pronóstico funcional como T^a, glucemia, persistencia de flacidez, control de esfínteres, afasias, duración del coma y test de control del tronco entre otros.

OE. VIII. Prestar atención a la persona con discapacidad y dar apoyo a su familia.

LAE. 41. Establecer programas sistemáticos de educación y formación a las personas con discapacidad y a sus cuidadores que sean complementarios entre los distintos ámbitos de atención al ictus.

AC. 222. Potenciar, mediante el apoyo al desarrollo del portal del ciudadano dentro de *Història de Salut de les Illes Balears*, la responsabilidad compartida entre el sistema sanitario y la persona con discapacidad sobre su cuidado como complemento fundamental de atención integrada al ictus.

AC. 223. Informar y formar al paciente y cuidadores, en el hospital que atiende al paciente en la fase aguda, sobre la forma de actuar o proceder en domicilio, mantenimiento, consejos posturales, nutricionales y generales que contribuyan al bienestar de la persona y a su rehabilitación.

AC. 224. Favorecer que los hospitales dispongan de personal de enfermería, medicina, psicología y trabajo social capacitado para informar y formar a los pacientes y a los familiares.

AC. 225. Desarrollar la figura del "paciente experto vs paciente activo" para mejorar la formación de los pacientes y cuidadores sobre su enfermedad y los cuidados que requiere.

AC. 226. Asegurar un espacio físico en el hospital donde se realicen periódicamente estas actividades informativas y formativas coordinadas por un miembro del equipo.

AC. 227. Poner a disposición de los pacientes y sus familiares folletos informativos y otro tipo de recursos divulgativos adicionales.

AC. 228. Facilitar el contacto con las asociaciones de enfermos que estén relacionadas.

AC. 229. Contar con las asociaciones de enfermos como importante instrumento de apoyo a todos los programas de información y formación.

LAE.42. Evaluar las necesidades de apoyo social durante el ingreso y posteriormente con regularidad, tanto de las personas con discapacidad como de sus cuidadores.

AC. 230. Evaluar a todas las personas antes del alta hospitalaria para determinar los recursos de que disponen. Ayudar a adaptar estos recursos a la nueva situación con el fin de que aumenten su seguridad e independencia, al tiempo que se valora la situación de forma conjunta a la de sus familiares e informar al equipo de Atención Primaria o centro sociosanitario, según el destino de la persona.

AC. 231. Desarrollar un plan de intervención social individualizado.

AC. 232. Realizar seguimiento de las necesidades sociales durante todo el proceso de rehabilitación y orientar y coordinar los recursos comunitarios disponibles por parte del trabajador social del equipo de rehabilitación.

AC. 233. Informar y asesorar sobre los recursos sociales existentes para hacer frente a la nueva situación desde cualquier ámbito implicado en la

asistencia al ictus y disponer de esta información por escrito en el mapa de recursos sociales.

- AC. 234.** Disponer de centros adecuados para la prestación de los cuidados necesarios y accesibles a la población de referencia para aquellas personas que no dispongan de apoyo familiar o para facilitar el descanso de la persona encargada del cuidado. Poner a disposición de los profesionales implicados la información sobre estos recursos y sus requisitos de acceso.
- LAE .43.** Proporcionar al cuidador una atención específica.
- AC. 235.** Identificar al cuidador principal y valorar cómo percibe y vive la nueva situación; valorar las habilidades para cuidar y los recursos de los que dispone.
- AC. 236.** Realizar una valoración integral, por parte de los equipos de Atención Primaria, de las personas dadas de alta y de sus cuidadores en el marco del *Sistema de Gestión integrada de patologías crónicas en Història de Salut de les Illes Balears* y valorar el riesgo de claudicación individual y/o familiar.
- AC. 237.** Potenciar los programas de promoción del bienestar de los cuidadores mediante grupos de apoyo y actividades de educación para la salud.
- AC. 238.** Desarrollar talleres de formación dirigidos a los cuidadores de las personas que han padecido un ictus, en los que se incluyan, además de los factores de riesgo vascular y las medidas necesarias para un control adecuado, todas las medidas de manejo de las secuelas y de prevención de complicaciones.
- AC. 239.** Establecer en cada área medidas de apoyo a los cuidadores:
- Diseñar fórmulas que faciliten los trámites administrativos: obtención de recetas y otras gestiones, tanto para la persona como para el cuidador, etc.
 - Implementar consultas telefónicas con las que resolver de forma rápida cualquier duda sobre los cuidados.
 - Elaborar folletos de información concisa dirigida a los cuidadores para ayudar a gestionar problemas y situaciones más frecuentes y previsibles.
 - Establecer programas de préstamo de material ortoprotésico recuperable como sillas de ruedas, andadores y otros dispositivos según las necesidades de las personas y las condiciones del domicilio.
- AC. 240.** Establecer mecanismos de apoyo para responder ante situaciones urgentes de necesidad de atención social (claudicación o ausencia del cuidador entre otros).
- LAE. 44.** Garantizar que la atención a la persona con ictus forme parte del Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario de las Illes Balears.
- AC. 241.** Impulsar la colaboración entre la Consejería de Salud, la Consejería de Servicios Sociales y Cooperación y los diversos Ayuntamientos que

