

Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud

Informe de evaluación y
líneas prioritarias de actuación

Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud

Informe de evaluación y
líneas prioritarias de actuación



Edita:

© MINISTERIO DE SANIDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID

NIPO en línea: 133-22-022-9

<https://cpage.mpr.gob.es>

Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud

Informe de evaluación y
líneas prioritarias de actuación



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

Coordinación Científica

Jorge Matías-Guiu Guía. Jefe Servicio Neurología. Hospital Universitario Clínico San Carlos
Eduardo Martínez Vila. Departamento de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra
Patricia Simal Hernández. Servicio de Neurología. Unidad de Patología Cerebrovascular.
Hospital Universitario Clínico San Carlos

Coordinación Técnica

Teresa Hernández Meléndez. Subdirección General de Calidad Asistencial.
Ministerio de Sanidad

COMITÉ TÉCNICO

Sociedades científicas

Asociación Española de Fisioterapeutas: Aitor Sánchez Garay
Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales: María González Sobrinos
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria: M^a José Peña Gascón
Grupo Español de Neurorradiología Intervencionista: Fernando Fortea Gil
Sociedad Española de Cardiología: Francisco Marín Ortuño
Sociedad Española de Enfermería Neurológica: Alejandro Lendínez Mesa, M^a Rosa Herrero Roldán
Sociedad Española de Geriátría y Gerontología: Esther Sancristóbal Velasco
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias: Francisco Aranda Aguilar
Sociedad Española de Neurocirugía: Olga Mateo Sierra
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria: Antoni Plana Blanco
Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación: Susana Moraleda Pérez
Sociedad Española de Medicina General: M^a Isabel Egocheaga Cabello
Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades coronarias: Francisca Inmaculada Pino Sánchez, Ricard Ferrer Roca
Sociedad Española de Medicina Interna: Raúl Quirós López
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria: Pablo Gregorio Baz Rodríguez
Sociedad Española de Neurología: María Alonso de Leciñana Cases
Sociedad Española de Neurología Pediátrica: Pedro Castro de Castro
Sociedad Española de Neurorrehabilitación: Joan Ferri Campos
Sociedad Española de Neurosonología: Jorge Pagola Pérez de la Blanca
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria: Jesús Ruiz Ramón

Asociaciones de pacientes

Federación Española de Daño Cerebral: Mar Barbero Lázaro
Federación Española de Ictus: Carmen Aleix Ferrer
Foro Español de Pacientes: Andoni Lorenzo Garmendia, José Luis Baquero Úbeda
Plataforma de Organizaciones de Pacientes: Maite San Saturnino, Carina Escobar

COMITÉ INSTITUCIONAL

Comunidades autónomas:

Andalucía: Joan Montaner Villalonga
Aragón: Gloria Martínez Borobio

Asturias, Principado de: Sergio Calleja Puerta
Balears, Illes: Eusebio Castaño Riera, Carmen Jiménez Martínez
Canarias: Francisco Javier Alfonso López
Cantabria: Enrique Palacio Portilla
Castilla y León: Juan Francisco Arenillas Lara, Purificación de la Iglesia Rodríguez
Castilla-La Mancha: Miguel Angel Atoche Fernández
Cataluña: Ana María Pérez del Campo, Natalia Pérez de la Ossa Herrero
Comunitat Valenciana: Pablo Rodríguez Martínez
Extremadura: Concepción Gutiérrez Montaña
Galicia: María del Mar Castellanos Rodrigo
Madrid, Comunidad de: Alfonso Martín Martínez
Murcia, Región de: Ana Morales Ortiz
Navarra, Comunidad Foral de: Nuria Aymerich Soler
País Vasco: Alfredo Rodríguez-Antigüedad Zarranz
Rioja, La: M^a Eugenia Marzo Sola

Ministerio de Sanidad

Dirección General Salud Pública: Pilar Aparicio Azcárraga.
Subdirección General de Calidad Asistencial: Yolanda Agra Varela.
Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención: Pilar Campos Esteban
Área de Prevención de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención:
Soledad Justo Gil, Inés Zuza Santacilia.
Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación: Piedad Ferré de la Peña, Magdalena Pérez.
Subdirección General de Información Sanitaria: M^a Cruz Calvo Reyes, Félix Miguel García.

Centro de Referencia Estatal al Daño Cerebral (CEADAC) IMSERSO

Inmaculada Gómez Pastor

INGESA (Ceuta-Melilla)

Antonia Blanco Galán

Índice

1. Introducción	15
2. Metodología	17
3. Resultados de los indicadores. Conclusiones	19
4. Líneas prioritarias de actuación	93
5. Bibliografía	99
6. Abreviaturas y acrónimos	101
7. Anexos:	103
I. Fichas técnicas de los indicadores	103
II. Cuestionario	109
III. Mapas de recursos de rehabilitación	124

Índice de tablas

Tabla 1. Tasa de altas de hospitalización por ictus por 1.000 habitantes	20
Tabla 2. Casos nuevos con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en AP por cada 1.000 personas asignadas (2013 a 2017)	22
Tabla 3. Prevalencia registrada de HTA en AP por cada 100 personas asignadas (2017)	24
Tabla 4. Prevalencia registrada de DM tipo 2 en AP por cada 100 personas asignadas (2017)	26
Tabla 5. Prevalencia registrada de trastornos del metabolismo lipídico por cada 100 personas asignadas (2017)	27
Tabla 6. Prevalencia declarada de obesidad en España por 100 habitantes (2017)	29
Tabla 7. Prevalencia declarada de sedentarismo en España por 100 habitantes (2017)	33
Tabla 8. Pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes/antiagregantes por cada 100 pacientes atendidos en AP (2017)	34
Tabla 9. Porcentaje de personas de 65+ años con fibrilación auricular y valor INR entre 2 y 3 (9 CC. AA., 2017)	34
Tabla 10. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en tratamiento con antiagregantes por cada 100 pacientes atendidos en AP (2017)	35
Tabla 11. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en tratamiento con anticoagulantes por cada 100 pacientes atendidos en AP (2017)	36
Tabla 12. Porcentaje de personas de 65 y más años con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular y valor INR entre 2 y 3 (9 CC. AA., 2017)	37

Tabla 13. Tasas Ajustadas de Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes por CC. AA.	42
Tabla 14. Tasas Ajustadas de Mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes por CC. AA.	43
Tabla 15. Campañas de información y actividades de formación realizadas en las CC. AA.	48
Tabla 16. Red asistencial de las CC. AA. según los criterios específicos (ANEXO II)	53
Tabla 17. Grado de nivel de implantación del Código Ictus en la comunidad autónoma	56
Tabla 18. Información aportada por las CC. AA. sobre hospitales que atienden ictus, hospitales que tienen implantado el Código Ictus de forma completa, y hospitales que teniendo implantado el Código Ictus realizan tratamiento de reperusión endovascular de urgencia (24 h) en la atención del ictus	60
Tabla 19. Plan individual de rehabilitación precoz. Inclusión del objetivo, acciones realizadas y porcentaje de cumplimiento del objetivo	67
Tabla 20. Evaluación funcional al alta del plan de rehabilitación. Inclusión del objetivo, acciones realizadas y porcentaje de cumplimiento del objetivo	69
Tabla 21. Número de CC. AA. que realizan acciones sobre el objetivo 3.3	72
Tabla 22. Mapa de recursos de rehabilitación. Acciones realizadas	75
Tabla 23. Objetivo 4.1	79
Tabla 24. Intervenciones en AP dirigidas a ofrecer apoyo a las familias	81
Tabla 25. Profesionales a los que se han dirigido las actividades formativas en atención al ictus	90

Índice de figuras

Figura 1. Tasa de altas de hospitalización por ictus por 1.000 habitantes por sexo (2014 a 2018)	20
Figura 2. Casos nuevos con registro de enfermedad cerebrovascular en AP por cada 1.000 personas asignadas (2013 a 2017)	21
Figura 3. Personas con registro de HTA en AP por cada 100 personas asignadas (2013 a 2017)	23
Figura 4. Personas con registro de DM tipo 2 en AP por cada 100 personas asignadas (2013 a 2017)	25
Figura 5. Prevalencia de trastornos del metabolismo lipídico registrado en AP por cada 100 personas asignadas (2013 a 2017)	27
Figura 6. Prevalencia declarada de obesidad en población adulta (18 y más años) según sexo. España 1993-2017. Tasa por 100 habitantes	28
Figura 7. Prevalencia declarada de obesidad en población adulta (18 y más años) según tramos de edad y sexo. España 2017. Tasa por 100 habitantes	30
Figura 8. Prevalencia declarada de tabaquismo en población adulta por sexo. España 1993-2017. Tasa por 100 habitantes	31
Figura 9. Prevalencia declarada de tabaquismo en población adulta por sexo y por tramos de edad. España 2017. Tasa por 100 habitantes	31
Figura 10. Prevalencia de sedentarismo en tiempo de ocio en población adulta por sexo. España 1993-2017. Tasa por 100 habitantes	32
Figura 11. Mortalidad. Tasas Ajustadas de Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes. Línea de tendencia y variabilidad territorial	41

Figura 12. Tasas Ajustadas de Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes, por sexo. Años 2008-2018	43
Figura 13. Tasas Ajustadas de Mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes. Años 2008-2018	44

Introducción

La Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue aprobada por el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) el 26 de noviembre de 2008. En 2013 se llevó a cabo su primera evaluación, partiendo de los objetivos y de los indicadores establecidos en el documento original, y estableciendo el corte para la recogida de datos a fecha 30 de junio de 2011. Sus resultados indicaron que el grado de implementación de la Estrategia, según declararon las comunidades autónomas (CC. AA.), era aceptable, concluyendo que se habían iniciado todos los objetivos establecidos para cada una de las líneas estratégicas aunque su grado de consecución fuera variable.

Los extraordinarios avances en investigación básica, clínica y en neuroimagen de la última década han llevado a un conocimiento aún más profundo de las enfermedades cerebrovasculares, y han puesto de manifiesto la necesidad de actualizar la Estrategia para consolidar el objetivo principal de su primera edición: disminuir la incidencia y la morbimortalidad de los pacientes con ictus. Para acometer esta actualización se han llevado a cabo una serie de actuaciones, siendo una de ellas la realización de una nueva y completa evaluación, que ha permitido analizar la situación del ictus en España y el nivel de implementación de las diferentes líneas de esta Estrategia.

Esta evaluación, aprobada por el Pleno del CISNS el 2 de diciembre de 2021, ha puesto de manifiesto el logro de un gran número de objetivos, con el esfuerzo y la acción conjunta de todos los agentes implicados, que ha redundado en una significativa disminución de la mortalidad y una mayor equidad en el tratamiento del ictus en España.

Metodología

La evaluación de una Estrategia del SNS constituye un elemento indispensable dentro de la misma, ya que permite comprobar el grado de consecución de los objetivos propuestos, comprobar su eficacia y conocer el progreso de cada comunidad autónoma.

Para ello, en esta Estrategia, se ha contado con el compromiso indispensable de todos los agentes involucrados en su implementación (CC. AA., INGESA, Ministerio de Sanidad, sociedades científicas y asociaciones de pacientes), con el objetivo de obtener y elaborar la información necesaria para su evaluación.

La evaluación de la implantación de la Estrategia comprende desde su aprobación hasta la actualidad, en función de la disponibilidad de los datos.

La información de los indicadores que se presentan en este documento corresponde a los datos recogidos de los siguientes Sistemas de Información:

- Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). (últimos datos del 2017): estudio periódico realizado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad que recoge, entre otros datos, información sanitaria relativa a toda la población sobre el estado de salud. La ENSE se realiza con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística (INE) y tiene periodicidad quinquenal, alternándola cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud Española (EESE). Ambas encuestas comparten un núcleo común que permite las comparaciones internacionales, ampliado en la versión española para poder responder a las necesidades de información de la administración sanitaria nacional y autonómica.
- Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). (últimos datos del 2017): recaba anualmente información clínica normalizada sobre la atención prestada por el nivel de Atención Primaria, procedente de una amplia muestra aleatoria (en torno al 10%) de las historias clínicas de la población asignada a dicho nivel de atención, y es representativa de cada comunidad autónoma.
- Registro de altas de hospitalización, CMBD/RAE-CMBD (últimos datos del 2018): el registro de altas hospitalarias reúne la información relativa al Conjunto Mínimo Básico de Datos, definido en 1987 por el CISNS para el conjunto de hospitales del SNS. El CMBD-H integra información administrativa y clínica de los pacientes ingresados en unidades de hospitalización, la cual es recogida y codificada sistemáticamente en los hospitales, para cada episodio de hospitalización, al alta del paciente. Los registros de alta son enviados al

Ministerio por las CC. AA., de acuerdo con el modelo de datos establecido al efecto por acuerdo del CISNS. El RAE-CMBD se implanta en 2016 como nuevo modelo de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de las Altas Hospitalarias extendiendo el registro a otras áreas alternativas a la hospitalización (hospital de día, gabinetes de técnicas y procedimientos de alta complejidad y urgencias) y al sector privado. Su estructura, formato y contenidos, así como las normas para el registro y envío de la información se recogen en el Real Decreto 69/2015 de 6 de febrero. En estos indicadores se recogen los datos de los hospitales de agudos del SNS (públicos y red de utilización pública).

- Registro de mortalidad por causa de muerte, elaborado anualmente por el INE, los datos sobre causas de muerte se obtienen del Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción, el Boletín Estadístico de Defunción Judicial y el Boletín Estadístico de Parto. Proporciona información sobre la mortalidad atendiendo a la causa básica de la defunción, su distribución por sexo, edad, residencia y mes de defunción. También ofrece indicadores que permiten realizar comparaciones geográficas y medir la mortalidad prematura: tasas estandarizadas de mortalidad y años potenciales de vida perdidos. La exhaustividad de la información que ofrece el registro de mortalidad, junto a la objetividad del fenómeno que recoge, convierten a los indicadores de mortalidad en un instrumento adecuado para la monitorización de los problemas de salud y el establecimiento de prioridades sanitarias.

Para recabar datos sobre el grado de cumplimiento de aquellos objetivos que no disponen de indicador cuantitativo se ha realizado un cuestionario estructurado (Anexo II) que ha sido cumplimentado por las CC. AA.

Para expresar el grado de cumplimiento de cada objetivo y tomando como datos los declarados por las CC. AA., se ha utilizado una escala de cinco puntos:

- Objetivo no iniciado: alcanzado por 0-1 CC. AA.
- Objetivo iniciado: alcanzado por 2-10 CC. AA.
- Objetivo parcialmente conseguido: alcanzado por 11-14 CC. AA.
- Objetivo prácticamente conseguido: alcanzado por 15-16 CC. AA.
- Objetivo conseguido: 17 CC. AA. lo han logrado

Resultados de los indicadores y conclusiones

1. Línea estratégica 1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: prevención primaria y secundaria

Objetivo general 1: Reducir la incidencia del ictus

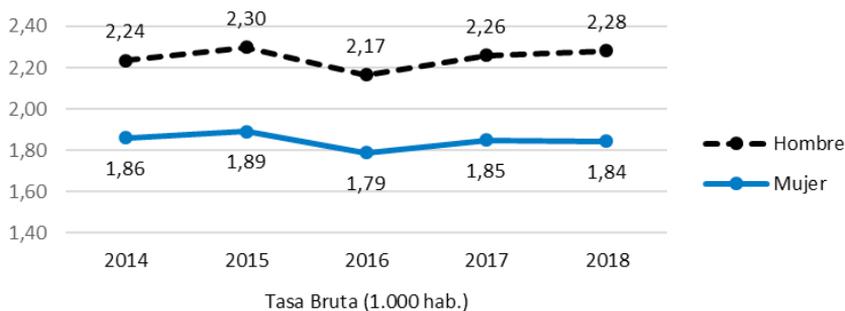
Este objetivo general se evalúa a través de los siete objetivos específicos siguientes:

Objetivo	Grado de consecución
1.1. Detectar precozmente, incluir en programas de seguimiento y controlar a los pacientes de riesgo (hipertensos, diabéticos y dislipémicos)	Prácticamente conseguido
1.2. Invertir la tendencia actual de crecimiento de la prevalencia de obesidad en la población	No iniciado
1.3. Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta (> 15 años) en España (o cualquier comunidad autónoma) hasta el 28% (hombres 35% y mujeres 25%).	Prácticamente conseguido
1.4. Aumentar el porcentaje de población que realiza actividad física.	Conseguido
1.5. Los pacientes con cardiopatías embolígenas de alto riesgo recibirán tratamiento para prevención de ictus.	Parcialmente conseguido
1.6. Los pacientes con ictus y AIT (Ataque Isquémico Transitorio) deben mantener el control de los factores de riesgo y recibir tratamiento médico preventivo.	Prácticamente conseguido
1.7. Las CC. AA. pondrán en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes que mantienen la adherencia al tratamiento a los 5 años de su inicio.	Parcialmente conseguido

Como indicador para medir este objetivo general se ha seleccionado la **tasa de altas de hospitalización por ictus**, medida que puede servir como aproximación a la incidencia. Se han recogido datos de los últimos cinco años disponibles (2014 a 2018) que reflejan una tendencia bastante estable, con un mínimo de 1,97 altas por 1.000 habitantes en 2016, y un máximo de 2,09 en

el año 2015, y una media para el periodo en torno a 2,04 altas por cada 1.000 habitantes. En la serie se observan siempre cifras mayores en hombres, esta diferencia se mantiene casi constante a lo largo de los cinco años (figura 1). También se observan diferencias territoriales más o menos constantes a lo largo de estos cinco años, siendo las cifras mayores Asturias, País Vasco y Galicia, y menores en Melilla, Baleares y Ceuta (tabla 1).

Figura 1. Tasa de altas de hospitalización por ictus por 1.000 habitantes por sexo (2014 a 2018)



Fuente: Registro de altas de hospitalización (RAE-CMBD). MS

Tabla 1. Tasa de altas de hospitalización por ictus por 1.000 habitantes

Comunidad Autónoma	2014	2015	2016	2017	2018
Andalucía	1,73	1,80	1,62	1,74	1,80
Aragón	2,13	2,43	1,91	2,16	2,16
Asturias, Principado de	3,03	3,21	3,16	2,99	3,24
Baleares, Illes	1,48	1,34	0,66	1,41	1,44
Canarias	1,50	1,57	1,57	1,74	1,76
Cantabria	2,38	2,16	2,12	2,23	2,08
Castilla y León	2,46	2,37	2,32	2,22	2,55
Castilla-La Mancha	1,95	2,00	1,49	1,70	1,64
Cataluña	1,98	2,04	2,12	2,13	2,17
Comunitat Valenciana	2,32	2,36	2,32	2,33	2,25
Extremadura	2,35	2,53	2,25	2,15	2,24
Galicia	2,31	2,42	2,31	2,45	2,46
Madrid, Comunidad de	1,89	1,92	1,91	1,94	1,72

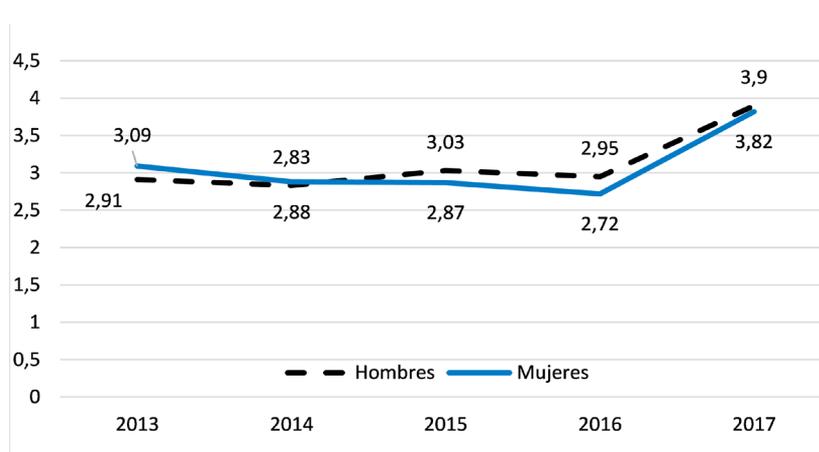
Tabla 1. (Continuación)

Comunidad Autónoma	2014	2015	2016	2017	2018
Murcia, Región de	2,19	2,13	1,79	1,92	1,91
Navarra, Comunidad Foral de	2,25	2,25	2,01	2,12	2,28
País Vasco	2,46	2,54	2,40	2,44	2,55
Rioja, La	2,35	2,40	2,35	2,20	2,27
Ceuta (Ingesa)	1,68	1,42	1,68	1,37	1,39
Melilla (Ingesa)	1,38	1,32	0,54	1,62	1,41
Total nacional	2,05	2,09	1,97	2,05	2,06

Fuente: Registro de altas de hospitalización (CMDB-H/RAE-CMDB). MS

La aproximación a la incidencia medida como **casos nuevos con diagnóstico de ictus¹ en atención primaria** se han obtenido de BDCAP, que recoge información clínica de una amplia muestra aleatoria de historias clínicas (4,7 millones) de personas atendidas en atención primaria (AP) representativa a nivel de CC. AA. del conjunto del SNS. A lo largo de la serie de cinco años se observa un valor máximo en 2017 (3,86 por cada 1.000 personas asignadas) y un mínimo en 2016 (2,86 por cada 1.000 personas asignadas), siendo escasa la diferencia entre hombres y mujeres (figura 2).

Figura 2. Casos nuevos con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en AP por cada 1.000 personas asignadas (2013 a 2017)



Fuente: BDCAP. MS

¹ Enfermedad cerebrovascular en historia clínica de AP (códigos CIAP2: K89 - Isquemia cerebral transitoria; K90 - Accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía; K91 - Enfermedad cerebrovascular K89, K90 y K91).

En la información proporcionada se observan diferencias territoriales a lo largo de estos cinco años (tabla 2), es importante valorar que pueden deberse a diferencias en el registro más que a diferencias reales. También es necesario tener presente que BDCAP se basa en registros clínicos no destinados a ser fuente de estadísticas sanitarias, sino para la atención sanitaria.

Tabla 2. Casos nuevos con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en AP por cada 1000 personas asignadas (2013 a 2017)

Comunidad Autónoma	2013	2014	2015	2016	2017
Andalucía			3,26	2,98	3,30
Aragón	3,33	3,10	2,93	3,19	3,15
Asturias, Principado de	3,37	3,34	2,97	3,71	3,71
Balears, Illes	2,70	2,48	2,51	2,38	2,56
Canarias	2,94	3,08	3,33	2,85	2,88
Cantabria	2,32	2,52	2,40	2,00	2,17
Castilla y León	2,82	2,49	2,44	1,95	4,03
Castilla-La Mancha*	2,93	1,87	1,81	1,50	2,08
Cataluña	2,74	2,78	2,97	3,15	7,61
Comunitat Valenciana	5,88	4,99	4,93	5,13	5,01
Extremadura	1,62	1,02	1,06	1,21	1,28
Galicia	2,32	2,04	2,15	2,19	2,41
Madrid, Comunidad de	1,62	1,62	1,74	2,00	1,86
Murcia, Región de	1,99	2,17	1,98	1,79	1,94
Navarra, Comunidad Foral de	2,94	2,74	2,58	2,71	2,76
País Vasco	4,10	4,62	4,24	1,82	4,00
Rioja, La				2,70	2,41
Total	3,00	2,86	2,95	2,83	3,86

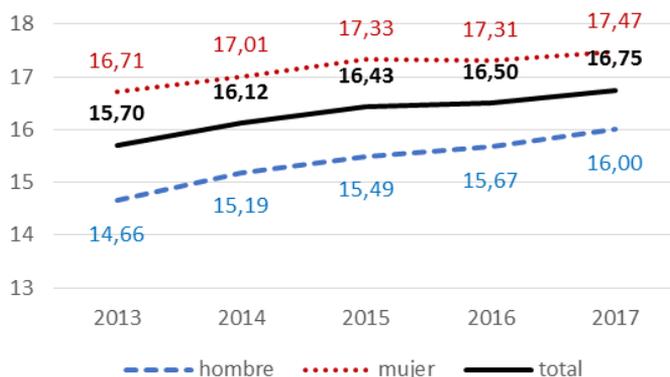
Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS (* estimado)

Objetivo específico 1.1. Detectar precozmente, incluir en programas de seguimiento y controlar a los pacientes de riesgo (hipertensos, diabéticos y dislipémicos)

Hipertensión Arterial

Se han obtenido los datos de prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) en AP en una serie de cinco años (2013 a 2017) de BDCAP como aproximación para estimar este objetivo, teniendo en cuenta la limitación del indicador para evaluar la detección precoz. Según estos datos la prevalencia en 2017, último año con datos, es de 16,75 por cada 100 pacientes asignados. A lo largo de toda la serie se observa una tendencia creciente en el diagnóstico de HTA en AP, así como unas cifras siempre superiores en mujeres.

Figura 3. Personas con diagnóstico de HTA en AP por cada 100 personas asignadas (2013 a 2017)



Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

Por CC. AA. se observan diferencias territoriales en la prevalencia de HTA en AP, que va desde 9,87 por cada 100 personas asignadas en Castilla-La Mancha a 20,64 en la Comunidad Valenciana.

Tabla 3. Prevalencia de HTA en AP por cada 100 personas asignadas (2017)

Comunidad Autónoma	Hombre	Mujer	Total
Andalucía	15,46	17,58	16,54
Aragón	18,66	20,16	19,42
Asturias, Principado de	17,80	19,36	18,62
Balears, Illes	15,50	15,57	15,54
Canarias	19,62	20,69	20,16
Cantabria	18,22	18,81	18,52
Castilla y León	19,19	20,95	20,08
Castilla-La Mancha	9,76	9,99	9,87
Cataluña	13,20	14,76	14,00
Comunitat Valenciana	20,19	21,08	20,64
Extremadura	10,78	13,09	11,95
Galicia	19,22	21,40	20,35
Madrid, Comunidad de	15,03	16,62	15,85
Murcia, Región de	16,68	18,43	17,55
Navarra, Comunidad Foral de	15,24	15,36	15,30
País Vasco	15,51	16,07	15,80
Rioja, La	17,26	18,01	17,64
Total	16,00	17,47	16,75

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

En el Cuestionario cumplimentado por las CC. AA. tan sólo una declara no tener un programa de seguimiento y control de pacientes con HTA en AP. En cuanto a la periodicidad del seguimiento la mayoría señalan que depende de la situación y estabilidad del paciente y que siguen las guías de práctica clínica disponibles. No obstante, casi todas indican que como mínimo se hace cada seis meses.

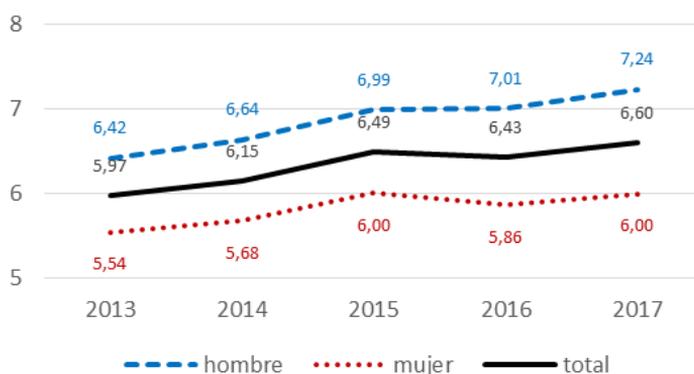
- Andalucía declara que desde el Plan Andaluz de Ictus se ha trabajado con AP en la elaboración de un documento (Atención Integral del Ictus en Atención Primaria) para el manejo de estos factores de riesgo.
- Asturias tiene un programa de seguimiento de patología cardiometabólica (2015) que controla, entre otros aspectos, la presión arterial.
- Islas Baleares lo contempla en el programa de adulto y en el de atención a enfermedades crónicas en todas las consultas de AP médicas y de enfermería.
- Comunidad Valenciana también lo incluye en la Estrategia para la atención a pacientes crónicos.

- Canarias lo recoge en el Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascular Aterosclerótica (EVA) para profesionales de enfermería.
- Castilla y León oferta en su Cartera de Servicios de AP los Servicios de prevención y promoción de la salud de forma longitudinal desde la infancia hasta la atención de las personas mayores, y tienen como criterio de calidad controles de presión arterial con periodicidades diferentes según la edad. Incorpora también diferentes indicadores sobre HTA e ictus.
- Extremadura lo incorpora con detalle en su cartera de servicios de AP, en el que incluye la atención a pacientes con HTA y la prevención de patología cardiovascular en la infancia.
- La Rioja, en el marco del III Plan de Salud, incluye en la línea L08, sobre enfermedades cardiovasculares, el seguimiento y control de la HTA.

Diabetes Mellitus

Se han obtenido los datos de prevalencia de diabetes (DM) tipo 2 de los cinco últimos años disponibles (2013 a 2017) desagregada por sexo y CC. AA. En la serie se observa una tendencia ascendente, teniendo datos siempre mayores en los hombres respecto a las mujeres, en 2017 la prevalencia de DM tipo 2 es de 6,6 por cada 100 personas asignadas en AP (7,24 en hombres y 6,00 en mujeres).

Figura 4. Personas con diagnóstico de DM tipo 2 en AP por cada 100 personas asignadas (2013 a 2017)



Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

Por CC. AA. se observan diferencias territoriales en la prevalencia de DM tipo 2 en AP, que va desde 5,22 por cada 100 personas asignadas en Extremadura a 8,50 en Canarias.

Tabla 4. Prevalencia de DM tipo 2 en AP por cada 100 personas asignadas (2017)

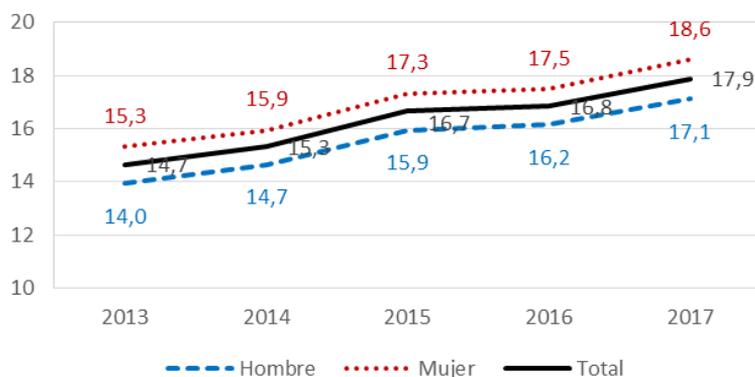
Comunidad Autónoma	Hombre	Mujer	Total
Andalucía	8,20	7,13	7,65
Aragón	7,63	5,98	6,79
Asturias, Principado de	7,98	6,59	7,25
Balears, Illes	6,92	5,26	6,08
Canarias	8,82	8,18	8,50
Cantabria	6,50	5,17	5,82
Castilla y León	7,46	6,28	6,86
Castilla-La Mancha	6,51	5,16	5,83
Cataluña	6,07	5,01	5,53
Comunitat Valenciana	8,41	6,87	7,63
Extremadura	5,36	5,08	5,22
Galicia	8,21	6,67	7,41
Madrid, Comunidad de	6,10	4,78	5,41
Murcia, Región de	8,39	7,02	7,71
Navarra, Comunidad Foral de	6,22	4,86	5,53
País Vasco	6,41	5,07	5,73
Rioja, La	6,58	4,93	5,74
Total	7,24	6,00	6,60

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

Dislipemia

BDCAP puede proporcionar información sobre la prevalencia de trastornos del metabolismo lipídico en AP. Se han obtenido datos de los últimos cinco años disponibles desagregado por sexo y CC. AA. Al igual que en los factores de riesgo de ictus tratados con antelación (HTA y DM) la tendencia a lo largo de la serie estudiada también es ascendente (figura 5), pasando de 14,7 en 2013 a 17,9 por cada 100 personas asignadas en AP en 2017; y la prevalencia es siempre superior en mujeres.

Figura 5. Prevalencia de trastornos del metabolismo lipídico en AP por cada 100 personas asignadas (2013 a 2017)



Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

La prevalencia de trastornos del metabolismo lipídico en AP muestra importantes diferencias territoriales, así el rango de la misma entre las diferentes CC. AA. va de 5,52 en Castilla-La Mancha a 27,74 en Canarias (tabla 5). De nuevo es importante recordar que la información disponible procede de los registros clínicos en los sistemas de información de AP con finalidad asistencial.

Tabla 5. Prevalencia trastornos metabolismo lipídico por cada 100 personas asignadas (2017)

Comunidad Autónoma	Hombre	Mujer	Total
Andalucía	11,89	12,42	12,16
Aragón	22,35	23,01	22,69
Asturias, Principado de	19,79	21,38	20,62
Baleares, Illes	19,96	20,76	20,36
Canarias	25,98	29,44	27,74
Cantabria	19,49	21,71	20,63
Castilla y León	23,41	24,20	23,81
Castilla-La Mancha	5,74	5,30	5,52
Cataluña	11,91	14,78	13,37
Comunitat Valenciana	25,74	27,03	26,40
Extremadura	10,08	11,13	10,61
Galicia	22,02	24,21	23,16
Madrid, Comunidad de	17,00	18,33	17,69
Murcia, Región de	20,74	22,09	21,41

Tabla 5. (Continuación)

Comunidad Autónoma	Hombre	Mujer	Total
Navarra, Comunidad Foral de	22,71	24,11	23,42
País Vasco	18,10	19,37	18,75
Rioja, La	19,25	20,32	19,79
Total	17,13	18,60	17,88

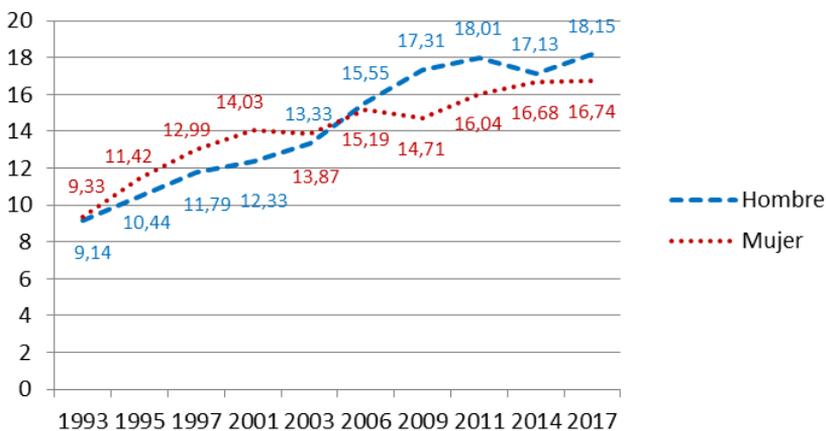
Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

Todos los factores de riesgo abordados en este punto (HTA, diabetes y dislipemia) muestran una tendencia ascendente en los últimos cinco años con datos, lo que podría responder a un aumento de la frecuencia real sumado a un posible mayor diagnóstico y registro.

Objetivo específico 1.2. Invertir la tendencia actual de crecimiento de la prevalencia de obesidad en la población

La prevalencia autodeclarada de la obesidad (índice de masa corporal $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$) en España, desde 1993 hasta 2017, tiene una tendencia claramente ascendente, la media de 1993 era 9,22% y la de 2017 es 17,43%. Como se observa en la siguiente figura la tendencia es ascendente tanto en hombres como en mujeres.

Figura 6. Prevalencia de obesidad en población adulta (18 y más años) según sexo. España 1993-2017. Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MS/INE

La distribución de obesidad por CC. AA. y sexo se ha obtenido con datos de 2017 (tabla 6); la media global es de 17,43% y muestra importantes diferencias territoriales, con un rango que tiene un valor máximo de 24,13% y un mínimo de 13,22%.

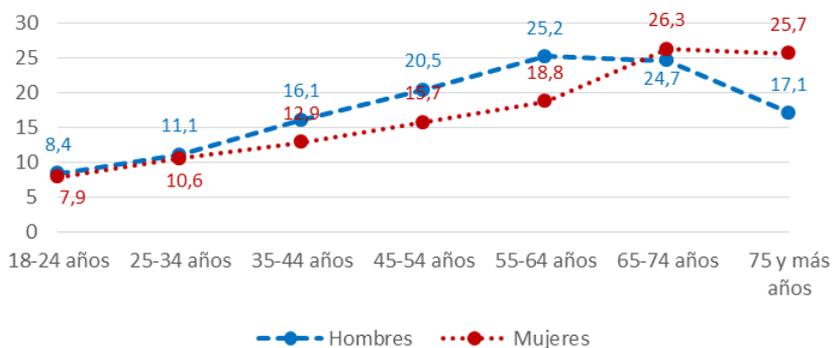
Tabla 6. Prevalencia de obesidad en España por 100 habitantes (2017)

Comunidad Autónoma	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía	22,5	19,54	21
Aragón	17,28	14,19	15,73
Asturias, Principado de	23,07	20,36	21,68
Baleares, Illes	19,47	11,33	15,49
Canarias	17,17	21,4	19,26
Cantabria	19,28	15,63	17,5
Castilla y León	16,83	9,64	13,22
Castilla-La Mancha	20,25	20,39	20,32
Cataluña	12,29	17,46	14,94
Comunitat Valenciana	20,64	16,94	18,75
Extremadura	22,87	15,72	19,28
Galicia	18,68	18,02	18,35
Madrid, Comunidad de	17,12	14,73	15,87
Murcia, Región de	17,04	15,18	16,11
Navarra, Comunidad Foral de	16,98	13,77	15,37
País Vasco	14,21	13,48	13,84
Rioja, La	15,43	14,5	14,95
Ceuta	23,18	25,1	24,13
Melilla	21,01	18,42	19,72
Total	18,15	16,74	17,43

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud de España. 2017. MS

También se ha observado que la prevalencia de obesidad aumenta con la edad de las personas, alcanzando el máximo en hombres en el grupo de 55 a 64 años, y en mujeres en el de 65 a 74 años.

Figura 7. Prevalencia de obesidad en población adulta (18 y más años) según tramos de edad y sexo. España 2017. Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud de España. 2017. MS

Objetivo específico 1.3. Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta (> 15 años) en España (o cualquier comunidad autónoma) hasta el 28% (hombres 35% y mujeres 25%)

La prevalencia del consumo de tabaco mantiene una tendencia descendente desde 1995 según los datos proporcionados por la Encuesta Nacional/Europea de Salud (ENSE/EESE), con un descenso más acusado en hombres. Así en 2017 el consumo declarado en mayores de 15 años fue de 22,1%, siendo en todo momento menor en mujeres (18,8% vs 25,6% en hombres).

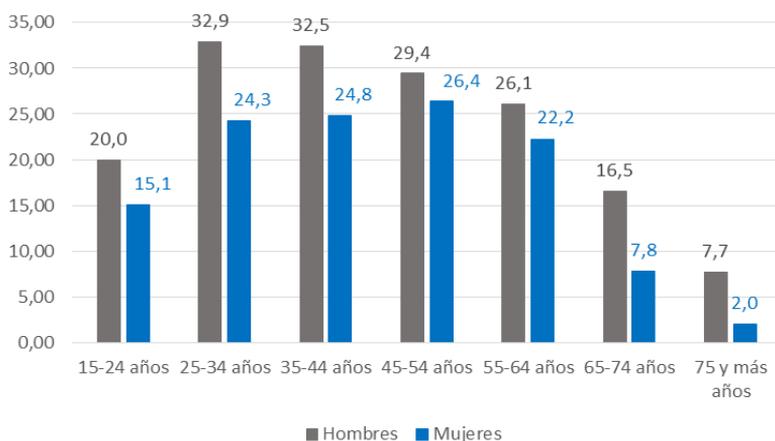
Figura 8. Prevalencia de tabaquismo en población adulta por sexo. España 1993-2017. Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MS/INE

Al desagregar por tramos de edad en los datos de la Encuesta de 2017 se observan diferencias en la distribución entre hombres y mujeres, así el grupo con mayor prevalencia de fumadores en hombres fue el de 25 a 34 años (32,9%), mientras que en mujeres éste correspondió al grupo de 45 a 54 años (26,4%), siendo este último el único grupo de población por encima del objetivo previsto.

Figura 9. Prevalencia de tabaquismo en población adulta por sexo y por tramos de edad. España 2017. Tasa por 100 habitantes

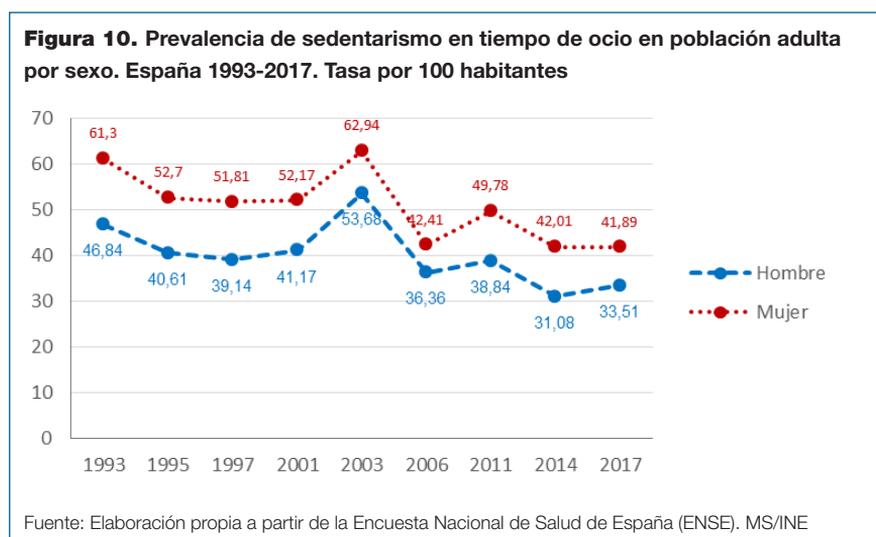


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MS/INE

Objetivo específico 1.4. Aumentar el porcentaje de población que realiza actividad física

Sedentarismo

Según la ENSE se considera sedentaria² a toda persona que, en su tiempo de ocio, habitualmente no realiza ninguna actividad física como caminar, practicar deporte, gimnasia, etc. Los datos de la evolución de la prevalencia del sedentarismo en tiempo de ocio en España entre los años 1993 al 2017 señalan una tendencia descendente, tanto en hombres como en mujeres.



La distribución de sedentarismo muestra cifras mayores en mujeres y una gran variabilidad entre las diferentes CC. AA., con un amplio rango que va

² Llamamos sedentarismo a aquellas actividades que realizamos las personas sentadas o reclinadas, mientras estamos despiertas, y que utilizan muy poca energía (gasto energético menor de 1,5 METS). Los periodos sedentarios son aquellos periodos de tiempo en los que se llevan a cabo estas actividades que consumen muy poca energía, como por ejemplo, estar sentados durante los desplazamientos, en el trabajo o la escuela, en el ambiente doméstico y durante el tiempo de ocio.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid, 2015. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf

desde 22,79% hasta 65,05% en 2017, y teniendo una prevalencia media de 37,81 por 100 habitantes.

Tabla 7. Prevalencia de sedentarismo en España por 100 habitantes (2017)

Comunidad Autónoma	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía	35,61	47,12	41,48
Aragón	36,04	45,12	40,65
Asturias, Principado de	30,61	38,52	34,76
Baleares, Illes	35,46	50,03	42,81
Canarias	38,78	48,15	43,53
Cantabria	39,79	51,77	45,96
Castilla y León	24,05	32	28,07
Castilla-La Mancha	39,54	48,5	44,01
Cataluña	33,8	43,99	39,05
Comunitat Valenciana	37,08	44,28	40,75
Extremadura	29,71	34,62	32,19
Galicia	22,27	27,12	24,8
Madrid, Comunidad de	32,05	39,24	35,83
Murcia, Región de	44,06	45,47	44,77
Navarra, Comunidad Foral de	17,72	27,68	22,79
País Vasco	31,01	34,32	32,73
Rioja, La	26,62	28,22	27,44
Ceuta	56,94	73,26	65,05
Melilla	42,14	61,99	52,11
Total	33,51	41,89	37,81

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MS/INE

Objetivo específico 1.5. Los pacientes con cardiopatías embolígenas de alto riesgo recibirán tratamiento para prevención de ictus

En 2017, según los datos de la BDCAP, el número de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular (FA) que han recibido tratamiento con anticoagulantes/antiagregantes ha sido de 78,5 por cada 100 pacientes atendidos en AP. Entre las CC. AA. que reportan datos sobre medicamentos se observan diferencias territoriales.

Tabla 8. Pacientes con fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes/antiagregantes por cada 100 pacientes asignados (2017)

Comunidad Autónoma	Hombre	Mujer	Total
Aragón	85,2	84,4	84,9
Asturias, Principado de	82,3	83,5	82,9
Baleares, Illes	81,1	84,3	82,6
Canarias	82,1	85,1	83,5
Cantabria	80,5	80,0	80,2
Castilla y León	87,2	88,3	87,7
Castilla-La Mancha	89,8	91,8	90,8
Extremadura	88,8	87,4	88,1
Galicia	86,6	89,3	87,9
Madrid, Comunidad de	61,1	63,0	62,0
Navarra, Comunidad Foral de	81,7	79,5	80,7
País Vasco	74,7	75,0	74,8
Total	77,8	79,2	78,5

Fuente: BDCAP. MS

Se han obtenido los datos de control de la razón normalizada internacional (INR), teniendo en cuenta la limitación de la información que aporta este indicador, en pacientes con diagnóstico de FA en BDCAP. Así, para la población con FA de 65 y más años el 58,9% tienen un INR entre 2-3. Es importante comentar que el valor del parámetro es el último registrado de cada persona con el dato en el año, en este caso 2017, y que son datos de nueve CC. AA. También destacar que en BDCAP no aparece el dato cuando la n muestral es inferior a 30, por no alcanzar la suficiente potencia estadística para su explotación.

Tabla 9. INR. Porcentaje de personas con valor entre 2 y 3, fibrilación auricular, 65+ años, 9 CCAA (2017)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 y más años	Total
Ambos	56,3	60,2	60,3	60,7	56,4	57,6	54,4	58,9
Hombre	56,1	60,8	61,8	62,6	58,6	60,7	...	60,4
Mujer	56,5	59,5	58,4	58,9	54,6	55,3	56,5	57,3

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

Objetivos específicos de prevención secundaria

Objetivo específico 1.6. Los pacientes con ictus y AIT (Ataque Isquémico Transitorio) deben mantener el control de los factores de riesgo y recibir tratamiento médico preventivo

La base de datos BDCAP ha permitido obtener información del porcentaje de personas con enfermedad cerebrovascular y tratamiento con antiagregantes o anticoagulantes. Los datos son de 2017 y están desagregados por sexo y por CC. AA. El porcentaje de pacientes con registro en la HC de enfermedad cerebrovascular en tratamiento con antiagregantes fue de 50,9% (54,7% en hombres y 47,0% en mujeres), con un rango entre CC. AA. de 33,4% a 65,6% (ver tabla 10).

Tabla 10. Porcentaje de pacientes con enfermedad cerebrovascular en tratamiento con antiagregantes por cada 100 pacientes asignados (2017)

Comunidad Autónoma	Hombre	Mujer	Total
Aragón	60,9	53,8	57,5
Asturias, Principado de	59,0	57,2	58,1
Baleares, Illes	64,7	60,2	62,6
Canarias	61,6	58,6	60,1
Cantabria	56,0	44,8	50,7
Castilla y León	62,2	56,7	59,6
Castilla-La Mancha	64,9	51,2	57,4
Extremadura	67,0	63,9	65,6
Galicia	61,3	55,9	58,6
Madrid, Comunidad de	43,3	38,4	40,9
Navarra, Comunidad Foral de	55,1	48,6	52,2
País Vasco	42,4	26,3	33,4
Total	54,7	47,0	50,9

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

El porcentaje de pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en tratamiento con anticoagulantes fue de 18,4% (19,1 en hombres y 17,8% en mujeres), con un rango entre CC. AA. de 12,6% a 23,5%.

Tabla 11. Porcentaje de pacientes con enfermedad cerebrovascular en tratamiento con anticoagulantes por cada 100 pacientes asignados (2017)

Comunidad Autónoma	Hombre	Mujer	Total
Aragón	22,6	23,0	22,8
Asturias, Principado de	21,5	20,8	21,1
Baleares, Illes	12,6	12,6	12,6
Canarias	17,9	19,7	18,8
Cantabria	21,4	20,2	20,8
Castilla y León	24,3	22,6	23,5
Castilla-La Mancha	17,1	15,0	15,9
Extremadura	21,5	22,6	22,0
Galicia	23,8	22,7	23,3
Madrid, Comunidad de	16,1	15,5	15,8
Navarra, Comunidad Foral de	22,5	19,7	21,2
País Vasco	14,7	11,2	12,8
Total	19,1	17,8	18,4

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

Dieciséis CC. AA. incluyen este objetivo en sus planes de atención al ictus (por ej.: Línea de Actuación Estratégica 13 de la Estrategia de ictus de Islas Baleares, etc.) o en algún otro documento relacionado (por ej.: Plan de Salud de Cantabria, etc.). Algunas de ellas incorporan en la historia clínica de AP protocolos de ayuda al seguimiento y a la toma de decisiones para estos pacientes.

Nueve CC. AA. declaran que evalúan este objetivo, en este sentido Islas Baleares indica que dispone de una batería de indicadores, con datos de los sistemas de información de AP, que evalúan factores de riesgo, antiagregación en prevención secundaria, y anticoagulación en pacientes ≥ 75 años con fibrilación auricular. Navarra envía cuatrimestralmente a los profesionales de AP indicadores de evaluación sobre porcentaje de pacientes con enfermedad cerebrovascular y prescripción de tratamiento antiagregante o anticoagulante, y porcentaje de pacientes con enfermedad cerebrovascular y medición de presión arterial en el último año.

Objetivo específico 1.7. Las CC. AA. pondrán en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes que mantienen la adherencia al tratamiento a los 5 años de su inicio

Para evaluar este objetivo no se estableció ningún indicador cuantitativo, no obstante, BDCAP permite obtener datos de INR en pacientes con enfermedad cerebrovascular, marcador biológico que puede aportar información sobre la adherencia a alguno de los tratamientos de estos pacientes. A partir de la información disponible en BDCAP con datos del parámetro INR de nueve CC. AA. se ha observado que el 44,0% de la población de 65 y más años con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular tiene un INR entre 2-3. Son datos referidos al año 2017 y utilizando el último valor de INR recogido en el año.

Tabla 12. 2017 INR. Porcentaje de personas con valor entre 2 y 3, enfermedad cerebrovascular, 65+ años, 9 CCAA

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	Total
Ambos	36,0	39,5	47,2	48,1	45,8	40,4	44,0
Hombre	41,2	43,4	46,5	51,6	48,1	41,8	46,3
Mujer	...	34,1	48,2	44,7	43,9	39,6	41,6

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

Diez CC. AA. declaran que este es uno de los objetivos específicos de sus planes de atención al ictus o de sus planes de salud generales, y algunas lo tienen también incluido en el protocolo de pacientes polimedicados. Varias señalan que su Historia Clínica Electrónica (HCE) tiene funcionalidades que les permite conocer la adherencia al tratamiento de sus pacientes mediante el control y seguimiento de la dispensación de fármacos. Y la mayoría declaran que no evalúan este objetivo.

Diez CC. AA. han puesto en marcha medidas para reforzar la adherencia al tratamiento, así, por ejemplo:

- En Aragón se ha implantado el Plan Personal Ictus en OMI-AP (CIAP 89 y 90) para el seguimiento del paciente tras un ictus, este plan incluye una parte de adherencia, con el Test de Morinsky-Green.
- Islas Baleares ha iniciado el programa de formación entre iguales «Programa de Paciente Activo» en el que se trabaja la adherencia al tratamiento y las herramientas para favorecerlo.

- La Comunidad Valenciana realiza actividades formativas a población y profesionales en este sentido.
- Cantabria también hace educación sanitaria (Escuela de Pacientes) para incrementar la adherencia al tratamiento. Esto lo combina con medidas para estimar esta adherencia como la realización del Test Morisky-Green, para valorar el cumplimiento terapéutico, en todas las visitas y sistemas personalizados de dosificación de medicación.
- Castilla y León señala que la Cartera de Servicios de AP (2019) potencia mucho la adherencia terapéutica en todos los Servicios, tanto de actividades preventivas en las personas mayores como de patologías crónicas y concretamente en el servicio de Atención a la persona con tratamiento anticoagulante, aunque no específicamente en el tratamiento del ictus. Las dificultades encontradas tienen que ver con que la instauración de la receta electrónica ha supuesto una disminución de las consultas en las que el personal de enfermería aprovechaba para realizar adherencia terapéutica al aportar las recetas. Este aspecto se está trabajando con la instauración de medidas en la aplicación informática que establezcan «visitas para la adherencia, conciliación farmacológica y educación para la salud y autocuidados», app del usuario en conexión con la HCE, mejora de la hoja de medicación del paciente, y valoración de la adherencia cuando se detecta un resultado alterado en la cadencia de recogida de recetas del módulo de prescripción (revisión de la adherencia objetiva).
- Cataluña está desarrollando diferentes iniciativas como por ejemplo una app para el control de factores de riesgo y comunicación entre el paciente y el sistema de salud (especialista y primaria), que está en proceso de validación y homologación. Como dificultad señalan la complejidad para integrar la información recogida por la app y la historia clínica del paciente, y para acceder a un mayor volumen de pacientes.
- Extremadura ha puesto en marcha una funcionalidad en la HCE para evaluar la adherencia de los pacientes indirectamente, mediante el control y seguimiento de la dispensación de fármacos.
- Navarra tiene como objetivo empezar a trabajar en medidas de evaluar la adherencia real a tratamiento en pacientes con patologías crónicas. A fecha de hoy sólo disponen de datos sobre recogida de medicación en farmacias.
- País Vasco: monitoriza la adherencia en su aplicación de prescripción electrónica integrada en la historia clínica; y en su caso genera alertas por incumplimiento.

Conclusiones

- Todos los datos de los factores de riesgo abordados en este punto (HTA, diabetes y dislipemia) muestran una tendencia ascendente en los últimos cinco años con datos, por lo que parece necesario mantener y reforzar las acciones encaminadas a promover estilos de vida saludables que contribuyan a frenar este incremento.
- Casi todas las CC. AA. tienen programa de seguimiento y control de pacientes con HTA en AP.
- Se observa un gran desarrollo en los sistemas de información de AP, lo que permite suponer que el seguimiento y control de los grupos de riesgo irá avanzando y alcanzará mayor cobertura y calidad.
- En población adulta, la prevalencia autodeclarada de obesidad en España, desde 1993 hasta 2017 muestra una clara tendencia ascendente, no existiendo grandes diferencias entre ambos sexos.
- Se observa una tendencia descendente, tanto en hombres como en mujeres, en los datos de prevalencia declarada de sedentarismo durante el tiempo de ocio y de consumo de tabaco, a excepción este último en el grupo de mujeres de 45 a 54 años en que permanece por encima del objetivo.
- El 78,5% de los pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular en AP reciben tratamiento para prevención de ictus. Y para los pacientes de 65 y más años con esta patología el porcentaje de personas con valor de INR entre 2 y 3 es de 58,9%.
- En todos los Planes de Salud generales o específicos de ictus de las CC. AA. se incluye el objetivo de mantener el control de los factores de riesgo y recibir tratamiento médico preventivo para los pacientes con enfermedad cerebrovascular.
- Diez CC. AA. tienen en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes con ictus que mantienen la adherencia al tratamiento a los 5 años de su inicio. Fundamentalmente son actividades de Educación para la Salud, test para valoración de la adherencia al tratamiento en la consulta y medidas de control de la dispensación de fármacos integradas en la HCE.

2. Línea estratégica 2. Atención en fase aguda al paciente con ictus

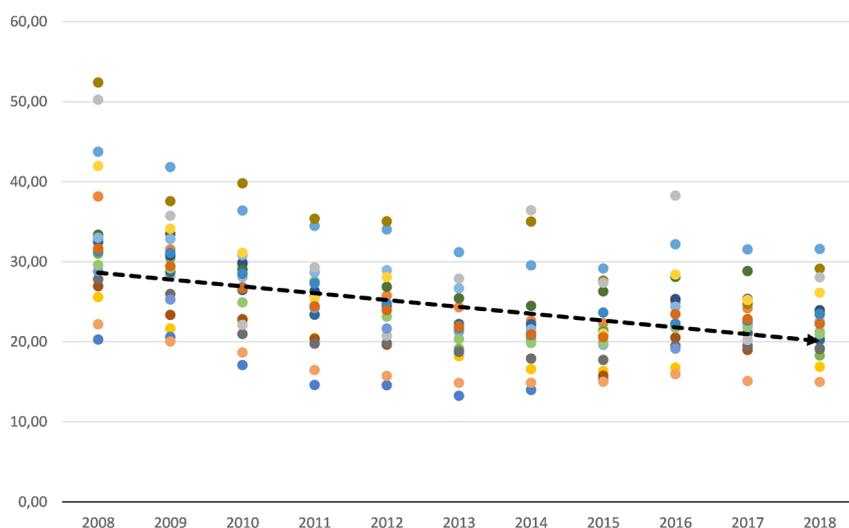
Objetivo general 2: Disminuir la mortalidad al mes de producirse el ictus y aumentar la autonomía de los supervivientes

Este objetivo general se evalúa a través de los ocho objetivos específicos siguientes:

Objetivo	Grado de consecución
2.1. Aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las 4,5 horas desde el inicio de síntomas asumiendo los criterios de Helsingborg	Prácticamente conseguido
2.2. Desarrollar campañas de información y actividades de formación dirigidas a grupos de riesgo identificados, para aumentar el conocimiento de la población en los síntomas alarma y pautas de actuación.	Iniciado
2.3. Las CC AA dispondrán de una red asistencial de Unidades o Equipos de Ictus según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia.	Conseguido
2.4. El Código Ictus estará implantado en todo el territorio de la Comunidad Autónoma, de modo que todo contacto personal o telefónico de un paciente o familiar con cualquier centro de salud, urgencias u hospital que no sea de referencia, active la derivación inmediata a las unidades y equipos de referencia.	Prácticamente conseguido
2.5. Las zonas básicas dispondrán de un Equipo o Unidad de Ictus de referencia en una isócrona que permita el acceso en 60 minutos por el medio establecido en su plan o programa.	Parcialmente conseguido
2.6. Todo hospital de referencia debe tener implantado el Código Ictus (según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia) para la atención prioritaria de todos los pacientes con ictus, independientemente de su forma de llegada.	Conseguido
2.7. Todo hospital que atienda ictus y AIT tendrá implantada una vía clínica, protocolo o proceso asistencial de atención al ictus (véanse aclaraciones)	Prácticamente conseguido
2.8. Las CC AA promoverán pautas de actuación para la atención del ictus pediátrico.	Iniciado

Como indicador para evaluar este objetivo se utiliza la **tasa ajustada de mortalidad** por enfermedades cerebrovasculares por 100.000 habitantes. Se han obtenido datos de una serie amplia (2008 a 2018) para ver la evolución de este indicador desde el año en que se publicó la Estrategia en Ictus del SNS. Los datos ponen de manifiesto un descenso de las tasas estandarizadas de mortalidad general por ictus a lo largo de la serie estudiada, con un mínimo alrededor de 2015: 20,59 por 100.000 habitantes. Se pueden observar grandes diferencias territoriales, no obstante, conviene subrayar que estas diferencias van disminuyendo a lo largo de la serie, así en 2008 el rango de la tasa tuvo el valor mínimo en 20,28 y el máximo en 52,40, mientras que en 2018 osciló entre 14,99 y 31,61.

Figura 11. Mortalidad. Tasas Ajustadas de Mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes. Línea de tendencia y variabilidad territorial.