permita la adecuada coordinación de los diferentes recursos sociosanitario-asistenciales, facilite la información necesaria a las personas afectadas y a sus familias sobre el mapa de recursos existentes: prestaciones por discapacidad, dependencia, institucionalización, material ortoprotésico para las secuelas y el cuidado, adaptaciones del domicilio, adaptación de vehículos, transporte público adaptado, etc., y colabore o resuelva los trámites burocráticos³⁹.

- AC. 242.** Crear una página web de acceso universal con información de recursos y ayudas dependientes de la Consejería de Salud.
- AC. 243.** Crear circuitos ágiles para la valoración de la dependencia a las personas que han padecido un ictus.
- AC. 244.** Establecer líneas de colaboración institucionales para el desarrollo de ayudas a cuidadores del entorno familiar en situación laboral activa.

AIE.5. ICTUS Y SITUACIONES ESPECIALES.

- OE. IX.** Asegurar que se consideran y abordan las especificidades concretas cuando el ictus está presente en situaciones especiales, al igual que se atiende a la perspectiva de género durante todo el proceso.

ICTUS Y MUJER

El ictus afecta de forma diferente a las mujeres. La incidencia y prevalencia es más alta en varones, pero la mortalidad es más frecuente en mujeres. La relación entre género e ictus es dependiente de la edad y, como la incidencia de ictus aumenta con la edad y la esperanza de vida es mayor en mujeres, mueren más pero en las últimas décadas de la vida. Existen factores de riesgo más prevalentes en mujeres (fibrilación auricular, hipertensión arterial, migraña con aura) y otros específicos, como el uso de anticonceptivos orales, el tratamiento hormonal postmenopausia, el puerperio y los cambios hormonales. La participación de las mujeres en los estudios sobre ictus es menor y hay tratamientos que no han demostrado la misma utilidad en mujeres que en hombres y esto ha motivado que no accedan con la misma rapidez a algunos tratamientos en algunos casos (por ejemplo en la endarterectomía carotídea). En general llegan más tarde al hospital. Las mujeres tienen un pronóstico funcional peor tras un ictus ya que éste ocurre a edad más avanzada, cuando la comorbilidad es mayor y con mayor dificultad para su cuidado. A su vez, la mujer ejerce el rol de cuidadora tanto de sus mayores como de sus hijos y, cuando el ictus irrumpe en su vida, si es ella la afectada, se altera enormemente su papel de cuidadora, asociándose con frecuencia a una alteración emocional de difícil solución. Si el ictus afecta a uno de sus allegados, se erige como la cuidadora principal, con implicación absoluta, sin atender a su propio cuidado y en ocasiones se

39 Deben incluir un sistema de préstamo o de ayudas técnicas compensadoras de déficit y discapacidad, así como de adaptaciones en el domicilio.

mezcla el papel de cuidadora de un esposo con ictus con el de los hijos o los abuelos por lo que se siente desbordada, luchando en solitario y frecuentemente deprimida. Por todo ello, se debe prestar una especial atención a la mujer en todas las fases de la enfermedad cerebrovascular.

LAE. 45. Promover entre los profesionales sanitarios la identificación de estereotipos de género en la valoración de la dependencia. Impulsar que se adopte un espíritu crítico por parte de los profesionales hacia estos y evitar su refuerzo cuando se consideren negativos o perjudiciales.

AC. 245. Individualizar las valoraciones y los tratamientos incorporando la perspectiva de género.

AC. 246. Prestar especial atención al apoyo social y a las prestaciones en el domicilio dirigidas al cuidador que con frecuencia es una mujer, responsable del cuidado del resto de la familia y el hogar.

AC. 247. Promover cursos de formación en perspectiva de género para profesionales sanitarios/asistenciales en todos los ámbitos y/o niveles de atención.

AC. 248. Impulsar sistemas de cuidados exentos de desigualdades basadas en supuestos de género y promover la responsabilidad y la participación en los cuidados de todos los familiares por igual, ya sean hombres o mujeres.