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

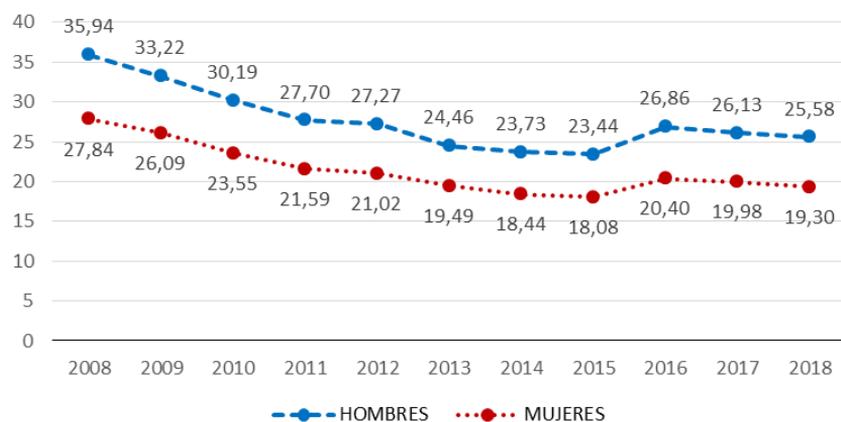
Tabla 13. Tasas Ajustadas de Mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Andalucía	43,76	41,85	36,40	34,48	34,02	31,18	29,53	29,15	32,20	31,55	31,61
Aragón	38,17	31,55	29,86	28,70	25,77	24,34	22,62	22,33	24,93	24,20	23,41
Asturias, Principado de	28,73	28,23	28,12	24,49	24,37	21,21	21,88	21,42	25,14	22,73	21,29
Balears, Illes	25,61	21,65	22,63	20,46	21,63	18,20	16,57	16,36	16,76	19,40	16,88
Canarias	20,28	20,61	17,09	14,59	14,57	13,26	13,98	15,30	22,05	21,03	20,17
Cantabria	31,00	30,43	29,63	27,53	20,73	19,11	20,27	21,48	21,91	22,57	18,28
Castilla y León	26,94	23,37	22,81	20,36	19,62	18,77	17,91	15,77	20,51	18,98	19,10
Castilla-La Mancha	32,46	28,72	26,47	23,39	24,58	22,23	22,18	21,16	21,84	21,12	20,35
Cataluña	27,81	25,97	20,97	19,75	19,82	18,74	17,91	17,73	19,50	19,52	19,18
Comunitat Valenciana	32,89	30,80	29,86	26,34	24,76	21,63	21,03	20,87	25,33	25,35	23,95
Extremadura	33,39	33,48	29,02	25,70	26,86	25,43	24,50	26,31	28,12	28,85	23,54
Galicia	32,99	32,82	30,82	28,65	28,95	26,69	21,54	19,60	24,39	22,70	22,51
Madrid, Comunidad de	22,19	20,03	18,65	16,46	15,75	14,87	14,88	15,01	15,97	15,08	14,99
Murcia, Región de	41,97	34,14	31,13	25,45	28,09	21,90	20,79	21,05	28,41	25,21	26,13
Navarra, Comunidad Foral de	28,83	25,28	26,84	24,21	21,66	21,47	20,68	19,94	19,14	22,34	22,25
Pais Vasco	29,60	29,16	24,93	24,43	23,14	20,34	19,83	19,91	21,74	21,85	20,99
Rioja, La	31,30	31,12	28,52	27,31	24,79	21,76	20,84	23,64	22,28	22,64	23,44
Ceuta	52,40	37,55	39,81	35,37	35,05	21,50	35,02	27,66	22,02	24,74	29,14
Melilla	50,22	35,76	22,11	29,29	20,76	27,89	36,42	27,39	38,27	20,21	28,07
Total nacional	31,64	29,45	26,68	24,44	23,94	21,87	20,93	20,59	23,47	22,85	22,25

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

La tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cerebrovascular muestra diferencias entre hombres y mujeres que se mantienen más o menos constantes a lo largo de la serie estudiada, observándose datos de mortalidad mayores en hombres (25,58 en hombres vs 19,30 en mujeres por 100.000 habitantes en 2018).

Figura 12. Tasas Ajustadas de Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes, por sexo. Años 2008-2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

La **tasa ajustada de mortalidad prematura** (defunciones en menores de 75 años) por enfermedad vascular cerebral, por 100.000 habitantes, muestra una distribución con diferencias territoriales importantes, la media en 2018 es de 7,75 pero el rango de la tasa es amplio, siendo su valor mínimo 4,58 y el máximo 11,51. Al igual que la anterior, la tasa de mortalidad prematura presenta unos valores mínimos alrededor del año 2015.

Tabla 14. Tasas Ajustadas de Mortalidad prematura por Enfermedades Cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes

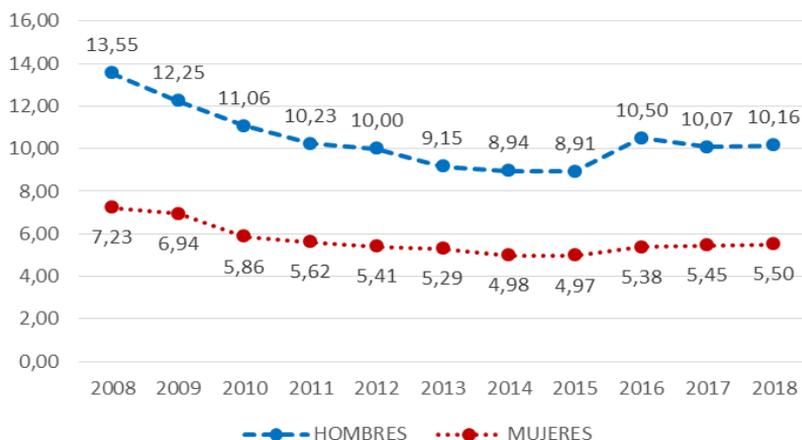
Comunidad Autónoma	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Andalucía	13,78	13,29	10,87	10,39	10,38	9,73	9,11	9,35	10,20	10,15	10,64
Aragón	11,64	9,54	9,14	8,30	7,30	7,45	6,22	6,11	7,85	6,90	6,45
Asturias, Principado de	9,43	9,71	8,75	8,16	8,51	7,17	8,16	6,98	8,09	7,00	6,49
Baleares, Illes	8,16	7,71	7,14	7,67	7,20	6,15	6,12	5,29	5,38	5,98	6,11
Canarias	8,69	8,18	5,97	5,66	5,48	5,28	5,90	6,03	8,53	7,84	7,28
Cantabria	11,49	9,77	9,62	10,87	6,07	6,36	6,00	6,56	7,38	8,09	6,38
Castilla y León	8,94	7,49	7,41	6,11	6,10	6,31	6,22	4,75	6,41	5,50	6,68
Castilla-La Mancha	9,89	9,48	7,77	6,70	7,71	6,81	6,24	6,95	6,46	7,37	6,70

Tabla 14. (Continuación)

Comunidad Autónoma	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cataluña	9,18	8,22	6,75	6,57	6,89	6,46	5,74	5,98	6,60	6,72	6,79
Comunitat Valenciana	10,06	9,72	9,07	8,52	8,23	7,44	7,95	7,66	9,05	8,86	9,05
Extremadura	10,87	10,67	8,61	8,45	7,93	7,02	8,06	8,19	8,44	8,94	7,90
Galicia	10,29	10,06	9,34	8,65	8,18	8,42	6,72	6,06	7,82	7,49	7,51
Madrid, Comunidad de	7,05	5,89	5,81	5,23	4,64	4,62	4,65	5,09	5,30	5,00	4,58
Murcia, Región de	12,23	10,23	9,74	7,28	8,76	7,10	5,63	6,01	8,47	7,49	9,55
Navarra, Comunidad Foral de	7,55	7,79	7,64	7,56	5,03	5,70	6,30	6,79	5,98	7,53	8,07
País Vasco	9,11	8,95	8,58	8,00	7,46	6,64	6,72	6,59	7,31	7,27	7,28
Rioja, La	12,20	9,77	5,54	8,96	8,07	6,31	5,70	6,18	7,38	8,73	8,00
Ceuta	17,77	10,31	12,58	16,30	16,91	9,48	5,48	6,32	12,26	10,38	11,51
Melilla	20,07	12,84	5,66	10,84	4,53	10,75	17,73	8,43	11,39	3,04	9,69
Total nacional	10,24	9,47	8,34	7,81	7,62	7,15	6,89	6,86	7,84	7,67	7,75

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

La tasa ajustada de mortalidad prematura por enfermedad cerebrovascular muestra datos muy superiores en hombres (10,16 vs 5,50 en mujeres por 100.000 habitantes en 2018), que se mantienen a lo largo de la serie estudiada.

Figura 13. Tasas Ajustadas de Mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes. Años 2008-2018

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

Ambas tasas, la de mortalidad y la de mortalidad prematura, han descendido desde la implantación de esta Estrategia, teniendo un valor mínimo en el año 2015; muestran valores superiores en hombres y ponen de manifiesto diferencias territoriales.

Objetivo específico 2.1. Aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las 4,5 horas desde el inicio de síntomas asumiendo los criterios de Helsingborg

Todas las CC. AA. incluyen este objetivo en sus Planes de Atención al Ictus o en sus Planes de Salud. Doce CC. AA. declaran que además evalúan dicho objetivo, y lo hacen mediante indicadores propios o por explotación de registros hospitalarios específicos de fibrinólisis y trombectomía. Algunos de los métodos utilizados para evaluar este objetivo y sus resultados son:

- Andalucía: el porcentaje de tratamiento de reperusión se ha incluido como un indicador en los Acuerdos de Gestión Clínica y en los Contratos Programas de todos los hospitales. Hasta el año 2018 la información era cualitativa, según los informes que enviaban desde los centros, a partir del 2018 la información es la que aparece en CMBD para hacerla más objetiva y auditable.
- Aragón: este objetivo y los tratamientos de reperusión se evalúan a través de una plantilla específica de recogida de datos cumplimentada en cada uno de los hospitales que atienden a pacientes con ictus. Está en proceso de elaboración un cuadro de mandos que recoja terapias y tiempos (puerta aguja³, puerta ingle) a través de HCE, donde se ha creado un registro específico.
- Islas Baleares aplica la fórmula:
Nº de tratamientos específicos (fibrinólisis y/o trombectomía) realizados en menos de 4,5 horas/Nº de ictus isquémicos (incluido AIT)
Los resultados que aporta son:
 - Año 2018: 11% (100 tratamientos específicos realizados en las primeras 4,5 horas/953 ictus isquémicos)
 - Año 2019: 11% (121 tratamiento específicos realizados en las primeras 4,5 horas/1.086 ictus isquémicos)

³ Tiempo total desde su llegada a la puerta de urgencias hasta el inicio de la fibrinólisis

- Cantabria utiliza la siguiente fórmula de cálculo:
 Porcentaje ictus isquémicos que reciben tratamiento recanalizador en las primeras 4,5 horas = $[\text{n}^\circ \text{ de pacientes que reciben tratamiento recanalizador en las primeras 4,5 horas (fuente de datos: revisión historias clínicas)} / \text{n}^\circ \text{ pacientes con diagnóstico al alta de ictus isquémico (I63* según criterios CIE.10) en los distintos hospitales de Cantabria (fuente de datos: CMBD)}] \times 100$.
 Los resultados que aporta son:
 - Año 2017: 21,5%
 - Año 2018: 25,7%
 - Año 2019: 23,6%
- Castilla y León: La inclusión en la HCE Jimena_4 de los Registros de Código Ictus y de Reperusión con las variables definidas en la Estrategia permitirá la obtención de estas tasas.
- Cataluña: evalúa este objetivo mediante el [Registro prospectivo de Código Ictus de Cataluña \(CICAT\)](#), cuyos resultados están publicados online y son actualizados semanalmente. Los resultados son:
 - Nº de pacientes tratados con trombolisis endovenosa / nº de Código Ictus
 - 2020: 31 %
 - 2019: 31 %
 - Nº de pacientes tratados con trombectomía / nº Código Ictus
 - 2020: 25 %
 - 2019: 24 %
- Galicia: tiene implementado el registro VIXIA que recoge las activaciones de Códigos Ictus globales así como los pacientes tratados con activador tisular del plasminógeno recombinante (rtPA) y trombectomía mecánica.
- Extremadura: evalúa este objetivo a través de los registros de pacientes con ictus/AIT de las Unidades de Ictus. La fórmula que utiliza y los resultados obtenidos son:
 - $\text{N}^\circ \text{ de pacientes fibrinolisados} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes con ictus isquémico}$
 - $\text{N}^\circ \text{ de pacientes a los que se practica trombectomía mecánica en 4,5 horas} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes con ictus isquémico}$
 El 35% de los pacientes que sufren ictus han sido tratados mediante reperusión farmacológica antes de las 4,5 horas. A un 5% se le realizan técnicas de neurointervencionismo.

- Madrid: utiliza el Registro de ictus de la Comunidad de Madrid⁴. Se ha producido un aumento de la activación de códigos para tratamiento (ventana temporal <4,5h) del 40% en el periodo 2014-2019 (fuente: Registro Código Ictus CM):

Año	Activaciones para tratamiento
2014	1090
2015	1287
2016	1527
2017	1636
2018	1655
2019	1846

De forma agregada y sobre el total de ictus se ha pasado de una activación del Código Ictus del 36,4% de los casos en 2005 al 64,2% en 2015.

- Murcia: en el cuadro de mandos hay once indicadores sobre el manejo del ictus agudo. Evalúa el tiempo puerta-aguja de media en los pacientes que se someten a rtPA. La fórmula que utiliza y los resultados obtenidos son:
tiempo puerta-aguja de cada paciente/total pacientes tratados con rtPA
– 2019: 37,5 min. media
- Navarra: evalúan el porcentaje de pacientes ingresados con infarto cerebral sometidos a fibrinólisis y también a los que se les hace trombectomía. Se recogía a partir del registro hospitalario y a partir de 2019 a través del Registro Ictus Navarra. La fórmula utilizada es: N° de pacientes tratados TIV o TEV / N° de pacientes ingresados por ictus isquémico en la UI.
Porcentaje pacientes ingresados con infarto cerebral sometidos a fibrinólisis:
– 2015 18%
– 2017 21%
– 2019 21,4%
Porcentaje pacientes ingresados con infarto cerebral sometidos a trombectomía:

⁴ Pastor S, de Celis E, Losantos García I, Alonso de Leciana M, Fuentes B, Díez-Tejedor E; Multidisciplinary Committee of the Madrid Stroke Plan. Development of the Madrid Stroke Programme: Milestones and Changes in Stroke Trends and Mortality from 1997 to 2017. *Neuroepidemiology*. 2021;55(2):135-140. doi: 10.1159/000514077. Epub 2021 Mar 30. PMID: 33784695.

- 2015 3,6%
- 2017 6%
- 2019 7%

- País Vasco: En los últimos contratos de gestión evaluados la práctica totalidad de las historias auditadas en todos los hospitales con unidades o equipos de ictus cumplían este objetivo (la evaluación es por centro).
- La Rioja: se lleva un registro de todos los pacientes en que se activa Código Ictus.
La media de tiempo de inicio de síntomas hasta fibrinólisis es de 134 minutos.
Tiempo síntomas-puerta: media 91 minutos
Tiempo puerta-TAC: 18 minutos
Tiempo puerta-aguja: 43 minutos.

Consensuar indicadores para medirlo facilitaría la evaluación del objetivo, promoviendo una cultura evaluativa de la calidad asistencial.

Objetivo específico 2.2. Desarrollar campañas de información y actividades de formación dirigidas a grupos de riesgo identificados, para aumentar el conocimiento de la población en los síntomas alarma y pautas de actuación

Casi todas las CC. AA. incluyen este objetivo en su plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado. Se describen a continuación el número de campañas de información y actividades de formación realizadas en los últimos tres años (2017, 2018 y 2019):

Tabla 15. Campañas de información y actividades de formación realizadas en las CC.AA.

Comunidad Autónoma	Campañas de información			Actividades de formación		
	Realizadas	Evaluadas	En proceso	Realizadas	Evaluadas	En proceso
Andalucía	1	n.d.	n.d.	2	n.d.	n.d.
Aragón	3	3	1	1	1	1
Asturias, Principado de	1	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Balears, Illes	5	n.d.	n.d.	6	6	2

Tabla 15. (Continuación)

Comunidad Autónoma	Campañas de información			Actividades de formación		
	Realizadas	Evaluadas	En proceso	Realizadas	Evaluadas	En proceso
Cantabria	0	0	0	0	0	0
Castilla y León	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Castilla-La Mancha	0	0	0	n.d.	n.d.	n.d.
Cataluña	5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Comunitat Valenciana	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Extremadura	1	0	1	n.d.	n.d.	n.d.
Galicia	3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Madrid, Comunidad de	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Murcia, Región de	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Navarra, Comunidad Foral de	4	0	4	20	20	3
País Vasco	7	0	0	1	0	1
Rioja, La	1	n.d.	n.d.	1	n.d.	n.d.
Ingesa (Ceuta y Melilla)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	31	3	6	31	27	7

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –Anexo II–. (*n.d.: no disponible)

Algunos de los comentarios aportados por las CC. AA. son:

- Andalucía: se han realizado distintas campañas de información a la población y actividades de formación por los distintos hospitales en el ámbito local y provincial, de forma anual coincidiendo con el Día Mundial del Ictus.
La campaña institucional del Plan Andaluz del Ictus de alcance a toda la comunidad autónoma se ha trabajado en 2019 y se ha realizado de forma masiva (todos los hospitales, centros de salud e impactos en prensa de cada provincia) en 2020, el material va orientado a la prevención del ictus y al reconocimiento de signos y síntomas para activación de Código Ictus.
Se han iniciado también campañas de conocimiento del ictus en colegios.
- Aragón: las campañas se realizan fundamentalmente a través de la asociación AIDA, en la que colaboran los integrantes del grupo de Ictus de Aragón, destinadas tanto a pacientes como a población general. El Día del Ictus, en colaboración con AIDA, se realizan actividades de toma de PA e información de síntomas a la población general.

Se llevan a cabo actividades de información a las que se da difusión a través de notas de prensa y TV Regional.

Durante todo el año se desarrolla la campaña «Gánale Vida al Ictus», dirigida a informar a población general y afectados, difundida a través de web y medios con spot TV y folletos.

Se realizan actividades de Paciente Experto a través de la Escuela de Pacientes de Aragón dirigidas a afectados.

Se dispone de materiales para pacientes.

- Asturias:
En mayo de 2019 se inició la campaña informativa «GANA TIEMPO GANA VIDA» dirigida a población general y difundida mediante cartelería, web y redes sociales.
Y también una serie de actividades que se describen a continuación: Programa Paciente Activo de Asturias dirigido a enfermos crónicos a través de la web.
Escuela de Ictus del Hospital Central de Asturias, para enfermos con ictus y familias, presencial, que está funcionando desde 2015.
Guía «Preguntas y respuestas sobre el ictus. Escuela de Cuidados» para enfermos con ictus y familias, que utiliza para su difusión un libro y la web, realizada en 2019.
«Conocer el ictus». Charla formativa impartida en la Escuela de Salud de Oviedo, dirigida a población general, presencial, y realizada en Centros Sociales. Se está llevando a cabo desde 2015.
- Baleares. Realiza Jornadas acreditadas que abordan la formación de profesionales y la difusión a la población, workshop sobre el proyecto europeo ICTUSnet, así como eventos en el marco del Día del Ictus, campañas, etc. Por citar alguna de las más relevantes: I Caminata por el Ictus, Campaña «Ictus: Evita, aprende, actúa», etc. También se han realizado campañas relacionadas con la prevención de la HTA, la promoción de estilos de vida saludables, etc.
- Comunidad Valenciana. Se han realizado campañas dirigidas a profesionales y población general mediante jornadas, talleres y sesiones.
- Canarias ha llevado a cabo formación interna en hospitales y la campaña informativa *Canarias por la Salud* (2015).
- Cantabria, en el ámbito de Atención Primaria se ha realizado cartelería para colocar en los Centros de Salud recordando a la población los síntomas de alarma y el procedimiento para solicitar atención sanitaria.
- Castilla y León. En el «Aula de Pacientes», subportal del Portal de Salud, incluyen:

Espacio de cuidados y recomendaciones. En este espacio se encuentran contenidos (recomendaciones, infografías, guías, vídeos, etc.) relativos al «área de cuidados» de manera genérica, es decir, recomendaciones y actividades relacionadas con las necesidades de pacientes y cuidadores.

Recomendaciones para personas con tratamiento anticoagulante. (vídeos, recomendaciones, guías...).

Cuidados de fisioterapia: fisioterapia para paciente dependiente, ayudas para la marcha, y otros ejercicios terapéuticos (infografías, recomendaciones, tablas de ejercicios, vídeos, etc.).

Cuidados del paciente encamado: movilizaciones, higiene, etc. (vídeos).

Información para personas cuidadoras: guías, vídeos, etc.

Guía para las personas cuidadoras y Guía para las personas cuidadoras en Lectura Fácil (ambas de elaboración propia).

Vídeos:

- Cuidados higiénicos del paciente encamado (elaboración propia).
- Movilización del paciente encamado (elaboración propia).

Recursos en Castilla y León (enlaces a entidades y organización de interés en la materia en Castilla y León).

Recursos en internet (enlaces a páginas y entidades de interés).

Fisioterapia en el paciente dependiente.

Publicación de información sobre Días Mundiales relacionados con la Salud.

Espacio de las asociaciones de pacientes y familiares: canal de comunicación estable entre la Administración Sanitaria y las asociaciones de pacientes y familiares de la comunidad. Contiene un Directorio de las asociaciones, que actualmente incluyen información de nueve asociaciones nacionales y de Castilla y León bajo el epígrafe de ICTUS.

Espacio sobre pruebas diagnósticas: información para pacientes y sus familiares relativa a pruebas diagnósticas por imagen (descripción, preparación previa, etc.).

La evolución anual del número de páginas a las que han accedido los usuarios del Aula de Pacientes, desde su inicio hasta el final del primer semestre de 2020 muestra el incremento que se ha producido en 2019 y en el primer semestre de 2020.

AÑOS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ACCE-SOS	239.087	407.577	768.714	809.361	970.284	868.886	1.563.435	4.472.785	3.867.864

- Cataluña. Se han desarrollado las siguientes campañas:
 Campaña RAPID, dirigida a población general y realizada en instalaciones en lugares públicos de diferentes municipios en 2017.
 Campaña «Te la jugues», en centros de educación primaria y secundaria, difundida a través del Departament Ensenyament, durante el año 2018.
 Campaña «Pren-te el polys», dirigida a población general y de riesgo, difundida a través de medios comunicación y farmacias durante el año 2018.
 Marató TV3 «Ictus», dirigido a población general, a través de la televisión pública catalana, de un mes de duración en 2016.
 Página web Fundació Ictus, para población de riesgo, difundida a través de su Web, de forma continua desde 2019.
- Extremadura, en 2017 realizó una campaña informativa para población general a través de radio y TV.
- Navarra. Una de las Estrategias de su Plan de Salud es la «Atención a las Urgencias Tiempo Dependientes», y uno de los programas incluidos es la «Capacitación Ciudadana frente a la Urgencia Vital» (que incluye el ictus). En 2017 se creó un Grupo de Trabajo de ictus encargado de llevar adelante este programa y el resto de temas relacionados con esta patología. En el Plan Docente Coordinado del Departamento de Salud todos los años se incluyen actividades formativas sobre ictus.
Campañas de información:
 «Azucarillos que salvan vidas», dirigida a población que acude a centros de hostelería navarros, difundida a través del Colegio de Médicos de Navarra y en ruedas de prensa con ciudadanos que transmiten vivencia personal e inquietudes, se realiza de forma continua desde diciembre de 2019.
 Díptico sobre síntomas de ictus, dirigido a la población, difundida en los Centros de Salud, la planta de neurología y consultas de patología cerebrovascular, de forma continua desde 2018.
App Rápida dirigido a la población con uso de móvil, difundida en rueda prensa en Colegio de Médicos para su presentación, en funcionamiento desde 15 octubre de 2019.
 Código QR en azucarillos para App Rápida dirigido a la población con uso de móvil, difundida en rueda prensa en Colegio de Médicos para su presentación, en funcionamiento desde octubre de 2019.
- País Vasco ha realizado las siguientes campañas de información:
 Día del Ictus, dirigido a la población general, difundido por TV/ radio/prensa, con una duración de 1 a 3 días y realizada anualmente (2017/2018/2019).

EITB maratonia, dirigido a la población general, difundido por TV/ radio/prensa, con una duración de 1 mes en 2018.

Plan «Freno al ictus», dirigido a la población general, difundido por radio y prensa, con una duración de 1-3 días en 2018.

Difusión Estudio Mujer e Ictus, dirigido a la población general, difundido por radio y prensa, con una duración de una semana en 2018.

OsasunEskola, dirigido a población general, pacientes y familiares. Difundido a través de internet y desarrollado de forma continua desde 2018, que se englobaría tanto en campaña de información como en actividades realizadas.

- La Rioja: coincidiendo con el Día del Ictus realiza la campaña informativa para población general, difundida a través de radio y televisión.

Objetivo específico 2.3. Las CC. AA. dispondrán de una red asistencial de Unidades o Equipos de Ictus según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia

Las CC. AA. incluyen este objetivo en sus planes de atención al ictus. Los datos de la red asistencial que han proporcionado las CC. AA. son los siguientes:

Tabla 16. Red asistencial de las CCAA según los criterios específicos (Anexo II)

Comunidad Autónoma	Equipos de ictus (EI)		Unidades de ictus		Hospitales de referencia	
	Número	Año de puesta en marcha	Número	Año de puesta en marcha	Número	Año de puesta en marcha
Andalucía	32	n.d.	10	n.d.	6	n.d.
Aragón	8	2010	2	2007	1	2016
Asturias, Principado de	4	n.d.	2	2008 y 2010	1	2010
Balears, Illes	4	2006 a 2009	1	2002	1	2002
Canarias	3	2015	4	2014	3	2014
Cantabria	0		1	2005	1	2005

Tabla 16. (Continuación)

Comunidad Autónoma	Equipos de ictus (EI)		Unidades de ictus		Hospitales de referencia	
	Número	Año de puesta en marcha	Número	Año de puesta en marcha	Número	Año de puesta en marcha
Castilla-La Mancha	7	2008 a 2020	2	2008, 2018	2	2008, 2018
Cataluña	28	n.d.	14	n.d.	28	n.d.
Comunitat Valenciana	19	2011	6	2011	3	2011
Extremadura	2	2008 y 2017	2	2007 y 2015	2	2017 y 2020
Galicia	5	2017	4	2016	3	2016
Madrid, Comunidad de	13	n.d.	10	n.d.	8	n.d.
Murcia, Región de	7	2009 a 2010	1	2009	1	2008
Navarra, Comunidad Foral de	ver comentario en texto		1	n.d.	1	2005
País Vasco	n.d.	n.d.	5	2009 a 2012	4	2009 a 2012
Rioja, La	0		1	2014	1	2014
Ingesa (Ceuta y Melilla)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	133		71		69	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –Anexo II–. (*n.d.: no disponible)

Las CC. AA. que han respondido a este punto declaran tener 133 Equipos de Ictus, 71 Unidades de Ictus y 69 hospitales de referencia de acuerdo a los criterios especificados en el ANEXO II.

- Andalucía indica que cuenta con 42 centros hospitalarios con capacidad de administrar tratamientos de reperusión (32 Equipos de Ictus, 10 Unidades de Ictus y 6 centros de referencia). Con el objetivo de llegar a 1 cama de Unidad de Ictus x 100.000 habitantes siguiendo recomendaciones internacionales.
- Aragón señala que tiene un Equipos de Ictus en cada hospital de agudos, además tiene definidas dos Unidades de Ictus, y el resto de hospitales disponen de unas camas específicas denominadas «Áreas de Ictus», con el mismo protocolo de actuación que las Unidades, únicamente no disponen de guardia presencial de Neurólogo, si bien se ha organizado una Guardia de Neurovascular a nivel autonómico para atender a todos los Códigos Ictus. Hay ocho hospitales

de referencia para tratamiento del ictus isquémico con fibrinólisis y un hospital de referencia para tratamiento por neurointervencionismo (trombectomía mecánica).

- Castilla y León tiene establecida una Red de Referencia y Nodos de Ictus, que se publicará en la «Estrategia de atención al ictus en Castilla y León. Atención en fase aguda» en fase de revisión, definida por cuatro Nodos de Ictus con sus respectivos Centros Terciarios de Ictus y Centros Satélites. Los niveles asistenciales de atención al ictus de estos últimos quedan reflejados en el documento, habiendo Centros primarios de ictus con Unidad de Ictus, y Centros con Equipo de Ictus con guardia localizada de neurología o asistencia neurológica a través de la prestación Teleictus.
- C. Valenciana configuró una red asistencial formada por hospitales con Equipos de Ictus, hospitales con Unidades de Ictus y hospitales de referencia de alta complejidad para el diagnóstico y tratamiento del ictus, en una isócrona de traslado de un máximo de 60 minutos en la que adquiere un papel fundamental el Servicio de Emergencias Sanitarias (SES).
- Navarra indica que la red asistencial de Equipos de Ictus no es específicamente de ictus, sino que está incluida dentro de la red asistencial de atención a todos los códigos de urgencia tiempo-dependiente (infarto agudo miocardio, traumatismo grave, etc.). Las necesidades y funciones de la Unidad de Ictus están expresadas en los protocolos asistenciales elaborados por el Servicio de Neurología.

Objetivo específico 2.4. El Código Ictus estará implantado en todo el territorio de la comunidad autónoma, de modo que todo contacto personal o telefónico de un paciente o familiar con cualquier centro de salud, urgencias, emergencias u hospital que no sea de referencia, active la derivación inmediata a las unidades y equipos de referencia

En el Cuestionario todas las CC. AA. han respondido que tienen incluido este objetivo en sus planes de atención al ictus o en algún otro documento relacionado. Se les ha preguntado acerca del porcentaje de implantación del Código Ictus (CI) y las estimaciones que han proporcionado figuran en la tabla siguiente, es importante señalar que únicamente seis han aportado la fórmula que utilizan para calcularlo (tabla 17).