ICTUS EN LA EDAD PEDIÁTRICA

A pesar de que la enfermedad cerebrovascular en la infancia es infrecuente (de 2 a 13 por cada 100.000 personas, en países desarrollados), es una de las diez primeras causas de mortalidad en niños; asociada en los supervivientes, al igual que en los adultos, a una carga importante de discapacidad a largo plazo que variará en función de la edad, la localización y tamaño de la lesión, la presencia de crisis y la etiología. No se dispone de guías de práctica clínica específicas, basadas en la evidencia, para su diagnóstico y tratamiento, por lo que resulta necesario contar con protocolos de actuación que eviten las importantes consecuencias para el niño y permitan mejorar el pronóstico a largo plazo.

NOTA: Al cierre del presente documento se dispone de un documento denominado "Guía de manejo del Ictus Pediátrico Isquémico Postnatal en Urgencias" en fase de pre-publicación, elaborado por el grupo de trabajo de Código Ictus Pediátrico de la Comunidad. En este documento se establece el protocolo para la atención urgente del ictus pediátrico isquémico postnatal y los criterios de activación del Código Ictus Pediátrico y se concretan el organigrama del Código Ictus Pediátrico (ANEXO II) y el esquema general de manejo del Ictus Isquémico Postnatal (ANEXO III) para los profesionales implicados.

- LAE. 46.** Asegurar que en la comunidad autónoma de las Illes Balears el ictus en la edad pediátrica tenga un abordaje consensuado y protocolizado.
- AC. 249.** Crear un grupo de trabajo interdisciplinar para el desarrollo específico de la atención al ictus pediátrico.
- AC. 250.** Promover la elaboración de un protocolo de actuación único que tenga en cuenta la capacidad asistencial de los diferentes centros hospitalarios y considere que estos niños y niñas deben ser atendidos por un neuropediatra y ser ingresados, si fuera el caso, en una Unidad de cuidados intermedios o intensivos pediátricos.
- AC. 251.** Crear un código ictus pediátrico de manera específica.
- AC. 252.** Crear la figura del coordinador neuropediatra con el objetivo de integrar los distintos servicios de pediatría de la Comunidad Autónoma en la elaboración del protocolo que permita la asistencia especializada a los niños que padecen un ictus.
- AC. 253.** Colaborar desde la Estrategia para aprovechar la estructura desarrollada para la atención al ictus en los adultos.
- AC. 254.** Asegurar que la rehabilitación pediátrica sea la apropiada para la edad del niño, en cada uno de los ámbitos sanitarios, independientemente del lugar de residencia.
- AC. 255.** Ampliar la red para el tratamiento rehabilitador de los niños en el ámbito escolar dotando a los centros de fisioterapeutas, logopedas y terapeutas ocupacionales, con equipos asignados a los centros o con equipos móviles que se puedan desplazar cuando sea necesario.

ICTUS Y LA SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA.

La atención a la enfermedad cerebrovascular ha experimentado grandes avances en los últimos años, tanto en prevención (mejor control de los factores de riesgo), como en diagnóstico (avances en neuroimagen) y tratamiento (técnicas de tratamiento endovascular). A pesar de ello, el ictus continúa siendo una causa frecuente de discapacidad y mortalidad y si el paciente sobrevive, tendrá un riesgo elevado de sufrir una complicación desde el inicio del ictus hasta el final de la vida que variará en función del tipo de ictus, de sus secuelas y del contexto patológico y social (incluido el apoyo familiar y social) de cada individuo. Estas complicaciones se suman a las posibles secuelas. Por ello muchos de los pacientes con ictus y sus familiares van a ser susceptibles de necesitar cuidados paliativos, es decir, aquellos cuidados que tienen por objetivo el mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares al afrontar los problemas asociados a una enfermedad amenazante para la vida, sobre la base de la prevención y el alivio del sufrimiento. Los cuidados paliativos persiguen mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares y, para conseguirlo, deben identificar, prevenir y tratar aquellos síntomas físicos, mentales o espirituales que la perturben, aliviando el dolor y el sufrimiento relacionados. En un estudio piloto realizado en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Son Espases se pudo comprobar como el 14% de las perso-

nas ingresadas eran susceptibles de recibir cuidados paliativos, la mayoría por una enfermedad cerebrovascular. Estos cuidados, dirigidos a estas personas y a sus familias, deberían ser una rutina dentro de la atención hospitalaria en cualquiera de sus fases y llevarse a cabo por todos los profesionales que intervienen en uno u otro momento de las diferentes fases de la enfermedad, adecuando el nivel terapéutico al control de los síntomas y en función de las necesidades y la voluntad de la persona que los recibe. Esta situación se mantiene cuando el paciente es trasladado a un hospital sociosanitario o en su domicilio. En pacientes seleccionados y especialmente cuando el problema que se plantea es complejo, se precisa de la colaboración de profesionales especializados en cuidados paliativos.