Tabla 17. Grado de implantación del Código Ictus en la comunidad autónoma

Comunidad autónoma	Porcentaje de implantación	Fórmula para su cálculo
Andalucía	100	n.d.
Aragón	100	n.d.
Asturias, Principado de	100	n.d.
Balears, Illes	100	n.d.
Canarias	100	Nº centros con capacidad de activación del Código / Nº total de centros
Cantabria	100	Nº zonas básicas de salud con CI implantado / Nº total de zonas básicas de salud
Castilla y León	100	n.d.
Castilla-La Mancha	100	n.d.
Cataluña	85	Nº activaciones CI / Nº pacientes con ictus con criterios de activación
Comunitat Valenciana	100	n.d.
Extremadura	100	Nº áreas sanitarias con CI / Nº áreas sanitarias
Galicia	100	n.d.
Madrid, Comunidad de	92/82	Código Ictus extrahospitalario: 92% Nº llamadas SUMMA 112 en que se activa CI / Nº ictus en ventana de tratamiento x 100 Sº de Urgencias: 82% (CMBD y Registro Código Ictus CAM): Nº activaciones CI (registro) / Nº ictus CMBD x 100
Murcia, Región de	100	n.d.
Navarra, Comunidad Foral de	100	Porcentaje de los dispositivos tanto de urgencias como de AP o de A. Hospitalaria que están obligados a seguir el protocolo establecido para CI
País Vasco	100	n.d.
Rioja, La	100	n.d.
INGESA (Ceuta y Melilla)	n.d.	n.d.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –Anexo II–.

Trece CC. AA. declaran tener incorporado el sistema de **teleictus**, no lo tienen: Canarias, La Rioja, Cantabria y País Vasco, este último refiere que no es necesario dadas sus isócronas con Unidades de Ictus (toda la población tiene acceso en un máximo de unos 30 minutos a un hospital de referencia para la atención del ictus).

- Andalucía cuenta con Centro Andaluz de Teleictus (CATI) cuya implementación comenzó en enero de 2019, cubre 32 centros con capacidad para realizar al menos un TC-angioTAC, valoración de urgencia por un neurólogo «en remoto» y tratamiento de reper-

fusión intravenoso. Antes de la implantación del CATI, 5.695.869 habitantes (el 68% de la población andaluza) podían acceder a la atención especializada en ictus en menos de 30 minutos. Con la implantación de la red, esta cifra asciende a 7.832.988 (93,5% de la población andaluza) con una mejora significativa del campo de influencia, que permite disminuir la brecha de la atención aguda al ictus en las zonas rurales. En la actualidad, el proyecto del CATI se encuentra en una fase de consolidación, recibiendo aproximadamente 1.000 consultas por año, con una tasa de tratamiento de reperusión cercana al 30% y dispone de mecanismos para proporcionar feedback mensual, formación continua y mejoras en los protocolos y estrategias de atención.

- Aragón tiene implantado teleictus en los servicios de urgencias de los hospitales que atienden ictus, con conexión desde urgencias de hospitales periféricos a los servicios de Neurología de dos hospitales de referencia en Zaragoza capital.
- Baleares tiene desde 2006 un programa de teleictus para los hospitales que no disponen de neurólogo de guardia y tienen una isócrona superior a 60 minutos para el acceso al hospital de referencia de ictus.
- Castilla y León, dada la extensión y dispersión geográfica de la comunidad, implementó en el año 2013 la prestación teleictus en tres centros asistenciales, incrementándose en otros dos centros en el año 2016. Actualmente se está ofreciendo en cinco centros asistenciales a través de dispositivos de telepresencia con conexión por videoconferencia del centro Satélite con el neurólogo del Centro Terciario de Ictus. La prestación permite la valoración neurológica remota y la indicación del tratamiento de reperusión con seguridad, conjuntamente con la evaluación de neuroimagen a través del Anillo Radiológico.
- Cataluña, hasta 2013, contaba con un sistema de teleictus en tres hospitales comarcales en conexión con su centro de referencia, en 2013 crea una red de teleictus única, en conexión con un neurólogo experto en patología vascular cerebral, inicialmente con doce hospitales comarcales y actualmente ampliado a catorce hospitales.
- Extremadura, en 2017 entró en vigor su Protocolo de Teleictus, previamente se llevó a cabo un proceso de instalación de equipos, sensibilización y formación en los servicios de Urgencias de todos los hospitales de la región. Actualmente todos los hospitales del Servicio Extremeño de Salud cuentan con un equipo de teleictus: nueve instalados en los servicios de Urgencias de hospitales comarcales y dos en las Unidades de Ictus de los dos hospitales de referencia en ictus.

- Galicia tiene implementado el sistema de teleictus en toda la comunidad (Centro de Atención al Ictus) desde Julio de 2016.
- Murcia (Región de) está comenzando su implantación. Han realizado una experiencia piloto con el hospital más lejano del hospital de referencia y se irá implantando en el resto de hospitales de forma progresiva.

Prácticamente todas las CC. AA. llevan a cabo **registros de Código Ictus**, la mayoría cuentan con los registros de los servicios de emergencias (SAMU) y con registros propios de los centros, no obstante, hay algunas comunidades que están implantando registros específicos de ictus como el registro prospectivo de Código Ictus de Cataluña (CICAT) desde el año 2016, o el «Registro Ictus Navarra» que está operativo desde febrero de 2019.

En cuanto al **registro de pacientes que reciben tratamiento de reperfusión** casi todas las CC. AA. recogen esta información por centro, es decir, las Unidades de Ictus-Unidades de Referencia de Ictus cuentan con registros propios. Aquellas CC. AA. que cuentan con registros específicos recogen este aspecto dentro del mismo, en este sentido Andalucía inició en 2017 el registro ARTISTA (A Registry for Thrombectomy In Stroke Therapy from Andalucía).

Objetivo específico 2.5. Las zonas básicas dispondrán de un Equipo o Unidad de Ictus de referencia en una isócrona que permita el acceso en 60 minutos por el medio establecido en su plan o programa

Casi todas las CC. AA. refieren que incluyen este objetivo en sus planes de ictus específicos, y según sus repuestas, el porcentaje de zonas básicas de sus comunidades que disponen de un Equipo o Unidad de Ictus de referencia es del 100% en Andalucía, Aragón, Illes Balears, C. Valenciana, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja.

- En Asturias este porcentaje es de un 80% ya que las áreas básicas de salud de la zona más occidental de la región y algunas de las de la zona más oriental están fuera de la isócrona de 60 minutos de Equipo o Unidad de Ictus.
- En Castilla y León el proyecto Teleictus con dispositivos de Telepresencia convertirá en centros útiles de ictus a todos los centros asistenciales de la comunidad, con independencia de su nivel asistencial, pero la dispersión geográfica de la comunidad condiciona

que el porcentaje de Zonas Básicas de Salud (ZBS) con acceso a una Unidad o Equipo de Ictus en la isócrona de 60 minutos sea del 83% (= Número de ZBS que disponen de un dispositivo de referencia a menos de 60 min. / Número total de ZBS = 204 / 247).

- Extremadura: el porcentaje de ZBS que disponen de un Equipo, Unidad de Ictus o centro con teleictus de referencia es del 92% (= Número de ZBS que disponen de un dispositivo de referencia a menos de 60 min. / Número total de ZBS = 103 / 112).
- En Murcia este porcentaje es de un 90%.

En situaciones de gran lejanía al centro de referencia hay comunidades que utilizan medios específicos, por ejemplo:

- Andalucía utiliza Teleictus: [Centro Andaluz de Teleictus \(CATI\)](#).
- Aragón utiliza videoconferencia desde urgencias de hospital periférico a Neurólogo vascular de guardia.
- Asturias también usa telemedicina, las áreas occidentales de Asturias se conectan por este método con el HU Central de Asturias, y la región oriental con el HU de Cabueñes (Gijón).
- Islas Baleares utiliza Teleictus.
- C. Valenciana, desde la implantación del Plan ha promovido la utilización de la telemedicina como mecanismo de acercamiento del especialista en Neurología al paciente con ictus.
- Castilla-La Mancha utiliza conferencia a tres con los equipos de AP o UVIS móviles con neurólogo.
- Castilla y León dispone de la prestación Teleictus con dispositivos de telepresencia con pantallas y cámaras web de muy alta resolución. Al mismo tiempo, el anillo Radiológico de SACyL conecta los catorce hospitales de la comunidad y permite el acceso a las imágenes radiológicas de cualquier paciente.
- Cataluña también utiliza Teleictus con catorce hospitales comarcales.
- Galicia utiliza telemedicina en estas situaciones.
- Extremadura cuenta con un Sistema de Telemedicina-Teleictus y utiliza también el sistema de comunicación de archivos: para la evaluación de la historia clínica, estudios analíticos y hallazgos de neuroimagen se usa el sistema de información del SES, Jara.
- Navarra utiliza telemedicina con el Hospital Reina Sofía de Tudela.

Objetivo específico 2.6. Todo hospital de referencia debe tener implantado el Código Ictus (según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia) para la atención prioritaria de todos los pacientes con ictus, independientemente de su forma de llegada

Todas las CC. AA. declaran en su respuesta al Cuestionario que incluyen este objetivo como parte de sus planes de salud o planes de atención al ictus.

Tabla 18. Información aportada por las CC. AA. sobre hospitales que atienden ictus, hospitales que tienen implantado el Código Ictus de forma completa, y hospitales que teniendo implantado el Código Ictus realizan tratamiento de reperusión endovascular de urgencia (24 h) en la atención del ictus

Comunidad autónoma	Nº de hospitales que atienden ictus	Porcentaje de ellos que tienen Código Ictus implantado de forma completa	Nº de hospitales con Código Ictus implantado que aplican tratamiento de reperusión endovascular de urgencia
Andalucía	42	100%(*)	6
Aragón	8	100%	1
Asturias, Principado de	9	100%	n.d.
Baleares, Illes	5	100%	1
Canarias	4	100%	3
Cantabria	3	100%	1
Castilla y León ⁵	14	93%	4
Castilla-La Mancha	14	100%	2
Cataluña	28	100%	7
Comunitat Valenciana	26	100%	n.d.
Extremadura	11	100%	2
Galicia	14	100%	n.d.
Madrid, Comunidad de	23	100%	n.d.
Murcia, Región de	9	20%	1
Navarra, Comunidad Foral de	3	100%	1
País Vasco	5	100%	5
Rioja, La	2	100%	2
INGESA (Ceuta y Melilla)	n.d.	n.d.	n.d.
Totales	220		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportado por las CC. AA. al Cuestionario –Anexo II–.
(*) casi 100% de la red pública

⁵ La implantación de los dispositivos de Telepresencia convertirá a todos los centros de la comunidad en Centros Útiles en Ictus.

De acuerdo a las respuestas al Cuestionario las CC. AA. suman un total de 220 hospitales que atienden ictus, de estos hospitales 212 tienen implantado el Código Ictus intrahospitalario de forma completa, lo que supone el **95,4%** de todos ellos.

Objetivo específico 2.7. Todo hospital que atienda ictus y AIT tendrá implantada una vía clínica, protocolo o proceso asistencial de atención al ictus

Que incluirá como mínimo:

- los procesos diagnósticos, médicos y quirúrgicos necesarios, así como algoritmos decisorios y tiempos máximos de realización de neuroimagen, fibrinólisis, prevención de tromboembolismo y otros;
- los cuidados estandarizados de enfermería;
- proceso de rehabilitación precoz con valoración de déficit y de discapacidad e inicio de tratamiento;
- atención neuroquirúrgica y neurorradiológica intervencionista;
- la persona (gestor de casos u otra figura) que coordine el proceso asistencial y se adelante a las necesidades que les surgen a los pacientes durante el proceso.

Prácticamente todas las CC. AA. que responden tienen incluido este objetivo en sus planes de atención al ictus, hay once (Andalucía, Aragón, I. Baleares, C. Valenciana, Cantabria, Extremadura, Galicia, Madrid, R. de Murcia, País Vasco y La Rioja) que declaran tener implantadas vías clínicas, protocolos o procesos asistenciales de atención al ictus en el 100% de sus hospitales.

- En Castilla y León está diseñado el Proceso Asistencial de Accidente Cerebrovascular Agudo (ACVA), con indicador de porcentaje de ACVA con Presión Arterial (PA) controlada ($PA < 140/90$) y porcentaje de ACVA con FA y tratamiento anticoagulante. Actualmente tiene un centro certificado por la European Stroke Organisation (ESO) como Centro de Ictus.
- Cataluña responde que actualmente tiene seis centros certificados por la ESO como Centros de Ictus y cinco centros en proceso de certificación por la ESO como Unidades de Ictus.
- Andalucía señala que cuenta con Planes Integrales Operativos Locales (PIOL), y a través de ellos se han configurado redes de profe-

sionales para los nueve retos de salud priorizados por su incidencia en la población entre los que se encuentra el ictus.

La implantación de vías clínicas para la atención al ictus es un objetivo esencial para aquellos centros que atienden habitualmente pacientes con ictus. Sería deseable que estos centros contasen con la certificación de un sistema de auditoria externo como el de la ESO.

Objetivo específico 2.8. Las CC. AA. promoverán pautas de actuación para la atención del ictus pediátrico

Según las respuestas recogidas en el cuestionario, este objetivo está incluido en los planes de atención al ictus de diez CC. AA., mientras que siete indican que no lo contemplan.

Para promover pautas de actuación en el ictus pediátrico se han llevado a cabo las siguientes acciones en los últimos tres años (2017 a 2019):

- Andalucía ha desarrollado el Código Ictus Pediátrico y los protocolos para llevarlo a cabo en cuatro provincias. Además, se han creado consultas de seguimiento de referencia para el ictus pediátrico en algunos grandes hospitales de la región. Se puede acceder a los protocolos de ictus pediátrico y a las acciones de formación en el mismo en el siguiente enlace: <http://ictus-andalucia.com/atencion-al-ictus-agudo/#1619172277054-16648c0e-9ca3>
- Aragón ha elaborado en 2020 el documento **ATENCIÓN AL ICTUS PEDIÁTRICO EN ARAGÓN**, siendo el hospital de referencia el HU Miguel Servet Maternoinfantil. El documento ha sido realizado por un equipo multiprofesional (pediatras, intensivistas pediátricos, neurólogos de vascular, radiólogos, radiólogos intervencionistas, rehabilitadores) y en este momento está en fase de formación e implantación.
- Islas Baleares: señala que desde 2014 está trabajando en la elaboración y difusión del protocolo dirigido al ictus pediátrico. El hospital de referencia es el HU Son Espases. Se ha difundido el protocolo de actuación y detección precoz del ictus en pediatría coordinado con los distintos hospitales y con el transporte pediátrico del SAMU061. La **Estrategia de Ictus de las Illes Balears**, en su «ANEXO II. ORGANIGRAMA CÓDIGO ICTUS PEDIÁTRICO» contiene el esquema general de dicho protocolo. Así como también

el «ANEXO III. ESQUEMA GENERAL DE MANEJO DEL ICTUS ISQUÉMICO POSTNATAL».

- C. Valenciana aporta la siguiente información:
 - En los hospitales que no son referencia para la atención al ictus pediátrico se activará el CI y a través de Centros de Información y Coordinación de Urgencias (CICU) se trasladará al hospital de referencia correspondiente, avisando al pediatra de guardia.
 - En los hospitales de referencia del CI Pediátrico se activa el CI intrahospitalario por el pediatra de guardia con llamada conjunta a radiología, anestesia, neuropediatría, neurología y UCI pediátrica.

Por la baja incidencia de este proceso en la edad pediátrica y la elevada especialización que se requiere para su correcto diagnóstico, que evite la activación de muchos falsos positivos, se contemplan como centros de referencia para la atención del ictus pediátrico aquellos hospitales con intervencionismo vascular 24h y con UCI pediátrica: Hospital General de Alicante, Hospital Universitari y Politecnic la Fe de Valencia, y Hospital Clínico Universitario de Valencia.

El [Plan de Atención al Ictus en la Comunitat Valenciana](#) incluye un apartado sobre CI pediátrico.

- Cantabria declara que en la vía clínica de atención al ictus se ha incluido un protocolo de atención al ictus pediátrico.
- Cataluña responde que ha llevado a cabo la protocolización y puesta en marcha del circuito de Código Ictus pediátrico en febrero 2020. Con siete centros de referencia primarios y tres centros de referencia terciarios (intervencionismo). El resto de centros remiten los pacientes a su centro primario o terciario de referencia, vehiculado por el Sistema D’Emergències Mèdiques (SEM) que dispone de un pediatra en la mesa de coordinación para identificar posibles ictus e iniciar el circuito de Código Ictus pediátrico. También se lleva a cabo el Registro prospectivo integrado en el Registro de Código Ictus CICAT.
- Extremadura indica que en 2019 se creó un grupo de trabajo de atención al ictus pediátrico cuyas pautas de atención se recogen en el Protocolo de Atención al Ictus de Extremadura y en la actualización del Plan de Ictus.
- Madrid cuenta con un [Plan de atención al ictus pediátrico en la Comunidad de Madrid](#) y ha realizado las siguientes acciones:

- creación del plan de atención al Código Ictus Pediátrico con protocolo central derivado del Plan de atención que se ha implantado en todos los servicios de pediatría;
 - creación de tres Unidades de Ictus Pediátrico (Hospital La Paz, Hospital 12 de Octubre y Hospital Gregorio Marañón) de guardia 24h que atienden a todos los pacientes derivados del resto de hospitales de la Comunidad de Madrid (distribución de traslados establecida por la mesa central del SUMMA 112);
 - creación de una guardia de neurorradiología intervencionista pediátrica para tratamiento de reperfusión endovascular 24h/365días, en tres hospitales de referencia (H. La Paz, H. 12 de Octubre, H. Gregorio Marañón);
 - plan de formación en ictus pediátrico en todos los hospitales con Servicio de Pediatría (incluido en contrato programa).
- Murcia señala que el CI pediátrico existe en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, y que en estos últimos años se ha realizado la puesta en marcha del mismo.
 - Navarra indica que ha puesto en marcha un protocolo específico, consensado con todos los profesionales implicados, que figura en la nueva actualización del «Documento Código Ictus». El hospital de referencia es el Complejo Hospitalario de Navarra.
 - País Vasco ha desarrollado un protocolo específico para la atención del ictus pediátrico en cada uno de los en los cuatro hospitales de referencia para la atención del ictus.

Conclusiones

- Ambas tasas, la de mortalidad y la de mortalidad prematura por ictus, han descendido desde la implantación de esta Estrategia, teniendo un valor mínimo en el año 2015. Los valores son superiores en hombres. Se mantienen diferencias territoriales, no obstante, es importante subrayar que la variabilidad de estas tasas entre CC. AA. se ha reducido considerablemente, consiguiendo una mayor equidad en el tratamiento del ictus.
- Todas las CC. AA. incluyen como objetivo en sus Planes de Atención al Ictus o en sus Planes de Salud aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las 4,5 horas desde el inicio de síntomas, y doce además evalúan dicho objetivo mediante indicadores propios o por explotación de registros hospitalarios específicos de fibrinólisis y trombectomía. Parece adecua-

do, para avanzar en el objetivo, consensuar con las CC. AA. los indicadores para medir y evaluarlo.

- Casi todas las CC. AA. incluyen entre sus objetivos la realización de campañas y actividades para difundir el conocimiento sobre los síntomas de alarma de ictus y cómo actuar en esta situación, pero hay diferencias territoriales muy importantes en cuanto al número de las actividades llevadas a cabo.
- Las CC. AA. declaran tener 133 Equipos de Ictus, 71 Unidades de Ictus y 69 hospitales de referencia de acuerdo a los criterios especificados.
- Todas las CC. AA. refieren que tiene implantado el Código Ictus, y quince de ellas señalan que el grado de implantación estimado es del 100%. Trece comunidades tienen incorporado el sistema de teleictus, y de las cuatro restantes una aclara que dadas sus isócronas con Unidades de Ictus no necesita este Sistema.
- Casi todas las CC. AA. llevan a cabo registros de Código Ictus, bien a través de registros de los propios centros o de los Servicios de emergencia, o por registros específicos de ictus de las comunidades. En cuanto al registro de pacientes que reciben tratamiento de reperfusión casi todas las CC. AA. recogen este registro por centro.
- El porcentaje de zonas básicas que disponen de un Equipo o Unidad de Ictus de referencia en una isócrona que permite el acceso en 60 minutos es del 100% en Andalucía, Aragón, Illes Balears, C. Valenciana, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja.
- En situaciones de gran lejanía al centro de referencia la mayoría utilizan algún sistema de Telemedicina-Teleictus.
- Todas las CC. AA. declaran que sus hospitales de referencia tienen implantado el Código Ictus, según sus datos hay un total de 220 hospitales que atienden ictus y en el 95,4% de ellos (212 hospitales) está implantado el Código Ictus intrahospitalario de forma completa.
- Sería recomendable desarrollar y consensuar el abordaje del ictus pediátrico ya que se observan importantes diferencias entre CC. AA. en cuanto al nivel de desarrollo de los planes para tratarlo.

3. Línea estratégica 3. Rehabilitación y reinserción

Objetivo general 3: aumentar el porcentaje de pacientes con ictus que son integrados plenamente en su vida personal y social

Este objetivo general se evalúa a través de los objetivos específicos siguientes:

Objetivo	Grado de consecución
3.1. Todo paciente con ictus dispondrá desde el inicio del proceso de un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad y el déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros.	Prácticamente conseguido
3.2. Todo paciente con ictus al alta de su plan de rehabilitación, recibirá una evaluación funcional como apoyo en su integración en la esfera social y laboral.	Parcialmente conseguido
3.3. El paciente y la familia recibirá en el hospital la adecuada formación e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio.	Parcialmente conseguido
3.4. Las CC AA establecerán los mecanismos necesarios para que el informe al alta sea accesible de forma inmediata por los equipos de AP.	No evaluado
3.5. Las CC AA dispondrán de un mapa de recursos sobre los distintos ámbitos de rehabilitación.	Prácticamente conseguido

Objetivo específico 3.1. Todo paciente con ictus dispondrá desde el inicio del proceso de un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad/déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros

Según las respuestas recogidas en el Cuestionario, este objetivo está incluido en casi todos los planes de atención al ictus de las CC. AA., y en once de ellas se han llevado a cabo acciones relacionadas. En Andalucía, Islas Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Navarra

y País Vasco el porcentaje de centros en los que se cumple este objetivo es del 100%. Un dato que conviene destacar es que casi ninguna CC. AA. ha realizado la evaluación de este objetivo.

Tabla 19. Plan individual de rehabilitación precoz. Inclusión del objetivo, acciones realizadas y porcentaje de cumplimiento del objetivo

Comunidades autónomas	Objetivo incluido en el plan de atención al ictus o documento relacionado	Acciones realizadas en relación al objetivo	Porcentaje de centros que cumplen el objetivo
Andalucía	sí	sí	100%
Aragón	sí	n.d	n.d
Asturias, Principado de	sí	no	n.d
Baleares, Illes	sí	sí	n.d
Canarias	sí	sí	n.d
Cantabria	sí	sí	100%
Castilla y León	sí	sí	100%
Castilla-La Mancha	sí	sí	100%
Cataluña	sí	sí	n.d
Comunitat Valenciana	sí	sí	n.d
Extremadura	sí	sí	100%
Galicia	n.d	n.d	n.d
Madrid, Comunidad de	sí	sí	n.d
Murcia, Región de	sí	no	n.d
Navarra, Comunidad Foral de	sí	sí	100%
País Vasco	sí	sí	100%
Rioja, La	sí	sí	n.d
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d	n.d	n.d

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –Anexo II–.

Se describen a continuación algunos planes y actividades realizadas por las CC. AA. para cumplir el objetivo:

- En Canarias se ha dado formación para la rehabilitación precoz, y se han instalado herramientas como el sistema de realidad virtual NIRVANA en el hospital de Lanzarote, o el Sistema AMADEO® en cada uno de los hospitales de referencia.
- En Cantabria este objetivo está incluido en el [Plan de salud de Cantabria 2014-2019](#) y se ha llevado a cabo en todos los centros. No hay una evaluación específica aunque está documentado en los informes y registros clínicos.

En la línea estratégica de enfermedades cardiocerebrovasculares. En el objetivo 50 (O50) refiere: Todo paciente con ictus dispondrá desde el inicio del proceso de un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad/déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros.

- En Castilla y León está incluido en el IV Plan de Salud de Castilla y León, en la detección precoz del ictus. En todos los hospitales de la comunidad se inicia una rehabilitación precoz de los pacientes con ictus, que incluye la fisioterapia y logopedia, realizándose un informe de necesidades al alta. Todos los hospitales de la comunidad excepto los comarcales (11 de 14) disponen de terapeuta ocupacional. Se dispone de psicólogos clínicos en todos los centros, pero no está establecido el perfil de neuropsicólogo. Las fuentes de la información son la encuesta a los centros y las Relaciones de Puestos de Trabajo de los centros.
- En Cataluña: existen documentos relacionados en los que se aborda este objetivo, accesibles en los siguientes enlaces: <https://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2017/05/consens-catal-c3a0-sobre-avaluac3b3-i-tractament-del-pacient-postictus.pdf>, y https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Aparell-circulatori/Documentacio/pdmac_2017_2019.pdf
En cuanto a la evaluación de este objetivo declaran que existen registros locales, pero no un registro común para toda la comunidad.
- En Extremadura su Plan de Atención al Ictus incluye este objetivo. Todas las áreas de salud cuentan con un Servicio de Medicina Física y Rehabilitación que realiza una valoración del paciente.
- Navarra dispone de un Proyecto de Atención Integral al Ictus en el que se aborda este aspecto. En cuanto a la evaluación del objetivo señala que su Registro Ictus Navarra es muy reciente, y aunque está previsto que se evalúe la capacidad funcional de los pacientes a los 3-6 y 12 meses, todavía no ha sido posible hacerlo.
- País Vasco establece en el contrato programa, en el apartado relativo al ictus, que los pacientes con ictus tienen que ser evaluados e iniciar la rehabilitación en las primeras 24 horas. Al alta debe figurar el plan personalizado por parte del Servicio de Rehabilitación y en el informe debe figurar una evaluación funcional de su discapacidad. El 100% de los centros que atiende ictus son evaluados y cumplen estos objetivos.

En resumen, las CC. AA. refieren que el objetivo específico se encuentra dentro de sus Planes de atención al ictus, con proyectos para la rehabi-

litación precoz con participación de equipos multidisciplinares y mejora de sistemas informáticos, no obstante, se debería impulsar la evaluación del objetivo.

Objetivo específico 3.2. Todo paciente con ictus al alta de su plan de rehabilitación, recibirá una evaluación funcional como apoyo a su integración en la esfera social y laboral

En quince CC. AA. el objetivo está recogido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento, y en once se han llevado a cabo acciones relacionadas, aunque en ninguna, al igual que en el objetivo específico 3.1, se ha realizado la evaluación del mismo.

Tabla 20. Evaluación funcional al alta del plan de rehabilitación. Inclusión del objetivo, acciones realizadas y porcentaje de cumplimiento del objetivo

Comunidades autónomas	Objetivo 3.2 incluido en el plan de atención al ictus o documento relacionado	Acciones realizadas en relación al objetivo 3.2	Porcentaje de centros que cumplen el objetivo 3.2
Andalucía	sí	n.d.	n.d.
Aragón	sí	sí	n.d.
Asturias, Principado de	sí	no	n.d.
Balears, Illes	sí	sí	n.d.
Canarias	sí	sí	35%
Cantabria	sí	sí	100%
Castilla y León	sí	no	n.d.
Castilla-La Mancha	sí	sí	n.d.
Cataluña	sí	sí	n.d.
Comunitat Valenciana	sí	sí	n.d.
Extremadura	sí	sí	100%
Galicia	n.d.	n.d.	n.d.
Madrid, Comunidad de	sí	sí	100% Unidades Ictus
Murcia, Región de	sí	no	n.d.
Navarra, Comunidad Foral de	sí	sí	100%
País Vasco	sí	sí	100%
Rioja, La	no	n.d.	n.d.
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –Anexo II–.

Se describen a continuación algunas actividades realizadas por las CC. AA.:

- En Asturias: objetivo incluido en los [Planes Claves de Atención Interdisciplinar al Ictus](#).
- En Aragón está incluido en el [Plan de Atención al Ictus](#), y las actividades a realizar están recogidas en el *subproceso 9 Rehabilitación en fase de secuelas*.
- En Islas Baleares el objetivo está en la [Estrategia de ictus de Illes Balears 2017-2021](#): el objetivo específico (OE) VII contempla aumentar el porcentaje de personas con ictus que se reintegran plenamente en su vida personal y social. En las líneas de actuación estratégicas (LAE) siguientes abordan temas relacionados con el objetivo de evaluación funcional como apoyo a su integración en la esfera social y laboral:
 - LAE. 36. Asegurar el abordaje de la rehabilitación en la fase aguda de forma integral y precoz.
 - LAE. 37. Considerar la rehabilitación en la fase aguda del ictus como un proceso continuo con la rehabilitación después del ingreso hospitalario.
 - LAE. 38. Asegurar el abordaje de la rehabilitación en la fase subaguda de forma integral y precoz.
 - 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.
- En Cantabria: objetivo incluido en el [Plan de salud de Cantabria 2014-2019](#). No hay una evaluación específica aunque está documentado en los informes que recibe el paciente.

En la línea estratégica de enfermedades cardiocerebrovasculares, en el objetivo (O) 51 refiere que todo paciente con ictus al alta de su plan de rehabilitación recibirá una evaluación funcional como apoyo en su integración en la esfera social y/o laboral.
- En Castilla y León está incluido en el IV Plan de Salud de Castilla y León: Área 4. Disminuir carga de enfermedad.

Objetivo general (OG) 17. Avanzar en la atención a las personas con enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares disminuyendo la morbilidad y la mortalidad:

Objetivo específico (OE) 50. Potenciar la rehabilitación en procesos cardio y cerebrovasculares en todas las áreas:

Medida 192. Conseguir una rehabilitación precoz y coordinada en los pacientes con ictus, estableciendo un Plan de Rehabilitación integral al alta dirigido a aumentar la autonomía de los pacientes

supervivientes al ictus, consensuado por un equipo multidisciplinar e implicando de forma activa a la familia en el proceso de rehabilitación.

- En Extremadura el [Plan de Atención al Ictus de Extremadura](#) incluye este objetivo. Todas las áreas de salud cuentan con un Servicio de Medicina Física y Rehabilitación que realiza una valoración del paciente.

Dentro del Plan las líneas de actuación en el ámbito de la rehabilitación del ictus son:

LÍNEA 1: Dotación y organización de recursos para la rehabilitación de los pacientes con ictus en todos los hospitales públicos de Extremadura.

LÍNEA 2: Dotación de recursos específicos para neurorrehabilitación en Extremadura.

LÍNEA 3: Planificación del alta médica y la información al paciente y familiares. Dentro de las acciones de la Línea 3 tenemos:

Elaboración de un protocolo específico para el alta médica al domicilio que incluya:

- Planificación del alta hospitalaria desde los primeros días de ingreso.
 - Coordinación con el trabajador social del centro hospitalario.
 - Protocolo de información y educación de pacientes, familiares y otros cuidadores.
 - Información que el informe de alta debe contener sobre el proceso rehabilitador.
- En la Comunidad Foral de Navarra el objetivo está incluido en documentos redactados por el Servicio de Rehabilitación neurológica perteneciente al Grupo Proceso Ictus.
 - La Comunidad Valenciana tiene el objetivo incluido en el [Plan de Atención al Ictus en la Comunitat Valenciana \(2019-2023\)](#). Al alta hospitalaria, se puede seguir su programa rehabilitador en régimen ambulatorio o bien, si las circunstancias funcionales impiden su desplazamiento, en régimen domiciliario. Los programas de rehabilitación intensiva hospitalaria que demuestran una mayor supervivencia y menor dependencia se caracterizan por:
 - Corta estancia (entre 3 y 4 semanas).
 - Alta intensidad (mínimo tres horas de tratamiento rehabilitador diario).
 - Intervención de un equipo multidisciplinario experto.

- En el País vasco en todos los informes de alta Hospitalaria figura la puntuación del paciente en una escala funcional.

En resumen, quince CC. AA. incluyen el objetivo en sus planes y de ellas once han iniciado acciones para lograrlo.

El objetivo se encuentra en los planes de actuación en el ictus en diferentes CC. AA. con atención multidisciplinar de una manera coordinada, valorando la rehabilitación precoz y la integración en la esfera social y laboral.

Objetivo específico 3.3. El paciente y la familia recibirán en el hospital la formación adecuada e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio

Dieciséis CC. AA. han contestado que incluyen el objetivo dentro del plan de atención del ictus o documento relacionado. Se han realizado acciones relacionadas con el mismo en trece CC. AA., y entre ellas seis (Asturias, Cantabria, Extremadura, Madrid, Navarra y País Vasco) cumplen el objetivo en el 100% de sus centros.

Tabla 21. Número de CC. AA. que realizan acciones sobre el Objetivo 3.3

	Objetivo incluido en el plan de atención al ictus o documento relacionado	Acciones realizadas en relación al objetivo	Porcentaje de centros que cumplen el objetivo	Evaluación del objetivo
Andalucía	sí	n.d.	n.d.	n.d.
Aragón	sí	n.d.	n.d.	n.d.
Asturias, Principado de	sí	sí	100%	no
Balears, Illes	sí	sí	n.d.	no
Canarias	sí	sí	70%	no
Cantabria	sí	sí	100%	no
Castilla y León	sí	sí	36%	no
Castilla-La Mancha	sí	sí	n.d.	no
Cataluña	sí	sí	72%	sí
Comunitat Valenciana	sí	n.d.	n.d.	n.d.
Extremadura	sí	sí	100%	no
Galicia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Madrid, Comunidad de	sí	sí	100%	sí
Murcia, Región de	sí	sí	n.d.	no

Tabla 21. (Continuación)

	Objetivo incluido en el plan de atención al ictus o documento relacionado	Acciones realizadas en relación al objetivo	Porcentaje de centros que cumplen el objetivo	Evaluación del objetivo
Navarra, Comunidad Foral de	sí	sí	100%	no
País Vasco	sí	sí	100%	n.d.
Rioja, La	sí	sí	n.d.	n.d.
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –Anexo II–. (n.d.: no disponible)

Se describen a continuación algunos planes y actividades realizadas por las CC. AA.:

- Asturias. [Planes Clave de Atención Interdisciplinar al Ictus](#). Para la evaluación del objetivo se han puesto en marcha las [Escuelas de Cuidados de Ictus](#) en Oviedo y Gijón, y se está distribuyendo material formativo de elaboración propia en el resto de hospitales.
- I. Baleares. Se recoge en la Línea actuación estratégica (LAE) 37: Considerar la rehabilitación en la fase aguda del ictus como un proceso continuo con la rehabilitación después del ingreso hospitalario. Y en las acciones siguientes:
AC 201 Implicar de forma activa y precoz a la persona afectada y a los cuidadores en el proceso de rehabilitación, y
AC 202 Establecer programas sistemáticos de educación y formación a las personas afectadas y a los cuidadores.
Se realiza en la mayor parte de los centros hospitalarios tanto de agudos como de rehabilitación para los pacientes con ictus, pero los registros hospitalarios no están preparados para explotar esta información, aunque está previsto para la evaluación de la Estrategia Autonómica.
- Cantabria: objetivo incluido en el Plan de salud de Cantabria 2014-2019. Durante el ingreso hospitalario, los profesionales de rehabilitación informan a los pacientes y sus familiares sobre los cuidados necesarios en el domicilio, terapia ocupacional realiza un plan concreto y contacta en caso necesario con el Centro de Ayudas técnicas. Todos los pacientes reciben la guía [«Rehabilitación tras un ictus, una guía para pacientes, cuidadores y familias»](#) que recoge y amplía esta información.
- Castilla y León. Este objetivo está incluido en el [IV Plan](#), Área 4, OG 17, OE 50, medida 192.

- Cataluña: realiza la evaluación de los objetivos a través de los audits hospitalarios que se realizan periódicamente, en los que se recogen datos de todos los pacientes ingresados por ictus en los hospitales de la red pública de Cataluña: Audit-4 (año 2013), pendiente de resultados del Audit-5 (2019).
- Extremadura: el objetivo está incluido en el Plan de Atención al Ictus de Extremadura.
- C. de Madrid: hay heterogeneidad entre los centros aunque en todos se programa formación para los cuidados domiciliarios (en desarrollo un plan central e integral de rehabilitación del Código Ictus). La evaluación del objetivo en los hospitales con Unidad de Ictus (10 hospitales de la CM) está protocolizada, y es un ítem que se recoge en el Registro Código Ictus, el valor estándar es >95%.
- C. F. de Navarra: en sus centros hospitalarios se realizan charlas informativas a familiares de pacientes para que puedan llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio. Declaran que resulta difícil obtener la información adecuada para la evaluación de este objetivo por no tener un buen sistema de registro de la fase subaguda/crónica del ictus.
- En País Vasco los pacientes ingresados en los centros de Rehabilitación (en Euskadi los ingresos de Rehabilitación se realizan en hospitales específicos para ello y no en los hospitales de agudos) reciben charlas y materiales formativos. Además cuenta con el programa OsasunEskola online.

En conclusión, dieciséis CC. AA. incluyen el objetivo en sus planes y trece de ellas refieren haber realizado acciones encaminadas a cumplir el objetivo, tan sólo dos comunidades autónomas han realizado la evaluación del mismo.

El objetivo se encuentra recogido en los planes de actuación en el ictus en diferentes CC. AA. con atención multidisciplinar de una manera coordinada, valorando la rehabilitación precoz y la integración en la esfera social y laboral.

Objetivo específico 3.4. Las CC. AA. establecerán los mecanismos necesarios para que el informe al alta sea accesible de forma inmediata por los equipos de AP

No se dispone datos de las CC. AA. con respecto a este objetivo específico 3.4.

Objetivo específico 3.5. Las CC. AA. dispondrán de un mapa de recursos sobre los distintos ámbitos de rehabilitación

Quince CC. AA. declaran que han puesto en marcha medidas para conseguir disponer de un mapa de recursos de rehabilitación.

Tabla 22. Mapa de recursos de rehabilitación. Acciones realizadas

CC. AA.	Acciones realizadas en relación al objetivo
Andalucía	sí
Aragón	sí
Asturias, Principado de	sí
Balears, Illes	sí
Canarias	sí
Cantabria	sí
Castilla y León	sí
Castilla-La Mancha	no
Cataluña	sí
Comunitat Valenciana	sí
Extremadura	sí
Galicia	n.d.
Madrid, Comunidad de	sí
Murcia, Región de	sí
Navarra, Comunidad Foral de	sí
País Vasco	sí
Rioja, La	sí
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.
Total	15

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –Anexo II–. (n.d.: no disponible)

Se describen a continuación algunas de las actividades realizadas:

- Andalucía. En colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública se están mapeando dichos recursos y se está elaborando

una web con el Servicio Andaluz de Salud en que el paciente podrá buscar en su entorno que tipo de recursos tiene accesibles (centros rehabilitación, fisioterapia, asociaciones etc.).

- Aragón. Se describen los centros de rehabilitación (Ver anexo III).
- Asturias. El mapa de recursos con respecto a la rehabilitación lo han dividido por áreas sanitarias. (Ver anexo III).
- I. Balears. Recogido en la LAE. 40: Unificar la atención rehabilitadora en la comunidad autónoma de las Illes Balears. (Ver anexo III).
- Canarias. La rehabilitación en general no específica de ictus está distribuida en los hospitales públicos en siete islas.
- Extremadura. Dispone de un centro específico de neurorrehabilitación y de servicios de rehabilitación generales (servicios de rehabilitación, centros de salud con fisioterapia y centros de habilitación funcional) (Ver anexo III).
- En Castilla y León sus catorce centros asistenciales cuentan con Servicio de Rehabilitación y están dotados con recursos técnicos básicos para la recuperación de la capacidad motora (fisioterapeutas). Los hospitales de referencia y generales con especialidades (once centros) disponen de terapeutas ocupacionales. Se dispone de la prestación de logopedia en todas las áreas de salud, siendo con recurso propio en siete de los once centros, y en el resto se concier-ta.
- En Castilla-La Mancha: todos los Servicios de Rehabilitación de los hospitales y hospitales de Día cuentan con los recursos técnicos básicos para la recuperación de la capacidad motora.

Toledo (adicionalmente el Hospital Nacional de Parapléjicos), Talavera de la Reina, Puertollano, Ciudad Real, Alcázar de San Juan, Cuenca, Guadalajara, Albacete, Valdepeñas, Manzanares, Tomelloso, Hellín, Almansa, Villarrobledo.

- C. de Madrid, en todos los hospitales de área de la Comunidad existe Servicio de Rehabilitación, con fisioterapia y actividad sistemática de rehabilitación a los pacientes con ictus. Los hospitales con Unidad de Ictus cuentan además con logopedia y terapia ocupacional, y en todos los centros de especialidades existe consulta para fisioterapia ambulatoria. Por otro lado, los tres hospitales con Unidad de Ictus pediátrica cuentan con equipos de rehabilitación, fisioterapia y logopedia específicos para la atención a pacientes pediátricos.

- Navarra: en 2019 se creó un Grupo de Trabajo multidisciplinar llamado «Proceso Ictus». El objetivo es mejorar la atención al ictus en todas sus fases por lo que hay representantes de Neurología vascular, Medicina Interna de hospitales comarcales, Atención Primaria, Rehabilitación, Trabajo Social y personal de gestión de servicios centrales. Se elaboró un documento con un plan de recursos en los distintos ámbitos de rehabilitación. (Ver anexo III).
- En La Rioja, los pacientes que ingresan por ictus en el Hospital San Pedro son valorados por rehabilitación en la fase aguda, en las primeras 24 horas. Cuenta con recursos técnicos básicos para la recuperación motora (fisioterapeutas), y para terapia ocupacional, así como recursos técnicos especializados en la recuperación del lenguaje (logopedas) y en la valoración en la parte emocional y psicológica (neuropsicólogos). La rehabilitación es de forma tanto hospitalaria como ambulatoria. Algunos pacientes, pocos, jóvenes, se derivan al Instituto Guttman o al CEADAC.
Los pacientes que no pueden ir a su domicilio se derivan a un centro de convalecencia cercano donde reciben fisioterapia.
- C. Valenciana: todos los hospitales deben formar parte de las redes asistenciales, junto con las Unidades de Ictus y los Equipos de Ictus de su ámbito de actuación⁶, y tener implantadas vías clínicas, protocolos y procesos asistenciales de atención al ictus que incluyan como mínimo:
 - procesos diagnósticos médicos y quirúrgicos necesarios, así como algoritmos de decisión y tiempos;
 - cuidados estandarizados de enfermería;
 - proceso de rehabilitación precoz con valoración de déficit y de discapacidad e inicio de tratamiento.
- País Vasco: se describen tres centros de rehabilitación en la Unidad de Ictus con atención tanto hospitalaria como ambulatoria. Estos centros disponen de recursos técnicos básicos para la recuperación de la capacidad motora y sensitiva (fisioterapeutas) así como para la recuperación específica del lenguaje (logopedas). Los centros hospitalarios son los siguientes:
Hospital de Leza que atendería los pacientes de la provincia de Araba.
Hospital de Amara que atendería los pacientes de la provincia de Gipuzkoa.

⁶ <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/PAICV1923C.pdf>

Hospital de Gorniz que atendería los pacientes de la provincia de Bizkaia.

Se describe la existencia de recursos de rehabilitación del ictus en gran parte de las CC. AA., por lo que el objetivo podría considerarse prácticamente conseguido. Sería recomendable mantener el objetivo orientándolo más a la accesibilidad.

Objetivo General 4. Prestar atención y apoyo al paciente con discapacidad y a su familia

Este objetivo general se evalúa a través de los tres objetivos específicos siguientes:

Objetivo	Grado de consecución
4.1. Los equipos de AP realizarán una valoración integral de los pacientes dados de alta y de sus cuidadores.	Iniciado
4.2. Desarrollar intervenciones en AP, dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus	Parcialmente conseguido
4.3 Establecer un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios en las CC. AA. para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores.	Iniciado

Objetivo específico 4.1. Los equipos de AP realizarán una valoración integral de los pacientes dados de alta y de sus cuidadores

Varias CC. AA. exponen la realización de acciones en relación con el objetivo, no obstante, se identifican dificultades a la hora de disponer de la información del número de equipos de AP que realizan valoración integral de pacientes dados de alta y de las personas que los cuidan.

Tabla 23. Respuestas sobre el Objetivo 4.1

	Objetivo incluido en el plan de atención al ictus o documento relacionado	Acciones realizadas en relación al objetivo	Porcentaje de centros que cumplen el objetivo	Evaluación del objetivo
Andalucía	no	no	n.d	n.d
Aragón	sí	sí	n.d	n.d
Asturias, Principado de	sí	no	n.d	n.d
Balears, Illes	sí	n.d	100%	sí
Canarias	sí	sí	90%	no
Cantabria	sí	sí	100%	no
Castilla y León	sí	sí	100%	sí
Castilla-La Mancha	sí	sí	100%	no
Cataluña	sí	sí	n.d	no
Comunitat Valenciana	sí	n.d	n.d	n.d
Extremadura	sí	n.d	n.d	n.d
Galicia	n.d	n.d	n.d	n.d
Madrid, Comunidad de	sí	sí	>95%	sí
Murcia, Región de	sí	sí	n.d	n.d
Navarra, Comunidad Foral de	sí	sí	100%	sí
País Vasco	sí	sí	n.d	n.d
Rioja, La	no	n.d	n.d	n.d
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d	n.d	n.d	n.d
Total	14	10		

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –Anexo II–. (n.d.: no disponible)

Acciones realizadas por las CC. AA. en relación con este objetivo:

- Asturias: el objetivo está incluido en el [Plan de Atención Interdisciplinar al Ictus](#).
- Aragón: la valoración integral se hacía dentro del programa del crónico complejo o inmovilizado, pero actualmente se ha desarrollado el Plan personal de ictus en OMI-AP (CIAP k89-K90), un plan de actuación específico de seguimiento al paciente tras un ictus. El [Plan de atención al ictus en Aragón \(2019-2022\)](#) presenta el cuestionario post stroke checklist (PSC) que ayuda a los profesionales a identificar problemas post-ictus. Recoge aspectos de prevención secundaria, actividades de la vida diaria, movilidad y espasticidad.

- **Baleares:** el protocolo de atención domiciliaria disponible en AP remarca que en la visita domiciliaria al paciente se debe hacer una valoración integral que incluya la valoración clínica, la funcional y la social, así como asegurar una revisión del estado de salud con especial atención a la racionalización del tratamiento farmacológico. Se evalúa la cobertura de la atención domiciliaria en cada centro de salud, pero no en especial de pacientes con ictus.
- **Cantabria:** objetivo incluido en el Plan de Salud de Cantabria 2014-2019. En la cartera de servicios de AP, donde están definidas todas las actividades en los servicios de atención a la dependencia, se realizan las baremaciones de valoración de dependencia y el programa de inmovilizados, donde se realiza la evaluación del objetivo.
- **Castilla y León:** la valoración integral en AP tras el alta hospitalaria se realiza por el personal de enfermería que se pone en contacto en menos de 48 horas con los pacientes. También se realiza la valoración de las personas cuidadoras. La evaluación del objetivo se realiza en todos los centros de AP mediante indicadores propuestos en la cartera de servicios.
En la Cartera de AP existen dos servicios para cuidadores (no específicos para personas con ictus): Atención a las personas cuidadoras y Educación para la Salud con grupos donde se trabaja en algunas áreas de salud con grupos de personas cuidadoras.
- **C. de Madrid** evalúa el objetivo a través de indicadores del contrato programa de centro y del cuadro de mando de AP:

INDICADOR	2017	2018	2019
Pacientes con ictus y cifras TA controladas*	Numerador: 30.376 Denominador: 62.121 Resultado: 48,98%	Numerador: 30.367 Denominador: 63.805 Resultado: 47,59%	Numerador: 31.441 Denominador: 66.583 Resultado: 47,22%
Pacientes con ictus y manejo efectivo del tratamiento**		Numerador: 12.241 Denominador: 105.577 Resultado: 11,59%	Numerador: 13.350 Denominador: 108.394 Resultado: 12,32%
* Número de pacientes con historia clínica activa y antecedentes de ictus con TA ≤ 140/90 / número de pacientes con historia clínica activa y antecedentes de ictus entre 14 y 79 años.			
** Número de pacientes con historia clínica activa y antecedentes de ictus con manejo efectivo del tratamiento / número de pacientes con historia clínica activa y antecedentes de ictus.			

- **Navarra:** la valoración integral en AP es un elemento fundamental de la Estrategia Navarra de Atención Integrada al Paciente Crónico y pluripatológico. En la actualidad los pacientes con ictus y que además tengan dos o más de las siguientes patologías: EPOC, asma, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, hepática o renal, diabetes o demencia; pueden ser incluidos en esta estrategia.

Esta valoración global está constituida por una valoración conjunta en AP por parte de medicina, enfermería y trabajo social; y permite realizar un análisis global de la situación del paciente, constituyendo la base para realizar un plan de atención individualizado.

Se disponen indicadores de seguimiento de dicha estrategia para toda Navarra, para las tres áreas de Salud (Navarra Norte/Este, Estella y Tudela), para cada Centro de Salud y para cada Unidad Básica de Atención (UBA) en AP. De hecho, cada UBA puede acceder a dichos indicadores a través de un cuadro de mandos incluido en la historia clínica de Atención Primaria (actualización semanal).

- En País Vasco: al alta hospitalaria el Servicio de Neurología remite al médico o médica de AP del paciente información sobre su estado clínico, su situación funcional y necesidades específicas de atención. Los centros de AP realizan la evaluación del paciente en el domicilio y también de los cuidadores.

En resumen, diez CC. AA. han realizado acciones para conseguir que los equipos de AP realicen una valoración integral de los pacientes dados de alta y sus cuidadores, de ellas sólo cuatro las han evaluado, por lo que se debería tomar más medidas que incidieran en este aspecto.

Sería recomendable mantener objetivo enfocado en la evaluación.

Objetivo específico 4.2. Desarrollar intervenciones en AP, dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus

Hay once CC. AA. que informan de la puesta en marcha de este tipo de intervenciones.

Tabla 24. Intervenciones en AP, dirigidas a ofrecer apoyo a las familias

	Intervenciones en AP	Detalle de las intervenciones
Andalucía	sí	Actividades formativas para pacientes y familias en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública, dentro del proyecto ESCUELA de PACIENTES .
Aragón	sí	En el nuevo Plan de Ictus en OMI-AP se hace una valoración sociosanitaria y del cuidador principal, además de orientar a las familias en información sobre los trámites para la gestión de dependencia y en caso de que el profesional así lo valore se informa de la asociación de ictus (AIDA).
Asturias, Principado de	no	

Tabla 24. (Continuación)

	Intervenciones en AP	Detalle de las intervenciones
Balears, Illes	sí	Hay un programa de formación y apoyo entre iguales para cuidadores, no específico de ictus. A nivel comunitario se realizan talleres para personas cuidadoras de pacientes en situación de dependencia. Se ha editado material relacionado: protocolos, guías didácticas, etc.
Canarias	sí	A través de Unidad de Atención a Familiares (UAF) con enfermería de enlace de AP, pero dentro de la atención general (no específica de ictus).
Cantabria	sí	Se realiza el protocolo para el paciente inmovilizado y atención al cuidador. Se siguen las recomendaciones de la vía clínica del ictus.
Castilla y León	sí	Servicio de atención a la persona cuidadora: valoración de la persona y red de apoyo, Educación para la Salud individual. Se recomienda guía para las personas cuidadoras del aula de pacientes. Propuesta de inclusión en el servicio de educación grupal a cuidadores. Apoyo emocional. Reevaluación de la sobrecarga del cuidador. Reevaluación de la calidad de vida. Plan de intervención social establecido. Atención al duelo cuando proceda. Atención a cuidadores en general no específicas de ictus Coordinación con servicios sociales (CEAS) en cuidadores vulnerables, con riesgo de cansancio del cuidador y con cansancio del cuidador. REFERENCIAS: Carteras de AP ⁷ . Guía de atención a persona cuidadora ⁸ .
Castilla-La Mancha	sí	
Cataluña	n.d.	
Comunitat Valenciana	sí	
Extremadura	n.d.	
Galicia	n.d.	
Madrid, Comunidad de	sí	En los planes de atención se hace referencia a la necesidad de valorar la sobrecarga del cuidador y derivarlo a enfermería/medicina para que lo incluya en el programa del cuidador, en marcha en AP desde 2013.
Murcia, Región de	no	
Navarra, Comunidad Foral de	sí	En cuanto al apoyo económico, las familias que lo solicitan reciben una valoración de los servicios sociales del propio centro de salud o dependientes del ayuntamiento de la zona. Se realiza una valoración de la necesidad y se solicita ayuda a los servicios de atención domiciliaria (SAD) para que acuda una persona a ayudar en domicilio o, si precisa, compensación económica.
País Vasco	sí	Existen programas piloto en marcha, como el del Hospital Universitario de Basurto.
Rioja, La	no	
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.	
Total	11	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –Anexo II–. (n.d.: no disponible)

⁷ <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria.ficheros/1522344-cartera%20de%20servicios%202019.pdf>

⁸ <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guias-aula/personas-cuidadoras>

Teniendo en cuenta las respuestas anteriores parece adecuado continuar con este objetivo, favoreciendo el desarrollo de intervenciones en AP dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan a personas con ictus, así como avanzar en la evaluación de las actividades.

Objetivo específico 4.3. Establecer un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios en las CC. AA. para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores

Trece CC. AA. indican que tienen incluido este objetivo en sus planes de atención al ictus, y siete de ellas han realizado acciones para conseguir un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias.

Las acciones llevadas a cabo para establecer este sistema de coordinación entre instituciones, según la información recogida en el Cuestionario, son:

- En Baleares, en el marco del «Plan de atención a las personas con enfermedades crónicas 2016-2021», en su Objetivo 6 se propone «Impulsar una coordinación eficaz entre los servicios sanitarios y los servicios sociales con el objetivo de asegurar una atención integral». Entre las acciones realizadas destaca la creación de una Comisión Sociosanitaria (CSS) con representación de las diferentes áreas y niveles asistenciales sanitarios y de todas las administraciones de servicios sociales (27 miembros). La misión de la CSS es la puesta en común y tratamiento coordinado de determinados casos extremadamente complejos por la situación social y sanitaria del paciente, además de ser un observatorio compartido sobre las necesidades emergentes para la proyección de los recursos sociales y sanitarios.

Además, se está elaborando un convenio entre el Servicio de Salud y la Dirección General de Dependencia, por el cual las trabajadoras sociales sanitarias puedan acceder al sistema de información de Dependencia, y consultar determinados datos de los expedientes activos a fin de agilizar las gestiones y la coordinación entre Salud y Dependencia.

- Canarias: existe un convenio de colaboración con la Consejería de Derechos Sociales, Igualdad, Diversidad y Juventud; aunque no es específico del ictus si no general.
- En Cantabria desde los servicios de rehabilitación de centros hospitalarios hay una coordinación con el Centro de Accesibilidad y ayudas técnicas para la atención de estos pacientes ingresados, para su valoración en domicilio al alta hospitalaria con el fin de facilitar las ayudas técnicas y adaptaciones necesarias.
- En Castilla y León se han creado las Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) no específicas de ictus. Existe un convenio de colaboración entre la Gerencia de Servicios Sociales (GSS) y la Gerencia Regional de Salud (GRS). En la actualidad se está tramitando un acuerdo con la Diputación de Valladolid y Gerencia de Servicios Sociales para la creación de UCSS.
Se ha elaborado un convenio de la GRS con la GSS por el que se establece la gestión conjunta de 114 plazas en residencias de personas mayores, en UCSS para prestar cuidados sanitarios y sociales, de baja intensidad.
Estas unidades están orientadas para personas en situación de dependencia con un proceso crónico de enfermedad o patología asociada al envejecimiento, como el ictus. En estas unidades se garantiza la calidad de vida y atención integral continuada, promoviendo su autonomía y potenciando sus capacidades.
- En Cataluña se ha elaborado el documento «Consenso catalán sobre evaluación y tratamiento del paciente postictus» difundido a través de sociedades científicas y colegios oficiales de enfermería y trabajo social⁹.
- En Extremadura el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) es el organismo con competencias en servicios sociales especializados.
En la actualidad no se dispone de servicios específicos para la atención a las deficiencias permanentes (discapacidad residual) generadas por un ictus o por cualquier tipo de daño cerebral. Sin embargo, si el paciente se encuentra en una situación de dependencia, tendrán derecho a acceder a los siguientes servicios y/o prestaciones del sistema:
 - Prestación económica de cuidados en el entorno. El acceso a una plaza pública de tratamiento de promoción de la autonomía es compatible con la prestación económica de cuidados en el entor-

⁹ <https://www.lavanguardia.com/vida/20170517/422661092673/sociedades-medicas-catalanas-consensuan-un-documento-para-tratar-el-postictus.html>

- no, que se les concede a las personas con dependencia con el fin de facilitar que sean atendidas por personas de su entorno próximo.
- Servicios de atención diurna. No hay centros diurnos específicos para este colectivo, pero hay 3800 plazas de atención a personas mayores con deterioro cognitivo (unos 230 centros) donde es frecuente que accedan este tipo de perfil si no son menores de 60 años. Igualmente, también existe un total de 740 plazas de atención en Centro de Día para personas con discapacidad en Extremadura, repartidas en 31 servicios, si bien para acceder a estas plazas se necesita un informe de adecuación del perfil de la persona por parte del CADEX. En esta red diurna de discapacidad no acceden personas con etiología de ictus si es el diagnóstico principal.
 - Ayuda a domicilio.
 - Servicios residenciales. El grado de dependencia que le haya sido reconocido a la persona le puede dar derecho al acceso a un servicio residencial público. En este sentido, las camas residenciales para personas con ictus que existen son las mismas que para el resto de personas dependientes. Cuando son mayores de 65 años disponen de centros residenciales para personas mayores.
 - Camas sociosanitarias. En el resto de casos, Extremadura dispone de una red de camas con diferente intensidad de cuidados, que se tratan como recursos no finalistas y donde las personas con algún tipo de daño cerebral disponen de atención en la fase de deficiencias permanentes.
- En Navarra, de manera transversal, se está trabajando en varias líneas:
 - Plan de Atención Integral Sociosanitario (Distrito Tafalla). Incluye, entre otros, la detección y valoración conjunta a través de los Equipos Operativos de Zona Básica, de personas con necesidades sociosanitarias, el establecimiento de un plan conjunto de actuación con un/a gestor/a de casos bien identificado, así como los objetivos, tareas, calendario y responsables. Además, a nivel de Distrito se dispone de un Equipo de Coordinación Sociosanitaria con capacidad para la gestión directa de recursos asignados a este programa (Equipo de Soporte Domiciliario, centro de día con estancias diurnas y estancias residenciales temporales). Todo ello incorporando la intervención comunitaria conjunta por parte de ambos sistemas de protección.
 - Sistemas de información compartida (proyecto ANDIA Sociosanitario).
 - Definición de procesos de atención integrada, incluyendo el ámbito sociosanitario (por ej. «Atención Sociosanitaria a la persona cuidadora»).

Al igual que en el resto del documento, para evaluar este objetivo también se han seguido las indicaciones ya previstas en la Estrategia de 2008.

Las respuestas obtenidas en este punto ponen de manifiesto que las acciones de coordinación sociosanitaria con equipos multidisciplinares llevadas a cabo por las CC. AA. tienen grados de desarrollo muy diferentes.

Conclusiones

- La mayoría de las CC. AA. declaran que sus planes de atención al ictus incluyen el objetivo de proporcionar al paciente, desde el inicio del proceso, un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad/déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros. Muchas de ellas realizan acciones en este sentido en todos sus centros. No obstante, es reseñable el hecho de que ninguna CC. AA. manifiesta haber realizado la evaluación de este objetivo, por lo que se debería mantener el objetivo desarrollando este aspecto.
- Casi todos los planes de actuación en el ictus de las CC. AA. recogen el objetivo de proporcionar la evaluación funcional de los pacientes al alta de sus planes de rehabilitación.
- Prácticamente todas las CC. AA. incluyen en sus planes el objetivo de facilitar, a pacientes y familiares, en el hospital, la formación e información necesaria para llevar a cabo los cuidados en el domicilio, y la mayoría han realizado acciones en este sentido. Destaca el hecho de que solamente una comunidad autónoma ha realizado la evaluación de este objetivo.
- Se describe la existencia de un mapa de recursos de rehabilitación del ictus en gran parte de las CC. AA. por lo que el objetivo puede considerarse como prácticamente conseguido. Tal vez debería mantenerse el objetivo orientándolo más a la accesibilidad de los recursos de rehabilitación.
- Diez CC. AA. han realizado acciones para conseguir que los equipos de AP realicen una valoración integral de los pacientes dados de alta y sus cuidadores, de las ellas sólo cuatro las han evaluado, por lo que se debería impulsar el objetivo y enfocarlo hacia la evaluación.
- Once comunidades han realizado actividades en AP para apoyar a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus. Parece necesario mantener este objetivo y avanzar en la evaluación de las actividades.
- En algunas CC. AA. se han iniciado acciones de coordinación sociosanitaria con equipos multidisciplinares, estando en grados de desarrollo muy diferentes.