LAE. 47. Asegurar que en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears todos los pacientes con enfermedad cerebrovascular avanzada o con comorbilidad importante reciben los cuidados adecuados a sus necesidades. Esta atención debe mantenerse hasta el final de la vida.

AC. 256. Coordinar el trabajo con la Estrategia de Cuidados Paliativos de las Illes Balears.

AC. 257. Crear un grupo de trabajo pluridisciplinar con representación de los profesionales implicados en los diferentes ámbitos sanitarios para la elaboración, actualización y difusión de un documento que refleje los principios de actuación en esta fase de la enfermedad cerebrovascular.

AC. 258. Difundir el contenido de forma apropiada.

AC. 259. Realizar la formación continuada necesaria a los profesionales implicados atendiendo a las peculiaridades de la enfermedad cerebrovascular.

AC. 260. Establecer las situaciones que necesitan adecuar el nivel terapéutico a nivel hospitalario o de Atención Primaria, facilitando la estrategia a seguir en relación al paciente y a su familia.

AC. 261. Incorporar a los *Equips de suport hospitalaris* y al ESAD en los cursos de formación sobre la enfermedad cerebrovascular.

AC. 262. Incorporar la enfermedad cerebrovascular en posteriores ediciones de la Estrategia de Cuidados Paliativos de las Illes Balears.

AIE. 6. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

La consecución de los objetivos descritos en la presente Estrategia y en definitiva, el adecuado abordaje del ictus, requiere por parte de los profesionales de una serie de conocimientos y habilidades que, atendiendo a los avances en la evidencia científica, exigen una formación y actualización constantes. Por este motivo es imprescindible desarrollar programas de formación continuada para todos los profesionales implicados en la atención a las personas con ictus.

Son muchas las acciones que a lo largo de las diferentes líneas de actuación estratégicas incluidas en esta Estrategia hacen referencia a la necesidad de incluir aspectos específicos de abordaje del ictus dentro de los programas de formación continua de los profesionales sanitarios, al

tiempo que se desarrollan acciones formativas dirigidas a los enfermos y a sus familiares. No obstante, para dar apoyo a estas acciones específicas y de carácter más general se recoge:

OE. X. Potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario público para atender adecuadamente las necesidades de las personas con ictus y favorecer el abordaje integral e integrado de la enfermedad y la coordinación entre atención primaria y hospitalaria.

LAE. 48. Disponer de un plan de formación continuada para todos los profesionales de Atención Primaria, de los centros de urgencias y de emergencias y de los equipos o unidades de ictus, que garantice la pronta y correcta identificación, traslado y atención de las personas con ictus.

AC. 263. Fomentar y facilitar la formación continuada a los profesionales del Centro de Coordinación de Urgencias Médicas (CCUM)⁴⁰, Soporte Vital Avanzado (SVA) y Soporte Vital Básico (SVB).

AC. 264. Desarrollar un plan de formación continua dirigido a todos los profesionales que atienden personas con ictus en cualquiera de las fases, que incluya la videoconferencia como instrumento de formación, dada la insularidad de la Comunidad Autónoma.

AC. 265. Garantizar que este plan de formación incluye aspectos de prevención, atención en la fase aguda, rehabilitación y manejo post ictus.

AC. 266. Acreditar esta oferta formativa y facilitar su incorporación en los objetivos y acuerdos de gestión.

AC. 267. Incluir en el *Sistema de Gestión Integrada de Patologías Crónicas en Historia de Salud de las Illes Balears* específico para riesgo vascular e ictus, ayudas para la toma de decisiones, basadas en la evidencia científica y en la gestión de patologías crónicas.

AC. 268. Mantener actualizados los programas o aplicaciones de gestión de patologías crónicas, como es el caso del *Sistema de Gestión Integrada de Patologías Crónicas en Història de Salut de les Illes Balears*.

LAE. 49. Establecer un ámbito de responsabilidad en la formación en ictus.

AC. 269. Designar/nombrar profesionales responsables de la formación en ictus por parte de la subdirección asistencial pertinente del Servicio de Salud de las Illes Balears.

AC. 270. Designar responsables en los diferentes niveles asistenciales, para trabajar en el análisis de las necesidades formativas y en el plan de formación continua en ictus.

AC. 271. Mantener actualizada la identificación de las necesidades formativas sobre el abordaje del ictus en los centros de salud y servicios hospitalarios.