4. Línea estratégica 4. Formación

Objetivo general 5. Potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con ictus

Este objetivo general se evalúa a través del siguiente objetivo específico:

Objetivo	Grado de consecución
5.1. Disponer en las CC. AA., de un Plan de Formación Continuada para todos los profesionales de AP, de los centros de urgencias y de emergencia y de los Equipos o Unidades de Ictus que garantice la pronta y correcta identificación, traslado y atención de los pacientes con ictus.	Prácticamente conseguido

Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, C. Valenciana, Madrid, R. de Murcia, Navarra, País Vasco y La Rioja, tienen incluidos entre sus objetivos la existencia de un Plan de Formación Continuada, para los profesionales involucrados, sobre identificación, traslado y atención de pacientes con ictus.

- Andalucía, han realizado múltiples actividades formativas desde el Plan Andaluz de Ictus, accesibles en el siguiente enlace <http://ictus-andalucia.com/formacion/>. Muchas de ellas están acreditadas a través de los sistemas de la Consejería de Salud, algunas se han organizado a través de IAVANTE, de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y otras directamente desde el Plan:
 - curso de formación sobre «Indicación de tromboectomía mecánica en ictus agudo» (IAVANTE-Formación Consejería de Salud y Familias) 2018.
 - curso y libro de ictus para atención primaria.
 - FURIA (formación de urgencias en ictus en Andalucía en todos los hospitales).
 - curso de formación sobre ictus pediátrico 2021.
 - curso sobre FA y anticoagulación (EASP).
 - EASP distintos recursos formativos, <https://escueladepacientes.es/neurodegenerativas/ictus/guias-ictus>.

Destacar que desde el Plan Andaluz de Ictus se ha organizado un congreso anual de ictus en el que participan todos los profesionales implicados en la atención.

- Aragón, en su Plan de Atención al Ictus 2019-2022 plantea las líneas de formación. En el plan de formación anual del Servicio Aragonés de Salud y el plan de formación anual de cada sector sanitario se especifican los cursos acreditados en la atención al ictus en Aragón. Además de cursos para especialistas médicos, enfermería y fisioterapia, se hace formación para auxiliares y celadores en movilización de pacientes, técnicos de rayos, etc.
- C. Valenciana realiza campañas de concienciación entre profesionales sanitarios sobre la importancia del tratamiento preventivo antitrombótico (o antiagregante si hay contraindicación) en los pacientes con fibrilación aislada y mayores de 65 años para la prevención primaria del ictus.
- Castilla y León ha diferido para 2021-2022 el Plan de Formación en Ictus que diseñó para el ejercicio 2020, y que incluía formación específica para todos los profesionales implicados en el circuito asistencial al paciente con Código Ictus.
- Cataluña realiza los siguientes cursos oficiales promovidos por el Pla Director:
 - curso de enfermería de ictus con asistencia de 50 profesionales anualmente.
 - curso online sobre ictus y Código Ictus para profesionales de urgencias y sistemas de emergencias médicas, accesible en el siguiente enlace: <https://es.coursera.org/learn/ictus-agudo-escalara>.
 - colaboración con actividades formativas de sociedades científicas, congresos e iniciativas como Angels Initiative.
- Extremadura: el Plan de Atención al Ictus no recoge expresamente este objetivo, aunque prioriza la formación de los profesionales del sistema sanitario en el ámbito del ictus, sin embargo en la Estrategia de atención al ictus en fase aguda de Extremadura si está expresamente incluido.

Los cursos formativos acreditados en el periodo 2017-2020 son:

 - Valoración funcional en el daño cerebral sobrevenido. Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria. Terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas. - 23 T. ocupacionales y 6 fisioterapeutas. 5,6 créditos. Presencial 25 horas.

- Enfermedades cerebrovasculares. Ictus. Manejo y tratamiento. Asociación para la Formación en la Administración Pública (AFAP) de FSP-UGT. Médicos y enfermeros. 7 créditos. No presencial 35 horas.
- Herramientas de evaluación de terapia ocupacional en daño cerebral adquirido (DCA). Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria. Terapeutas ocupacionales, 20. 2,9 créditos. Presencial 20 horas.
- Curso «Abordaje de neurorehabilitación ante un paciente con ictus agudo». Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Extremadura. Fisioterapeutas. 2,2 créditos. Presencial 13 horas.
- Angels Day Extremadura formación multidisciplinar del Código Ictus. Sociedad Extremeña de Neurología (SEXNE). Médicos (46) y enfermeros (23). 1 crédito. Jornada Presencial de 8 horas.
- Valoración funcional en el daño cerebral sobrevenido. Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria. Terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas. - 15 terapeutas ocupacionales y 5 fisioterapeutas. 5,6 créditos. Presencial 25 horas.

Algunos cursos previstos para 2020 se suspendieron temporalmente por la pandemia.

Durante el 2016, antes de la implantación del Protocolo de Teleictus, se realizaron sesiones formativas no acreditadas en todos los hospitales comarcales de la región (Coria, Plasencia, Navalmoral de la Mata, Mérida, Almendralejo, Don Benito, Talarrubias, Zafra y Llerena) sobre la atención al ictus mediante el sistema de Teleictus. Estas sesiones estaban dirigidas a médicos y enfermeros de Urgencias, Medicina Interna y Radiología.

- C. de Madrid, dentro del Plan de Formación Continuada en relación con la atención al ictus en 2017 se han realizado 27 actividades docentes acreditadas dirigidas a AP, SUMMA y Atención Hospitalaria para 786 profesionales con un total de 282,5 horas docentes impartidas. En 2018 han sido 20 actividades formativas dirigidas a 507 profesionales con un total de 260 horas docentes; y en 2019 un total de 35 actividades acreditadas para 785 profesionales y 296 horas docentes.
- Navarra, dentro del Grupo de Estrategia tiempo dependientes, en el que está incluido en Grupo de Trabajo Código Ictus, se ha organizado formación continuada para el año 2020 para todo el personal de atención extrahospitalaria y centros de salud. En 2018 y 2019 se han realizado cursos multidisciplinarios de 80 personas que incluían desde técnicos de ambulancias hasta médicos de

urgencia. En 2019 se incorporó personal de radiología de urgencias. Esta iniciativa surgió desde la coordinación del Grupo de Trabajo Código Ictus que lleva a cabo Neurología vascular, y gracias a la colaboración entre el Departamento de coordinación de docencia del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, y la iniciativa Angels.

Catorce CC. AA. declaran que han realizado **actividades formativas propias acreditadas** oficialmente sobre la atención al ictus en los últimos tres años, diez de ellas aportan información desglosada sobre los profesionales a los que se han dirigido dichas actividades. Según estos datos la formación se ha encaminado principalmente a enfermeros/-as, médicos/-as de AP y otras especialidades médicas. No toda la información obtenida está desagregada, pero al menos durante los años 2017, 2018 y 2019 se ha dado formación acreditada a 1.807 enfermeros/-as, 866 médicos/-as de AP, 522 de otras especialidades médicas, 217 médicos/-as de emergencias y 112, 174 neurólogos/-as, 168 médicos/-as de urgencias, 136 fisioterapeutas, 86 terapeutas ocupacionales, 63 pediatras, 38 médicos/-as rehabilitadores, 14 logopedas y 9 psicólogos/-as. No se recoge ninguna formación para neurólogos/-as infantiles. En total en estos tres años se ha formado a 6.256 profesionales.

Tabla 25. Profesionales a los que se han dirigido las actividades formativas en atención al ictus

	Neurólogos/-as			Méd. rehabilitadores			Méd. de urgencias			Emergencias y 112		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Aragón		14	6				2	3	7	5	3	10
Asturias, Principado de	25	25	30		10	10	10					40
Balears, Illes												
Cantabria												
Castilla y León	14			2			22	16	8	1	37	6
Extremadura			6						20			12
Madrid, Comunidad de	249 ^a	220 ^a	e	a	a	e	79 ^b	77 ^b	97 ^b	b	b	b
Murcia, Región de	1	1	1				1	1	1	1	1	1
Navarra, Comunidad Foral de	4	4	3				11	10	10	52	20	20
País Vasco		10	30	4	12			10	36	8		
TOTAL	293	274	76	6	22	10	125	117	179	67	61	89

Tabla 25. (Continuación)

	Médicos/-as de AP			Enfermeros/-as			Fisioterapeutas			Terap. ocupacionales		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Aragón	34	71	49	35	272	132		18				
Asturias, Principado de	10	20	20	100	100	100		20	15		10	10
Balears, Illes	104		28	93		42	10		5	1		
Cantabria	10			79	50	42	14	6	13	5	2	
Castilla y León	14	38	17	65	43	54	11		1			
Extremadura						23		6	5		23	35
Madrid, Comunidad de	250 ^c	64 ^c	223 ^c	^c	^c	^c	227 ^d	182 ^d	488 ^e	^d	^d	^e
Murcia, Región de	1	1	1									
Navarra, Comunidad Foral de	53	129	164	73	110	128						
País Vasco		94	8	94	51	121	8	2	2			
TOTAL	476	417	510	539	626	642	270	234	529	6	35	45

	Logopedas			Psicólogos/-as			Pediatras			Otras especialidades médicas		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Aragón												
Asturias, Principado de		4	4									
Balears, Illes	3		3	4		5				27		27
Cantabria										22	42	27
Castilla y León									2	96	51	38
Extremadura												8
Madrid, Comunidad de	^d	^d	^e	^d	^d	^e	^d	^d	^e	^d	^d	^e
Murcia, Región de												
Navarra, Comunidad Foral de							1	24	36	34	44	47
País Vasco										9	19	31
TOTAL	3	4	7	4	0	5	1	24	38	188	156	178

Elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –Anexo II–. (^adatos agregados para Neurólogos y Méd. Rehabilitadores; ^bdatos agregados para Urgencias, Emergencias y 112, ^cdatos agregados para Médicos/-as y Enfermeros/-as de AP, ^ddatos agregados para Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, Logopedas, Psicólogos, Pediatras y otras especialidades, ^edatos agregados además con Neurólogos y Médicos Rehabilitadores)

Conclusiones

- Casi todas las CC. AA. tienen incluidos entre sus objetivos la existencia de un Plan de Formación Continuada para los profesionales involucrados, sobre identificación, traslado y atención de pacientes con ictus; y la mayoría han realizado actividades acreditadas propias en este sentido.

Líneas prioritarias de actuación

La Estrategia en Ictus del SNS fue evaluada en 2013 y entonces se determinó que estaba en desarrollo en todas las CC. AA. aunque con un grado de implantación heterogéneo, y que progresaba en todas sus metas. Actualmente, al comparar los nuevos resultados obtenidos, podemos confirmar que el grado de consecución de los objetivos va aumentando, y que las diferencias entre CC. AA., a la vista de los resultados de algunos indicadores, se van reduciendo.

Hoy por hoy, se han alcanzado en todas las CC. AA. algunos objetivos, como los de la línea estratégica de atención en fase aguda al paciente con ictus, relacionados con la disminución de la mortalidad al mes de producirse el ictus y aumentar la autonomía de los supervivientes. En este sentido, todas las CC. AA. declaran que disponen de una red asistencial de Unidades o Equipos de Ictus según los criterios establecidos en esta Estrategia, y que todos los hospitales de referencia tienen implantado el Código Ictus para la atención prioritaria de todos los pacientes con ictus, independientemente de su forma de llegada.

Por el contrario, hay objetivos que apenas se han iniciado como el de promover pautas de actuación para la atención del ictus pediátrico, o casi todos los objetivos relacionados con prestar atención y apoyo al paciente con discapacidad y a su familia, enmarcado en la línea estratégica de rehabilitación y reinserción. Incluso hay objetivos cuya implementación ha empeorado desde la anterior evaluación como es el de invertir la tendencia de crecimiento de la prevalencia de obesidad, incluido en el objetivo general de reducir la incidencia del ictus.

En el siguiente cuadro puede verse el resumen del grado de consecución de los 26 objetivos específicos de la Estrategia en Ictus del SNS en 2013 y 2020.

Línea Estratégica	Objetivo General	Objetivos específicos	Grado de consecución (2013)	Grado de consecución (2020)
1. Promoción y prevención de la salud: Prevención primaria y secundaria	1. Reducir la incidencia del Ictus	1.1. Detectar precozmente, incluir en programas de seguimiento y controlar a los pacientes de riesgo (hipertensos, diabéticos y dislipémicos).	Iniciado	Prácticamente conseguido
		1.2. Invertir la tendencia actual de crecimiento de la prevalencia de obesidad en la población.	Iniciado	No iniciado
		1.3. Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta (> 15 años) en España (o cualquier Comunidad Autónoma) hasta el 28% (hombres 35% y mujeres 25%).	Parcialmente conseguido	Prácticamente conseguido
		1.4. Aumentar el porcentaje de población que realiza actividad física.	Parcialmente conseguido	Conseguido
		1.5. Los pacientes con cardiopatías embolígenas de alto riesgo recibirán tratamiento anticoagulante o antiagregante	Iniciado	Parcialmente conseguido
		1.6. Los pacientes con ictus y AIT deben mantener el control de los factores de riesgo y recibir tratamiento médico preventivo.	Iniciado	Prácticamente conseguido
		1.7. Las CC AA pondrán en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes que mantienen la adherencia al tratamiento a los cinco años de su inicio.	Iniciado	Parcialmente conseguido
2. Atención en fase aguda al paciente con Ictus	2. Disminuir la mortalidad al mes de producirse el ictus y aumentar la autonomía de los supervivientes	2.1. Aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las tres horas desde el inicio de síntomas, asumiendo los criterios de Helsingborg.	Parcialmente conseguido	Prácticamente conseguido
		2.2. Desarrollar campañas de información y actividades de formación a grupos de riesgo identificados, para aumentar el conocimiento de la población en los síntomas alarma y pautas de actuación.	Iniciado y muy escasamente evaluado	Iniciado
		2.3. Las CC AA dispondrán de una red asistencial de Unidades o Equipos de Ictus según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia.	Parcialmente conseguido	Conseguido
		2.4. El Código Ictus estará implantado en todo el territorio de la CA, de modo que todo contacto personal o telefónico de un paciente o familiar con cualquier centro de salud, urgencias u hospital que no sea de referencia, active la derivación inmediata a las unidades y equipos de referencia.	Parcialmente conseguido	Prácticamente conseguido
		2.5. Las zonas básicas dispondrán de un Equipo o Unidad de Ictus de referencia en una isócrona que permita el acceso en 60 minutos por el medio establecido en su plan o programa.	Parcialmente conseguido	Parcialmente conseguido
		2.6. Todo hospital de referencia debe tener implantado el Código Ictus (según los criterios del ANEXO) para la atención prioritaria de todos los pacientes con ictus, independientemente de su forma de llegada.	Parcialmente conseguido	Conseguido
		2.7. Todo hospital que atienda ictus y AIT tendrá implantada una vía clínica, protocolo o proceso asistencial de atención al ictus	Iniciado	Prácticamente conseguido
		2.8. Las CC AA promoverán pautas de actuación para la atención del ictus pediátrico	Apenas iniciado	Iniciado

3. Rehabilitación y reinserción	3. Aumentar el porcentaje de pacientes con ictus que son integrados plenamente en su vida personal y social	3.1. Todo paciente con ictus dispondrá desde el inicio del proceso de un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad y el déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros.	Prácticamente conseguido	Prácticamente conseguido
		3.2. Todo paciente con ictus al alta de su plan de rehabilitación, recibirá una evaluación funcional como apoyo en su integración en la esfera social y laboral.	Iniciado	Parcialmente conseguido
		3.3. El paciente y la familia recibirá en el hospital la adecuada formación e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio.	Parcialmente conseguido	Parcialmente conseguido
		3.4. Las CC AA establecerán los mecanismos necesarios para que el informe al alta sea accesible de forma inmediata por los equipos de AP.	Iniciado	No evaluado
		3.5. Las CC AA dispondrán de un mapa de recursos sobre los distintos ámbitos de rehabilitación.	Prácticamente conseguido	Prácticamente conseguido
	4. Prestar atención y apoyo al paciente con discapacidad y a su familia	4.1. Los equipos de AP realizarán una valoración integral de los pacientes dados de alta y de sus cuidadores	Iniciado	Iniciado
4.2. Desarrollar intervenciones en AP, dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus.		Iniciado	Parcialmente conseguido	
4.3. Establecer en las CC AA un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores.		Iniciado	Iniciado	
4. Formación	5. Potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con ictus	5.1 Disponer en las CC AA de un Plan de Formación Continuada para todos los profesionales de AP de los centros de urgencias y de los Equipos o Unidades de Ictus, que garantice la identificación pronta y correcta, el traslado y la atención de los pacientes con ictus.	Prácticamente conseguido	Prácticamente conseguido
5. Investigación	6. Potenciar la investigación en ictus	6.1. El MS y las CC AA promoverán, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en ictus.	Iniciado	No evaluado
		6.2. El MS y las CC AA pondrán en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en ictus.	Iniciado	No evaluado

Para expresar el grado de cumplimiento de cada objetivo y tomando como datos los declarados por las CC.AA., se ha utilizado una escala de cinco puntos:

Objetivo no iniciado: Alcanzado por 0-1 CC.AA.

Objetivo iniciado: Alcanzado por 2-10 CC.AA.

Objetivo parcialmente conseguido: Alcanzado por 11-14 CC.AA.

Objetivo prácticamente conseguido: Alcanzado por 15-16 CC.AA.

Objetivo conseguido: 17 CCAA lo han logrado

Teniendo en cuenta las conclusiones de los resultados de la evaluación podemos plantear las siguientes líneas de actuación prioritarias:

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Prevención primaria y secundaria

Es necesario realizar un abordaje integral de los factores de riesgo comunes a las enfermedades no transmisibles. Para ello, es fundamental desarrollar políticas de salud pública intersectoriales, que promuevan la creación de entornos que faciliten los estilos de vida saludables, en los que las elecciones más sencillas sean las más saludables. Con enfoque de curso de vida que permita a las personas generar salud a lo largo de todas las etapas de la vida, para alcanzar su máximo potencial en salud. En este sentido, contamos con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, enmarcada en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, y con el Plan de Actuación sobre Ictus en Europa 2018-2030 que insta a aplicar íntegramente las estrategias nacionales de intervenciones multisectoriales de salud pública, para promover y facilitar un estilo de vida saludable y reducir los factores ambientales (incluida la contaminación atmosférica), socioeconómicos y educativos que aumentan el riesgo de sufrir un ictus.

Prevención primaria

Todas las cifras de los factores de riesgo abordados (hipertensión, diabetes y dislipemia) así como de la obesidad, muestran una tendencia ascendente en los últimos cinco años con datos. Por lo que parece necesario **mantener y reforzar las acciones encaminadas a promover estilos de vida saludables** que contribuyan a frenar el incremento de la prevalencia de estos factores de riesgo.

Impulsar la búsqueda activa de pacientes con fibrilación auricular puede valorarse como otra de las medidas para reducir la incidencia de ictus en nuestro medio.

Prevención secundaria

En todos los Planes de Salud generales o específicos de ictus de las CC. AA. se incluye el objetivo de mantener el control de los factores de riesgo

y recibir tratamiento médico preventivo para los pacientes con ictus. Sería conveniente **adaptar las recomendaciones** a la nueva evidencia científica, y llevar a cabo actividades que, tal y como señala el Plan de Actuación sobre Ictus en Europa 2018-2030, garanticen el **acceso a estrategias preventivas clave**: consejos sobre el estilo de vida, antihipertensivos, hipolipemiantes, antiplaquetarios, anticoagulantes, agentes hipoglucemiantes orales e insulina, endarterectomía carotídea y cierre del FOP (foramen oval permeable).

Tratamiento agudo del ictus

Todas las CC. AA. incluyen el objetivo de aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las 4,5 horas desde el inicio de síntomas, y muchas además evalúan dicho objetivo mediante indicadores propios o por explotación de registros hospitalarios específicos de fibrinólisis y trombectomía. Para impulsar este objetivo sería conveniente **consensuar con las CC. AA. los indicadores** para medirlo y evaluarlo, así como promover una cultura evaluativa, estableciendo objetivos claros y medibles.

Al igual que en el punto anterior deberían adaptarse las **recomendaciones en el tratamiento**, en concreto en el manejo del ictus isquémico y en la accesibilidad a tratamiento endovascular.

Parece aconsejable **acordar la estrategia de abordaje del ictus pediátrico** ya que según los resultados de este informe, hay importantes diferencias entre las CC. AA. en cuanto al nivel de desarrollo de los planes para tratarlo, y hacerlo en línea con la nueva evidencia existente.

Rehabilitación y reinserción

Se debería impulsar la creación de equipos que puedan **desarrollar sistemas integrados de rehabilitación a lo largo de todo el proceso**; así como todos los objetivos ya propuestos relacionados con la atención y apoyo al paciente con discapacidad y su familia, como la valoración de pacientes y cuidadores por equipos de AP, el fomento de intervenciones dirigidas a ellos desde AP, y el establecimiento de sistemas de coordinación entre instituciones implicadas en la atención a personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: <https://www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional de Salud de España 2017; [consultado el 3 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.msrebs.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Registro de Altas de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud. CMBD; [consultado el 3 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.msrebs.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Estadísticas, Informes y Recopilaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Mortalidad; [consultado el 3 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.msrebs.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm>
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [citado 3 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.msrebs.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: 5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [citado 3 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Evaluación de la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. SG de Información Sanitaria e Innovación (MSSSI). Base de datos clínicos Atención Primaria BDCAP Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2014.
9. Ministerio de Sanidad. Registro de Atención Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD). Actividad y resultados de la hospitalización en el Sistema Nacional de Salud. Año 2018 [Publicación en Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, 2021.
10. Norrving B, Barrick J, Davalos A, Dichgans M, Cordonnier C, Guekht A, Kutluk K, Mikulik R, Wardlaw J, Richard E, Nabavi D, Molina C, Bath PM, Stibrant Sunnerhagen K, Rudd A, Drummond A, Planas A, Caso V. Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030. *European Stroke Journal* [Internet]. 29 de octubre de 2018 [consultado el 3 de agosto de 2021];3(4):309-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2396987318808719>
11. Pagès-Puigdemont NP, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica [Internet]. *Ars Pharm*; 2018 pp. 59(3): 163-172. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>

12. Pastor S, de Celis E, Losantos García I, Alonso de Leciñana M, Fuentes B, Díez-Tejedor E, et al. Development of the Madrid stroke programme: Milestones and changes in stroke trends and mortality from 1997 to 2017. *Neuroepidemiology*. 2021;55(2):135-40.
13. *Prácticas seguras para el uso de anticoagulantes orales*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.

Abreviaturas y acrónimos

ACVA	Accidente Cerebrovascular Agudo
AIT	Ataque Isquémico Transitorio
AP	Atención Primaria
BDCAP	Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
CC. AA.	Comunidades autónomas
CICAT	Registro Código Ictus Cataluña
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CMBD/RAE-CMBD	Registro de Atención Especializada
CMBD-H	Conjunto Mínimo Básico de Datos-Hospitalización
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
ESO	European Stroke Organisation
EVA	Enfermedad Vascular Aterosclerótica
HCE	Historia Clínica Electrónica
HTA	Hipertensión arterial
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto de Gestión Sanitaria
INR	Índice Internacional Normalizado
rtPA	Activador tisular del plasminógeno recombinante
SAMU	Servicio de Atención Médica de Urgencia
SNS	Sistema Nacional de Salud
ZBS	Zona Básica de Salud

Anexos

Anexo I. Fichas técnicas de los indicadores

Tasa de altas de hospitalización por ictus

$$\text{Fórmula de cálculo: } [a / b] * 1.000$$
$$\frac{\text{Nº de altas de hospitalización por ictus, en un año}}{\text{Población en ese año}} \times 1.000$$

Definiciones: En el numerador se incluyen todas aquellas altas en las que figure como diagnóstico principal algún código de las categorías I60-I69 de la clasificación internacional de enfermedades CIE10ES y de las categorías 430-434 y 436-438 de la clasificación CIE9MC. Corresponde a la categoría ISHMT de la lista conjunta de la OMS. El cambio de clasificación (de CIE9MC a CIE10ES) tuvo lugar el 1 de enero de 2016 para la codificación de la información clínica en los hospitales.

Fuente de datos:

Registro de altas de hospitalización (RAE-CMBD). Elaboración Ministerio de Sanidad.
Estimaciones de población actual a 1 de Julio. INE

Desagregación: por CC. AA. y por sexo.

Periodicidad: Anual

Incidencia/Casos nuevos en un año de enfermedad cerebrovascular en Atención Primaria

$$\text{Fórmula de cálculo: } [a / b] * 100$$
$$\frac{\text{Nº de personas con diagnóstico de enf. cerebrovascular registradas en un año en AP}}{\text{Nº de personas con Tarjeta Sanitaria Individual asignadas a AP}} \times 100$$

Definiciones: Se incluirán en el numerador todas aquellas personas con registro de enfermedad cerebrovascular en historia clínica de atención primaria (códigos CIAP2: K89, K90 y K91) y fecha de apertura en el año.

K89 - Isquemia cerebral transitoria; K90 - Accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía; K91 - Enfermedad cerebrovascular

Fuente de datos:

Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad.

Desagregación: por CC. AA. y por sexo.

Periodicidad: Anual

Observaciones: 2013 y 2014, 15 CC. AA. 2015, 16 CC. AA. A partir de 2016, 17 CC. AA.

Prevalencia diagnosticada de hipertensión arterial en Atención Primaria

$$\text{Fórmula de cálculo: } \frac{[a / b] * 100}{\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas con registro de hipertensión arterial en AP}}{\text{N}^\circ \text{ de personas con Tarjeta Sanitaria Individual asignadas a AP}}} \times 100$$

Definiciones: Se incluirán en el numerador todas aquellas personas en las conste en su historia clínica el diagnóstico de HTA (códigos CIAP2: K86 y K87).
K86 - Hipertensión no complicada; K87 - Hipertensión con afectación de órganos diana.

Fuente de datos:
Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad.

Desagregación: por CC. AA. y por sexo.

Periodicidad: Anual

Observaciones: 2013 y 2014, 15 CC. AA. 2015, 16 CC. AA. A partir de 2016, 17 CC. AA.

Prevalencia diagnosticada de DM tipo 2 (no insulino-dependiente) en Atención Primaria

$$\text{Fórmula de cálculo: } \frac{[a / b] * 100}{\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas con diagnóstico de diabetes mellitus (DM) tipo 2 registradas en AP}}{\text{N}^\circ \text{ de personas con Tarjeta Sanitaria Individual asignadas a AP}}} \times 100$$

Definiciones: Se incluirán en el numerador todas aquellas personas con registro de DM tipo 2 en historia clínica de atención primaria (código CIAP2: T90)
T90 - Diabetes mellitus no insulino-dependiente

Fuente de datos:
Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad.

Desagregación: por CC. AA. y por sexo.

Periodicidad: Anual

Observaciones: 2013 y 2014, 15 CC. AA. 2015, 16 CC. AA. A partir de 2016, 17 CC. AA.

Prevalencia diagnosticada de trastornos del metabolismo lipídico en Atención Primaria

$$\text{Fórmula de cálculo: } \frac{[a / b] * 100}{\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas con diagnóstico de trast. del metabolismo lipídico registradas en AP}}{\text{N}^\circ \text{ de personas con Tarjeta Sanitaria Individual asignadas a AP}}} \times 100$$

Definiciones: Se incluirán en el numerador todas aquellas personas con registro de trastornos del metabolismo lipídico en historia clínica de atención primaria (código CIAP2: T93)
T93 - Trastornos del metabolismo lipídico

Fuente de datos:
Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad

Desagregación: por CC. AA. y por sexo.

Periodicidad: Anual

Observaciones: 2013 y 2014, 15 CC. AA. 2015, 16 CC. AA. A partir de 2016, 17 CC. AA.

Prevalencia de obesidad

Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100$

$$\frac{\text{Nº de personas encuestadas con IMC por encima de los valores señalados en las definiciones}}{\text{Total de personas incluidas en la encuesta}} \times 100$$

Definiciones: El índice de masa corporal (IMC) se calcula a partir del peso y la talla declarados por la persona entrevistada (peso/talla²). Se considera que una persona presenta obesidad cuando IMC es igual o superior a 30 Kg/m².

Fuente de datos: Encuesta Nacional/Europea de Salud Española (ENSE/EESE). Elaboración Ministerio de Sanidad/INE.

Desagregación: por CC. AA., por sexo y grupos de edad.

Periodicidad Trienal

Prevalencia de fumadores diarios

Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100$

$$\frac{\text{Nº de personas encuestadas mayores de 15 años que declaran consumir tabaco diariamente en el momento de la entrevista}}{\text{Total de personas encuestadas de 15 y más años (o 16 y más años según el año de la encuesta)}} \times 100$$

Definiciones: Se considera fumadora a toda aquella persona que consume tabaco a diario, independientemente de la cuantía

Fuente de datos: Encuesta Nacional/Europea de Salud Española (ENSE/EESE). Elaboración Ministerio de Sanidad/INE.

Desagregación: por CC. AA., por sexo y grupos de edad.

Periodicidad Trienal

Prevalencia de sedentarismo

Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100$

$$\frac{\text{Número de personas que se declaran sedentarias}}{\text{Total de personas encuestadas}} \times 100$$

Definiciones: Se considera sedentaria a toda aquella persona que no hace ejercicio en el tiempo libre, ocupando el tiempo de manera casi completamente sedentaria

Fuente de datos: Encuesta Nacional/Europea de Salud Española (ENSE/EESE). Elaboración Ministerio de Sanidad/INE.

Desagregación: por CC. AA., por sexo y grupos de edad.

Periodicidad Trienal

Porcentaje de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes/antiagregantes

Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100$

Nº de personas con diagnóstico de fibrilación auricular registradas en AP a los que se han dispensado al menos un envase de antiagregantes y/o anticoagulantes

$$\frac{\text{Nº de personas con diagnóstico de fibrilación auricular registradas en AP}}{\text{Nº de personas con diagnóstico de fibrilación auricular registradas en AP}} \times 100$$

Definiciones: Se incluyen las personas con FA (código de CIAP2: K78 - Fibrilación auricular/aleteo auricular).

Para el numerador se incluirán las personas a las que se haya dispensado en el año al menos un envase de un anticoagulante y/o antiagregante (grupos ATC: B01AA - ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K, B01AC - INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA, B01AE - INHIBIDORES DIRECTOS DE LA TROMBINA, B01AF - INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTO XA).

Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MS

Desagregación: por CC. AA. y por sexo.

Periodicidad: Anual

Observaciones: 2017 datos disponibles de 12 CC. AA.

Control de INR en pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular (anticoagulados)

Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100$

Número de personas mayores de 65 años con diagnóstico de fibrilación auricular y cifras INR entre 2 y 3 en AP.

$$\frac{\text{Número de personas mayores de 65 años con diagnóstico de fibrilación auricular y cifras INR entre 2 y 3 en AP.}}{\text{Número de personas mayores de 65 años con diagnóstico de fibrilación auricular con registro de cifras de INR en atención primaria.}} \times 100$$

Definiciones: Se incluirán las personas con registro de fibrilación auricular en la historia clínica de atención primaria (código CIAP2: K78) en las que conste al menos un registro de cifras de INR en el año de estudio, teniéndose en cuenta el último valor disponible

Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad

Desagregación: Por sexo y edad

Periodicidad Anual

Observaciones: Años 2013 y 2014, 5 CC. AA. 2015, 6 CC. AA. 2016, 8 CC. AA. 2017, 9 CC. AA.

Porcentaje de pacientes con diagnóstico de enf. cerebrovascular en tratamiento con antiagregantes

Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100$

Nº de personas con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular registradas en AP (ECeV) a los que se han dispensado al menos un envase de antiagregantes

$$\frac{\text{Nº de personas con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular registradas en AP}}{\text{Nº de personas con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular registradas en AP}} \times 100$$

Definiciones: Se incluyen las personas con ECeV (códigos de CIAP2: K89 - Isquemia cerebral transitoria; K90 - Accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía; K91 - Enfermedad cerebrovascular).

Para el numerador se incluirán las personas a las que se haya dispensado en el año al menos un envase de un antiagregante (grupos ATC: B01AC - INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA).

Fuente de datos:

Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad

Desagregación: por CC. AA. y por sexo.

Periodicidad Anual

Observaciones: 2017 datos disponibles de 12 CC. AA.

Porcentaje de pacientes con diagnóstico de enf. cerebrovascular en tratamiento con anticoagulantes

Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100$

Nº de personas con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular registradas en AP (ECeV) a los que se han dispensado al menos un envase de anticoagulantes

Nº de personas con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular registradas en AP

x 100

Definiciones: Se incluyen las personas con ECeV (códigos de CIAP2: K89 - Isquemia cerebral transitoria; K90 - Accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía; K91 - Enfermedad cerebrovascular). Para el numerador se incluirán las personas a las que se haya dispensado en el año al menos un envase de un anticoagulante y/o antiagregante (grupos ATC: B01AA - ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K, B01AE - INHIBIDORES DIRECTOS DE LA TROMBINA, B01AF - INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR Xa).

Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad

Desagregación: por CC. AA. y por sexo.

Periodicidad Anual

Observaciones: 2017 datos disponibles de 12 CC. AA.

Control de INR en pacientes con diagnóstico de Enf. cerebrovascular (anticoagulados)

Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100$

Número de personas mayores de 65 años con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular y cifras INR entre 2 y 3 en atención primaria.

Número de personas mayores de 65 años con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular con registro de cifras de INR en atención primaria.

x 100

Definiciones: Se incluirán las personas con registro de enfermedad cerebrovascular en la historia clínica de atención primaria (códigos CIAP2: K89, K90 y K91) en las que consta al menos un registro de cifras de INR en el año de estudio, teniéndose en cuenta el último valor disponible...

Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad

Desagregación: Por sexo y edad

Periodicidad Anual

Observaciones: Años 2013 y 2014, 5 CC. AA. 2015, 6 CC. AA. 2016, 8 CC. AA. 2017, 9 CC. AA.

Tasa de mortalidad por ictus

Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100.000$

Número de defunciones causadas por ictus, en un año

Población en ese año

x 100.000

Definiciones: En el numerador se incluyen todas aquellas muertes cuya causa principal esté codificada con los códigos I60-I64 de la clasificación internacional de enfermedades (CIE), 10ª revisión. Al ser tasas ajustadas por edad se utiliza como población estándar la población europea.

Fuente de datos:

Defunciones según causa de muerte. INE. Elaboración Ministerio Sanidad.
Estimaciones de población actual. INE.

Desagregación: Por comunidad autónoma y por sexo

Periodicidad Anual

Tasa de mortalidad prematura por ictus

Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100.000$

$$\frac{\text{Número de defunciones en menores de 75 años causadas por ictus, en un año}}{\text{Población menor de 75 años, en ese año}} \times 100.000$$

Definiciones: En el numerador se incluyen todas aquellas muertes cuya causa principal esté codificada con los códigos I60-I64 de la clasificación internacional de enfermedades (CIE), 10ª revisión. Al ser tasas ajustadas por edad se utiliza como población estándar la población europea.

Fuente de datos:

Defunciones según causa de muerte. INE. Elaboración Ministerio Sanidad.

Estimaciones de población actual. INE.

Desagregación: Por comunidad autónoma y por sexo

Periodicidad Anual

Anexo II. Cuestionario

- 1) ¿Disponen en su CA de un plan específico de atención al ictus?
SÍ / NO
Si las respuestas son afirmativas adjunte por favor el vínculo o enlace al documento del plan.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Objetivo general 1: Reducir la incidencia del ictus

Objetivo específico 1.1: Detectar precozmente e incluir en programas de seguimiento y controlar a los pacientes de riesgo (hipertensos, diabéticos y dislipémicos).

- 2) ¿Existen en su CA programas de seguimiento y control de pacientes con hipertensión arterial (HTA) en atención primaria (AP)?
SÍ / NO
PERIODICIDAD
COMENTARIO

Objetivo específico 1.6: Los pacientes con ictus y AIT deben mantener el control de los factores de riesgo y recibir tratamiento médico preventivo.

- 3) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?
SÍ / NO
COMENTARIO
- 4) En caso afirmativo, ¿se ha evaluado dicho objetivo?
SÍ / NO
(sí) ¿CÓMO?
(no) COMENTARIO

Objetivo específico 1.7: Las CC. AA. pondrán en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes que mantienen la adherencia al tratamiento a los 5 años.

- 5) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?
SÍ / NO
COMENTARIO

- 6) En caso afirmativo, ¿se ha evaluado dicho objetivo?
SÍ / NO
(sí) ¿CÓMO?
(no) COMENTARIO
- 7) ¿Se han puesto en marcha medidas para reforzar, en un futuro, la adherencia al tratamiento a los 5 años?
SÍ / NO
COMENTARIO
- 8) Describa brevemente las medidas tomadas y las dificultades encontradas:

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: ATENCIÓN EN FASE AGUDA AL PACIENTE CON ICTUS

Objetivo general 2: Disminuir la mortalidad al mes de producirse el ictus y aumentar la autonomía de los supervivientes.

Objetivo 2.1: Aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las 4,5 horas desde el inicio de síntomas asumiendo los criterios de Helsingborg.

- 9) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?
SÍ / NO
COMENTARIO
- 10) En caso afirmativo, ¿se ha evaluado dicho objetivo?
SÍ / NO
(sí) ¿CÓMO?
(no) COMENTARIO
- 11) Describa los resultados obtenidos (incluir fórmula y fuente de datos).

Objetivo 2.2: Desarrollar campañas de información y actividades de formación dirigidas a grupos de riesgo identificados, para aumentar el conocimiento de la población en los síntomas alarma y pautas de actuación.

- 12) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?
SÍ / NO
COMENTARIO
- 13) Número de campañas de información y actividades de formación a población general y a grupos de riesgo sobre la identificación de síntomas de alarma que se han realizado en su CA en los últimos tres años (2017,2018 y 2019), así como las que están proceso y las que se han evaluado.

Nº Realizadas Nº en Proceso Nº Evaluadas

Campañas de Información

Actividades de Formación

- 14) Describa brevemente las campañas de información y actividades de formación llevadas a cabo por su comunidad (población diana, medio de difusión, duración de la actividad, etc. Incluir referencia si existiera).

Nombre-población diana-medio de difusión-duración-fecha ini/fin

Camp de Información

Activ de Formación

Objetivo 2.3: Las CC. AA. dispondrán de una red asistencial de Unidades o Equipos de Ictus según los criterios establecidos en el anexo de la Estrategia en Ictus del SNS.

- 15) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SÍ / NO

COMENTARIO

- 16) Número de equipos de ictus que hay en su CA que cumplen con los criterios descritos, su localización y el año de puesta en marcha (Ver Documento «*CRITERIOS DE UNIDADES Y EQUIPOS DE ICTUS*»).

Nº Localización Año puesta en marcha

- 17) Número de unidades de ictus que hay en su CA que cumplen con los criterios, su localización y el año de puesta en marcha (Ver Documento «*CRITERIOS DE UNIDADES Y EQUIPOS DE ICTUS* »).

Nº Localización Año puesta en marcha

- 18) Enumere los hospitales de referencia para la atención al ictus que hay en su CA que cumplen con los criterios descritos e indique su localización y año de puesta en marcha (Ver Documento «*CRITERIOS DE UNIDADES Y EQUIPOS DE ICTUS* »).

Nº Localización Año puesta en marcha

Objetivo 2.4: El Código Ictus estará implantado en todo el territorio de la CA, de modo que todo contacto personal o telefónico de un paciente o familiar con cualquier centro de salud, urgencias, emergencias u hospital que no sea de referencia, active la derivación inmediata a las unidades y equipos de referencia.

- 19) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SÍ / NO

COMENTARIO

- 20) Grado de nivel de implantación (%) del Código Ictus en su CA. Definir fórmula.
 % fórmula
- 21) ¿Existe en su CA implantado algún sistema de teleictus?
 SÍ / NO
 COMENTARIO
- 22) ¿Existe en su CA algún registro de Código Ictus?
 SÍ / NO
 COMENTARIO
- 23) ¿Existe en su CA algún registro de pacientes que reciben tratamiento de reperusión?
 SÍ / NO
 COMENTARIO

Objetivo 2.5: Las zonas básicas dispondrán de un Equipo o Unidad de Ictus de referencia en una isócrona que permita el acceso en 60 minutos por el medio establecido en su plan o programa.

- 24) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?
 SÍ / NO
 COMENTARIO
- 25) Porcentaje de zonas básicas de su CA que disponen de un equipo o unidad de ictus de referencia que cumpla con las características mencionadas en este objetivo.
 %
 COMENTARIO
- 26) ¿Utilizan algún medio específico, como por ejemplo telemedicina, en situaciones de gran lejanía hasta el centro de referencia?
 SÍ / NO
 (sí) ¿CUÁL?

Objetivo 2.6: Todo hospital que atiende ictus debe tener implantado el Código Ictus (según los criterios establecidos en el documento adjunto «Código Ictus») para la atención prioritaria de todos los pacientes con ictus, independientemente de su forma de llegada.

- 27) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?
 SÍ / NO
 COMENTARIO
- 28) Número de hospitales que atienden ictus y porcentaje de ellos que tienen implantado el código ictus de forma completa (Enumere los hospitales de referencia que tienen implantado el código ictus).

(Tener implantado el código ictus de modo completo significa que el código ictus esté implantado intrahospitalariamente y extrahospitalariamente).

Nº %

Nombre Localización Hosp. de referencia

- 29) Número y porcentaje de hospitales que atienden ictus que tienen implantado el Código Ictus de forma completa entre los cuales se aplica tratamiento de reperfusión endovascular de urgencia (durante las 24 horas) en la atención del ictus.

Nº %

Nombre Localización Hosp. de referencia

Objetivo 2.7: Todo hospital que atienda ictus y AIT tendrá implantada una vía clínica, protocolo o proceso asistencial de atención al ictus.

Aclaraciones: Incluirá como mínimo

- *Los procesos diagnósticos, médicos y quirúrgicos necesarios, así como algoritmos decisorios y tiempos máximos de realización de neuroimagen, fibrinólisis, prevención de tromboembolismo y otros*
- *Los cuidados estandarizados de enfermería*
- *Proceso de rehabilitación precoz con valoración de déficit y de discapacidad e inicio de tratamiento.*
- *Atención neuroquirúrgica y neurorradiológica intervencionista*
- *La persona (gestor de casos u otra figura) que coordine el proceso asistencial y se adelante a las necesidades que les surgen a los pacientes durante el proceso*

- 30) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SÍ / NO

COMENTARIO

- 31) Porcentaje de hospitales que atienden ictus y AIT que cumplen con el objetivo

%

Objetivo 2.8: Las CC. AA. promoverán pautas de actuación para la atención del ictus pediátrico

- 32) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SÍ / NO

COMENTARIO

- 33) ¿Se han realizado acciones en los últimos tres años (2017,2018 y 2019) para promover pautas de actuación en la atención del ictus pediátrico?

SÍ / NO

COMENTARIO

- 34) Describa brevemente las acciones llevadas a cabo por su CA (Programa específico para la atención del ictus pediátrico, hospitales de referencia o unidades asistenciales especializadas, red telefónica, formación de neuropediatras en esta patología, fomento de la investigación en este campo, etc...).
- 35) Si existe el plan por favor adjunte el vínculo o enlace al mismo.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: REHABILITACIÓN REINSERCIÓN

Objetivo general 3: Aumentar el porcentaje de pacientes con ictus que son integrados plenamente en su vida personal y social

Objetivo 3.1: Todo paciente con ictus dispondrá desde el inicio del proceso de un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad/déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros.

- 36) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SÍ / NO

COMENTARIO

- 37) ¿Se ha realizado dicho objetivo?

SÍ / NO

(sí) % centros

(no) COMENTARIO

- 38) ¿Se ha evaluado dicho objetivo?

SÍ / NO

(sí) ¿CÓMO?

(no) COMENTARIO

- 39) Describa los resultados obtenidos (incluir fórmula y fuente de datos)

Objetivo 3.2: Todo paciente con ictus al alta de su plan de rehabilitación, recibirá una evaluación funcional como apoyo en su integración en la esfera social y/o laboral.

- 40) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SÍ / NO

COMENTARIO

- 41) ¿Se ha realizado dicho objetivo?

SÍ / NO

(sí) % centros

(no) COMENTARIO

- 42) ¿Se ha evaluado dicho objetivo?

SÍ / NO

(sí) ¿CÓMO?

(no) COMENTARIO

43) Describa los resultados obtenidos (incluir fórmula y fuente de datos)

Objetivo 3.3: El paciente y la familia recibirán en el hospital la adecuada formación e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio.

44) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SÍ / NO

COMENTARIO

45) ¿Se ha realizado dicho objetivo?

SÍ / NO

(sí) % centros

(no) ¿por qué? / dificultades

46) ¿Se ha evaluado dicho objetivo?

SÍ / NO

(sí) ¿CÓMO?

(no) ¿por qué? / dificultades

47) Describa los resultados obtenidos (incluir fórmula y fuente de datos)

Objetivo 3.5: Las CC. AA. dispondrán de un mapa de recursos sobre los distintos ámbitos de rehabilitación

48) ¿Se han puesto en marcha medidas en su CA para conseguir este objetivo?

SÍ / NO

COMENTARIO

49) Describa en su CA:

i. Los centros de rehabilitación que existen en el tratamiento del ictus:

- Descripción de la localización
- Recursos con los que cuenta para la rehabilitación del ictus
- Áreas de rehabilitación que abarca

ii. Si son de ámbito ambulatorio u hospitalario

iii. Coordinación existente en su CA:

Centro de rehabilitación-

Fisioterapeutas/Logopedas-

Localidad

Recursos-

Áreas-

Amb./Hospit

- 50) Enviar el mapa de recursos de su CA en materia de rehabilitación del ictus, especificando aquellos que cuenten con servicios de logopedia y fisioterapia

Objetivo general 4: Prestar atención y apoyo al paciente con discapacidad y a su familia

Objetivo 4.1: Los equipos de AP realizarán una valoración integral de los pacientes dados de alta y de sus cuidadores.

- 51) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SÍ / NO

COMENTARIO

- 52) ¿Se ha realizado dicho objetivo?

SÍ / NO

(sí) % centros

(no) COMENTARIO

- 53) ¿Se ha evaluado dicho objetivo?

SÍ / NO

(sí) ¿CÓMO?

(no) COMENTARIO

- 54) Describa los resultados obtenidos (incluir fórmula y fuente de datos).

Objetivo 4.2: Desarrollar intervenciones en AP, dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus

- 55) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SÍ / NO

COMENTARIO

- 56) ¿Se han realizado intervenciones de este tipo en AP en su comunidad?

SÍ / NO

COMENTARIO

- 57) Describa brevemente las intervenciones llevadas a cabo por su comunidad en los últimos tres años (2017,2018 y 2019) y el tipo de apoyo prestado (psicológico, informativo, económico...) así como las dificultades encontradas (incluir referencia si existiera)

Objetivo 4.3: Establecer en las CC. AA. un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores.

- 58) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SÍ / NO

COMENTARIO

59) ¿Se han realizado acciones en su CA para cumplir con este objetivo?

SÍ / NO

COMENTARIO

60) ¿Tiene su CA algún acuerdo de colaboración con Servicios Sociales para la atención de estos pacientes?

SÍ / NO

COMENTARIO

61) Describa brevemente las acciones llevadas a cabo por su comunidad y para qué tipo de discapacidad, así como las dificultades encontradas:

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: FORMACIÓN

Objetivo general 5: Potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con ictus

Objetivo 5.1: Disponer en las CC. AA., de un Plan de Formación Continuada para todos los profesionales de AP, de los centros de urgencias y de emergencia y de los Equipos o Unidades de Ictus que garantice la pronta y correcta identificación, traslado y atención de los pacientes con ictus

62) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SÍ / NO

COMENTARIO

63) ¿Se han realizado actividades formativas propias acreditadas oficialmente sobre la atención al ictus en su CA en los últimos tres años?, especifique el número de los siguientes profesionales que han cursado los curso de formación continua, para las siguientes profesionales sanitarios, para los años especificados: neurólogos/-as, médicos/-as rehabilitadores, médicos de urgencias, emergencia y de los 112, médicos/-as de atención primaria, fisioterapeutas, enfermeros/-as, neurólogos infantiles, logopedas, psicólogos, pediatras, etc. (RELLENAR TABLA ADJUNTA)

2017 2018 2019

Neurólogos/-as

Médicos/-as rehabilitadores

Médicos/-as de urgencias

Emergencias y 112

Médicos/-as de AP

Enfermeros/-as

Fisioterapeutas

Terapeutas ocupacionales

Neurólogos/-as infantiles
Logopedas
Psicólogos/-as
Pediatras
Otras especialidades médicas

ICTUS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

- 64) En los meses de pandemia, ¿se ha modificado la frecuencia de ictus?
SÍ / NO
COMENTARIO
- 65) En los meses de la pandemia, ¿se ha modificado el uso del Código Ictus?
SÍ / NO
COMENTARIO
- 66) Describa brevemente qué política se ha seguido en las Unidades de Ictus con los ictus COVID+ (Por ejemplo: ¿tratarlos en las Unidades de Ictus?, ¿en las salas COVID?, ¿camas COVID en las Unidades de Ictus?, ¿unidades conjuntas coronaria-ictus COVID?)
- 67) ¿Se ha aplicado el Código Ictus al ictus intrahospitalario en pacientes COVID?
SÍ / NO
COMENTARIO

22 de abril de 2020

ANEXO AL CUESTIONARIO

CRITERIOS DE UNIDADES Y EQUIPOS DE ICTUS

NIVELES ASISTENCIALES EN LA ATENCIÓN DE LA FASE AGUDA DEL ICTUS

Consideramos tres tipos de hospitales en lo que se refiere a la atención al paciente con ictus:

a) HOSPITALES CON EQUIPOS DE ICTUS.

Estos hospitales deben garantizar una atención organizada al ictus que ha de incluir como mínimo:

- Equipo de ictus, coordinado por un neurólogo experto en ictus.*
- Protocolos clínicos de actuación.*
- Protocolos de derivación interhospitalarios previamente consensuados.*
- TC cerebral las 24 horas del día.*
- Fisioterapia.*

El equipo de ictus representa el nivel básico de atención al ictus. Debe de estar preparado para diagnosticar y tratar los ictus sabiendo cuándo derivar a otro nivel asistencial. Su principal y fundamental característica es la rápida disponibilidad del personal que lo compone. Están formados por un grupo móvil interdisciplinario que trabaja de forma conjunta para asegurar la mejor atención al paciente en cada momento. El número de profesionales que integran el equipo será diferente según el grado de complejidad del hospital, y su composición variará a lo largo de la enfermedad para adaptarse a las necesidades del paciente en la fase aguda y durante el proceso de rehabilitación. Debe haber un neurólogo responsable, experto en ictus, coordinando y dando apoyo profesional en las diferentes fases de la enfermedad.

b) HOSPITALES CON UNIDADES DE ICTUS.

Este tipo de hospital está dotado con el personal, infraestructura y programas necesarios para estabilizar y tratar a la mayoría de los pacientes con ictus durante su fase aguda. Los elementos mínimos, modificados de los descritos por Alberts et al de ese tipo de hospitales, son:

- Unidad de Ictus. Los requisitos básicos para su correcto funcionamiento son:*
 - Existencia de camas específicas.*
 - Disponer de un neurólogo en función de coordinador, experto en enfermedades cerebrovasculares.*

- Programa de trabajo coordinado con otros especialistas implicados (cirugía vascular, neurorradiología, cardiología, rehabilitación, 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.
 - Laboratorio de Neurosonología para estudio neurovascular a cargo de la unidad.
- Circuitos establecidos con el Servicio de Urgencias Extrahospitalario para el traslado inmediato de los pacientes. Código Ictus.
 - Servicio de Urgencias.
 - Acceso a Neurocirugía.
 - UCI disponible.
 - TC cerebral disponible las 24 horas del día.
 - Servicio de Laboratorio de urgencias las 24 horas del día.
 - Rehabilitación multidisciplinaria.
 - Registro de ictus.
 - Acceso rápido y preferente a los hospitales de alta tecnología para la aplicación de técnicas diagnósticas y/o terapéuticas muy específicas.

Es vital que los servicios médicos de emergencia estén integrados con el centro de ictus: debe ser un componente integral de este tipo de centros.

Aunque estos centros proveen una alta calidad en la atención a los pacientes, algunos pacientes con formas de ictus complejas, con déficit neurológico importante o con enfermedad multiorgánica, pueden requerir y beneficiarse de una AE así como de los recursos técnicos no disponibles en este tipo de hospitales.

c) HOSPITALES DE REFERENCIA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ICTUS.

Están ubicados en hospitales de alta tecnología o terciarios. Se define como aquel que además de la Unidad de Ictus está dotado con el personal, infraestructura y programas necesarios para diagnosticar y tratar a los pacientes con ictus que requieren una atención médica y quirúrgica altamente especializada.

Los componentes clave, adaptados de los descritos por Alberts et al de los centros de referencia se pueden dividir en 5 áreas principales:

1. Personal:

- a. *Coordinador del proceso asistencial: neurólogo experto en enfermedades cerebrovasculares.*

- b. *Neurólogos expertos en enfermedades cerebrovasculares.*
 - c. *Neurocirujanos expertos en tratamiento quirúrgico de enfermedades cerebrovasculares.*
 - d. *Enfermería especializada en enfermedades cerebrovasculares.*
 - e. *Cirujanos vasculares.*
 - f. *Neuroradiólogos diagnósticos.*
 - g. *Médicos expertos en neurointervencionismo endovascular.*
 - h. *Intensivistas.*
 - i. *Médicos rehabilitadores.*
 - j. *Asistentes/trabajadores sociales.*
2. *Técnicas diagnósticas avanzadas en:*
 - a. *Neurosonología.*
 - b. *Neuroimagen cerebral.*
 - c. *Neuroimagen vascular.*
 - d. *Neuroimagen funcional.*
 - e. *Ecocardiografía.*
 3. *Terapéuticas quirúrgicas y neurointervencionistas avanzadas en*
 - a. *Ateromatosis carotídea.*
 - b. *Aneurismas y malformaciones AV intracraneales.*
 - c. *Vasoespasmismo intracraneal.*
 - d. *Reperusión y recanalización intraarteriales.*
 - e. *Hemorragias intracerebrales.*
 - f. *Hipertensión intracraneal.*
 - g. *Cirugía cardiovascular.*
 4. *Infraestructura*
 - a. *Unidad de Ictus.*
 - b. *UCI (deseablemente con expertos en cuidados neurológicos).*
 - c. *Guardia de Neurología con médicos entrenados en enfermedades cerebrovasculares 24h/7d.*
 - d. *Guardia de Neurocirugía 24/7d.*
 - e. *Cobertura de servicios neurointervencionistas 24h/7d.*
 - f. *Registro de ictus.*
 5. *Programas educación/investigación*
 - a. *Educación comunitaria.*
 - b. *Prevención comunitaria.*
 - c. *Educación profesional.*
 - d. *Educación de los pacientes.*
 - e. *Programas propios de investigación en enfermedades cerebrovasculares.*
 - f. *Programa de formación especializada.*
 - g. *Publicaciones y presentaciones en congresos.*

ANEXO AL CUESTIONARIO

CÓDIGO ICTUS

En la cadena asistencial del ictus es fundamental establecer sistemas que favorezcan una interconexión precisa entre los servicios de emergencia extrahospitalarios e intrahospitalarios. El Código Ictus es un sistema que permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con ictus a los servicios de urgencias. De este modo, puede ponerse en marcha el proceso intrahospitalario de diagnóstico y cuidados mientras se traslada al paciente con ictus hasta el Servicio de Urgencias.

El tiempo hasta el inicio del tratamiento es muy importante, ya que cuanto más precozmente se realice el tratamiento con tPA, dentro de las 4,5 primeras horas, mejores resultados se obtienen. Por ello, es muy importante el que los pacientes lleguen lo antes posible al hospital. Una forma de conseguirlo es la implantación de un sistema de interconexión entre los médicos extrahospitalarios y el neurólogo vascular del hospital, lo que se denomina Código Ictus. Este sistema ha demostrado reducir los tiempos de latencia, lo que se traduce en un mayor porcentaje de recanalización precoz y una mejor evolución clínica de los pacientes.

El Código Ictus incluye el que todo contacto personal o telefónico de un paciente o familiar con cualquier centro de salud, urgencias, emergencias u hospital que no sea de referencia, active la derivación inmediata a las unidades y equipos de referencia.

– Código Ictus extrahospitalario:

El código Ictus está implantado en la mayoría de los sistemas sanitarios avanzados y conecta los sistemas de emergencia con el hospital. Esos sistemas, basados en la coordinación de estructuras administrativas y asistenciales, tienen por objetivo jerarquizar las demandas de atención sanitaria urgente, dándole la respuesta adecuada a su grado de prioridad. En todo el mundo, estos sistemas se basan en un teléfono de recogida de la información perteneciente a una estructura centralizada de respuesta. Esta estructura está compuesta por personal administrativo adiestrado y médico/s de guardia. Suelen disponer de protocolos informatizados que, a través de palabras guía, dan una respuesta concreta y dota de la prioridad alta o menos según criterios pre-fijados. La definición de código implica una serie de acciones a realizar por los servicios de emergencia y la comunicación previa a la unidad o equipo de ictus del Hospital.

– Código Ictus Intrahospitalario:

La aplicación del «Código Ictus» que pone en funcionamiento un equipo de facultativos específico y que prioriza al paciente con ictus y supone la puesta en marcha de actuaciones y procedimientos pre-fijados en el hospital,

se produce como consecuencia de la aplicación del código extrahospitalario o a la llegada de un ictus a la puerta de urgencia del hospital. Dentro de los procedimientos estandarizados que suelen estar integrados en la vía clínica del centro se encuentra la valoración directa por los facultativos del equipo de ictus y la práctica de neuroimagen preferencial, así como la aplicación de la trombolisis cuando está indicada.

En España se ha propuesto que la activación del Código Ictus es útil en la fase aguda del ictus, reduciendo los tiempos de latencia tanto pre- como intrahospitalarios hasta la mitad, permitiendo así el tratamiento de reperusión con fibrinólisis (rt-PA) a un mayor porcentaje de pacientes de forma más precoz, lo que se traduce en una mejor evolución clínica del paciente.

Anexo III. Mapas de recursos de rehabilitación

Aragón

Se describen 7 centros de rehabilitación en el tratamiento del ictus con las siguientes características: Los 7 centros de rehabilitación están ubicados en centros hospitalarios con un tratamiento precoz de los pacientes con ictus (menor de 48 horas) a nivel hospitalario. El tiempo de rehabilitación es de 30 minutos por terapia con una frecuencia diaria al ingreso pudiéndose alternar ambulatoriamente.

Todos los centros están dotados con recursos técnicos básicos para la recuperación de la capacidad motora (fisioterapeutas), en tres de ellos además presentan terapia ocupacional (HU Miguel Servet, HCU Lozano Blesa y Hospital Nuestra Señora de Gracia) y en uno de ellos, HCU Lozano Blesa, hay valoración con respecto a la parte emocional y psicológica (neuropsicólogos). Dos centros (HU Miguel Servet y el HCU Lozano Blesa) disponen también de recursos técnicos especializados en la recuperación del lenguaje.