LAE. 50. Desarrollar un estudio de las necesidades formativas en ictus en las Illes Balears

40 Gestiona todas las llamadas que se reciben a través del teléfono SAMU061.

- AC. 272.** Garantizar los recursos formativos en ictus según las necesidades de cada área de salud y nivel asistencial.
- AC. 273.** Establecer una plataforma que recoja la actividad formativa que se esté llevando a cabo o que se desarrollará en un breve período de tiempo.
- OE. XI.** Divulgar el conocimiento sobre el ictus para que la población sepa cómo prevenirlo, cómo se manifiesta y cómo actuar ante los síntomas cuando estos se presentan; Dar a conocer la situación actualizada de la asistencia al ictus en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.
- LAE. 51.** Participar en las campañas autonómicas, nacionales e internacionales que se realizan anualmente sobre el ictus.
- AC. 274.** Realizar las actividades específicas del Día del Ictus y facilitar la participación profesional en las citadas actividades.
- AC. 275.** Participar en el "Proyecto Ictus" recogido en la Estrategia en Ictus del SNS que pretende fomentar la investigación cooperativa y multidisciplinar entre los profesionales sanitarios en cualquier faceta de las enfermedades cerebrovasculares.
- LAE. 52.** Promover la creación, mantenimiento y difusión de redes sociales específicas dirigidas a la población general que incluyan los apartados relatados en el objetivo específico XI.
- AC. 276.** Designar una persona encargada de las redes sociales sobre ictus.
- AC. 277.** Incorporar información sobre el ictus en las redes sociales de cada hospital y de Atención Primaria.
- AC. 278.** Establecer interrelaciones entre todas las redes sociales con información sobre ictus de la Comunidad Autónoma, de manera que se pueda navegar fácilmente de una a otra.
- OE. XII.** Potenciar la investigación epidemiológica, básica, clínica y traslacional en aspectos de prevención y atención integral del ictus.
- LAE. 53.** Promover, mediante la inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en ictus en la Comunidad Autónoma⁴¹.

41 Tal y como se especifica en la Estrategia en ictus del SNS, las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad, pondrán en marcha medidas que potencien la creación de redes de centros de investigación acreditados y grupos de excelencia en ictus con las siguientes líneas prioritarias:

1. Establecimiento de estudios epidemiológicos y analíticos en ictus.
2. Estudio de los determinantes genéticos del ictus.
3. Incremento de la investigación en biomarcadores con validez analítica y validez y utilidad clínicas.
4. Investigación en fármacos para la fase aguda del ictus.
5. Investigación sobre la adherencia a la prevención secundaria y al control de los factores de riesgo después de un ictus.
6. Fomento de los estudios de efectividad comparada para reducir la brecha entre eficacia y efectividad y seguridad.
7. Investigación de la eficiencia de las unidades de ictus y de los servicios sanitarios que atienden al ictus.
8. Investigación de la eficiencia de las intervenciones terapéuticas neuroquirúrgicas y neuroradiológicas.
9. Investigación de la eficiencia de las intervenciones terapéuticas rehabilitadoras.
10. Investigación sobre los avances de la telemedicina en el ictus.

- AC. 279.** Elaborar un mapa de actividades investigadoras desarrolladas, o en desarrollo, en relación al ictus en la Comunidad Autónoma y promover el incremento de las mismas, según las líneas prioritarias establecidas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como las iniciativas y necesidades específicas locales, mediante los procedimientos oportunos.
- AC. 280.** Promocionar la línea de investigación en ictus entre los profesionales del SAMU061.
- LAE. 54.** Promover la captación de fondos para la financiación de la investigación en ictus.
- AC. 281.** Potenciar la obtención de ayudas específicas para la investigación en ictus y asegurar una partida presupuestaria específica propia en las distintas convocatorias de financiación pública del Gobierno de las Illes Balears.
- LAE. 55.** Fomentar la divulgación de los proyectos de investigación en ictus en los que participe la Comunidad Autónoma.
- AC. 282.** Presentar en foros locales, nacionales e internacionales, los proyectos de investigación en los que participe la Comunidad Autónoma.
- LAE. 56.** Promover e integrar las actividades de buenas prácticas en la promoción, prevención y atención al Ictus
- AC. 283.** Impulsar la identificación de proyectos de "buenas prácticas" en el marco de la estrategia siguiendo la metodología propuesta en el Sistema Nacional de Salud.
- AC. 284.** Difundir entre profesionales y población general estas "buenas prácticas" aprovechando eventos como el "día del ICTUS"

AIE 7. EVALUACIÓN

La evaluación de la Estrategia de Ictus se realizará en base a los indicadores de la Estrategia del Sistema Nacional de Salud complementados con indicadores propios referidos a las distintas áreas de interés estratégico desarrolladas en el presente documento.

- AC. 285.** Evaluar los indicadores de la Estrategia en ICTUS del SNS, en los plazos propuestos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- AC. 286.** Crear un grupo de trabajo que definirá los indicadores propios que complementarán la evaluación de la estrategia del SNS.
- AC. 287.** La evaluación de la Estrategia de ICTUS de las Illes Balears se realizará antes de que finalice el periodo de vigencia de la misma.

11. Investigación en nuevas medidas facilitadoras de la reinserción laboral.

12. Investigación sobre el ictus en la edad pediátrica.

13. Investigación en técnicas de ultrasonografía y neuroimagen.

14. Investigación en medicina regenerativa aplicada al ictus.

4. BIBLIOGRAFÍA

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/csalud/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 cerebrovasculares 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

PROMOCIÓN DE ENTORNOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

- 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. Guia 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 Attac". *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.

ATENCIÓN 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.; Demchuck, 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, Al. [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.; Lyer, 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.; Holtmannspoetter, 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". *NEJM* 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.; Skalabrin, 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.
- Shafiqat, 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.

REHABILITACIÓN Y REINSECCIÓN

- Carod-Artal, F.J. "Medición de la calidad de vida en supervivientes de un ictus" *Rev. Neurología* 1999;29(5):447-456.
- Consellería de Salut d'Andalusia. Procesos Asistenciales Integrados. http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csald/contentidos/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 Amuedo, 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 Geriatría 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 SITUACIONES ESPECIALES

- 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.000000000000208. 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.000000000000015. Epub 2014 març 27.

- Huici-Sánchez, M.; Escuredo-Argullós, 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. *Guia de pràctica clínica sobre la prevenció primària y secundaria del ictus*. Madrid: Ministeri 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.

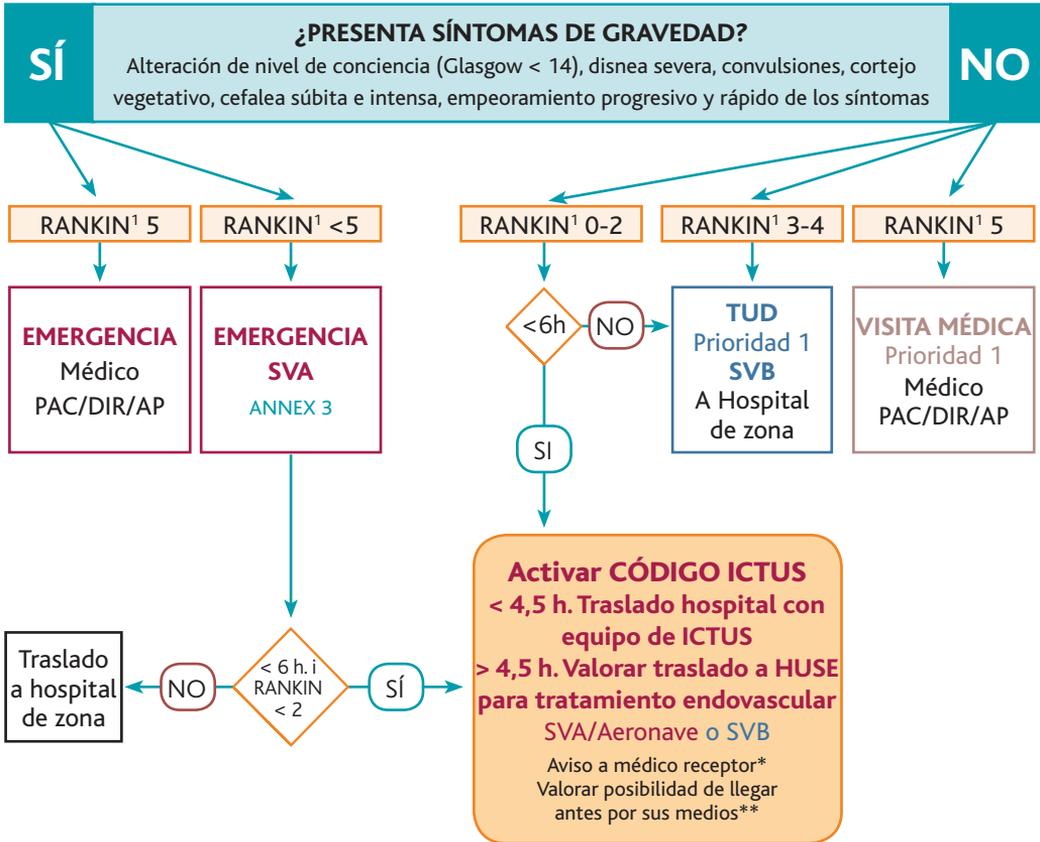
- Chamorro, A. "The shadow of ischemia: therapeutic window". *Neurología* 1999; 14 (supl. 4):35-40.
- Coull, A.J.; Lovett, J.K.; Rothwell, P.M. "A population based study of the early risk of stroke after a transient ischemic attack or minor stroke: implications for public education and organization of 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. ANEXOS:

ANEXO I: ALGORITMO DEL CÓDIGO ICTUS Y ANEXOS DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO COORDINADOR 061.

ALGORITMO CCUM 061 ante sospecha de ICTUS Demanda: Alertante (ANEXO 1) o médico de AP



CCUM: Centro Coordinador de Urgencias Médicas **SVA:** Unidad de Soporte Vital Avanzado

TUD: Transporte Urgente Diferido* Desde el CCUM 061 se avisará al Neurólogo o Intensivista del equipo de Ictus.

** Situación extraordinaria. Siempre con acompañantes y en ausencia de criterios de gravedad o inestabilidad

¹ Escala de Rankin. Calidad de vida (ANEXO 2)

ANEXO 1 INTERROGATORIO TELEFÓNICO ICTUS POR MÉDICO REGULADOR 061

1-Tiempo de evolución: Hora de comienzo de los síntomas. Última vez que lo vieron asintomático.

2- Valorar:

- a) ¿Pérdida del conocimiento?*
- b) ¿Déficit motor en extremidades?
- c) ¿Hormigueos, rampas o acorchamiento en extremidades o cara?
- d) ¿Dificultad para hablar o entender lo que dice?*
- e) ¿Diplopía o ceguera mono-ocular?
- f) ¿Síntomas de vértigo central?
- g) ¿Alteración del comportamiento?*
- h) ¿Cefalea de aparición súbita, náuseas, vómitos?

*Intentar descartar hipoglucemia, tóxicos y enfermedades psiquiátricas.

3- Situación Previa: Escala de "RANKIN MODIFICADA"

ANEXO 2 ESCALA DE RANKIN DE CALIDAD DE VIDA

0 Sin síntomas.

1 Sin incapacidad importante. Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.

2 Incapacidad leve. Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.

3 Incapacidad moderada. Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida o impiden su subsistencia totalmente autónoma.

4 Incapacidad moderadamente grave. Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente aunque sin necesidad de atención continua.

5 Incapacidad grave. Totalmente dependiente, necesitando asistencia constante día y noche.

6 Muerte.

ANEXO 3

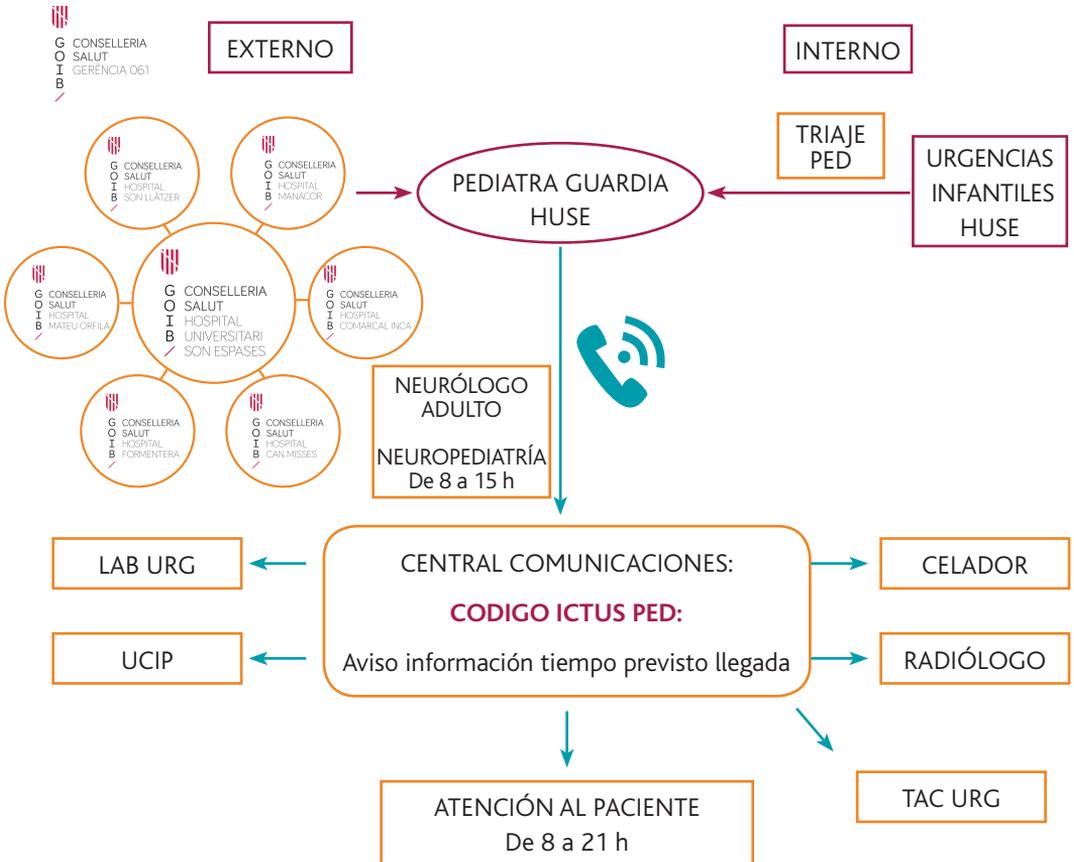
MANEJO EN LA UNIDAD DE SVA

- 1) Protocolo A;B;C. Monitorización TA, FC, y pulsioximetría.
- 2) Oxígeno a bajo flujo, solo si precisa (SpO₂ < 95%).
- 3) Vía periférica en extremidad no afecta (S. fisiol 0,9%) no administrar S. Glucosado salvo hipoglucemia.
- 4) Intentar mantener niveles de glucemia entre 70 y 155 mg/dl.
- 5) Si TA >185/105, valorar tratamiento (Labetalol 10 mg o Urapidil 25 mg ev.) evitar caídas bruscas y superiores al 20%.
- 6) Evitar hipertermias, tratar si temperatura > 37,5°C (paracetamol o metamizol ev.).
- 7) Evitar maniobras invasivas salvo necesidad.
- 8) No administrar antiagregantes ni anticoagulantes.
- 9) Confirmar tiempo de evolución de los síntomas y llamar al médico Coordinador.
- 10) El familiar o acompañante debe acudir al hospital para facilitar el consentimiento informado.

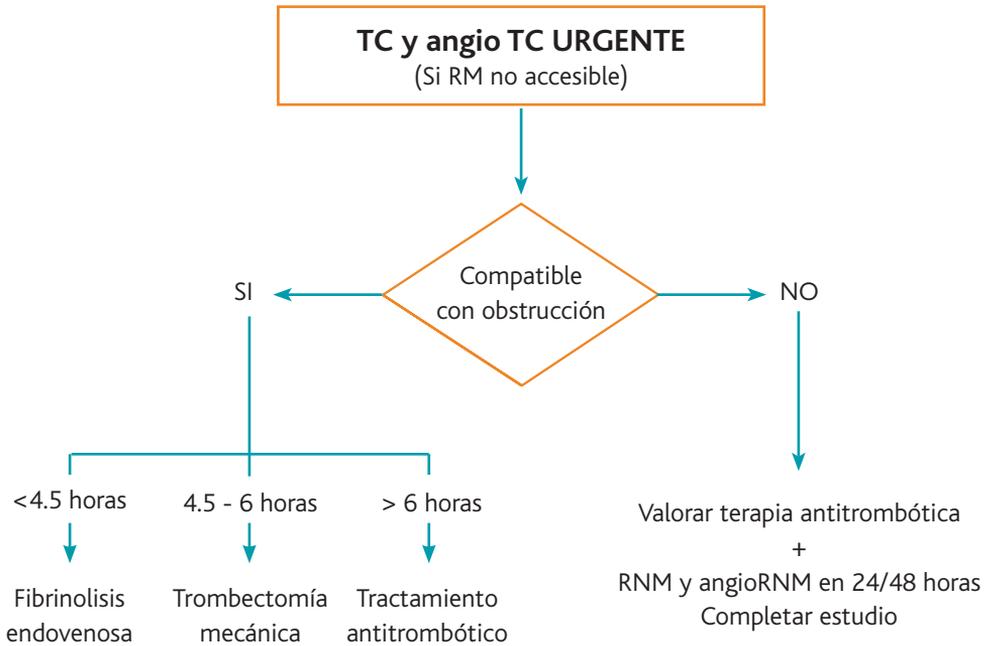
MANEJO EN LA UNIDAD DE SVB

- 1) Protocolo A;B;C. Monitorización SpO₂, TA, FC, temperatura y glucemia.
- 2) Realizar examen físico siguiendo escala de Cincinnati.
- 3) Oxígeno a bajo flujo, solo si precisa (SpO₂ < 95%).
- 4) Colocarlo en decúbito supino con elevación de cabeza 30°; si vomita PLS y aspiración si es necesario. Dieta absoluta, No administrar medicación.
- 5) Confirmar tiempo de evolución de los síntomas y llamar al médico coordinador.
- 6) Llevar familiar acompañante siempre.

ANEXO II. ORGANIGRAMA CODIGO ICTUS PEDIÁTRICO



ANEXO III. ESQUEMA GENERAL DE MANEJO DEL ICTUS ISQUÉMICO POSTNATAL



Consentimientos informados

ESTRATÈGIES
DE SALUT ILLES BALEARS