Los 7 centros hospitalarios son:

Hospital Universitario Miguel Servet

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Hospital Nuestra Señora de Gracia

Hospital Royo Vilanova

Hospital de Huesca

Hospital de Barbastro

Hospital de Teruel

Asturias

Se describen 14 centros de rehabilitación en el tratamiento del ictus con las siguientes características:

Hay 4 centros de rehabilitación ubicados en centros hospitalarios que realizan rehabilitación de complejidad media-alta en pacientes mayores de 65 años como el Hospital fundación Avilés (concertado), Hospital Monte Naranco, Hospital Adaro (concertado) y Hospital de la Cruz Roja.

Hay 1 centro de rehabilitación ubicado en centro hospitalario como el HU Central de Asturias que hace rehabilitación intensiva de los pacientes menores de 65 años.

Hay 3 centros de rehabilitación ubicado en centros hospitalarios como el Hospital de Jarrío que también presenta atención ambulatoria, Hospital Cangas de Narcea, Hospital Java.

Hay 7 centros de rehabilitación de atención ambulatoria como el Hospital de San Agustín, Hospital de Jarrío, Hospital de día geriátrico, Hospital de Cabueñes, Unidad de atención primaria, Hospital Álvarez Buylla de Mieres y el Hospital Valle del Nalón.

Todos los centros están dotados con recursos técnicos básicos para la recuperación de la capacidad motora (fisioterapeutas) y presentan terapia ocupacional. Cuatro centros disponen también de recursos técnicos especializados en la recuperación del lenguaje como son el HU Central de Asturias (que dispone de logopeda y foniatra), el Hospital Monte Naranco (logopeda) en Oviedo, Hospital Fundación Avilés (logopeda) y el Hospital de Cabueñes (foniatra).

Mapa de recursos de rehabilitación en Asturias						
AS*	< 65 años C. Alta**	> 65 años C. Media-Alta*** Media estancia	Resto	Ambulatoria	Domiciliaria	Otros
I	HUCA		H. de Jarrío			
II	HUCA		H. de Cangas			
III	HUCA	H. Fundación Avilés		H. San Agustín	Sí	
IV	HUCA	H. Monte Naranco		HUCA		
V	HUCA	H. Cruz Roja		H. Cabueñes	Sí	H. Jove-hospitalizados
VI	HUCA		Unidades de AP			H. Arriendas no tiene Rehabilitación
VII	HUCA	H. Adaro	H. Álvarez Buylla			
VIII	HUCA	H. Adaro	H. Valle Nalón			

*: Área Sanitaria

AS	Hospital del Área
I	H. de Jario
II	H. de Cangas
III	H. San Agustín
IV	HUCA
V	H. Cabueñes /H. Jove
VI	
VII	H. Álvarez Buylla
VIII	H. Valle Nalón
< 65 años C. Alta: Pacientes <65 años con complejidad alta *> 65 años C. Media-Alta. Pacientes <65 años con complejidad media-alta	

ÁREA SANITARIA I (Hospital de Jario): 2 rehabilitadores, 4 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional.

- Los pacientes menores de 65 años que precisan rehabilitación intensiva son derivados (hospitalizados) al Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo).
- El resto de pacientes realizan rehabilitación ambulatoria en el Hospital de Jario.
- Los pacientes son remitidos a Oviedo para realizar foniatría y logopedia.

ÁREA SANITARIA II (Cangas del Narcea): 1 rehabilitador, 4 fisioterapeutas.

- Los pacientes menores de 65 años que precisan rehabilitación intensiva son derivados (hospitalizados) al Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo).
- El resto de pacientes realizan fisioterapia ambulatoria en el Hospital de Cangas del Narcea.
- Los pacientes son remitidos a Oviedo para realizar foniatría y logopedia.

ÁREA SANITARIA III:

- Los pacientes menores de 65 años que precisan rehabilitación intensiva son derivados (hospitalizados) al Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo).
- Los pacientes mayores de 65 años con complejidad media-alta se derivan al Hospital Fundación de Avilés (concertado): 5 geriatras, 1 fisioterapeuta, 1 trabajadora social.

- El resto de pacientes realizan fisioterapia ambulatoria en el Hospital San Agustín (cabecera de área): 4 rehabilitadores, 8 fisioterapeutas, 1 logopeda concertado.
- Existe la opción de rehabilitación domiciliaria (concertada): 1 rehabilitador, 2 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional.

ÁREA SANITARIA IV:

- Los pacientes menores de 65 años con necesidad de rehabilitación de alta complejidad permanecen ingresados en el Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo, cabecera de área), y posteriormente continúan con Rehabilitación Domiciliaria en el mismo centro: 4 neurorrehabilitadores, 5 fisioterapeutas especializados en rehabilitación neurológica, 2 terapeutas ocupacionales neurológicos, 1 fonoiatra, 6 logopedas, 1 trabajadora social.
- Los pacientes mayores de 65 años con complejidad media-alta son hospitalizados en el Hospital Monte Naranco y posteriormente continúan la rehabilitación ambulatoria en el Hospital de Día Geriátrico: 1,5 geriatras, 1,5 rehabilitadores, 4,5 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional, 1 fonoiatra, 3 logopedas, 1 trabajadora social.

ÁREA SANITARIA V:

- Los pacientes menores de 65 años que precisan rehabilitación intensiva son derivados (hospitalizados) al Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo).
En el Hospital de la Cruz Roja (concertado) ingresan los pacientes mayores de 65 años con nivel de complejidad medio-alto: 6 geriatras, 2,5 fisioterapeutas, 1 logopeda, 1 trabajadora social.
- Existe rehabilitación domiciliaria (concertado) para pacientes de complejidad media: 1 rehabilitador, 2 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional.
- En el Hospital de Cabueñes se proporciona rehabilitación ambulatoria al resto de pacientes: 6 rehabilitadores, 8 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional, 1 fonoiatra, 1 logopeda.
- En el Hospital de Jove (concertado) se proporciona rehabilitación solamente a los pacientes ingresados.

ÁREA SANITARIA VI:

- Los pacientes menores de 65 años que precisan rehabilitación intensiva son derivados (hospitalizados) al Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo).
- El resto de pacientes se tratan ambulatoriamente en las Unidades de Atención Primaria: 1 rehabilitador, 1 fisioterapeuta en Ribade-

sella, 1 fisioterapeuta en Llanes, 1 fisioterapeuta en Infiesto, 2 fisioterapeutas en Arriondas.

- Para el tratamiento de logopedia los pacientes son remitidos al HUCA (Oviedo).

ÁREA SANITARIA VII:

- Los pacientes menores de 65 años que precisan rehabilitación intensiva son derivados (hospitalizados) al Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo).
- Los pacientes mayores de 65 años con complejidad media-alta ingresan en el Hospital Adaro (concertado): 5 geriatras, 1 fisioterapeuta, 1 logopeda externo, 1 trabajadora social.
- Existe rehabilitación ambulatoria en el Hospital Álvarez Buylla de Mieres para el resto de pacientes: 2 rehabilitadores, 6 fisioterapeutas.
- En caso de necesitar logopedia, son remitidos al Hospital Monte Naranco, de Oviedo.

ÁREA SANITARIA VIII:

- Los pacientes menores de 65 años que precisan rehabilitación intensiva son derivados (hospitalizados) al Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo).
- Los pacientes mayores de 65 años con complejidad media-alta ingresan en el Hospital Adaro (concertado): 5 geriatras, 1 fisioterapeuta, 1 logopeda externo, 1 trabajadora social.
- Existe rehabilitación ambulatoria en el Hospital Valle del Nalón para el resto de pacientes: 2 rehabilitadores, 5 fisioterapeutas.
- En caso de necesitar logopedia, son remitidos al Hospital Monte Naranco, de Oviedo.

I. Balears

MAPA DE RECURSOS DE REHABILITACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS

1. ÁMBITO HOSPITALARIO

1.1. HOSPITALES QUE ATIENDEN PACIENTES EN FASE AGUDA

Los hospitales que atienden ictus en fase aguda proporcionan tratamiento rehabilitador durante el ingreso y al alta del paciente, en régimen ambulatorio.

Ninguno dispone de camas gestionadas por RHB.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES (MALLORCA)

Médicos rehabilitadores

Enfermeros

Fisioterapeutas

Terapeutas ocupacionales

Logopedia dependiente de Foniatría, en el servicio de ORL, no atiende pacientes en fase aguda, sólo en régimen ambulatorio. Trabajador social

No rehabilitación neuropsicológica

Rehabilitación precoz intrahospitalaria

Rehabilitación ambulatoria

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON LLÀTZER (MALLORCA)

Médicos rehabilitadores

Enfermeros

Fisioterapeutas

Terapeutas ocupacionales

No logopedia

Trabajador social

No rehabilitación neuropsicológica

Rehabilitación precoz intrahospitalaria

Rehabilitación ambulatoria

HOSPITAL DE MANACOR (MALLORCA)

Médicos rehabilitadores

Enfermeros

Fisioterapeutas

Terapeuta ocupacional

No logopedia

No rehabilitación neuropsicológica

Rehabilitación precoz intrahospitalaria

Rehabilitación ambulatoria

HOSPITAL DE INCA (MALLORCA)

Médicos rehabilitadores

Enfermeros

Fisioterapeutas

Trabajador social

Rehabilitación intrahospitalaria

Rehabilitación ambulatoria

Enfermeros
Fisioterapeutas
Terapeutas ocupacionales
Logopedia (sólo ambulatorio, con demora)
Trabajador social
No rehabilitación neuropsicológica
Rehabilitación precoz intrahospitalaria
Rehabilitación ambulatoria

HOSPITAL MATEU ORFILA (MENORCA)

Médicos rehabilitadores
Enfermeros
Fisioterapeutas
Terapeutas ocupacionales
Logopedia
Trabajador social
No rehabilitación neuropsicológica
Rehabilitación precoz intrahospitalaria
Rehabilitación ambulatoria

1.2. HOSPITALES QUE ATIENDEN PACIENTES EN FASE SUBAGUDA

La derivación a estos hospitales de media estancia se realiza a través de Enfermeras Gestoras.

HOSPITAL GENERAL (PALMA)

UNIDAD DE ICTUS EN EL HOSPITAL GENERAL

Se trata de una Unidad específica de atención a los pacientes con ictus en fase subaguda que atiende a pacientes referidos desde los hospitales de agudos de la isla de Mallorca.

Médico rehabilitador
Enfermeros
Fisioterapeutas
Terapeutas ocupacionales
Logopedia
Trabajador social
Psicólogo/psiquiatra
Rehabilitación neuropsicológica
Rehabilitación en régimen de ingreso
Rehabilitación ambulatoria
Nº de camas (12 ampliable a 20)

Hospital de día geriátrico (cada día puede atender a 20 personas y se realizan programas a días alternos).

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (PALMA e INCA)

Centro concertado para rehabilitación del daño cerebral adquirido con atención organizada al ictus.

Médicos rehabilitadores

Enfermeros

Fisioterapeutas

Terapeutas ocupacionales

Logopedia

Trabajador social

Neuropsicólogo

Rehabilitación neuropsicológica

Rehabilitación en régimen de ingreso

Rehabilitación ambulatoria

Nº de plazas: hasta 30 plazas concertadas para neurorehabilitación

Hospital de día geriátrico (cada día puede atender a 15 personas y se realizan programas a días alternos)

2. ÁMBITO COMUNITARIO

2.1. ATENCIÓN PRIMARIA

Los Centros de Salud disponen de fisioterapeutas que NO realizan tratamientos a los pacientes con ictus. Los médicos rehabilitadores de los diferentes hospitales se desplazan a los CS.

2.2. REHABILITACIÓN DOMICILIARIA

Para pacientes con necesidades de rehabilitación que no pueden desplazarse a centro ambulatorio se dispone de atención a domicilio a través de un concierto que en estos momentos gestiona la empresa FISIOGESTIÓN.

2.3. CONCIERTOS Y CONVENIOS

Concierto con AEMIF (Asociación Esclerosis Múltiple Ibiza y Formentera) que incluye el tratamiento rehabilitador de pacientes con esclerosis múltiple, enfermedad de Párkinson e ictus.

2.4. OTROS RECURSOS NO DEPENDIENTES DE LA CONSEJERÍA DE SALUD

El SEPAP es un programa de atención, de prevención y promoción de la autonomía personal, cuyo objetivo es facilitar a la persona con discapacidad física y psicofísica graves el desarrollo de un nivel óptimo de autonomía personal mediante un trabajo interdisciplinario en todas las áreas que afectan a la normalización de su situación. Depende de la Consejería de Asuntos Sociales y

Deportes. Dispone de in convenio vigente con la Asociación de daño cerebral de Baleares (REHACER) de 20 plazas para personas con ictus.

La Red de Centros de Día dependientes de la Dirección General de Dependencia y del Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (IMAS) que ofrecen atención, estimulación y promoción de la autonomía de los pacientes.

Centro de rehabilitación	Fisioterapeutas/Logopedas	Localidad	Recursos	Áreas	Amb. / Hospit	Coordinación
HOSPITAL USON ESPASES	Fisioterapeutas sí/ Logopeda sólo 1 que depende de foniatra y éste a su vez de ORL	Palma	Realiza atención precoz al ictus. No dispone de camas. Gimnasio equipado para atención global al ictus, no programa de RHB intensiva	Fisioterapia/TO/logopedia independiente y sólo para atención ambulatoria	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia
HOSPITAL SON LLÀTZER	Sí fisioterapia/ No logopedia	Palma	Realiza atención precoz al ictus. No dispone de camas. Gimnasio equipado para atención global al ictus, no programa de RHB intensiva	Fisioterapia y TO	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia
HOSPITAL DE MANACOR	Sí fisioterapia/ No logopedia	Manacor	Realiza atención al ictus. No dispone de camas. Gimnasio equipado para atención global al ictus, no programa de RHB intensiva	Fisioterapia y TO	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia
HOSPITAL DE INCA	Sí fisioterapia/ No logopedia	Inca	Realiza atención al ictus. No dispone de camas. Gimnasio.	Fisioterapia	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia
HOSPITAL CAN MISSES	Sí fisioterapia/ Logopeda dependiente de ORL	Eivissa	Realiza atención precoz al ictus. No dispone de camas. Gimnasio equipado para atención global al ictus, no programa de RHB intensiva	Fisioterapia/TO/logopedia sólo para atención ambulatoria	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia

HOSPITAL MATEU ORFILA	Sí fisioterapia/ Logopeda en régimen ambulatorio	Maó	Realiza atención precoz al ictus. No dispone de camas. Gimnasio equipado para atención global al ictus, no programa de RHB intensiva	Fisioterapia/ TO/logopedia sólo para atención ambulatoria	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia
HOSPITAL GENERAL	Fisioterapia y logopedia	Palma	Unidad de Ictus subaguda, hospital de día, tratamientos ambulatorios	RHB integral	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	Fisioterapia y logopedia	Palma e Inca	Unidad de daño cerebral con programa de atención al ictus	RHB integral	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia

Cantabria

Mapa de recursos rehabilitación Cantabria

Centro	Localización	Recursos								
		Auxiliar Enfermería	Celadores	Enfermería	Fisioterapeutas (1)	Logopedia-logofonia	Médicos Rehabilitadores (FEA)	Médicos Rehabilitadores (MIR)	Terapeutas ocupacionales	Psicólogos
GAP	Cada una de las ZBS				70					
HCL	Laredo	3			11		5		1	
HCS	Torrelavega/Reinosa	3			14	1	5		1	
HUMV	Santander	21	4	1	43	4	12	4	3	
H. Santa Clotilde (2)	Santander	2			7	1	1		1	
H. Padre Menni (2)	Santander									1

Centro	Áreas	Ámbito
GAP	Fisioterapia ambulatoria de baja complejidad, valoración de dependencia.	Ambulatorio
HCL	Programas multidisciplinares a nivel de ingreso en camas de agudos de Neurología y rehabilitación ambulatoria. No disponemos de rehabilitación de alta intensidad en régimen de ingreso en camas de rehabilitación ni de programas domiciliarios.	Hospitalario y ambulatorio
HCS	Programas multidisciplinares a nivel de ingreso en camas de agudos de Neurología y rehabilitación ambulatoria. No disponemos de rehabilitación de alta intensidad en régimen de ingreso en camas de rehabilitación ni de programas domiciliarios.	Hospitalario y ambulatorio
HUMV	Programas multidisciplinares a nivel de ingreso en camas de agudos de Neurología y rehabilitación ambulatoria. No disponemos de rehabilitación de alta intensidad en régimen de ingreso en camas de rehabilitación ni de programas domiciliarios.	Hospitalario y ambulatorio
H. Santa Clotilde (2)	Rehabilitación de convalencia en régimen de ingreso	Hospitalario
H. Padre Menni (2)	Programa de rehabilitación neuropsicológica déficit cognitivo / conductual en régimen ambulatorio	Ambulatorio

Centro	Coordinación
GAP	Atención a procesos no complejos en pacientes con deambulación independiente conservada y aplicación de técnicas fisioterapéuticas de primer nivel. Los casos más complejos deben derivarse a nivel hospitalario. Valoraciones de grado de dependencia en función del déficit y propuesta de dotación de recursos (materiales, económicos)
HCL	Valoración durante el ingreso hospitalario del paciente por el médico rehabilitador que planifica el plan de tratamiento a realizar durante el ingreso hospitalario y tras el alta en las consultas y áreas ambulatorias del servicio de rehabilitación.
HCS	Valoración durante el ingreso hospitalario del paciente por el médico rehabilitador que planifica el plan de tratamiento a realizar durante el ingreso hospitalario y tras el alta en las consultas y áreas ambulatorias del servicio de rehabilitación.
HUMV	Valoración durante el ingreso hospitalario del paciente por el médico rehabilitador que planifica el plan de tratamiento a realizar durante el ingreso hospitalario y tras el alta en las consultas y áreas ambulatorias del servicio de rehabilitación.
H. Santa Clotilde (2)	Convenio con el Servicio Cantabro de Salud para la hospitalización de pacientes que requieran una estancia hospitalaria de duración media o larga, incluyéndose entre estos pacientes que han sufrido un ictus
H. Padre Menni (2)	Convenio con el Servicio Cantabro de Salud para la hospitalización de pacientes que requieran rehabilitación neuropsicológica por déficit cognitivo tras daño cerebral, incluyéndose entre estos pacientes que han sufrido un ictus

GAP: Gerencia de Atención Primaria. HCL: Hospital Comarcal de Laredo. HCS: Hospital Comarcal Sierrallana. HUMV: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. ZBS: Zona Básica de salud. FEA: Facultativo Especialista de Área. MIR: Médico Interno Residente

1. En el HUMV, 6 fisioterapeutas presentan dedicación exclusiva a Rehabilitación neurológica domiciliaria y 3 fisioterapeutas presentan dedicación exclusiva a Rehabilitación neurológica hospitalaria
2. Centros no adscritos al Servicio Cantabro de Salud con los que existe convenio de colaboración

Extremadura

Dispone de un centro específico de neurorrehabilitación y de servicios de rehabilitación generales (servicios de rehabilitación, centros de salud con fisioterapia y centros de habilitación funcional):

Centro de Rehabilitación Neurológica Casaverde (Mérida): hospital de media estancia altamente especializado en rehabilitación funcional, tanto neurológica como física, y en la atención integral a pacientes pluripatológicos con una importante necesidad de cuidados sanitarios y de enfermería. Dispone de una avanzada dotación tecnológica y está integrado por un equipo multidisciplinar de profesionales especializados en rehabilitación neurológica y física constituido por: neurólogo, médico rehabilitador, médico general, fisioterapeuta, neuropsicólogo, psicólogo clínico, logopeda, terapeuta ocupacional, enfermero y trabajador social.

Sus instalaciones comprenden una piscina terapéutica cubierta, amplios gimnasios y salas de terapia pensadas para desarrollar la actividad rehabilitadora en las mejores condiciones. El trabajo de neurorrehabilitación en este centro se lleva a cabo tanto en régimen de ingreso como ambulatorio. Es un centro concertadas que dispone de 60 plazas hospitalarias y 15 ambulatorias.

Servicios de Medicina Física y Rehabilitación: Los centros sanitarios disponen de Servicios de Medicina Física y Rehabilitación. Los profesionales realizan una valoración completa de los pacientes que han sufrido un ictus. Si el paciente cumple criterios, se solicita el ingreso en el centro específico de rehabilitación neurológica CasaVerde. En caso contrario, se diseña un plan individual de rehabilitación que se ejecuta de manera ambulatoria

en el hospital. Tras este tratamiento, en caso necesario, se continúa en los servicios de fisioterapia de los centros de salud del Servicio Extremeño de Salud (SES).

Centros de Salud con Servicio de Fisioterapia: El SES dispone de 79 salas de fisioterapia en Atención Primaria que dan cobertura a toda la población de la región.

Centros de Habilitación Funcional. El Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) es el organismo con competencias en servicios sociales especializados. No cuenta con servicios o recursos públicos específicos para la atención a las deficiencias permanentes [discapacidad residual] generadas por un ictus o por cualquier tipo de daño cerebral. Sin embargo, si después de la fase de rehabilitación tienen reconocida una situación de dependencia, tendrán derecho a acceder a tratamientos de promoción de autonomía para mantener capacidades residuales: logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional y estimulación cognitiva. Estos tratamientos se prestan desde los 6 hasta los 65 años.

Estos servicios de habilitación funcional se encuentran en Cáceres y Badajoz disponiendo de logopedas, fisioterapeutas, terapia ocupacional y de tratamiento psicológico.



Murcia

	Rehabilitador específico ictus	Fisioterapia específica ictus	Psicólogo	Logopeda	Terapeuta ocupacional	Infiltración toxina botulínica	Nuevas Tecnologías Rehabilitación
Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Hospital general Universitario Santa María Rosell	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ
Hospital General Universitario Morales Meseguer	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO
Hospital Universitario Reina Sofía	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO
Hospital General Universitario Los Arcos Mar Menor	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO
Hospital Comarcal Noroeste	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO
Hospital Rafael Méndez	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO
Hospital de La Vega Lorenzo Guirao	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO
Hospital Virgen del Castillo	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO

Navarra

En 2019 se creó un Grupo de Trabajo multidisciplinar llamado «Proceso Ictus». El objetivo es mejorar la atención al ictus en todas sus fases por lo que hay representantes de Neurología vascular, Medicina Interna de hospitales comarcales, Atención Primaria, Rehabilitación, Trabajo Social y personal de gestión de servicios centrales. Se elaboró un documento con un plan de recursos en los distintos ámbitos de rehabilitación.

La Rehabilitación durante el ingreso se realiza por el Servicio de rehabilitación del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) que cuenta con 4 fisioterapeutas de los cuales uno, de forma rotativa, se dedica cada día en una jornada de 7h al tratamiento de pacientes con ictus.

La Rehabilitación en ictus tras el alta hospitalaria se realiza de forma ambulatoria o mediante ingreso en la Clínica de Ubarmin. Se realiza un plan de rehabilitación con cada paciente por el médico rehabilitador que abarca

rehabilitación motora (fisioterapia), logopedia, terapia ocupacional, rehabilitación cognitiva y consulta con psiquiatría.

Cuenta con 8 fisioterapeutas para 7 camas de pacientes ingresados por ictus y para atender a pacientes con ictus que acuden para realizar rehabilitación de forma ambulatoria. Se dedican al tratamiento de los pacientes ingresados aproximadamente 1,5h al día por paciente (protocolo rehabilitación intensiva).

Hay 1,25 terapeuta ocupacional para 6-7 camas de pacientes con ictus en Clínica Ubarmin. En el CHN no hay TO. Hay dos logopedas para 6-7 camas de pacientes ingresados en Clínica Ubarmin por ictus. En el CHN no hay logopeda.

Una neuropsicóloga trabaja a jornada completa (36h semanales) atendiendo a pacientes con daño cerebral adquirido de los cuales, aproximadamente el 80% son ictus. Otra neuropsicóloga dedica un día a la semana (1/5 de su jornada) de forma similar. Una psiquiatra atiende a jornada completa a pacientes con daño cerebral adquirido (80% ictus). En el CHN hay un Trabajador social (TS), a jornada completa que atiende principalmente la planta de Neurología y los periféricos de dicho servicio. Asimismo en C. Ubarmin hay un TS actualmente a 2/3 de jornada que atiende, entre otros, a los pacientes que se derivan tras ictus.

Existe una reunión multidisciplinar los jueves por la mañana en la que participa el servicio de rehabilitación del CHN y se comentan los casos ingresados con ictus que su vez se coordina con el servicio de rehabilitación de Ubarmin. Existe también un comité de Rehabilitación en el que se reúnen profesionales implicados en la rehabilitación neurológica del CHN y Clínica Ubarmin. Acuden neurólogos vasculares, enfermeras de la UI del CHN y logopedas, fisioterapeutas, médicos rehabilitadores de ambos centros, neuropsicólogos, psiquiatras y trabajo social.

Recursos Proceso Ictus

Un conocimiento general de los recursos de la red social por parte de los profesionales intervinientes en el proceso de atención es siempre positivo, ya que facilita una visión más global. La orientación profesional hacia un recurso u otro (mejor hablar de paquetes de recursos) exige, además de conocimiento sobre el funcionamiento y requisitos de cada uno de ellos, una profunda comprensión de la realidad individual y familiar del paciente. Es clave respetar los valores y creencias de las personas afectadas y sus familias. Los/as profesionales de Trabajo Social son los que, a lo largo de las diferentes fases: aguda, subaguda y crónica, cuentan con mayores competencias para apoyar a las personas afectadas y sus familias en su auto organización

y restablecimiento del equilibrio perdido, y para orientar hacia los recursos idóneos para satisfacer las necesidades individuales y familiares que van surgiendo en cada fase.

Por otro lado, muchos recursos, no estando diseñados específicamente para la atención al DCA secundario al ictus, pueden ser de gran utilidad para las personas afectadas y sus familias. En ocasiones hacen lograr otros objetivos más relacionados con la reincorporación y normalización de la situación que son importantísimos en la fase crónica, por ejemplo: la socialización, el establecimiento de redes de iguales con los que los pacientes y familiares se identifican y de los que aprenden estrategias de afrontamiento eficaces ante sus problemas, el respiro familiar, etc. La mayoría de estos recursos son de responsabilidad municipal, o incluso de iniciativas privadas a nivel local para proyectos concretos no siempre estables, por lo que resulta imposible mantener actualizada una base de datos de todos ellos.

La recomendación, por tanto, es que las personas afectadas en quienes, superada la fase aguda, se prevea que vayan a persistir secuelas (bien de forma temporal, bien de forma definitiva, bien a nivel físico, bien a nivel cognitivo-conductual) entren en contacto con los profesionales de Trabajo Social de su CS que tendrán el conocimiento más cercano de los recursos de esa localidad concreta.

Teniendo en cuenta lo comentado anteriormente, de manera general podemos citar los siguientes recursos:

Observatorio Salud Comunitaria de Navarra: Mapa de Activos en Salud

En esta dirección web https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Observatorio+de+Salud+Comunitaria+de+Navarra/Activos+de+Salud/ podemos encontrar geolocalizadas:

- Actividades deporte y salud: entidades locales con cursos y proyectos subvencionados por GN (Dpto. Salud e Instituto Navarro de Deporte y Juventud).
 - Tercera edad
 - Pacientes crónicos
 - Proyectos locales de actividad física y salud
- Instalaciones deportivas.
- También recoge las actividades que muchos Centros de Salud realizan de forma más o menos permanente (y le son notificadas al Observatorio): personas cuidadoras, problemas espalda, dejar de fumar...
- Escuelas de Salud del ISPLN: escuela de pacientes (también para personas cuidadoras), escuela de mayores, y escuela de padres y madres.

Recursos de la Cartera de Servicios Sociales de ámbito general

Decreto Foral 69/2008 del 17 de junio. Está en proceso participativo para su modificación, se amplían 29 nuevos servicios.

- Dependencia
 - Valoración Dependencia
 - Servicio Telefónico de Emergencia
 - Transporte adaptado y asistido
 - Centros de día
 - Estancias diurnas
 - Estancias nocturnas
 - Ingresos temporales
 - Atención residencial
 - Ayudas económicas
 - Para asistente personal
 - Para permanencia en domicilio
 - Mínimas para atención en domicilio
 - Para permanencia en domicilio, para contratación de un servicio: cuidador profesional y/o empresa de servicios (OF476/2018, del 19 de diciembre)
- Discapacidad
 - Valoración Discapacidad
 - Servicio valoración idoneidad ocupacional y/o laboral
 - Servicio valoración de la situación familiar para acceso a plaza residencial
 - Piso tutelado o funcional
 - Ingresos temporales en residencia
 - Atención residencial
- Centro de Productos de Apoyo

A nivel de Entidades Locales

- Fundamentalmente los Servicios de Atención a Domicilio de los Servicios Sociales de Base

Otros recursos privados

- ADACEN (Asociación de Daño Cerebral de Navarra)
Para los siguientes grupos de población:
 - Mayores
 - Enfermedad Mental
 - Menores de 65 años (incluye DCA)
 - Psicogeriatría
 - Centro de Atención a la Dependencia
 - Plazas privadas en Centro de Día
 - «Envejeciendo juntos», recurso de cercanía

- Otros proyectos de colaboración a nivel local como el Taller estimulación en Zizur Mayor...
- Otras asociaciones
 - COCEMFE (Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica)
 - ACODIFNA (Asociación Coordinadora de personas con Discapacidad Física de Navarra)
 - ADEMNA, (Asociación de Esclerosis Múltiple de Navarra) atienden a vecinos de Ansoain con diversas patologías
 - Etc.
- Centros de día o estancias diurnas privadas (para personas mayores de 65 años en la mayoría de centros residenciales)
- Servicios de alquiler/préstamo de ayudas técnicas (Cruz Roja, Aspace, algunas ortopedias...)
- Otros centros especializados en neurorrehabilitación (CNN, Cenner, Paso a Paso...), clínicas privadas (Aita Menni Mondragón, CUN, HSJD...), o profesionales autónomos (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, neuropsicólogos, etc.)

Recursos del Ministerio Sanidad, Consumo y Bienestar Social (a través del IMSERSO)

- CRMF, Centro de Recuperación de Minusválidos Físicos, el más cercano Lardero. Cuenta con una delegación del CEAPAT (Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas)
- CEADAC (Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral) Madrid



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD