



**ATENCIÓN DEL ICTUS EN LA
REGIÓN DE MURCIA.
PRESENTE Y FUTURO.**



Región de Murcia
Consejería de Salud



SOCIEDAD MURCIANA
DE NEUROLOGÍA



Sociedad Murciana
de Rehabilitación
y Medicina Física



IMAs instituto murciano
de acción social



ATENCIÓN DEL ICTUS
EN LA REGIÓN DE MURCIA.
PRESENTE Y FUTURO.

Con la colaboración de:

ANDBANK /
Private Bankers



Diseño y Edición: Fundación Casaverde

Depósito legal: A 53- 2020
© Fundación Casaverde 2020

CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN	5
2. AUTORÍA	7
3. MOTIVACIÓN	8
4. ATENCIÓN AL ICTUS EN LA REGIÓN DE MURCIA.....	10
A. Prevención y atención en la fase prehospitalaria al paciente con ictus	10
B. Atención hospitalaria en fase aguda del paciente con ictus	17
C. Atención sanitaria más allá de la fase aguda del paciente con ictus	26
5. REFLEXIONES TRAS EL ANÁLISIS DE LAS DIFERENTES FASES.....	35
6. VISIÓN GLOBAL DEL PACIENTE AFECTADO POR ICTUS	37
7. IMPACTO ECONÓMICO Y SOCIAL DEL ICTUS	38
8. CONCLUSIONES: PROBLEMAS DETECTADOS MÁS IMPORTANTES Y ESTRATEGIAS DE MEJORA.....	44
9. BIBLIOGRAFÍA.....	47

1. PRESENTACIÓN

El ictus es una enfermedad cada vez más prevalente en nuestra sociedad. En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia es la primera causa de muerte en mujeres, y la segunda en hombres. Supone, al mismo tiempo, la primera causa de discapacidad en España. Para muchos estamos ante la enfermedad del siglo XXI.

El tratamiento del ictus se constituye en un claro paradigma de nuestro Sistema Nacional de Salud desde el punto de vista asistencial. Muchas voces nos hablan de la necesaria evolución de nuestro Sistema si queremos responder a los nuevos retos que produce el envejecimiento de la población, buscando los mejores resultados en salud pero también ajustar los recursos a las necesidades con un análisis de coste y eficiencia.

La prevalencia de esta enfermedad y la exigencia de una continuidad asistencial que se inicia en la prevención de la enfermedad para continuar en las fases aguda, sub-aguda y crónica, exigen un análisis que nos señale el camino por el que debe evolucionar nuestro Sistema Nacional de Salud.

Se trata de conocer los resultados en salud qué se han producido en la Región de Murcia en estos últimos 11 años desde que se puso en marcha el programa de atención al ictus, cuáles han sido las barreras encontradas y las estrategias para superarlas, así como concretar los ámbitos de mejora en los que hay que seguir trabajando.

El documento recoge también la visión del paciente que nos permite conocer sus inquietudes y su valoración para ayudarnos a mejorar. Por último, se hace referencia al impacto social y económico que una enfermedad de estas características tiene en la población y en nuestros presupuestos.

Este documento ha sido posible gracias a la desinteresada colaboración de la Dra. Ana Morales y el Dr. Juan Reyes, junto con el resto de profesionales que se relacionan en el apartado de autoría. A todos ellos quiero agradecerles muy sinceramente su total disposición y colaboración para realizar este documento.

Así mismo, quería agradecer a la Consejería de Salud, al Servicio Murciano de Salud, a la Sociedad Murciana de Neurología, a la Sociedad Murciana de Rehabilitación y Medicina Física, al Instituto Murciano de Acción Social, a DACEMUR y a la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria su apoyo para llevar a cabo esta iniciativa.

Alberto Giménez
Presidente Fundación Casaverde

2. AUTORIA

COORDINADORES GENERALES

Dra. Dña. Ana Morales Ortiz, Coordinadora Unidad de Ictus del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y Coordinadora del Plan Regional del Ictus de la Región de Murcia.

Dr. D. Juan Reyes Fernández Fernández, Médico Rehabilitador del Hospital Universitario Reina Sofía.

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PREHOSPITALARÍA DEL PACIENTE CON ICTUS

Dr. D. Esteban Granero Fernández, Médico Atención Primaria del Centro de Salud de La Flota.

Dr. D. Diego Gómez Sánchez, Director del 061.

Dr. D. Antonio López Nicolás, Médico de la Unidad Soporte Vital Avanzado.

Dr. Dña. María Dulce González Navarro, Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Castillo de Yecla.

Dr. D. Pascual Piñera Salmerón, Jefe de Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía.

ATENCIÓN HOSPITALARIA EN FASE DEL PACIENTE CON ICTUS

Dr. D. Bernardo Escribano Soriano, Neurólogo del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Dra. Dña. Cristina Sánchez Vizcaíno Buendía, Neuróloga Hospital Universitario Santa Lucía.

Dr. D. José Díaz Pérez, Neurologo Intervencionista Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Dra. Dña. Rocío Sánchez Adell, Rehabilitadora del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Dña. Silvia Rodríguez Carvajal, Enfermera de Unidad de Ictus del Hospital Universitario Santa Lucía.

Dr. D. Juan Antonio Olmo Fernández-Delgado, Presidente de SOREHMUR.

ATENCIÓN SANITARIA MÁS ALLÁ DE LA FASE AGUDA DEL ICTUS

Dr. D. Francisco Pérez Fernández, Jefe de Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Santa María del Rosell.

Dra. Dña. María Monteagudo Santamaría, Jefa de Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Dr. D. Eduardo Alías Linares, Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Universitario Morales Meseguer.

Dr. D. Eduardo Carrasco Carrasco, Presidente de SEMERGEN Región de Murcia, Médico de atención primaria en el Centro de Salud de Abarán.

Dña. Aurora Bermejo Pina, Fisioterapeuta del Hospital Universitario Reina Sofía.

Dña. Inmaculada Brando Asensio, Trabajadora Social del Centro de Salud Mario Spreáfico de Archena y Centro de Salud Las Torres de Cotillas.

VISIÓN GLOBAL DEL PACIENTE AFECTADO POR ICTUS

D. Dionisio Calvo Rodríguez, Asociación de Daño Cerebral Adquirido Murcia (DACEMUR).

IMPACTO ECONÓMICO Y SOCIAL DEL ICTUS

Dr. D. Carlos Arenas Díaz, Gerente del Área IX de Salud y del Hospital Lorenzo Guirao de Cieza.

Dña. Salvadora Titos Gil, Técnico Consultora del IMAS. Dirección General de Personas con Discapacidad.

3. MOTIVACIÓN

A nivel mundial, el ictus constituye una de las principales causas de mortalidad y discapacidad con unos costes económicos muy elevados.

Aunque el ictus esta actualmente disminuyendo en Europa, probablemente debido a un mejor control de los factores de riesgo, el envejecimiento de la población hará que se produzca un aumento de la prevalencia en los próximos años. La edad media de las personas que sufren un ictus está aumentando en todos los países europeos y por este motivo, según se desprende de los datos analizados, entre 2015 y 2035, en general habrá un 34% de aumento en el número total ictus en Europa.

Esta previsión hace que esta enfermedad se convierta en una prioridad desde el punto de vista sanitario. Nuestros objetivos deberían ser, por un lado, disminuir la incidencia de ictus, por otro, disminuir la mortalidad y las secuelas de la enfermedad aumentando el número de supervivientes y, finalmente, nuestro tercer objetivo sería conseguir que estos supervivientes tengan la menor dependencia posible con una reincorporación lo más plena posible a la sociedad.

Para disminuir la incidencia del ictus hay que hacer hincapié en sus factores de riesgo. Gracias a los avances en el conocimiento de la enfermedad, hoy en día sabemos con más claridad hasta qué punto afectan los hábitos y estilos de vida, otras enfermedades y demás factores que se asocian a esta enfermedad. Según estudios recientes, hasta 9 de cada 10 ictus podrían ser evitables con un buen control de todos estos factores de riesgo.

Para reducir la mortalidad y mejorar la supervivencia del ictus hay que conseguir que el mayor número de pacientes lleguen a tiempo a los tratamientos del ictus agudo y a los cuidados en fase aguda (Unidades de Ictus) que hoy en día podemos ofrecer. Para esto, hay que hacer un esfuerzo en mejorar los conocimientos de la población sobre la enfermedad y agilizar al máximo los dispositivos

extrahospitalarios para que cada vez lleguen más enfermos y más rápido a los hospitales donde se les puede tratar. Hay que seguir investigando en mejorar los tratamientos de reperusión que hoy en día podemos ofrecer a los pacientes e intentar aumentar recursos en conseguir el mayor número de Unidades de Ictus posibles.

Por último, el ictus es una de las enfermedades que más dependencia genera. Debemos conseguir que el nivel de dependencia de los supervivientes de esta enfermedad sea el menor posible. Tras sufrir un ictus, la declaración de Helsingborg de 2006 establecía que más del 70% de los supervivientes de ictus deberían ser independientes en sus actividades de la vida diaria a los tres meses después del ictus. Sin embargo, tras 15 años de sufrir un ictus, dos de cada tres personas presentan algún tipo de discapacidad.

En nuestro país la incidencia de ictus es de 187,4 ictus por 100.000 habitantes y en la Región de Murcia, según los datos del CMBD, alrededor de 3.000 pacientes ingresan cada año por patología cerebrovascular en los hospitales de nuestra Región.

En el año 2008, con la llegada de los nuevos tratamientos y Unidades de Ictus se elaboró el primer Plan Regional del Ictus en la región de Murcia. Las bases de ese plan se establecieron siguiendo la Estrategia Nacional de Ictus que el Ministerio de Sanidad había elaborado ese mismo año. Gracias a ese Plan y al esfuerzo realizado por las autoridades sanitarias y todos los profesionales que trabajan desde todos los ámbitos en la atención a los pacientes con enfermedades cerebrovasculares, se ha conseguido mejorar la asistencia a estos pacientes, disminuyendo, según los datos disponibles, la mortalidad por ictus y consiguiendo que un mayor número de pacientes queden sin secuelas en la Región.

Este programa conllevó la creación de dos Unida-

des de Ictus, la puesta en marcha del Código Ictus regional y de los tratamientos agudos. Se intentaba abordar todos los aspectos de esta enfermedad, incluyendo la prevención, atención urgente, tratamiento, manejo hospitalario y finalmente la prevención de la recidiva, de las secuelas y la dependencia de estos pacientes.

El Plan consiguió reunir a muchos profesionales de nuestra Región (médicos y enfermeros de atención primaria, extrahospitalaria, puertas de urgencias, neurólogos, neurocirujanos, neuroradiólogos, neurorintensivistas, rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, enfermeras de las Unidades de Ictus, entre otros) los cuales, trabajaron de manera conjunta para establecer las estrategias de mejora de la atención de la patología cerebrovascular.

Gracias a este plan, hemos conseguido dos Unidades de Ictus que atienden, aproximadamente, a unos 1.000 pacientes con ictus agudo cada año. También podemos decir que hoy en día, alrededor del 10 y 11 por ciento de los ictus agudos de nuestra Región reciben tratamiento y que de estos pacientes que se tratan, entre el 48-52 % quedan sin secuelas.

Pero somos conscientes de que obviamente queda mucho por hacer. Por este motivo, decidimos impulsar la creación de este documento de Atención al Ictus en la Región de Murcia. Nuestra intención era propiciar un foro de profesionales sanitarios, autoridades, pacientes y representantes de los distintos ámbitos de la sociedad de nuestra Región que pudieran hacer una reflexión profunda sobre hasta dónde hemos llegado en la atención a esta patología en la Región de Murcia y qué es lo que nos falta por hacer.

Se trataba de responder a preguntas como: ¿podemos estar satisfechos?, ¿estamos haciendo las cosas bien en la atención del ictus en nuestra Región?

Planteamos el desarrollo del documento centrándonos en todos los aspectos que abarcan la aten-

ción al ictus: prevención y atención prehospitalaria, atención hospitalaria y atención tras la fase aguda del ictus.

En el desarrollo, se da una preponderancia especial al tema del manejo del ictus tras el alta del hospital.

Este aspecto es, probablemente, uno de los que menos se ha impulsado hasta ahora en el Programa Regional. Todo lo que tiene que ver con la rehabilitación tras un ictus y la reinserción social se ha trabajado poco. Hay que reflexionar si tenemos una rehabilitación del ictus con los recursos humanos y técnicos que se requieren en el siglo XXI.

Se reunieron distintos expertos y profesionales que están implicados en cada uno de los momentos descritos y realizaron una reflexión sobre la atención a esta enfermedad desde su ámbito, contestando a estas dos preguntas:

1. Análisis de la situación actual: ¿cuál es la realidad actual en el ámbito en que trabajas con respecto a la atención al ictus?; ¿hasta dónde hemos llegado?

2. Proyecto de futuro: ¿qué tenemos que mejorar?; ¿cómo lo haríamos?; ¿hacia dónde vamos?

Para completar todos los aspectos de la enfermedad se incluyó también un análisis del impacto económico y social del ictus.

No nos quisimos olvidar de los protagonistas de esta enfermedad, los pacientes, por lo que incluimos su voz y visión, solicitándole a un paciente con ictus que intentara responder a estas dos preguntas:

1. ¿Cuáles son las 10 cosas más importantes que los pacientes creéis que harían falta para mejorar en la atención al ictus en la Región de Murcia?, indicando primero las de mayor importancia.

2. ¿Qué es lo que los pacientes buscan en la asociación que no encuentran en el servicio público?

4. ATENCIÓN AL ICTUS EN LA REGIÓN DE MURCIA

En este apartado se aborda la opinión resumida de los distintos profesionales sobre cuáles son los logros conseguidos en su ámbito en el abordaje de la enfermedad cerebrovascular y cuáles son los objetivos de mejora que nos deberíamos plantear en un futuro en las diferentes fases de atención en la enfermedad.

A. PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PREHOSPITALARÍA DEL PACIENTE CON ICTUS

Coordinador:

Dr. D. Esteban Granero Fernández, Médico Atención Primaria del Centro de Salud de La Flota.

Autores:

Dr. D. Diego Gómez Sánchez, Director del 061.

Dr. D. Antonio López Nicolás, Médico Unidad Soporte Vital Avanzado.

Dr. Dña. María Dulce González Navarro, Servicio de Urgencias de Hospital Virgen del Castillo de Yecla.

Dr. D. Pascual Piñera Salmerón, Jefe de Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía.

Visión de la gerencia de urgencias sanitarias 061 Región de Murcia al plan de atención al ictus

Dr. Diego Gómez Sánchez. Director Médico 061

Para prestar servicio a toda la Región, el 061, cuenta en la actualidad con:

- Diecisiete bases UME.
- Veintisiete centros SUAP.

Todos ellos, coordinados desde el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) sito en las instalaciones del servicio 1-1-2 de la Región de Murcia, cubriendo por ello sus 11.314 Km² y prestando servicio al casi millón y medio de habitantes.

Como gestor sanitario único de las emergencias y urgencias sanitarias extrahospitalarias en la Región de Murcia, el 061 actúa en estrecha cooperación con el resto de los agentes que operan en el escenario de las emergencias sanitarias o en la resolución de éstas.

Este último apartado, merece, junto a otros factores asociados a la activación de los Servicios de Emergencias Médicas (SEM), una consideración de vital relevancia a la hora de la activación de los recursos de emergencias médicas en el paciente con ictus agudo.

Para intentar sustentar la importancia de este apartado, nos centraremos en un estudio publicado en el año 2019 por Soto-Cámara R, et al. Se trata de un estudio descriptivo transversal de los pacientes ingresados en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Burgos (España), entre el 01/09/2015 y el 31/08/2016, con diagnóstico de ictus isquémico o hemorrágico.

Entre las conclusiones del estudio se han podido encontrar una serie de factores nada desdeñables que influyen de manera determinante en la atención de calidad al ictus y al resto de patologías de naturaleza urgente. Algo más de la mitad de los pacientes (55%) activaron el SEM a petición propia o de testigos por motivos relacionados con su gravedad. El SEM tiene mayor número de peticiones de asistencia cuando el paciente es dependiente y la gravedad subjetiva aumenta aún más esta posibilidad. Por tanto, deben investigarse los enfermos que no solicitan asistencia y las razones para no hacerlo.

Tener antecedentes personales o familiares de ictus (mayor familiaridad con la enfermedad) no aumenta las posibilidades de avisar al SEM, al contrario de lo observado en otros trabajos. Los pacientes con conocimientos previos sobre ictus no



FIGURA 1. Cordinación en la fase pre-hospitalaria

utilizan más el SEM. A pesar de que la mayoría de los pacientes afirman que llamarían al SEM, hasta en un 80% el primer contacto es el médico de atención primaria. Ningún síntoma de ictus aumentó la probabilidad de contactar con el SEM, aunque en otros estudios, la alteración de consciencia motora o del habla/lenguaje la incrementaban.

El TPH (Tiempo Pre Hospitalario) de los usuarios del SEM fue un tercio menor de los que no lo utilizaron, al igual que en otros estudios. Podría suponerse que el uso del SEM acorta el TPH al agilizar el transporte, pero el factor que lo explica es un TD (Tiempo de Decisión) nueve veces más corto en los pacientes que utilizan el SEM. El TD depende del paciente, por lo que es modificable y es el principal factor de retraso en pacientes que no utilizan el SEM. No obstante, son necesarios estudios adicionales sobre este aspecto.

El TT (Tiempo de Transporte) fue 1,5 veces inferior en los no usuarios del SEM, tal vez por la eliminación de los tiempos inherentes a la gestión del SEM y de espera a la ambulancia. Por ello, el traslado por medios propios puede reducir al máximo el

TPH, pero el traslado por el SEM disminuye además el tiempo intrahospitalario al adelantar actuaciones posteriores.

Con todo ello, podemos concluir que la gravedad del ictus, la percepción de gravedad por el paciente y los pacientes hipertensos se asocian a la utilización del SEM, al igual que cuando es un testigo, y no el enfermo, quien avisa al SEM. Los enfermos que no utilizan el SEM llegan más tarde al hospital debido no al TT, sino a una prolongación del TD.

1.-Análisis de la situación actual

En el primer semestre de 2019 se realizaron en la Región de Murcia:

- Total asistencias sanitarias realizadas por el SEM: 101.857.
- Total tipificadas como ACV/ICTUS: 308.
- Total Código Ictus activados: 138.
- Distribución por:
 - sexo: hombres 57,1%; mujeres 42,9%.
 - edad: 43,7% (61-80 años) y 21,8% (40-60).
- Derivados a la Unidad Ictus Hospital Universitario Virgen Arrixaca: 74%; Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena: 26%.

Situación de funcionamiento del Código Ictus.

- TPH: Tiempo Pre Hospitalario:
 - TD: decisión de alertar y pedir intervención como EM.
 - T1: triaje telefónico 4 min. (1-35 min.).
 - T2: llegada al lugar 14,33 min. (3 y 49 min.).
 - T3: atención "in situ" 17 min. (7-42).
 - T4: llegada al HUVA: 39,50 min. (8 y 94 min) HUSL: 29 min. (6 y 29 min.).

2. Proyecto de futuro (áreas de mejora)

- T1: mejora del triaje telefónico.
- T3: inversión de tiempo y esfuerzo en la formación continuada de profesionales.
- Mejora en la organización: trabajo en equipo y la coordinación entre niveles asistenciales.
- Implantación de teleictus.

Visión de Médico de una Unidad Móvil del 061

Dr. D. Antonio López. Médico de la Unidad de Soporte Vital Avanzado

Este análisis está basado en la participación del médico de la unidad móvil desde el momento en el que es activado por el Centro Coordinador de Urgencias (CCU). Dicha intervención, está en relación con el cumplimiento estricto del Protocolo Código Ictus elaborado en 2009-2011, contando con la modificación realizada este mismo año.

1.-Análisis de la situación actual

La actuación de la unidad de soporte vital avanzado comienza al activarse en base a los datos recogidos por el CCU. Posteriormente, realizamos la asistencia "in situ" tras la llegada al lugar del aviso, con el reconocimiento temprano de una clínica compatible con ictus cerebral, y saber si nos encontramos ante un paciente con criterios positivos de activación del Código Ictus.

En dicho momento, nos ponemos en contacto con el neurólogo del hospital correspondiente de HUVA o HUSL a través del 112.

Tras la aceptación del enfermo, procedemos al traslado analizando las constantes a manejar durante el traslado, posibles complicaciones, la recepción y transferencia del paciente en el servicio hospitalario indicado según protocolo del hospital receptor.

2. Proyecto de futuro (áreas de mejora)

La asistencia médica al enfermo siempre estará basada en el contenido del Protocolo del Código Ictus, la unidad de soporte vital avanzado puede mejorar en los tiempos.

Tenemos 45 unidades móviles medicalizadas en la Región. Con ellas, tenemos asegurados unos tiempos máximos de llegada al lugar del aviso de 15 minutos.

Las nuevas tecnologías que están implementando en la Gerencia del 061. Se está trabajando en la dotación a cada Unidad Móvil de un Smartphone con una nueva aplicación móvil, la cual, informará en tiempo real de los datos que el CCU esté recabando del llamante. Dichos datos van a ser recogidos tras una modificación del cuestionario (carta de llamadas) que el operador del 112 realiza al llamante. La nueva "carta de llamadas" está orientada, entre otras cosas, en el reconocimiento telefónico temprano de clínica compatible con ictus cerebral, para que el médico del CCU active cuanto antes la unidad móvil.

Se seguirá trabajando en el aviso, estando en continuo contacto el médico de la unidad móvil y el del CCU hasta la transferencia en el hospital.

En un futuro cercano, esperamos poder contar con tablets para poder rellenar la historia clínica de forma digital y tener acceso a los antecedentes personales del paciente de forma instantánea. De esta forma, podremos ganar tiempo, al tener el médico toda la información acerca de antecedentes personales, tratamiento actual... antes de llegar al domicilio.

Con esta información digitalizada, haríamos llegar al neurólogo los datos recogidos de forma extra-hospitalaria y se activaría antes el Código Ictus.

Visión desde el Servicio de Urgencias Hospitalario de un hospital comarcal

Dra. Maria Dulce Gonzalez Navarro. Médico de urgencias Hospital Virgen de Castillo

El Área sanitaria V de la Región de Murcia cuenta con 3 centros de salud (Yecla-Este, Yecla-Oeste y Jumilla, además de 2 consultorios) y dispone de un

hospital comarcal localizado en la población de Yecla. El hospital de referencia para el Código Ictus es el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

En esta Área hay 62.103 habitantes, pero con un gran núcleo de población inmigrante no censada por tratarse de una zona dedicada al sector agrícola y del mueble. El Hospital Virgen del Castillo se localiza a 100 km del hospital de referencia, carece de neurólogo de guardia, de radiólogo presencial de guardia (localizado en Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca) y de Unidad de Cuidados Intensivos.

Esta Área posee unas determinadas características que hacen imprescindible la creación de propuestas de mejora concretas para garantizar la equidad en la aplicación del Código Ictus, por este motivo, se diseñó un estudio para valorar la opinión de los profesionales del Área respecto a la activación del Código Ictus (CI).

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado en atención primaria, atención especializada, servicios de urgencias extrahospitalarios (SUAP-UME) y servicio de urgencias hospitalario. No se encontró en la bibliografía revisada ningún cuestionario validado que compartiera objetivos similares a nuestro estudio, por lo que diseñamos el cuestionario siguiendo la técnica Delphi. Se envió a través del correo electrónico, de cumplimentación telemática y de carácter anónimo. Se han realiza-

do 2 consultas a los profesionales: la primera en 2014 y la segunda, en 2019. La encuesta de 2019 ha sufrido algunas modificaciones con respecto a la primera.

En 2014, se remitió a 154 profesionales y fue cumplimentada por 51 de ellos, en 2019 se remitió a 161 y ha sido cumplimentada por 76 profesionales. La finalidad de este estudio fue crear propuestas de mejora concretas a través de la opinión subjetiva del personal sanitario de todos los niveles asistenciales que pudieran tener contacto con este perfil de paciente.

1.-Análisis de la situación actual

El 98.6% de los participantes en la encuesta conocía la existencia del Código Ictus en la Región de Murcia (100%, en la encuesta de 2014).

El 97.3% (65%, 2014) le gustaría recibir formación sobre la activación y funcionamiento del Código Ictus. El 90.7% (90%, 2014) había atendido algún paciente con sospecha de ictus y el 86.7% (82%, 2014) activó el CI: el 60% activó el CI entre 1-10 ocasiones, 10-20 el 8% y entre 20-30 el 9.3%.

El 63.4% de los profesionales que atendieron un Código Ictus, cree que funcionó en la mayoría de los casos, el 16.9% no lo sabe, el 14.1% piensa que tal vez funcionó y el 5.6% piensa que no funcionó en la mayoría de los casos.

Experiencia sobre Código Ictus:	2014	2019
¿Has atendido algún paciente con criterios de Código Ictus?		
1. ¿Conoces la existencia del Código Ictus de la Región de Murcia?	98,6%	100%
2. ¿Te gustaría recibir formación sobre la activación y funcionamiento del Código Ictus?	65%	97,3%
3. ¿Has atendido algún paciente con sospecha de Ictus?	90,7%	90%
4. ¿Has atendido algún paciente con criterios de Código Ictus?	86,7%	82%

FIGURA 2. Conocimiento sobre Código Ictus

Las fortalezas, debilidades y amenazas se han obtenido de varias preguntas de la encuesta que hacían referencia a las impresiones de los participantes sobre su conocimiento acerca del Código Ictus. (FIGURA 2).

Cuando se preguntaba sobre si el sistema funcionó y por qué, se identificaron como fortalezas la atención rápida, diagnóstico precoz, adecuada coordinación por parte de los profesionales, el conocimiento y aplicación del protocolo unificado y la elevada motivación de todos los profesionales implicados en la atención del Código Ictus. Factores como la buena comunicación, la colaboración de todo el personal, la existencia de protocolos, la motivación de los profesionales y la identificación precoz de los síntomas, son factores que se repiten con respecto a la encuesta de 2014.

Respecto a las debilidades y amenazas, ha disminuido de forma significativa una de las amenazas que se enumeró con mayor frecuencia en el estudio de 2014, que era el retraso diagnóstico en la urgencia hospitalaria por la ausencia de triaje, en la actualidad, existe triaje de 8.00h a 22.00h, en el turno de noche (22.00h-8.00h) la amenaza persiste, sobre todo, cuando hay elevada afluencia de pacientes. Además, también se cita como amenaza el retraso diagnóstico cuando se consulta en otros niveles o incluso cuando no se detecta el síntoma guía en la llamada al centro coordinador.

Ha disminuido la percepción de que se rechazan pacientes que si eran subsidiarios de tratamiento, pero continúa la sensación de dificultad en la comunicación (numerosas preguntas sin respuesta), arbitrariedad en los casos (según con qué neurólogo se contacte, mir o adjunto) o según qué formación tenga el primer médico que atiende al paciente (mayor o menor sensibilización sobre el conocimiento del Código Ictus).

Entre los factores identificados por los profesionales que pueden afectar al retraso en la activación del CI, destacan: la dificultad diagnóstica, la subjetividad del profesional, la formación, el desconocimiento de los recursos del Área por parte del profesional que atiende al paciente (alta recambio de profesionales en SUAP-UME-atención primaria), la falta de recursos físicos (falta de salas para la

atención en urgencias, ausencia de triaje en una determinada franja horaria), la falta de recursos humanos (radiólogo, neurólogo).

Cuando se preguntaba sobre los problemas más frecuentes de funcionamiento según el puesto de trabajo, han desaparecido la inadecuada coordinación entre los niveles asistenciales, la mala comunicación con el neurólogo o la incapacidad de visualizar la prueba de imagen realizada en hospital donde se atiende al paciente en el hospital de referencia del CI, problemas subsanados gracias al grupo multidisciplinar de mejora del Código Ictus de la Región de Murcia, convirtiéndose en fortalezas con respecto al estudio de 2014.

Persisten problemas como el debut con clínica inespecífica, dificultad en la anamnesis, falta de información clínica en el medio extrahospitalario, el alto recambio de profesionales, ausencia de continuidad en la formación, retraso en resultados diagnósticos, no activación del CI desde la población de Jumilla, traslado al hospital erróneo, no activación del CI desde el domicilio, duda sobre pruebas radiológicas (¿la realización de TAC en el momento inicial de la atención hospitalaria o activación del CI sin este?, ¿es pertinente realizarlo cuando se va a repetir en 1.5 horas añadiendo el de reperfusión?), distancia con respecto a hospital de referencia (promedio del traslado de 1.15h-1.30h), disminución de unidades medicalizadas de traslado en periodo estival, no funcionamiento del equipo de traslado con helicóptero, la burocracia en la gestión, elevada presión asistencial extrahospitalaria y hospitalaria y los recursos humanos (retrasos en los informes radiológicos, formación inadecuada en técnicos de radiología, falta de celadores para trasladar al paciente de un servicio a otro con rapidez, etc.).

Desde el punto de vista de los pacientes y los familiares, los factores que con más frecuencia se citaron y que coinciden con la encuesta realizada en 2014 son: desconocimiento de síntomas de alarma, por lo que se demora la consulta a un sanitario, desconocimiento de la existencia del CI, población frágil (ancianos que viven solos, síntomas inespecíficos banalizados por parte del cuidador), distancia al hospital con Unidad de Ictus, mala relación médico-paciente e información insuficiente.

2.-Proyecto de futuro (áreas de mejora)

Existen características de la idiosincrasia del Área cuya solución no depende de los profesionales que cumplimentaron la encuesta, como la distancia al hospital de referencia, los recursos humanos (ausencia de neurólogo y radiólogo localizado, personal técnico de radiología y laboratorio), recursos materiales (insuficientes salas para la atención de pacientes en urgencias, ausencia de triaje en la franja de horario nocturno, ausencia de equipo de traslado de helicóptero, reducción de unidades medicalizadas en los meses de verano).

Las propuestas de mejora planteadas para mejorar la activación o funcionamiento del CI coinciden con lo publicado en la bibliografía actual, se identificaron las siguientes: formación, comunicación, concienciar al personal y a la población sobre la dualidad tiempo/cerebro, difusión de la existencia del CI entre profesionales y población.

A continuación, se plantean las soluciones identificadas por parte los profesionales:

Formación: difusión de protocolos, debería contener una parte teórica que incluya anamnesis, exploración neurológica, escalas (Rankin-NISS), además de una parte práctica con casos clínicos o de simulación clínica, actualizaciones y continúen la formación, formación al personal de nueva incorporación, ¿obligatoriedad en la formación? y ¿formación en horario laboral?

Factor de comunicación: debe mejorarse dado que el paciente con ictus puede ser atendido en cualquier nivel asistencial, el hecho de implementarse la formación y garantizar la continuidad en la misma, mejorarán la comunicación entre servicios porque se hablará un mismo lenguaje. La existencia del grupo de mejora multidisciplinar en la Región de Murcia en el pasado sirvió para mejorar parte de las debilidades observadas, se debería garantizar su continuidad.

Sensibilizar a la población y a los profesionales: campañas educativas sobre los síntomas de alarma, difusión de la existencia del Código Ictus.

Puesta en marcha del Teleictus: la distancia de nuestra población con el hospital trombolizador

fue una de las debilidades que con más frecuencia se reflejó en las encuestas, con su implantación, mejoraría el tiempo de activación.

En 2009 cuando comenzó la implementación del Código Ictus en la Región de Murcia, los médicos de urgencias de hospitales donde se realiza la trombólisis en el infarto agudo con elevación del segmento ST, pronosticaron que se acabaría realizando trombólisis al ictus al igual que se realiza con el infarto. En la encuesta de propuestas de mejora de 2019, fue propuesta como oportunidad de mejora.

En el momento actual, se ha comenzado la implementación de este, realizándose la primera reunión del grupo de trabajo en julio de 2019. Se planificaron dos reuniones presenciales, la primera con el servicio de radiología y posteriormente, con el grupo de trabajo, además de acordarse la línea de trabajo telemática para planificar y elaborar la formación al personal de urgencias y de planta.

Como temas pendientes se plantearon:

1. Elaborar protocolo de derivación-traslado según la población de asistencia al paciente con criterios de Código Ictus.

2. Circuito de pruebas: informes validados de analítica y TAC y lugar de realización de TAC-angiotac multimodal.

3. Consentimiento informado para la videollamada y para la administración de trombolítico.

4. Difusión del protocolo de trombólisis del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca entre los profesionales del Hospital Universitario Virgen del Castillo.

Visión desde el Servicio de Urgencias de un hospital del área metropolitana

Dr. Pascual Piñera Salmerón. Jefe de Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia.

1.-Análisis de la situación actual

En la Región de Murcia hay más de 3.000 episodios cerebrovasculares al año:2.000 son ictus isquémicos.

- 600 AIT; 500 ictus hemorrágicos.
- El 75% de los pacientes atendidos son mayores de 65 años.
- Como factores de riesgo: diabetes e hipertensión.

El Código Ictus ha logrado:

- Llegada de más pacientes en tiempo del tratamiento a los hospitales.
- Mejorar los circuitos intrahospitalarios para acceder más rápidamente a la atención de calidad.
- Duplicar el número de pacientes tratados en la Región por esta patología en los últimos años.

Manejo del ictus en Hospital General Universitario Reina Sofía.

1. Clasificación, Historia clínica, exploración física y exploración neurológica. Control de constantes: presión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura. Frecuencia respiratoria, saturación O₂ y glucemia.

2. Confirmar ictus y activar "Código Ictus" si cumple criterios:

- Déficit neurológico objetivo.
- Rankin < 2.
- Edad: <80 o >80 con muy buena calidad de vida.
- Menos de 6 horas desde inicio clínica.
- Ictus del despertar: siempre que hayan transcurrido <8 h desde el despertar.

3. Una vez activado el Código Ictus:

Se realiza el traslado a la sala de críticos desde clasificación o boxes. Se monitorizará al paciente (TA, FC, Sat O₂, glucemia y T^a), se busca la estabilización clínica y manejo de las constantes. Se solicita un TC craneal comunicando al radiólogo de guardia que es un Código Ictus. Se solicita un análisis urgente de sangre (hemograma, bioquímica y coagulación), identificando en la petición que se trata de un Código Ictus.

Tras valorar las exploraciones complementarias, si sigue sin existir criterios de exclusión, la realidad actual es que tenemos dos horarios de atención al código: en horario de lunes a viernes de 9:00 a 14:00h, se contacta con el neurólogo de guardia del

Hospital Clínico Universitario Reina Sofía y se aplica procedimiento de trombólisis intravenosa en el ictus agudo si así se estima. En este primer horario de "oficina", donde contamos con la colaboración de los neurólogos del Servicio de Neurología, se evalúa al paciente con una sospecha de ictus y si cumple los criterios para activar el Código Ictus. Es decir, ante un paciente que el médico de urgencias cree que se puede beneficiar de la activación del Código Ictus, se avisa a los neurólogos y de forma conjunta se valora al paciente en el Servicio de Urgencias.

A partir de las 14:00h, sábados, domingos y festivos, se contacta con el neurólogo de guardia del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca para el traslado del paciente, si éste lo aprueba. Se traslada al paciente a HUVA mediante 112. Si el paciente no es candidato a traslado, se procede al manejo habitual.

En el segundo horario, a partir de las 14:00h, donde somos los médicos de urgencias los que nos hacemos cargo de todo el proceso, se recibe al paciente, se valora, si se considera que se puede ser Código Ictus se hace TC craneal y analítica, se estabiliza al paciente y cuando se tienen los resultados, se realiza una llamada al neurólogo de guardia del HUVA. Si el enfermo es subsidiario de realizar algún tipo de intervención por parte del neurólogo se solicita una UME mediante llamada al 112 que se encarga de realizar el traslado.

Si el enfermo no es subsidiario, se deja en la sala de observación a cargo de Medicina de Urgencias un tiempo prudencial hasta ingresar en la planta de neurología.

2.-Proyecto de futuro (áreas de mejora)

- Mejorar los tiempos de respuesta.
- Llamadas con dobles interlocutores al 112 (operadora y enfermera coordinadora de transporte) y a neurólogo (residente o adjunto).
- Hablar directamente con quien tenga que tomar la decisión.
- Aumentar las oportunidades de valoración por parte de los neurólogos.
- Telemedicina en Hospitales sin neurólogo de guardia.

B. ATENCIÓN HOSPITALARIA EN FASE AGUDA DEL PACIENTE CON ICTUS

Coordinador:

Dr. D. Bernardo Escribano Soriano, Neurólogo Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Autores:

Dra. Dña. Cristina Sánchez Vizcaino, Neuróloga Hospital Universitario Santa Lucía.

Dr. D. José Díaz Pérez, Neurorradiólogo Intervencionista Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Dra. Dña. Rocío Sánchez Adell, Rehabilitadora Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Dña. Silvia Rodríguez Carvajal, Enfermera de Unidad de Ictus del Hospital Universitario Santa Lucía.

Dr. D. Juan Antonio Olmo Fernández-Delgado, Presidente SOREHMUR. Mapa de recursos de la Región de Murcia.

Visión de la enfermería de la Unidad de Ictus

Silvia Rodríguez Enfermera. H Santa Lucía Cartagena

1.-Análisis de la situación actual

Las Unidades de Ictus son unidades de cuidados agudos no intensivos que atienden exclusivamente a pacientes con ictus. Estas unidades están caracterizadas por una sistematización en la atención al paciente, personal entrenado, criterios de ingreso preestablecidos y cuidados específicos protocolizados.

En la Región de Murcia contamos con dos Unidades de Ictus:

- Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia. Área 1.
 - Ratio de enfermera-paciente de 1:6.
- Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena. Área 2.
 - Ratio enfermera-paciente: 1:4.

La asistencia en Unidades de Ictus ha demostrado, con nivel de evidencia 1, una medida coste-efectiva que disminuye la estancia media y mejora la supervivencia, así como mejoras en recuperación funcional y dependencia.

Tras el ictus, es preciso el control estricto y constante del paciente, valorar la evolución clínica, prevención del deterioro neurológico y detección precoz de complicaciones y empeoramiento neurológico. El papel de enfermería es fundamental, pues se encarga de esta valoración y vigilancia las 24 horas del día en las Unidades de Ictus, desde las primeras horas tras ictus.

2.-Proyecto de futuro (áreas de mejora)

Aunque hemos avanzado mucho en la atención al

ictus, siempre podemos encontrar áreas de mejora.

En la observación del trabajo diario, podemos identificar algunas situaciones en las que se podría trabajar:

- Implementar un protocolo de agitación en Unidad de Ictus: se observan muchos casos de desorientación y agitación en Unidad de Ictus, que pueden desestabilizar al paciente y dificultar su monitorización.

Sería necesario tomar medidas al respecto más eficaces y/o habilitar otra sala para pacientes en esta situación y así asegurar su seguridad y correcta monitorización.

- Abordaje multidisciplinar: realizar reuniones conjuntas del equipo de enfermería con otros profesionales implicados en el cuidado del paciente (neurólogos, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, nutricionistas...) para comentar casos clínicos, actualizar formación en el tema y reciclar los conocimientos del personal implicado en el cuidado del paciente.

- Fomentar la investigación en enfermería, para ello se requiere:

- Motivación para realizar estudios en el servicio de neurología.
- Apoyo de la institución.
- Formación especializada en la materia.

Atención hospitalaria de la fase aguda del paciente con ictus

Cristina Sánchez-Vizcaino Buendía. F.E.A. Neurología

1.-Análisis de la situación actual

La introducción del Código Ictus Regional en 2008 significó un cambio radical en el manejo del ictus. Desde entonces, los pacientes con ictus agudo pueden recibir atención hospitalaria especializada y tratamiento específico desde su llegada a Urgencias.

Para asegurar esta atención, contamos con dos Hospitales con Unidad de Ictus:

- Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Este es el Hospital de Referencia de Ictus regional. Dispone de una Unidad de Ictus de 7 camas, con atención por neurólogo de guardia 24 horas y neurorradiólogo intervencionista localizado. En él, se centraliza el tratamiento con tromboectomía mecánica, y actúa como hospital trombolizador más Unidad de Ictus para las áreas I, III, IV, V, VI, VII y IX. (FIGURA 3)
- Hospital Universitario Santa Lucía. Dispone de una Unidad de Ictus de 4 camas con atención por neurólogo de guardia 24 horas. Es hospital trombolizador y Unidad de Ictus de las áreas II, VIII y parte del área III.

Desde su introducción hasta hoy, la evolución clíni-

ca del ictus en nuestra Región ha mejorado. A esto han contribuido diversos factores, por una parte, la red de atención pre e intrahospitalaria implementada que permite aumentar progresivamente el número de pacientes que asistimos dentro de la ventana terapéutica (cada vez llegan más pacientes y con menor tiempo de evolución clínica). Con ello, los pacientes que pueden recibir tratamiento específico para ictus isquémico también se incrementan, habiéndose duplicado en diez años.

Por otra parte, la valoración del paciente agudo por un neurólogo, que permite una mejor identificación clínica y selección del tratamiento, aportando mayor seguridad al paciente.

Y por supuesto, la hospitalización en Unidades de Ictus. Estas unidades permiten un cuidado continuo, multidisciplinar y especializado de los pacientes con ictus agudo, habiendo demostrado con ello reducir la mortalidad.

Todo ello, se ha traducido, en términos numéricos, en un descenso de la mortalidad por ictus en nuestra Región un 4% en 10 años (pasando del 14% al 10%) y ha permitido que más del 40% de pacientes queden libres de secuelas.

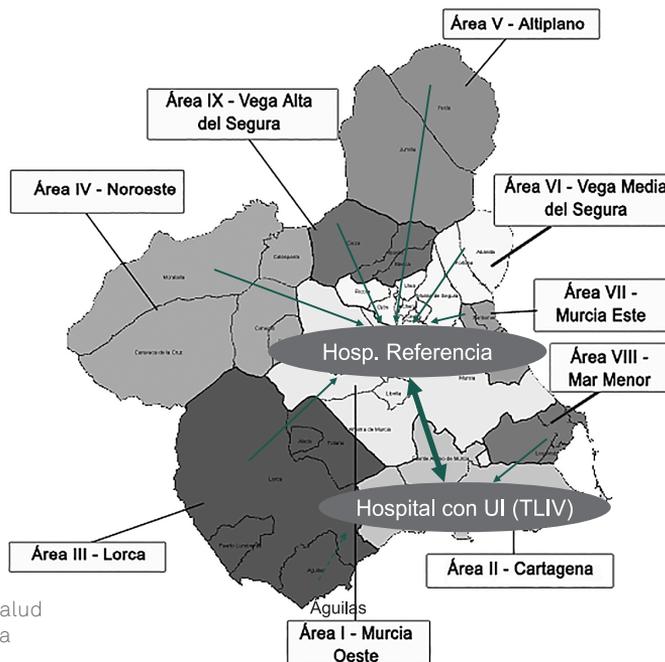


FIGURA 3. Áreas de Salud de la Región de Murcia

2. Proyecto de futuro (áreas de mejora)

- Mejorando tiempos. Hoy día, continuamos optimizando el Código Ictus bajo la máxima “tiempo es cerebro” (cada minuto transcurrido se pierden casi dos millones de neuronas). Para ello, se realizan ciclos de feedback que nos ayudan a encontrar oportunidades de mejora. Actualmente, nos han permitido reducir los tiempos intrahospitalarios en los hospitales trombolisadores, aportando al paciente el tratamiento en menor tiempo. Esto supone realizar nuestro trabajo lo mejor, y lo más rápido posible, sin perder por ello seguridad. Como consecuencia, aumenta considerablemente el grado de exigencia. Esta labor que se repite varias veces al día, a veces incluso simultáneamente, requeriría aumentar a dos el número de profesionales cualificados de guardia en cada hospital.

En la misma línea, para acortar el tiempo de aquellos pacientes que se encuentran a una mayor distancia de los hospitales de referencia será necesario afianzar y extender el nuevo teleictus.

Por último, podremos aportar tratamiento específico (trombectomía mecánica) a un mayor porcentaje de pacientes gracias a la reciente introducción de la ventana terapéutica extendida. En un futuro, convendría barajar una vía de derivación directa de los pacientes candidatos a trombectomía mecánica primaria al hospital que la oferta.

- Cuidado del paciente. En la actualidad, disponemos de 11 camas de Unidad de Ictus. Sin embargo, dado que la población de la Región de Murcia es de 1.493.898 habitantes (INE, 2019) y la recomendación del Grupo de Estudio de Enfermedad Cerebrovascular de la Sociedad Española de Neurología (PASI II, 2010) es de una cama por cien mil habitantes, se necesitan cuatro camas más para cubrir las necesidades de nuestra Región. Así mismo, sería óptimo poder contar con una enfermera y auxiliar de enfermería exclusivas 24h en la Unidad de Ictus de Cartagena (como sucede en otras Unidades), acompañando y centrando su atención únicamente en estos pacientes.

El inicio precoz de la rehabilitación en todos los hospitales debería ser otra prioridad. Permitiría disminuir el grado de secuelas de nuestros pacientes.

- Diagnóstico etiológico. Con el fin de prevenir más eventos vasculares, sería conveniente continuar mejorando en el diagnóstico etiológico del ictus de cada paciente. Para ello, se considera oportuno apostar por:

- Fomentar la superespecialización en patología cerebrovascular en cada centro hospitalario.
- Habilitar habitaciones convencionales con telemetría cardíaca para pacientes que no ingresen en Unidad de Ictus o precisen una monitorización más prolongada por alta sospecha cardioembólica. Permitiría una mayor detección de arritmias de alto riesgo embólico.
- Establecer el estudio neurosonológico (Ecografía Doppler de troncos supraaórticos y transcraneal, estudio de reserva hemodinámica, ecocardiografía...) como parte de la cartera de servicio de Neurología en todos los centros. El estudio completo permite un mejor conocimiento del estado de la circulación cerebral, valorar posibles etiologías y optimizar el tratamiento que precisa el paciente.
- Establecer la resonancia magnética cerebral como neuroimagen de control en todos los centros. Esta técnica aumentaría la detección de pacientes con perfil cardioembólico o de causas ihabituales por las características radiológicas.

- Preparación y educación del ictus a familiares. La educación sanitaria es un pilar fundamental para nuestro cometido. Podría realizarse parte en los hospitales utilizando plataformas multimedia o charlas informativas para los familiares de pacientes ingresados. Algunos de los contenidos a abordar podrían ser: ¿qué es el ictus?, ¿cómo realizar los cuidados del paciente?, ¿cuál es la evolución esperable de la patología?, ¿cómo ayudar en la rehabilitación?, ¿cómo prevenir nuevos eventos? y ¿cómo actuar en caso de que vuelva a suceder?

Visión del rehabilitador del equipo de la Unidad de Ictus

Rocío Sánchez Adell. Servicio de rehabilitación del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Como sabemos, el ictus es una lesión cerebral de origen vascular que produce una alteración de las funciones. Según la zona cerebral afectada po-

dremos encontrar déficits motores, sensitivos, visuales, del lenguaje, emocionales y cognitivos. Su instauración aguda ocasiona un cambio radical en la vida del paciente y su familia, llegando a otorgársele en algunas publicaciones el carácter de enfermedad familiar. Un importante porcentaje de pacientes con ictus permanecerá con secuelas que limitaran su capacidad funcional y, por tanto, su autonomía y calidad de vida.

La función son las actividades que una persona realiza y cómo las hace. Valoramos la capacidad funcional en cuatro categorías: física, cognitiva, afectiva y social. Llamamos discapacidad a la pérdida de la capacidad para realizar dichas actividades, es una restricción, es la visión negativa de la funcionalidad y es la realidad del paciente con ictus.

Es importante destacar el termino calidad de vida, que no sólo se refiere a el bienestar físico, sino también al bienestar emocional y social. Es la percepción que el individuo tiene sobre su posición en la vida, su sistema de valores.

Tras un ictus, la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación juega un papel importante ya que es la responsable del diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad, encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente.

La neurorrehabilitación es la intervención por parte de terapeutas especializados, centrada en la estimulación del sistema nervioso para fomentar la creación de nuevas conexiones neuronales tras el daño cerebral con el objetivo de disminuir el impacto que la enfermedad ha causado y conseguir la mejor calidad de vida dentro de las limitaciones impuesta por el déficit neurológico. Es un proceso educativo y dinámico basado en la adaptación a la nueva situación.

Asociada a la neurorrehabilitación, encontramos la neuroplasticidad, que es el potencial que tiene el cerebro para modificar sus conexiones, adaptarse y reorganizarse. Los sistemas de neuroplasticidad tienen sus límites, disminuyen con la edad, pero

con una estimulación adecuada podemos guiarlos o modularlos para una buena adaptación.

Las fases del ictus son:

- **Fase aguda. 7-10 días.** Es la fase de lesión y coincide con la hospitalización. En esta fase el objetivo es prevenir las complicaciones y la estabilización clínica.
- **Fase subaguda precoz. 15-30 días.** Es la fase de neurorreparación, se inicia la rehabilitación activa de baja intensidad.
- **Fase subaguda establecida.** Hasta la cronicidad, de 1-6 meses. Es la fase de neuroplasticidad, neurorrehabilitación intensiva y multimodal y trabajo del entorno familiar.
- **Fase crónica-mantenimiento.** A partir de 6 meses/1 año. Es la fase en la que los pacientes que quedan con secuelas requerirán un mantenimiento y esfuerzo asistencial por parte de las instituciones sociales.

En la fase aguda, el médico rehabilitador valorará la situación clínica y basal previa al ictus, las intervenciones realizadas en la Unidad de Ictus, la lesión neurológica y cómo los déficits repercuten en la funcionalidad del paciente.

La palabra rehabilitación está cargada de esperanza, según la RAE es "restituir a alguien o algo a su antiguo estado". La rehabilitación habla de restablecimiento, de vuelta a la situación previa y esta suele ser la confianza con la que nos llegan los pacientes y familiares.

Ante la noticia del daño cerebral agudo, la familia va a pasar por una serie de etapas: shock-esperanza-consciencia de realidad-aceptación y reajuste. Durante el ingreso hospitalario se encuentran entre las dos primeras y regresarán al domicilio sin consciencia de realidad.

El tratamiento es importante para prevenir las complicaciones y conseguir unos mínimos motores. El objetivo al alta hospitalaria es un buen equilibrio de tronco en sedestación y la capacidad de transferencias cama-silla para una autonomía básica, así como, dar pautas iniciales en las alteraciones de la comunicación, deglución y adiestramiento del cuidador.

Las principales complicaciones que vamos a encontrar durante la evolución de un ictus son: el hombro doloroso, las úlceras por presión, las rigideces articulares y el aprendizaje del desuso.

La hospitalización sin rehabilitación o el encamamiento prolongado van a favorecer la actitud pasiva del paciente y la aparición de las anteriores complicaciones. El paciente aprende el comportamiento del desuso de las extremidades afectadas y su utilización posterior será menor de lo que potencialmente podría ser. Este tipo de conducta va a afectar al paciente en sus relaciones con la familia, cuidadores y en su entorno social.

El abanico de alteraciones que podemos encontrar en un paciente con ictus es muy grande y los factores pronósticos de recuperación se pueden clasificar en 3 grupos:

- Previos al ictus: edad del paciente y comorbilidad previa/grado de dependencia. No modificables.
- Del ictus: gravedad. La unidad del ictus ha modificado la evolución natural de la enfermedad.
- Tras el ictus:
 - Soporte sociosanitario que demos al paciente, tanto la atención médica durante el proceso de rehabilitación como el apoyo social en la fase crónica.
 - Entorno del paciente: la familia.
 - Impacto que la enfermedad neurológica produce en una persona previamente sana. Este, a su vez, esta modulado por 2 variables: una, evidentemente, la gravedad de la lesión y otra, la consciencia que el paciente tenga de sus déficits, anosognosia.

Si este impacto es importante provocará desánimo, falta de motivación y depresión, factores que ensombrecen el pronóstico de recuperación funcional. Es obligación de los profesionales sanitarios estimular al paciente para que intente lograr las metas que se le van proponiendo.

En el ictus añadimos la instauración brusca y el poco tiempo del que se dispone para realizar el tránsito de enfermo a discapacitado/dependiente.

1.-Análisis de la situación actual

- El médico rehabilitador valora al paciente previa

petición de interconsulta.

- Disponemos de un protocolo de tratamiento rehabilitador del paciente con ictus agudo.
- Hemos coordinado con el servicio de neurología las citas al alta de los pacientes con un rango de 7-10 días.
- Hacemos informe de situación funcional indicando el tratamiento de fisioterapia cuando el paciente es derivado a un hospital de cuidados medios.
- La implantación del Código Ictus no ha modificado los recursos en rehabilitación

2.-Proyecto de futuro (áreas de mejora)

- Valorar a todos los pacientes con diagnóstico de ictus en las primeras 24-48 horas, aunque en ocasiones, por la situación clínica del paciente no comencemos el tratamiento de fisioterapia, sí iniciamos la comunicación con la familia y programamos objetivos realistas.

- Iniciar el tratamiento de fisioterapia precozmente durante la primera semana post-ictus y tras la estabilización clínica.

- Cumplir los criterios básicos de un tratamiento rehabilitador en paciente con daño cerebral agudo.

- Inicio precoz.

- Continuidad, debe estar coordinado en sus diferentes fases.

- Intensidad y frecuencia, debemos garantizar al paciente la máxima actividad terapéutica que pueda tolerar.

- Duración, conocer los plazos de recuperación neurológica.

- Fomentar la participación activa del paciente y su familia.

- Asegurar la continuidad del programa rehabilitador independientemente de la ubicación del paciente y de la disponibilidad de terapias.

- Definir con protocolos los criterios para decidir el ámbito de tratamiento más adecuado en cada caso tras el alta hospitalaria. Aunque hay muchos factores que limitan el regreso al domicilio, un paciente sin capacidad para las transferencias cama-sillón, con incontinencia de esfínteres o con alteraciones

conductuales o cognitivas graves no debería regresar a domicilio para continuar con tratamiento ambulatorio.

- Elaborar una guía para el paciente agudo al alta hospitalaria, en la que además de los principios básicos de movilización y enseñanza del manejo al cuidador, se gestionen los elementos fundamentales de todo proceso rehabilitador:

- El tiempo. La rehabilitación es un proceso orientado por objetivos, limitado en el tiempo y coordinado en sus diferentes fases para evitar reinicios innecesarios. Los objetivos dirigen la dirección de acción y marcan el principio del proceso, pero no su final. En rehabilitación funcionamos con plazos, llega un momento en el que el proceso de recuperación funcional del paciente se estabiliza, completando así la fase de neuroplasticidad donde se establecen los nuevos circuitos neuronales. En este momento, la realidad y lo esperado puede que no coincidan, por lo que debemos reflexionar en términos de adaptación para favorecer el reajuste a la nueva situación.
- La correcta información a través de una buena relación médico-paciente.
- Conocer el entorno sociofamiliar del paciente, su motivación, capacidad de esfuerzo y la repercusión que los déficits tienen en la vida del paciente y sus familiares.

Visión de la Sección de Neuroradiología Intervencionista

José Díaz Pérez Neurólogo Intervencionista. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

En 1995 se publicó el primer ensayo clínico aleatorizado en el que se comparaba el tratamiento con activador de plasminógeno recombinante tisular intravenoso (rt-PA IV) frente a placebo. Aquellos pacientes que recibieron rt-PA IV tuvieron un mejor pronóstico funcional (escala de Rankin modificada o mRS 0-1) a los 3 meses (42.6% para rt-PA IV vs 26.6% para placebo, $p < 0.01$), aunque existía un riesgo mayor de hemorragia cerebral sintomática (6.4% para rt-PA IV vs 0.6% para placebo, $p < 0.001$), los beneficios de esta terapia superaban a los riesgos. Por ello, la FDA aprobó en un primer

momento este tratamiento para aquellos pacientes con ictus agudo con menos de 3 horas de evolución. En 2008 surgió un nuevo ensayo donde se vio que en pacientes menores de 80 años y con una evolución de los síntomas de entre 3-4.5 horas existía beneficio (aunque menor) en aquellos que recibían rt-PA (mRS 0-1: 52.4% para rt-PA IV vs 45.2% para placebo, $p = 0.04$).

Sin embargo, el tratamiento aislado con rt-PA IV presenta una tasa de recanalización baja y de aquí surgió la necesidad de buscar nuevas terapias intraarteriales con vistas a mejorar la tasa de recanalización, y por tanto, el pronóstico de estos pacientes.

El primer paso fue valorar la eficacia de la infusión de fibrinolítico intraarterial (urokinasa) desarrollándose varios ensayos clínicos (PROACT-II Y MELT), donde se demostró su eficacia en la oclusión aguda de la arteria cerebral media, consiguiéndose una tasa de recanalización de aproximadamente el 60% en el grupo de tratamiento frente al 20% en el grupo placebo (tratados con heparina), así como su beneficio sobre el pronóstico funcional a los 3 meses (40% pronostico favorable a los 3 meses en grupo tratamiento frente al 25% en grupo control o placebo), aunque con una mayor tendencia a complicaciones hemorrágicas en el grupo de tratamiento.

Posteriormente, con el desarrollo y expansión de la tecnología, se fueron desarrollando distintos dispositivos con la finalidad de optimizar el tratamiento endovascular para conseguir una mayor tasa de recanalización y así, intentar mejorar el pronóstico de los pacientes.

El primero de ellos, fue un dispositivo extractor (MERCİ). En el primer ensayo con este dispositivo se evidenciaron tasas de revascularización del 48% en pacientes con oclusión de gran vaso resistentes a rt-PA IV. Posteriores ensayos (IMS III, SYNTESIS expansión y MR RESCUE), donde se emplearon distintos dispositivos (MERCİ, stents extractores como SOLITAIRE o TREVO y aspiración por catéter-PENUMBRA), fallaron al intentar demostrar la superioridad de la terapia intraarterial en cuanto a

pronóstico funcional. Se debe a este hecho que la trombectomía intraarterial mecánica (TIAM) estuviera disponible únicamente como tratamiento de rescate cuando existía resistencia a rt-PA IV con una Clase IIa o Nivel B de recomendación.

Esta situación no cambió hasta la publicación de los ensayos de 2015 (MR CLEAN, ESCAPE, EXTEND IA, SWIFT PRIME y RESVACAT) en los que se comparaba la trombectomía intraarterial mecánica (TIAM), con o sin rt-PA IV previamente, versus grupo control (MR CLEAN, ESCAPE) o la TIAM más rt-PA IV versus tratamiento únicamente con rt-PA IV (EXTEND IA, SWIFT PRIME). En todos ellos se emplearon mayoritariamente stents extractores. Excepto el MR CLEAN, el resto de los ensayos tuvieron que ser detenidos en la aleatorización dado los buenos resultados obtenidos durante el desarrollo de cada uno de ellos en el grupo intervención, con mejor pronóstico funcional a los 90 días.

El resultado fue la modificación de las guías de tratamiento de la American Stroke Association, convirtiéndose la TIAM en parte activa del tratamiento agudo con un grado de recomendación Clase I o Nivel A en las siguientes circunstancias: situación funcional previa favorable (escala de Rankin modificada o mRS 0-1), ictus isquémico agudo secundario a oclusión de arteria carótida terminal (ACI) o segmento proximal (M1) de la arteria cerebral media (ACM), edad mayor de 18 años, puntuación en la escala de la National Institute of Health Stroke (NIHSS) mayor o igual a 6, puntuación en el Alberta Stroke Programme Early CT (ASPECTS) mayor o igual a 6 y tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la punción menor o igual a 6 horas.

Desde entonces, uno de los campos donde más se ha investigado (y todavía se sigue investigando) es el de la neuroimagen, puesto que a raíz de los resultados de los 5 ensayos anteriormente citados, se confirmó la importancia de las pruebas de neuroimagen para la selección de pacientes candidatos a tratamiento. Hasta entonces, los únicos parámetros validados como criterios de selección eran la puntuación ASPECTS en el TC simple y demostrar la oclusión de gran vaso en la angiografía por tomografía computarizada (Angio-TC), aunque ya se

empezaba a contemplar los beneficios que aporta un estudio con TC multimodal que incluía además un estudio de perfusión. Con este, se pretende valorar los siguientes parámetros: Flujo Sanguíneo Cerebral (FSC), que constituye el volumen de sangre que atraviesa una determinada zona cerebral por unidad de tiempo (valor normal 50-80 ml/100g/min), Volumen Sanguíneo Cerebral (VSC) o volumen total de sangre, que contiene una determinada zona del cerebro (ml/100g) y Tiempo de Tránsito Medio (TTM), que constituye el tiempo medio que emplea la sangre desde la entrada arterial hasta la salida venosa medido en segundos. Estos tres parámetros se correlacionan mediante la siguiente ecuación: $FSC = VSC / TTM$. Con ellos, se pretende medir el mismatch (o desacoplamiento) entre VSC y FSC que nos indicará la extensión y localización del área de penumbra isquémica (o tejido potencialmente salvable) donde el FSC se mantiene entre 10-20 ml/100 g/min y el área de core o núcleo del infarto que corresponde a la zona menos perfundida ($FSC < 10$ ml/100g/min).

Junto con el TC multimodal, otra prueba de neuroimagen que ha sido estudiada en los últimos años es la RM cerebral, con estudios de perfusión donde, básicamente, se persiguen los mismos principios planteados en el estudio mediante TC, aunque con mayor sensibilidad. El problema de esta técnica es fundamentalmente la accesibilidad, de ahí que la técnica implantada en la mayoría de los centros sea el TC multimodal.

Muchos de los parámetros estudiados en el TC multimodal como la puntuación ASPECTS, la longitud del trombo y la colateralidad, han demostrado ser buenos biomarcadores clínico-radiológicos así como predictores pronósticos en la práctica clínica.

1.-Análisis de la situación actual

Estos estudios han contribuido a un cambio del paradigma clásico “tiempo es cerebro” a un nuevo paradigma: “cerebro es tiempo, neuroimagen y recanalización”. Todo ello ha permitido recientemente ampliar la ventana terapéutica a raíz de la publicación de los ensayos clínicos DAWN y DEFUSE-3 siendo viable la posibilidad de tratamiento endovascular (Clase I, nivel A) en pacientes con ictus is-

quémico agudo entre 6 y 16 horas desde la última vez visto asintomático, siempre y cuando cumpla criterios de elegibilidad planteados en los ensayos anteriores.

Otro de los aspectos más debatidos en la literatura en los últimos años está relacionado con el manejo anestésico durante el procedimiento (Sedación frente Anestesia General). Hasta hace 4-5 años, existían numerosos estudios retrospectivos con resultados dispares aunque decantando la balanza a favor de la sedación, considerándose ventajosa por la menor demora en el inicio del tratamiento endovascular, no precisar intubación orotraqueal (IOT), reduciendo así el riesgo de morbilidad asociada, y mejor control de la tensión arterial intraprocedimiento, favoreciendo un pronóstico favorable. Sin embargo, todas estas ventajas han perdido fuerza a raíz de la publicación de 3 ensayos clínicos donde se confirmó que no existían diferencias significativas entre las dos estrategias.

2.-Proyecto de futuro (áreas de mejora)

Algunas de las futuras directrices en relación con el tratamiento endovascular se recogen a continuación:

- TIAM primaria o tratamiento combinado estándar (rt-PA IV + TIAM). Existen múltiples estudios retrospectivos al respecto con resultados dispares. Las cuestiones que han dado origen a los mismos son la posibilidad de mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas en relación con el tratamiento fibrinolítico intravenoso previo, la menor tasa de recanalización con rt-PA IV y por lo tanto, su escasa eficacia

e incremento del gasto y la demora en el inicio del tratamiento endovascular entre otros. Actualmente, existen ensayos clínicos para comparar ambas actuaciones. Resultados favorables a la TIAM primaria puede tener importantes implicaciones en la organización de la actividad asistencial del ictus isquémico agudo, siendo preciso la presencia física durante la guardia de los Neurorradiólogo intervencionistas.

- Fomentar la evidencia en el tratamiento de pacientes que no cumplen los criterios de elegibilidad recomendados en las guías de práctica clínica oclusiones de segmentos distales de ACM así como oclusión en otros territorios vasculares (Arteria cerebral anterior o ACA, arteria cerebral posterior o ACP, arteria basilar o AB), NIHSS < 6, y ASPECTS < 6.

- Desarrollo tecnológico para disponer de material y dispositivos que nos permitan acceder más rápido y conseguir la recanalización lo antes posible. Hasta el momento, se han diseñado stents extractores de segunda generación (Embotrap, NeVA, 3D) así como nuevos dispositivos de aspiración (MIVI), aunque todavía con escasa evidencia en la práctica clínica (ausencia de ensayos clínicos aleatorizados).

- Fomentar secciones de Neurointervencionismo multidisciplinares constituidos por radiólogos, neurólogos y neurocirujanos. Desde las distintas sociedades nacionales e internacionales involucradas se está trabajando este aspecto para fomentar la formación de los distintos especialistas involucrados.

Visión de los recursos en rehabilitación del Presidente de la SMR (Sociedad murciana de rehabilitación)

Juan Antonio Olmo Presidente de SMRHB

1.- Análisis de los recursos disponibles en el Servicio Murciano de Salud para la atención a los pacientes con ictus.

2.- Proyecto de futuro (áreas de mejora):

- En general, los Servicios de RHB no están

organizados para atender a los pacientes con ictus de forma específica. Sólo en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca existen los profesionales necesarios para que funcione un equipo de rehabilitación neurológica completo.

- Desde el punto de vista tecnológico, la mayoría de los servicios siguen anclados en el siglo XX.

- Los avances en la estructura asistencial del ictus, no se han trasladado al campo de la rehabilitación.

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

- Análisis de los recursos disponibles en el Servicio Murciano de Salud para la atención a los pacientes con ictus.

C. ATENCIÓN SANITARIA MÁS ALLÁ DE LA FASE AGUDA DEL ICTUS

Coordinador:

Dr. D. Francisco Pérez Fernández, Jefe de Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Santa María del Rosell.

Autores:

Dra. Dña. María Monteagudo Santamaría, Jefa de Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Dr. D. Eduardo Alías Linares, Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Universitario Morales Meseguer.

Dr. D. Eduardo Carrasco Carrasco, Presidente SEMERGEN Región de Murcia, Médico de atención primaria en Centro de Salud de Abarán.

Aurora Bermejo Pina, Fisioterapeuta Hospital Universitario Reina Sofía.

Dña. Inmaculada Brando Asensio, Trabajadora Social Centro de Salud Mario Spreáfico de Archena y Centro de Salud Las Torres de Cotillas.

Visión del servicio de Rehabilitación del Hospital Virgen de la Arrixaca

María Monteagudo. Jefa de Servicio de Rehabilitación. HUCVA

1.-Análisis de la situación actual

En la fase subaguda, el médico rehabilitador tiene por finalidad:

- Valorar las lesiones y el déficit funcional, en un momento dado y su evolución.
- Hacer una estimación del pronóstico más probable.
- Establecer un plan terapéutico individualizado.

En esta fase, comienzan a trabajar:

- Unidades de rehabilitación hospitalaria.
- Unidades de régimen de centro de día.
- Unidades de rehabilitación ambulatoria.
- Rehabilitación domiciliaria.

En cuanto a la valoración de déficits post-ictus (FIGURA 4), debemos prever la permanencia de estos, para no crear falsas expectativas en el paciente y su familia y no prolongar en vano tratamientos no útiles.

Tendremos en cuenta:

- Factores predictivos.
- Escalas de valoración cuantificables de la funcionalidad y la estabilización.

La evolución del ictus en fase aguda comprende:

- Fase de mejoría rápida (mes y medio).
- Fase de mejoría lenta (del mes y medio a tres meses).
- Fase de meseta (del cuarto al quinto mes).
- Fase de estabilización al sexto mes.

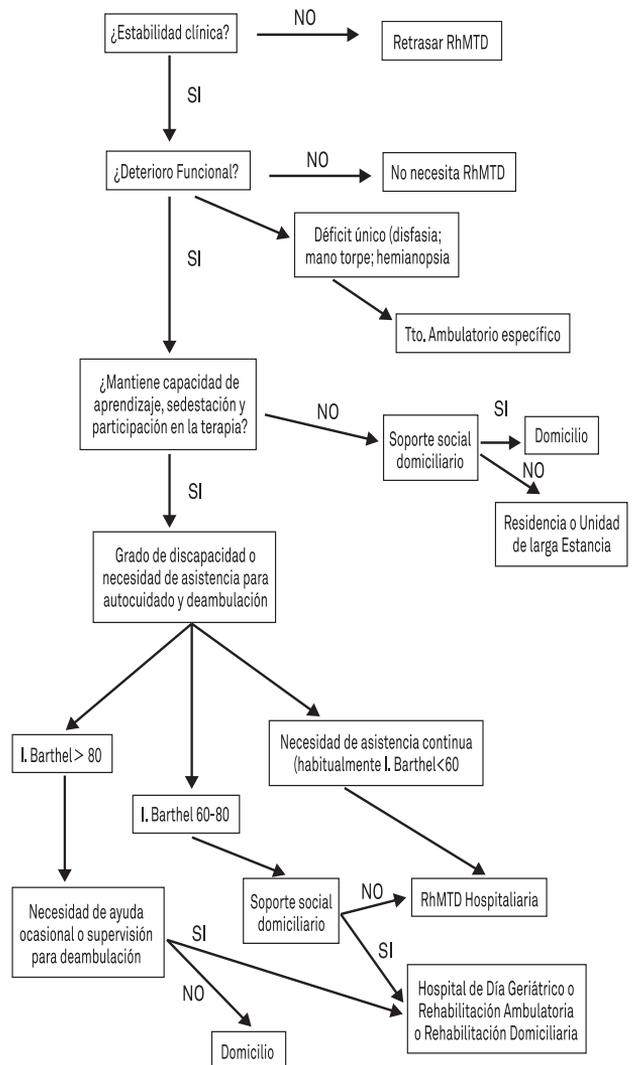


FIGURA 4. Valoración de déficits post-ictus

Según el Copenhague Stroke Study, el 90% de recuperación se habrá conseguido al tercer mes. Como excepciones, la afasia y el equilibrio pueden mejorar hasta un año y medio y un año post-ictus respectivamente.

En el momento del alta de Rehabilitación:

- 40% de pacientes presentan secuelas graves y el 15% de estos, permanecen institucionalizados.
- 54% de pacientes presentan secuelas menores.
- Sólo un 6% de pacientes quedan sin secuelas.

Como factores pronósticos desfavorables a destacar:

- La edad avanzada (más de 77 años) es el factor más importante.
- La gravedad de los déficits iniciales (NIHSS).
- Ausencia de mejoría inicial (en los primeros días y más firmemente al tercer mes):
 - Los déficits graves a las 3 semanas tienden a permanecer a los 6 meses.
 - El reinicio de movilidad proximal en el primer mes no se asocia a una recuperación de la movilidad distal de miembros superiores.
 - La recuperación motriz distal en miembros superiores en el primer mes se asocia a una posible recuperación funcional.
 - Ausencia de control al primer mes.

La espasticidad o flacidez intensas.

- La depresión postictal.
- Barthel inicial <20 o FIM <40.
- Asociación de Hemiparesia + Hemihipoestesia + Hemianopsia se asocian a mal pronóstico para la deambulación.

Respecto a las escalas de valoración, nos encontramos con los siguientes problemas:

- No existe una escala específica para el ictus validada (que englobe todos los déficits que derivan de la lesión neurológica).
- No existen escalas para la valoración del déficit sensorial, extinción o negligencia, disfagia o función esfinteriana.
- Las escalas del equilibrio requieren de instrumentos posturográficos, no siempre aplicables.
- Ninguna tiene un valor predictivo absoluto por la concomitancia de otros déficits y las característi-

cas de la rehabilitación aplicada, sin embargo, son de utilidad como orientación del resultado final.

2.-Proyecto de futuro (áreas de mejora)

Propuesta de aplicación de escalas con fines pronósticos:

- Fase subaguda:
 - Al primer mes: Escala de control de tronco (valor predictivo de la capacidad de marcha), Índice motor, Escala cognitiva Mini mental, Escala de depresión geriátrica y Escala de Boston para las afasias.
 - Al segundo mes: Test de control de tronco, Escalas de marcha e Índice motor (valor predictivo de la situación al 6º mes).
 - A los tres meses: Escalas de marcha.
 - A los 6 meses: Barthel o FIM.

Como criterio de exclusión para para la rehabilitación ambulatoria:

- Incapacidad del paciente para realizar esfuerzos físicos mínimos.
- Mal control del tronco que dificulta la sedestación más de dos horas seguidas al día.
- Afasia que dificulte la comprensión y colaboración del paciente.
- Mal apoyo familiar.
- Ulceras por presión que precisan cuidados hospitalarios.
- Espasticidad irreductible.
- Barthel <60.
- Déficit previos importantes.
- Demencia/alteraciones cognitivas severas u otros tipos de deterioro neurológico grave.
- Enfermedad sistémica avanzada.

Modelo de atención:

- Continuidad y coordinación asistencial.
- Atención por equipo de profesionales coordinados entre sí.
- Construcción de programas de atención centrados en la persona.
- Establecer criterios de calidad claros y contrastables.

Es importante destacar que existe una falta de recursos y mecanismos de coordinación.

Visión desde un Servicio de Neurología del área metropolitana

Eduardo Alias Linares. Jefe de Servicio de Neurología Hospital Morales Meseguer

1.-Análisis de la situación actual

El alta hospitalaria supone la transición entre la atención de la fase aguda y la fase evolutiva del paciente. Con relativa frecuencia, el ictus genera una disrupción importante en el ámbito personal y familiar del paciente, especialmente en los casos en los que el déficit neurológico es más incapacitante. De aquí, por un lado, la necesidad de una rehabilitación integral. Y, por otro, la necesidad del conocimiento de los recursos disponibles a nivel global (personal, familiar, sociosanitarios públicos y privados).

No todos los pacientes que han sufrido un ictus son revisados en la consulta externa de Neurología.

Atendemos preferentemente a pacientes jóvenes con ictus, a aquellos cuyo estudio diagnóstico ha quedado pendiente en algún aspecto de finalizar y a los que necesitan un control específico mediante exploraciones complementarias concretas (por ejemplo: revisión de stent).

Además de nuestra valoración en consulta, nos parece fundamental el seguimiento de todos los pacientes en el ámbito de la Atención Primaria y, en los casos necesarios, en el Servicio de Rehabilitación.

La principal preocupación que percibimos en el paciente y en su entorno familiar es la continuidad asistencial de los enfermos que necesitan rehabilitación.

Para ellos, cualquier retraso en la prestación de este tratamiento es considerado como un retroceso en la evolución del paciente y en su posible mejoría.

2.-Proyecto de futuro (áreas de mejora)

Uno de los objetivos importantes es el de establecer una prevención secundaria ideal.

Los estudios realizados durante la fase aguda del

ictus determinan el mejor tratamiento posible para evitar su repetición. Se desarrollan en los últimos años nuevos fármacos que buscan mayor eficacia, mejor cumplimiento y menos efectos adversos.

Por otra parte, no hay que olvidar la necesidad de una rehabilitación integral. Debe incluir déficits que, habitualmente, en nuestro medio, no son tratados en la fase aguda. Nos referimos en especial a la afectación del lenguaje y al daño cognitivo.

Es prioritaria también la atención a la patología psicológica y psiquiátrica derivada del ictus. Fundamentalmente depresión y alteración de la conducta. La depresión post-ictus es el trastorno afectivo más frecuente tras un ictus y es el principal factor que limita la recuperación y la rehabilitación de los pacientes. En muchos casos, por desgracia, no se diagnostica ni se trata.

Todo lo dicho hasta ahora, resalta el importante papel de Atención Primaria en la detección y eventual tratamiento de estas complicaciones, porque no siempre son percibidas durante el ingreso hospitalario.

Visión de un Médico de Primaria desde un Centro de Salud

Eduardo Carrasco Carrasco. Presidente SEMERGEN. Región de Murcia. Médico de Primaria de Centro de Salud de Abarán

1.-Análisis de la situación actual

Actualmente, el Servicio Nacional de Salud garantiza, de forma bastante homogénea, una atención de alta calidad en las fases iniciales del ictus. Debido a ello, la mortalidad por ictus ha disminuido no solo en la Región de Murcia, sino el resto del país. Pero no estamos en disposición de bajar la guardia, ya que el 40% de los ictus cursa con secuelas importantes y se siguen produciendo unos 2.000 ictus isquémicos anuales en la Región de Murcia.

Con arreglo a la situación actual, tras la fase aguda del ictus, podemos decir que hemos avanzado en conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y en el convencimiento generalizado de la necesidad de su control para evitar recurren-

cias, pero los datos nos dicen que seguimos con un mal control de los principales FRCV, sobre todo en presión arterial sistólica y LDL-colesterol, dos de los factores de riesgo mayores para ictus.

También observamos un retraso importante en la realización de pruebas diagnósticas y citaciones que pudieran ayudar a descartar una recurrencia o al estudio de comorbilidades y complicaciones asociadas a la enfermedad cerebrovascular.

En cuanto al tratamiento en esta fase subaguda o crónica del ictus, observamos dificultades importantes en la continuidad de cuidados, sobre todo en el acceso a la unidad de rehabilitación en el ámbito extrahospitalario, así como en la atención sociosanitaria y el retraso en las ayudas relacionadas con la Ley de Dependencia, subvenciones para órtesis, camas u otros materiales. Por otro lado, la atención al paciente con ictus debe ser multidisciplinaria e interconectada entre niveles y entre profesionales con el fin de que sea integral y longitudinal, con acceso a la toda la información desde cualquier estamento sanitario, pero observamos cierto grado de desconexión interprofesional e interniveles que no es nada beneficiosa para el paciente.

El Médico de Familia tras el ictus, junto con enfermería, recibe al paciente en las primeras 48h del alta para hacer una valoración inicial funcional, con lectura del informa de alta para ver la evolución del episodio, cuidados recibidos, situación actual y orientaciones terapéuticas. Tests como el de Rankin, Minimental, Dowton y el índice de Barthel ayudan a analizar la situación del paciente. También es necesario valorar disfagia y riesgo de úlceras por presión.

La misión fundamental del equipo de Atención Primaria es controlar los FRCV con el fin de evitar mortalidad y recurrencia de ictus. Se iniciarán intervenciones destinadas a fomentar los estilos de vida saludables. Hay que comprobar que se ha iniciado el tratamiento farmacológico para la prevención secundaria, se hace seguimiento de su control y se garantiza la adherencia. Así mismo, se establecerán los objetivos metabólicos y de presión arterial. El tratamiento de las secuelas del ictus y de las

complicaciones que vayan surgiendo a lo largo de las fases subaguda y crónica de mismo, requiere una atención especial en colaboración con el nivel hospitalario.

A esto, le añadimos el cuidado de la comorbilidad asociada del paciente, ya que el ictus no es una patología aislada en el paciente, sino que suele venir acompañada por otras afecciones cardiovasculares y/o patologías crónicas. Es así, que estos enfermos crónicos y discapacitados tendrán que ingerir gran número de fármacos, con la dificultad que supone para el médico evitar interacciones y descubrir efectos secundarios.

El médico de familia atenderá también al cuidador principal y a la familia con las directrices propias de las diferentes guías clínicas. Así mismo, desde el Centro de Salud se harán las gestiones necesarias para solicitar los apoyos sociosanitarios que necesite el paciente con ictus. El objetivo final será reducir la mortalidad y morbilidad, reducir la recurrencia del ictus y procurar la reintegración del paciente.

2.-Proyecto de futuro (áreas de mejora)

Aunque en España la atención al paciente con ictus está sumamente difundida y estructurada a través de documentos de consenso, estrategias y guías clínicas, no ocurre lo mismo cuando se trata de llevar a cabo estas proposiciones a la realidad. Además, no se observa una homogeneidad en el tratamiento en las fases post-ictus, no sólo en cada Comunidad sino en cada provincia, e incluso en cada área de salud.

Para disminuir las recidivas del ictus, debemos mejorar el control de los factores de riesgo cardiovascular, ya que menos de un tercio de los pacientes que han sufrido un ictus isquémico tiene controlados los FRCV y sólo uno de cada cuatro pacientes que están recibiendo tratamiento, no alcanzan los objetivos metabólicos deseados.

Es muy importante también mejorar la adherencia al tratamiento, ya que casi la mitad de los pacientes con ictus abandona el tratamiento tras 2-3 años. Mejorar el control y tratamiento de las complica-

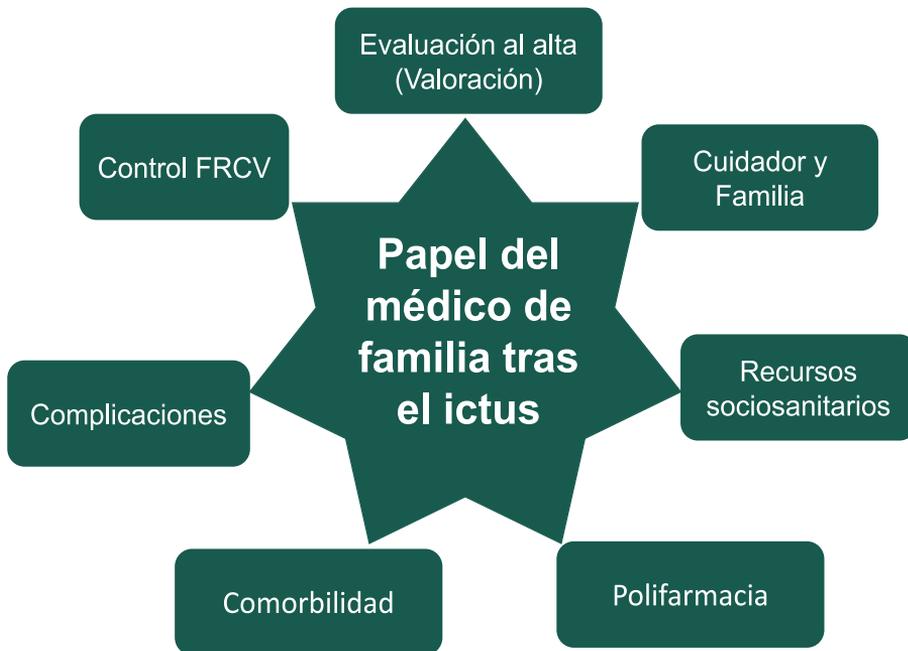


FIGURA 5. Atención integral al paciente con ictus

ciones del ictus supone una disminución de la morbilidad y mortalidad de los pacientes. La continuación de los cuidados es muy importante, sobre todo en la primera fase en referencia a la rehabilitación. La atención al cuidador y familia junto con el acceso rápido a los recursos y prestaciones sociales son parcelas muy mejorables en nuestro país.

Para mejorar la atención integral al paciente con ictus (FIGURA 5) es necesario individualizar las acciones, ya que éstas dependerán de la situación funcional del paciente, comorbilidades, recursos sociofamiliares y complicaciones añadidas. Es necesario potenciar la unidad de gestión sociosanitaria, donde la enfermera gestora de casos y el trabajador social son los elementos más importantes de integración para lograr la continuidad de cuidados y el acceso a recursos y prestaciones sociales con rapidez y homogeneidad. Se encargarían de valorar, junto con el médico de familia y el enfermero, la necesidad de ayudas relacionadas con la Ley de Dependencia, materiales de órtesis, camas articuladas, transportes, citaciones en ámbito hospitalario, etc.

La atención que se debe prestar a la familia y al

cuidador principal pasa por dar una información adecuada y pormenorizada sobre la enfermedad, contactos sanitarios, pronóstico o resolución de situaciones menores. Es necesario que se promueva la asistencia a talleres formativos impartidos por profesionales, pacientes expertos o asociaciones de pacientes. La atención psicológica evitará el síndrome del cuidador.

La rehabilitación es fundamental para lograr la mínima discapacidad y la pronta reinserción del paciente. Actualmente, estamos en situación de necesidad de aumentar el número de unidades de rehabilitación para conseguir la continuidad de los cuidados extrahospitalarios con rapidez.

En cuanto al tratamiento de las complicaciones, los profesionales deben realizar una formación continuada y una investigación sobre el manejo de las diferentes y numerosas complicaciones que pueden presentar los pacientes con ictus. La interconexión con el marco hospitalario y otros profesionales que atienden al paciente y a la familia es necesaria para una mejor resolución de las complicaciones, la implantación de las nuevas tecnologías podría ayudar y dar rapidez a la resolución de consultas.

Para mejorar la adherencia y el control de los FRCV, se debe establecer un compromiso entre el profesional sanitario, la familia y el propio paciente con el fin de conseguir una mejora que derive en una disminución de las recurrencias del Ictus, la morbilidad y mortalidad del paciente.

Los datos estadísticos indican que se va a producir un aumento del número de ictus en los próximos años con el consecuente incremento de la morbilidad y discapacidad. El aumento de la esperanza de vida, de las enfermedades crónicas y las altas tasas de dependencia hacen que el Servicio Nacional de Salud se encuentra en fase de precarie ad presupuestaria, además de una dependencia económico-política importante y con gestión mejorable. Mientras se consiguen más recursos, sólo nos queda gestionar lo que tenemos. En ese sentido, los tres elementos más importantes en donde se debe invertir más, es en prevención del ictus, en aumentar el número de unidades de rehabilitación y en conseguir una mejor atención sociosanitaria para el paciente y su familia.

No existe un modelo único y perfecto de atención extrahospitalaria al paciente con ictus. Se han propuesto tantos que lo que nos hacen es reconocer que el modelo debe ser individualizado.

De forma general, cuando se le da de alta hospitalaria al paciente con ictus, éste va a estar sometido al cuidado en su Centro de Salud (fundamentalmente por el médico y enfermero de familia), donde se le va a prestar asistencia necesaria para controlar sus FRCV, tratamiento de las comorbilidades y complicaciones de la enfermedad, además de la atención al cuidador.

Desde la Unidad de Rehabilitación, se procurará conseguir la mejor recuperación funcional.

La Unidad de Gestión Sociosanitaria se ocupará de la continuidad de cuidados y acceso a las prestaciones y recursos sociosanitarios a través de la enfermera gestora de casos y trabajador social.

Los tres compartimentos estarán en interconexión directa con los servicios hospitalarios para conseguir sus objetivos. Pero también estarán interre-

lacionados entre sí a través de informes o nuevas tecnologías con el fin de actuar de forma simultánea en la mejora de la atención sociosanitaria del enfermo.

De esta manera, se podrían formar las Unidades de Ictus Extrahospitalarias que se ocuparía de diseñar programas de atención sociosanitaria, individualizados y revisables al paciente con ictus. Estas Unidades de Ictus estarían formadas por un número determinado de médicos de familia, enfermeros, fisioterapeutas, enfermera gestora de casos y trabajador social, según las necesidades del área de salud. Las consultas telemáticas y la telerehabilitación ayudarían bastante en la intercomunicación, resolución de problemas, consultas entre niveles y entre profesionales.

Por otro lado, las Unidades de Ictus Extrahospitalarias podrían estar asesoradas por farmacéuticos, asociaciones de pacientes o personal de residencias especializadas en la atención del ictus con objeto de establecer prioridades y mejorar la atención sociosanitaria.

Visión desde Fisioterapia

Aurora Bermejo Pina. Fisioterapeuta del Hospital Reina Sofía

1.-Análisis de la situación actual

En la mayoría de los Hospitales de la Región de Murcia no encontramos unidades especializadas de rehabilitación neurológica para pacientes que han sufrido un ictus que cuenten con un equipo terapéutico interdisciplinar (fisioterapia, terapeuta ocupacional, logopedia y neuropsicología).

Al trabajar con pacientes con ictus, desde el punto de vista de fisioterapia, partimos de la base del movimiento normal orientándonos hacia este objetivo, es decir, tratamos de recuperar la movilidad funcional en aquellas personas que debido a enfermedad o lesión cerebral padecen un trastorno locomotor. Para ello, tomamos como referencia los patrones normales de movimiento de personas de similares características: edad, sexo, constitución física..., en definitiva, se trata de personalizar el tratamiento, pues algunos de los citados aspectos pueden con-

dicionar su aplicación. Por ejemplo, sabemos que la edad es un factor que modifica las capacidades extensora y flexora en miembros inferiores (disminuye extensión y aumenta flexión en cadera y rodilla).

La recuperación del movimiento funcional busca conseguir su objetivo con el menor esfuerzo posible. Si, en el caso de una persona funcionalmente apta, un movimiento tan habitual como dirigir su mano hacia la boca sólo necesita flexionar el codo, un hemipléjico para ejecutar la misma acción tiene que realizar una abducción del miembro superior llegando a implicar la escápula antes de lograr flexionar el codo. Otro importante objetivo es lograr la disociación de las cinturas escapular y pélvica durante la deambulaci3n.

Ante el abordaje de un tratamiento rehabilitador de pacientes hemipléjicos, el fisioterapeuta, basándose en los informes previos de los médicos especialistas (neur3logo y rehabilitador), valora las distintas características de la afectaci3n en funci3n de la zona cerebral donde se produjo el ACV: hemisferio derecho o izquierdo, tronco encefálico y cerebelo, etc. Teniendo en cuenta si ha sido ictus isquémico o hemorrágico. Todos estos datos son de destacada relevancia para acometer un tratamiento fisioterápico efectivo.

La valoraci3n es de vital importancia en el tratamiento fisioterapéutico, se basa en recoger todos los datos característicos del paciente y factores importantes para determinar la orientaci3n y pauta del tratamiento. Se valoran las distintas características de la afectaci3n en funci3n de la zona cerebral donde se produjo el ACV: hemisferio derecho o izquierdo, tronco encefálico y cerebelo, etc. Hay que tener en cuenta si ha sido ictus isquémico o hemorrágico. Todos estos datos son de destacada relevancia para acometer un tratamiento fisioterápico efectivo. Los puntos básicos de valoraci3n son los siguientes:

- Impresi3n general del paciente (estado de salud, simetría del rostro y estado anímico).
- Si utiliza ayuda técnica.
- Tono muscular: grado de p3rdida de fuerza, control cefálico, sedestaci3n (reacci3n de equilibrio), si logra bipedestaci3n, si deambula (distribuci3n de

cargas), coordinaci3n espacio/temporal en el movimiento.

- P3rdida del habla (afasia, disartria).
- Nivel de conciencia (heminegligencia).
- P3rdida auditiva y campo visual (importante para las órdenes de ejercicio).
- Sensibilidad: miembro superior (hombro doloroso y mano), miembro inferior (zona inguinal y pie).

Durante el tiempo de tratamiento, en funci3n de la evoluci3n y/o necesidad del paciente, se determinará, junto con el médico rehabilitador, la adaptaci3n de cualquier ayuda técnica ortopédica que mejore la actividad de su vida diaria.

Se debe ser cuidadoso y ponderado en la estimaci3n de expectativas y nunca excederse en optimismo en la posibilidad de logros, aunque lo contrario también induciría al pesimismo y la frustraci3n reduciendo, por tanto, su implicaci3n en el tratamiento, factor de suma importancia si tenemos en cuenta que se trata de un trabajo interactivo.

La informaci3n a familiares es de crucial importancia con el fin de obtener su colaboraci3n, por lo que enseñarles de qué forma pueden participar, favorecerá la evoluci3n del tratamiento.

La recuperaci3n funcional es la base del tratamiento fisioterapéutico. Es esencial restablecer la capacidad del control automático de su cuerpo, a fin de lograr la máxima independencia posible con un mínimo de secuelas.

2.-Proyecto de futuro (áreas de mejora)

Se ha avanzado mucho en la atenci3n aguda del ictus, no obstante, queda mucho por hacer en cuanto a la rehabilitaci3n tras un ictus. En este sentido, podemos detallar algunas situaciones de mejora:

- Creaci3n de unidades de rehabilitaci3n especializadas en pacientes con afectaci3n cerebrovascular que cuenten con equipo terapéutico interdisciplinar apoyado en médico neur3logo y medico rehabilitador.
- Fomentar la especializaci3n en rehabilitaci3n neurol3gica de los distintos actores que intervienen en el proceso de la rehabilitaci3n del ictus.
- Crear un protocolo regional que asegure el abor-

daje interdisciplinar entre los distintos profesionales implicados.

Visión desde Trabajo Social

Inmaculada Brando Asensio. Trabajadora Social de Centro de Salud Mario Spreáfico De Archena y Centro de Salud Las Torres de Cotillas

1.-Análisis de la situación actual

El ictus consiste en una alteración brusca en una zona del parénquima encefálico. No es una enfermedad previsible, sino que de una forma inesperada y repentina sobreviene a la persona. En latín significa "golpe" y hace referencia a la brusquedad con que aparecen los síntomas y provoca un déficit neurológico en las áreas:

- Emocional, lenguaje o comunicación.
- Motora, sensitiva y visual.

El ictus provoca efectos a todos los niveles:

- **A nivel individual.** La preocupación, el temor, la incertidumbre, la inquietud, la impotencia, la angustia y la impaciencia que aparece.
- **A nivel familiar.** La no aceptación de la realidad, la desestabilización o la unión familiar, pues no deja indiferente a la familia, teniendo que asumir nuevos roles y nueva dinámica familiar.
- **A nivel social.** Es un problema de salud pública, disminuye las personas activas laboralmente y aumenta las personas en situación de dependencia con necesidad de recursos sociosanitarios.

La recuperación de un ictus establecido es un proceso complicado, tanto para el paciente como para su familia, ya que las manifestaciones de esta patología pueden dejar secuelas que requieren la adopción de una serie de medidas de rehabilitación, de inicio precoz, siendo necesario llevarse a cabo por un equipo multidisciplinar.

En la actualidad, los objetivos que nos planteamos desde la atención más directa al paciente y a la familia, dentro de los Equipos de Atención Primaria de salud, son:

- Realizar una valoración integral de los pacientes dados de alta y de sus cuidadores.
- Promover actividades dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con

- Definir los procesos que faciliten a los pacientes y familiares la gestión de ayudas derivadas de la Ley de Dependencia.
- Establecer protocolos de coordinación con 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.

El Trabajo Social cumple una función clave en la atención a estas personas y su entorno, optimizando el soporte sociofamiliar y el acceso a recursos sociosanitarios. Tratando de focalizar su intervención social en las necesidades de las diferentes fases de la enfermedad.

Dentro de los Equipos de Atención Primaria, el profesional de Trabajo Social pretende abordar las situaciones problemáticas originadas por el impacto social de los procesos de salud/enfermedad. El objetivo último de todas las acciones que realiza es la mejora de la calidad de vida de los afectados y sus familias, la atención de las necesidades sociales de los mismos y la promoción y el desarrollo de las personas.

Para ello, su intervención está centrada en:

- La atención a las familias, orientándolos y ayudándolos a afrontar la nueva situación.
- Prevenir la sobrecarga familiar, acompañándolos en la resolución de problemas de índole social que se generan durante el proceso de recuperación.
- Conseguir una reintegración social y familiar, buscando el mayor bienestar.
- Lograr, si es posible, una reinserción laboral

La figura de Trabajo Social aparece en todos los ámbitos donde se desenvuelve el paciente (familia, amigos, escuela, trabajo y entorno social), adecuando cada intervención de forma individualizada, buscando alcanzar la mayor autonomía en cada caso y su reinserción familiar, social y laboral.

El conjunto de actuaciones que desarrolla el profesional de Trabajo Social para la consecución de estos objetivos estaría formado por:

- Entrevista individual y grupal.

- Talleres para cuidadores.
- Talleres para prevenir la ansiedad, malestar y el estrés.
- Actuaciones comunitarias.
- Promoción de grupos de autoayuda.
- Apoyo a las asociaciones.
- Programa de Voluntariado en salud.

2.-Proyecto de futuro (áreas de mejora)

Por un lado, es obvio la necesidad de aumentar los recursos sociales, generando un auténtico espacio sociosanitario, constituido no sólo por recursos personales y nuevas figuras profesiones sociosanitarias, sino por recursos sociales de atención inmediata, de rehabilitación en el domicilio, así como de terapia ocupacional.

Mayor protagonismo y formación al rol del cuidador, ya que es la pieza fundamental, por ser el nexo de unión entre profesionales y paciente, soportando una carga física y emocional grande.

El equipo multidisciplinar hace referencia a la interacción entre varias disciplinas, desde la mera comunicación hasta una verdadera integración, en

cuanto a metodología, objetivos, terminología etc. Se persigue una intervención conjunta por parte de todos los miembros del equipo, que prima sobre las intervenciones individuales.

“Si bien, es cierto que los equipos multidisciplinarios que abordan tareas complejas son de un potencial y una riqueza humana extraordinarios, su correcto funcionamiento requiere de ciertas aptitudes en los miembros del equipo que los orienten a la identificación de un objetivo común, a la cohesión del grupo y a la superación de inercias previas inherentes a la disciplina de la que proceden” (Quemada J.I., 2007).

Para la sistematización de la intervención del Trabajo Social sanitario, debemos reflexionar sobre las intervenciones que venimos realizando, evitando acciones aisladas sin metodología previa y carentes de fundamento teórico y legal. Esto es necesario para promover avances y mejoras que puedan incorporarse a la práctica profesional del trabajo social sanitario en Atención Primaria de Salud, en este caso, con pacientes que han sufrido ictus.

5. REFLEXIONES TRAS EL ANÁLISIS DE LAS DIFERENTES FASES

En este apartado se presentan las conclusiones y reflexiones de los coordinadores del documento sobre las distintas fases de atención al ictus: prehospitalaria, hospitalaria y posthospitalaria.

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL PACIENTE CON ICTUS

Coordinador: Esteban Granero Fernández. Médico Atención Primaria del Centro de Salud de la Flota

En la fase de prevención y atención prehospitalaria, podemos extraer dos tipos de asuntos destacables:

De una parte, los referidos a la solicitud hecha por la organización y referidos al análisis de la situación en su ámbito de trabajo y líneas de solución que veían en ese medio.

En todos los casos se habla de los problemas organizativos propios de la ubicación del trabajo del ponente y que implican diferentes planteamientos para soluciones.

Estas líneas tienen una importante coincidencia en todos ellos:

1. Aumento de conocimientos básicos de atención por la población.
2. Aumento de la formación e información de los propios profesionales. Habría que destacar que, en el trabajo presentado por la Dra. Gonzalez, al 97.3% de los encuestados (65%, 2014) le gustaría recibir formación sobre la activación y funcionamiento del Código Ictus. Es decir, casi la totalidad de los encuestados necesitan saber más de este asunto.
3. Incorporación de nuevas tecnologías que acor-

ten el tiempo de inicio del tratamiento:

- Teleictus.
- Historia digital en soporte portátil.

Por otro lado, desde el punto de vista del coordinador, el problema que aparece en las diferentes intervenciones es una gran variabilidad de situaciones relacionadas con: la situación del propio paciente (edad, autonomía, historia clínica), el lugar geográfico donde se produce la atención, el medio asistencial donde se hace (hospital rural o urbano, con neurólogo o sin neurólogo), horario en el que se produce, procedimiento de activación del Código (¿es clínico? o ¿tras prueba diagnóstica en Servicio de Urgencias hospitalario?) e incluso del profesional que toma la decisión de actuar (reside te/adjunto).

Esto hace que sea difícil el establecimiento de un modo (protocolo) único que abarque todas las situaciones, lo que podría llegar a cuestionar la existencia del propio "Código Ictus" así entendido. Tal vez, sería razonable valorar alguna modificación que situara a un actor central con la capacidad de actuar de forma protocolizada, pero versátil, sobre cada situación en contacto con el resto de los profesionales actores del proceso. Parece evidente que se trataría de la figura del neurólogo.

ATENCIÓN HOSPITALARIA EN FASE AGUDA DEL PACIENTE CON ICTUS

Coordinador: Bernardo Escribano Soriano. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

En la fase de aguda del ictus hay que resaltar que en la atención hospitalaria es en la que más hemos avanzado mucho con el Código Ictus de la Región de Murcia.

Como objetivos de mejora a conseguir precisaría los siguientes:

1. Conseguir una disminución de la estancia media hospitalaria y de las complicaciones asociadas a la hospitalización prolongada.
2. Mejorar los tiempos de actuación hospitalarios en todas las intervenciones.
3. Valoración por rehabilitación en las primeras

24h para iniciar fisioterapia precoz.

4. Fomentar que los avances en la asistencia al ictus se equiparen en la rehabilitación tras el ictus.

5. Creación de equipos multidisciplinares en la atención hospitalaria aguda del ictus.

6. Fomentar la investigación en diagnóstico y tratamiento del ictus.

7. Aumentar los recursos económicos para personal y material que se dedica al ictus.

ATENCIÓN SANITARIA MÁS ALLÁ DE LA FASE AGUDA DEL PACIENTE CON ICTUS

Coordinador: Francisco Pérez Fernández. Servicio de Rehabilitación Hospital Universitario Santa María del Rosell

Las conclusiones que deben tenerse en cuenta en esta fase son las siguientes:

Una vez tratado el paciente en los servicios de neurología tras sufrir el episodio de ictus e iniciado el tratamiento rehabilitador durante el ingreso, el momento del alta hospitalaria es una de las fases más importantes desde el punto de vista sociosanitario porque se regresa a su hogar en unas condiciones de dependencia funcional que no existían, generalmente, al ingreso o que pueden haber empeorado. En ese momento, se debe coordinar toda la asistencia de forma multidisciplinar para tratar la patología, pero también para que las necesidades de dependencia sean cubiertas de modo que no sean un obstáculo para la recuperación del paciente. Se necesita la perfecta coordinación de los distintos profesionales:

- El neurólogo, para que el paciente al alta se encuentre en las mejores condiciones de participar en el proceso de recuperación funcional, así como incidir en la prevención secundaria.
- El médico rehabilitador, para administrar en tiempo (hasta la fase de estabilización) y forma (según las condiciones patológicas de cada paciente) las diferentes terapias necesarias e individualizadas según cada paciente, solicitando la participación del resto de profesionales:
 - Fisioterapeuta.
 - Terapeuta ocupacional.
 - Logopedia.
 - Neuropsicólogo.
 - Técnico ortoprotésico.

También deberá valorar, según la situación de cada paciente si su atención se puede realizar de forma

idónea en:

- Unidades de rehabilitación hospitalaria.
- Unidades de régimen de centro de día.
- Unidades de rehabilitación ambulatoria.
- Rehabilitación domiciliaria.

Asimismo, deberá establecer el momento de estabilización como aquel donde la recuperación se detiene y en el que hay que diferenciar ya el tratamiento de las secuelas.

El modelo de atención debe garantizar:

- Continuidad y coordinación asistencial.
- Atención por equipo de profesionales coordinados entre sí.
- Construcción de programas de atención centrados en la persona.
- Establecer criterios de calidad claros y contrastables.

PERO FALTAN RECURSOS Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN:

- El médico de familia, como principal responsable del seguimiento del paciente una vez completado el tratamiento, es el principal detector de complicaciones que se pueden presentar y, por tanto, el que de forma más precoz puede detectar dichos déficits para solicitar la rápida participación de cualquiera de los otros profesionales y coordinarse con el trabajador social para completar la valoración sociofamiliar, de modo que el acceso a los recursos sea lo más justo posible.

Además, vigilará y controlará la correcta aplicación de las medidas de prevención secundaria.

- El trabajador social, como elemento de valoración de las capacidades de soporte sociofamiliar en cada caso, debe intervenir en todas las fases, para facilitar el acceso a los recursos sociosanitarios disponibles en cada caso.

A modo de conclusión general, la forma ideal de

asistencia a este tipo de enfermos debería contar con el equipo multidisciplinar integrado en cada centro que asista al paciente con ictus, no sólo para la administración justa y equitativa de los recursos, sino también para el momento del alta del proceso terapéutico, que si se toma de forma consensuada, garantiza que todas las variables (médica, funcional, social ,etc.) sean tenidas en cuenta y, de ahí, se podrán establecer objetivos para la si-

guiente fase.

En la siguiente fase habrá que diseñar los programas de mantenimiento que actualmente no pueden ser cubiertos por las unidades de asistencia de agudos, ni son cubiertas por la asistencia socio-sanitaria necesaria para cubrir esos déficits ya no recuperables, pero que precisan de un soporte de por vida para evitar el empeoramiento.

6. VISIÓN GLOBAL DEL PACIENTE AFECTADO POR ICTUS

Dionisio Calvo Rodríguez. Asociación de Daño Cerebral Adquirido(DACEMUR)

¿Cuáles son las 10 cosas más importantes que los pacientes creen que harían falta para mejorar en la atención al ictus en la Región de Murcia?

1. ATENCIÓN RÁPIDA. Dirigiendo al paciente desde el momento que se sabe que “puede” ser un ictus a una unidad especializada. Para ello son importantes los dos siguientes puntos.

2. AMPLIACIÓN DE LAS UNIDADES DE ICTUS. En Lorca, Altiplano y Noroeste, para que la ATENCIÓN RÁPIDA mejore en cuanto al traslado del enfermo.

3. FORMACIÓN E INFORMACIÓN. En la escuela, universidades y centros de trabajo con campañas de sensibilización de vida sana y reconocimiento de las señales de un ictus para que la persona que pudiera encontrarse con un posible caso pueda identificar el problema con más rapidez e informar a los sanitarios con más seguridad.

4. REHABILITACIÓN INMEDIATA TRAS LA FASE AGUDA. Una vez estabilizado clínicamente al paciente, iniciar rehabilitación de forma inmediata en el hospital por parte de un equipo multidisciplinar formado en neurorrehabilitación, para lo que sería necesario abrir unidades de neurorrehabilitación en todos los hospitales.

5. SEGUIMIENTO, INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO A LOS FAMILIARES. Seguimiento desde el hospital tras el alta del paciente, para resolver dudas o problemas, y proporcionar asesoramiento sobre adaptación en el hogar por parte de médicos, psicólogos y asistentes sociales.

6. REHABILITACIÓN TRAS EL ALTA HOSPITALARIA. Neurorrehabilitación DE CALIDAD. A domicilio en caso de que el paciente no tenga movilidad o sea muy dificultoso el transporte al centro neurorrehabilitador (por vivir en un edificio sin ascensor, por ejemplo).

7. TERAPIA OCUPACIONAL, LOGOPEDIA Y SEGUIMIENTO NEUROPSICOLÓGICO. Con objeto de mejorar la autonomía personal del paciente, posibles problemas de comunicación, deglución y de salud mental tanto de pacientes como de familiares

8. REHABILITACIÓN EN LA FASE CRÓNICA. Sabemos que es durante los primeros seis meses tras la afección cuando se producen las mejoras MAS RÁPIDAMENTE, pero particularmente llevo 7 años con rehabilitaciones de todo tipo y, sin duda, sigo mejorando. Es decir, no ha habido ESTANCAMIENTO en mi evolución, sin embargo, en periodos vacacionales, cuando no he recibido mis sesiones, mi condición neuro-física ha retrocedido.

9. RAPIDEZ Y EFECTIVIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES. Tanto los de la Comunidad como los muni-

cipales a la hora de conceder “Minusvalías”, Grados de Dependencia, ayudas para la movilidad en las ciudades, ayudas para realizar adaptaciones en el domicilio, etc.

10. MOVIMIENTO ASOCIATIVO. Los movimientos asociativos NO DEBEN hacerse cargo de los puntos anteriores, sino que debieran ser puntos de relación social entre afectados.

¿Qué es lo que los pacientes buscan en la asociación que no encuentran en el servicio público?

Prácticamente todos los puntos anteriores, salvo la atención médica:

- En la asociación encontramos información sobre secuelas, manejo de situaciones cotidianas y

recursos sociales a los que podemos tener acceso.

- Neurorrehabilitación (fisioterapia, logopeda, terapia ocupacional y neuropsicología) en sesiones individuales y grupales.
- GAM. Grupos de ayuda mutua de familiares y de personas con DCA.
- Viajes adaptados.
- Talleres que mejoran el conocimiento sobre el DCA, la socialización, la creatividad y la autonomía personal.

De esta manera, la asociación viene a suplir las carencias del sistema sanitario y, además, lo hace en precaria situación económica y con el esfuerzo tremendo de los familiares.

7. IMPACTO ECONÓMICO Y SOCIAL DEL ICTUS

Carlos Alberto Arenas Gerente del Área IX de salud y Hospital Lorenzo Guirao de Cieza.

Salvadora Titos. Técnico consultora del IMAS. Dirección General de personas con discapacidad.

En los países industrializados el ictus es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en varones. En España ocurren entre 120.000-130.000 ictus cada año y más de la mitad de los pacientes quedan discapacitados o fallecen. El ictus es la primera causa de invalidez permanente en adultos y la segunda causa de demencia.

El ictus es la causa más frecuente de ingreso en los servicios de neurología. El ictus requiere una estancia prolongada en el hospital y muchas veces rehabilitación posterior. Para su diagnóstico se utilizan técnicas costosas como resonancia magnética o arteriografía y, en muchas ocasiones, los tratamientos son para toda la vida.

Los datos y estudios de coste

En la UE el coste total del ictus en 2015 se calculó en 45.000 millones de euros. El 44% de esta can-

tidad, es decir, 20.000 millones de euros, correspondió a costes sanitarios directos. El 72% de los costes sanitarios directos correspondieron a la asistencia hospitalaria y el 7%, a medicamentos.

En España se estima que el 54% del gasto sanitario ocurre durante la fase aguda y el otro 46% durante el primer año. El coste total de tratar un ictus en España se ha estimado en 27.711 euros durante el primer año, según los resultados presentados en un Congreso de la Sociedad Española de Neurología del estudio CONOCES, que evaluó la evolución y costes durante un año de los ictus en pacientes en 16 hospitales españoles. De ellos, los costes hospitalarios se estimaron en el mismo estudio CONOCES, en 5.850 euros el primer año.

Impacto y Coste Social

Según el estudio CONOCES, el cuidador principal de un paciente con ictus suele ser una mujer (70% de los casos) de edad media de 56,26 años que dedica de 30 a 34 horas a la semana al cuidado del paciente. La mitad de los afectados por un ictus reciben cuidados por amas de casa o pensionistas y jubiladas, lo cual, plantea futuros inciertos a veces

para la continuidad de los cuidados.

Las mujeres discapacitadas son cuidadas por sus hijas en un 37%, por otros parientes el 19,7%, por el marido el 15% y por un hijo un 6,3%. Los varones discapacitados, según el mismo informe, son cuidados por sus esposas en el 44,6% de los casos, por la hija en el 21,3% y por otros familiares en el 12%. 3 de cada 10 cuidadores (30%) de personas con ictus se ven forzadas a abandonar su trabajo por los cuidados de su familiar. El 33% de los cuidadores de supervivientes de ictus sufren depresión.

Acerca de los cuidados informales, en España, alrededor de 130.000 personas con ictus tienen una persona ayudando a su cuidado. De ellos, 115.000 no perciben prestación monetaria. En el 46% de los casos, los cuidadores informales emplean más de 60 horas semanales en el cuidado, y otro 10% entre 41 y 60 horas. Los costes de los cuidados informales del ictus en la UE se estimaron en 15.900 millones de euros o el 35% del coste total del en 2015.

Las pérdidas de productividad en España anuales por ictus se estimaron en 9.400 millones de euros, 5.400 millones por muerte y 4.000 millones por morbilidad. La carga económica del ictus es asumida por la sociedad en su conjunto mediante pagos por impuestos y aportaciones a seguros, pero también significativamente por los propios supervivientes de ictus y sus familias y amigos.

Según el estudio CONOCES, de los 27.711 € del coste del ictus durante el primer año, 18.141 € (las dos terceras partes) corresponden a cuidados informales prestados por personal no profesional, habitualmente familiares del paciente. Los cuidadores informales sufragan el 92% del coste del cuidado de los pacientes, son muy pocos los que reciben ayudas relacionadas con la ley de la dependencia o que tienen acceso a los servicios sociales formales que ofrecen los distintos niveles de la administración.

Otro estudio sitúa el coste del cuidado informal de los pacientes con ictus en 21.551,28 €/año, con un rango, según el análisis de sensibilidad, entre

6.490,80 € y 31.436,72 €/año. Hay diferencias estadísticamente significativas en el coste del cuidado informal según el grado de dependencia. La suma de los costes por pérdidas laborales indirectos y otros costes directos no sanitarios, genera estimaciones de alrededor de 6.000 millones de euros anuales.

La carga global del ictus genera un coste superior a otras enfermedades y demencias (FIGURA 6). Sin embargo, a pesar de su elevado coste sociosanitario, ni la sociedad en su conjunto ni el sistema sanitario valoran esta carga.

Más allá de la atención sanitaria: la vuelta a casa del superviviente de ictus

Cuando el ictus da lugar a déficits moderados o severos, el alta hospitalaria supone trasladar a la familia la mayor parte de la carga de cuidados. La metáfora del iceberg ilustra el hecho de que el cuidado formal, el que se presta por profesionales, constituye una pequeña parte, visible, frente a la invisibilidad de la mayor parte de la carga de cuidado que realiza la familia. La vuelta a casa requiere dar respuesta a las necesidades de cuidado de la persona, que, con frecuencia, van a ser intensas y de larga duración. Adaptarse a esta nueva realidad requiere asimilar nuevos roles, el de persona que cuida y el de persona que recibe cuidados. Además, se pone en marcha un proceso de toma de decisiones, en el que intervienen tanto elementos individuales como sociales.

Las expectativas y normas sociales, y también las relaciones de poder, influyen en la valoración de las distintas opciones de cuidado al paciente con ictus, sus implicaciones, las decisiones y justificaciones acerca de quién cuida. Al identificar el cuidado como un hecho social, se visibiliza la importancia de los factores sociales en cómo se resuelven las necesidades de cuidado. El particular, el género y la clase social son variables determinantes en estos procesos.

Desde una perspectiva macro de análisis, la respuesta a las necesidades de cuidado tras un ictus se articula a través de la intervención de tres instituciones sociales: la familia, el mercado y el Estado.

Costes sanitarios

Costes no sanitarios

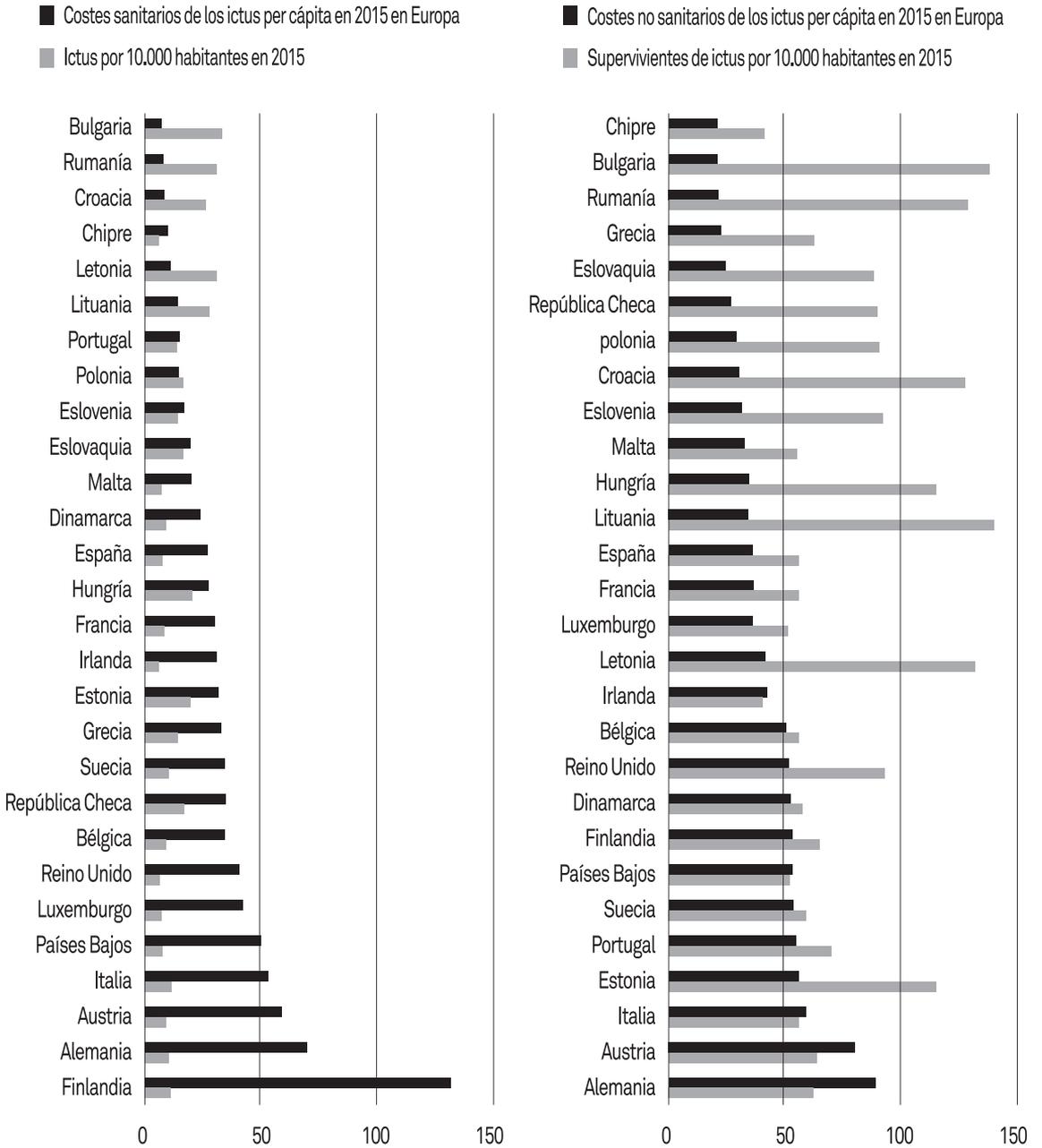


FIGURA 6. Estimación de Costes Sanitarios y no sanitarios por países en el UE 2015
Fuente: King's College London. El Impacto del Ictus en Europa. Stroke Alliance for Europe. London. 2015

Tradicionalmente, las familias, y en especial las mujeres, han asumido el cuidado de las personas dependientes. Pero este sistema tradicional de provisión de cuidados se enfrenta a un nuevo escenario. El contexto actual viene definido por 2 tendencias divergentes. Por un lado, el número de personas que necesitan cuidados de larga duración se está incrementando y se prevé que siga creciendo en las próximas décadas. Si hablamos de ictus, se prevé que el número de supervivientes de ictus y el número de personas con secuelas de ictus a largo plazo aumenten en los próximos años.

Por otro lado, la disponibilidad de las familias para cuidar a quienes lo necesitan se está reduciendo. Entre los factores desencadenantes de esta tendencia, destaca la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado que caracterizaba el modelo tradicional de familia, sin que se haya producido un cambio equivalente respecto a la incorporación de los hombres al cuidado. A ello, se suma la profunda transformación social de la familia, que se manifiesta en indicadores como la reducción del tamaño de los hogares, el aumento de las personas que viven solas, la reducción del número de hijos o el aumento de las rupturas conyugales.

Todo esto, nos dirige en una misma dirección: la disminución del número de potenciales cuidadores para las personas que han sufrido un ictus con necesidad de cuidados.

Situación actual de la Atención Social al Ictus en la Región de Murcia

Para establecer cuál es la realidad actual en el ámbito de los servicios sociales respecto a la atención a las personas con ictus, es necesario hacer un breve recorrido por la puesta en marcha del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD).

Se han cumplido 12 años desde la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), que reconoce la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas dependientes como un nuevo derecho subjetivo de ciudadanía. La LAPAD se fundamenta en el principio de universalidad,

para lo que se crea el SAAD, como una red de utilización pública de centros y servicios públicos y privados concertados.

Su desarrollo ha estado condicionado por la crisis financiera global que comenzó en 2008. Así, las medidas de contención del gasto público introducidas a partir de 2012 implicaron paralizar el avance en la implantación del SAAD. A partir de 2015 se inicia la recuperación, coincidiendo con la incorporación de las personas con grado I de dependencia, con mejoras continuadas desde entonces en la mayoría de los indicadores de gestión.

Respecto a los servicios del SAAD actualmente disponibles para personas con secuelas de ictus, junto a la teleasistencia y el SAD, la Región de Murcia cuenta con la red de centros de día y centros residenciales para personas mayores y, para personas menores de 65 años, los centros para personas con discapacidad física. Para el servicio de centro de día, existen plazas concertadas en Murcia, Cartagena, Molina de Segura y Cieza. En los municipios de Murcia y Cartagena la red cuenta con centros especializados en daño cerebral. La ausencia de centros concertados en las comarcas de Lorca y el Noroeste refleja un déficit de cobertura, que hasta el momento no ha sido posible abordar al no existir ningún centro acreditado para esta actividad.

Del total de personas beneficiarias del SAAD en la Región de Murcia, el 11% (4.021 personas) tiene un diagnóstico de ictus. La FIGURA 7 presenta las características de este perfil de personas con ictus beneficiarias del SAAD, en cuanto a edad, grado de dependencia, grado de discapacidad y prestaciones reconocidas. Se observa que la mitad de ellas tienen una gran dependencia (grado III), y el 57% un grado de discapacidad superior al 65%. El 70% son beneficiarias de una PECEF, y sólo 3 de cada 10 son beneficiarias de servicios o prestación vinculada al servicio.

En cuanto a la cobertura de los servicios para las personas con ictus (FIGURA 8), en atención residencial y SAD es similar a la observada para el conjunto de beneficiarios del SAD, mientras que es inferior en el servicio de centro de día.

		Mujeres		Hombres		Total	
		N	%	N	%	N	%
Edad	< 65	190	8,2	308	17,9	498	12,4
	65-74	254	11,0	362	21,1	616	15,3
	75-84	830	36,0	570	33,2	1.400	34,8
	≥ 85	1.031	44,7	476	27,7	1.507	37,5
Grado de dependencia	I	344	14,9	260	15,2	604	15,0
	II	823	35,7	646	37,6	1.469	36,5
	III	1.138	49,4	810	47,2	1.948	48,4
Grado de discapacidad	Sin valoración	712	30,9	523	30,5	1.235	30,7
	< 33	21	0,9	20	1,2	41	1,0
	33-64	239	10,4	201	11,7	440	10,9
	≥ 65	1.333	57,8	972	56,6	2.305	57,3
Prestación o servicio reconocido	PECEF	1.577	68,4	1.254	73,1	2.831	70,4
	PV	140	6,1	73	4,3	213	5,3
	Servicios	588	25,5	389	22,7	977	24,3
Total		2.305	57,3	1.716	42,7	4.021	100

FIGURA 7. Personas con diagnóstico de ictus* con una prestación o servicio reconocido (31 de diciembre de 2018). Códigos CIE 10-ES I60-I69. Fuente: IMAS, elaboración propia.

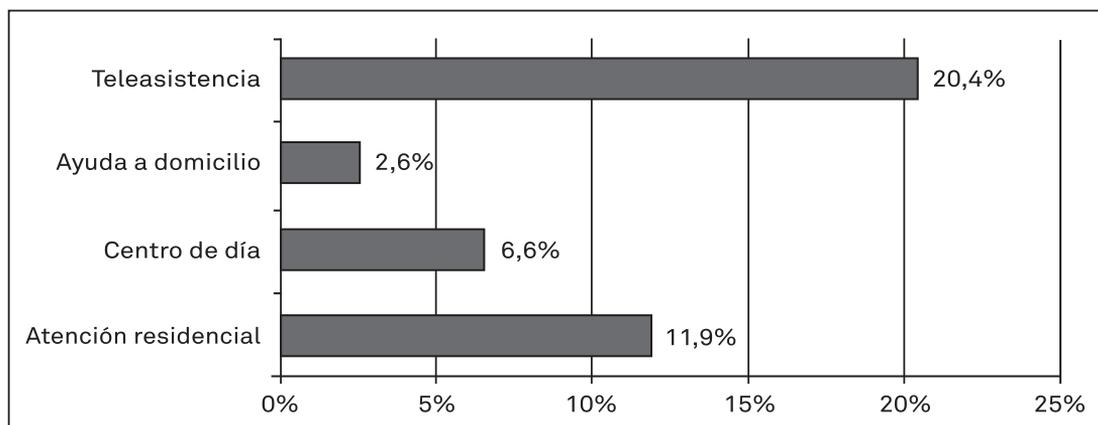


FIGURA 8. Personas con diagnóstico de ictus* beneficiarias del SAAD que reciben servicios (31 de diciembre de 2018). *Códigos CIE 10-ES I60-I69. Fuente: IMAS, elaboración propia.

Dificultades y Conclusiones

Entre las dificultades para la consolidación del SAAD tiene un papel destacado la financiación. Del gasto público directo en dependencia en 2018, la AGE soportó el 20% y las comunidades autónomas el 80% restante, cuando la LAPAD establece una aportación al 50% de AGE y CCAA para la financiación pública del SAAD.

Cabe afirmar que el SAAD es un sistema todavía en construcción: es muy deficitario en cobertura, adaptación a las necesidades de las personas... lo es por su juventud, y también porque las limitaciones presupuestarias no han permitido completar su desarrollo. La Región de Murcia destina al sistema de servicios sociales 230 euros por habitante, frente a 1.540 euros al sistema sanitario. Estas cifras son relevantes para comprender la desigual percepción y valoración de uno y otro sistema por aquellas personas que se enfrentan a limitaciones funcionales importantes y permanentes tras un ictus. Así, según un estudio coordinado por M^a Ángeles Durán sobre el impacto social del ictus, la mayoría de las personas dependientes por ictus y sus cuidadores valoran positivamente la atención recibida por el sistema sanitario, pero se quejan de la atención recibida (o de la ausencia de apoyo) en las fases siguientes.

La prioridad debe ser consolidar la red actual de servicios. Un instrumento que puede contribuir a ello es el Decreto n.º 10/2018, de 14 de febrero, por el que se establece el régimen jurídico de los conciertos sociales en la Región de Murcia en los servicios sociales especializados en los sectores de personas mayores y personas con discapacidad (BORM n.º 49 de 28 de febrero de 2018), que

permite concertar los servicios a través de una vía distinta a la normativa de contratación del sector público. Frente a la regulación de la contratación pública, el concierto social es una fórmula flexible y más ágil para concertar servicios, que además prioriza la elección de las personas demandantes del servicio.

Otra herramienta para avanzar en la consolidación de los servicios es el desarrollo de los servicios de promoción de la autonomía personal. En esta línea de trabajo, el IMAS inició en 2018 un proceso de participación ciudadana, con la finalidad de facilitar la implicación de los distintos actores interesados en la elaboración de dicha normativa, recabando sus opiniones y aportaciones. El siguiente paso en este proceso de deliberación participativa es la publicación del borrador del proyecto normativo por el que se regulan los servicios de promoción de la autonomía personal en la Región de Murcia. Con esta nueva regulación normativa se pretende desarrollar de forma efectiva estos servicios, otorgando un lugar preferente en el SAAD a las intervenciones destinadas a favorecer que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.

El sistema de servicios sociales ha pasado de un papel subsidiario en la provisión de cuidados a la complementariedad con los cuidados informales. Se trata de un cambio de gran trascendencia, que afronta el desafío de ofrecer una respuesta adecuada a las expectativas y las necesidades de las personas en situación de dependencia y sus cuidadores, lo cual es especialmente relevante en los pacientes de ictus y sus familiares.

8. CONCLUSIONES FINALES: PROBLEMAS DETECTADOS MÁS IMPORTANTES Y ESTRATEGIAS DE MEJORA

En este último apartado, se aborda la discusión y conclusiones globales sobre qué aspectos habría que mejorar, sugiriendo en algunos casos, medidas que podrían ayudar a abordar estas mejoras.

- Ana Morales Ortiz, Coordinadora del Plan de Ictus Regional Servicio de Neurología Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
- Juan Reyes Fernández Fernández, Servicio de Rehabilitación Hospital General Universitario Reina Sofía.

PRIMERA. Existe una variabilidad muy importante en el manejo del ictus agudo de la Región en las distintas áreas motivada por la geografía de esta, por las características del hospital del área correspondiente, las características individuales del paciente y los tiempos desde el inicio de los síntomas. Al final, la decisión es individualizada. O bien lo homogenizamos o bien lo individualizamos. Se debería reflexionar y buscar una estrategia común sobre este punto.

PROPUESTA

- Creación de un grupo de trabajo para establecer el nuevo funcionamiento del CI que incluya neurólogos, médicos del 061, médicos de urgencias...
- Desarrollar el TELEICTUS, que permitiría que los pacientes lleguen antes al tratamiento y, probablemente, se podrían beneficiar del mismo más pacientes.
- Desarrollar estrategias de formación:
 - Neurólogos de guardia. Conseguir que los neurólogos de guardia estén muy actualizados en los conocimientos del tratamiento de ictus.
 - Médicos de urgencias y 061. Centrar la formación de los médicos, primeros receptores del ictus, en la identificación del ictus y en la exploración con escalas que permitan establecer la gravedad y localización del ictus.

SEGUNDA. Todos los hospitales que manejan ictus en la Región deberían tener unos protocolos imprescindibles comunes y elaborados por los profesionales implicados en el ictus con reuniones interdisciplinares (neurólogos, enfermería, auxiliares, rehabilitadores y fisioterapeutas) y una infor-

mación a los cuidadores y familiares con ictus.

PROPUESTA

- Deberían existir protocolo, al menos, de disfagia, movilización y rehabilitación precoces con información a los distintos profesionales sobre los mismos.
- Una charla semanal dada por profesionales sanitarios a los cuidadores y familiares de los pacientes con ictus de cara al manejo del paciente con secuelas en domicilio.
- Creación de un comité de ictus por área integrado por todos los profesionales sanitarios implicados (médicos de familia, 061, enfermería, neurólogos, rehabilitadores y fisioterapeutas), que se marque objetivos de mejora anuales para mejorar la atención hospitalaria y posthospitalaria en los pacientes con ictus de su área.

TERCERA. Los recursos en rehabilitación para el ictus en la región son muy escasos. El rápido desarrollo de las Unidades de Ictus no ha ido acompañado con la correcta evolución en recursos de los servicios de rehabilitación. Queda de manifiesto que, al contrario de lo que recomiendan la mayoría de las guías, los servicios de rehabilitación no tienen personal expresamente dedicado al abordaje de los pacientes con ictus, ni siquiera tienen el número de personal mínimo recomendado. De hecho, en el análisis de datos de los servicios de Rehabilitación de la Región de Murcia, sólo el Hospital Virgen de la Arrixaca cuenta con todas las disciplinas sanitarias recomendadas, quedando el resto de áreas de salud en una situación precaria. Debe tratarse de un abordaje interdisciplinar en unidades de neurorrehabilitación dotadas con su-

ficiente cantidad de médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas y neuropsicólogos (esta estrategia tiene un grado de recomendación A en las guías). Según la guía de práctica clínica elaborada por el Royal College of Physicians (National Clinical Guidelines for Stroke, 2004), “la terapia del lenguaje es eficaz, tanto más, cuanto antes se inicie” (grado de recomendación A). “El tratamiento de la afasia debe iniciarse cuando ya el paciente se encuentre clínicamente estable y sea capaz de mantener un mínimo nivel de atención y colaboración y no presente una fatiga excesiva. Si persiste afasia después de dos semanas de un ictus, debe iniciarse tratamiento precoz e intensivo con el objetivo de minimizar las secuelas” (grado de recomendación B). En una revisión de la Cochrane publicada en 2012 (M.C. Brady, H. Kelly, J. Godwin y P. Enderby) y su actualización en 2016 sobre 57 ensayos, se demostró un beneficio significativo en los pacientes que recibieron tratamiento del habla y lenguaje respecto a los que no lo recibieron. Otra publicación al respecto (2013), fue la Guía Clínica en Daño Cerebral Adquirido de la Fundación Reintegra, avalada por el IMSERSO, recomienda “implantar un programa de intervención específico para la rehabilitación del lenguaje en pacientes con afasia, aún incluso, en fase aguda, puesto que parecen superar el efecto de la recuperación espontánea” (grado de recomendación A), así como “la implementación de programas de terapia ocupacional para entrenamiento de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (incluida movilidad en exteriores)” (grado de recomendación A). También se recomienda el abordaje de los trastornos de la memoria, atención y velocidad de procesamiento (grado de recomendación A). Debemos tener, por tanto, medios para tratar a los pacientes con ictus en todas las esferas necesarias y durante todo el tiempo preciso.

Después del alta hospitalaria, el tratamiento del ictus en la fase subaguda debe ser inmediato, sin solución de continuidad con el tratamiento durante el ingreso agudo. Esto, hoy en día, es algo a mejorar, pues no se cumple en la mayoría de los casos, y es importante conseguirlo, porque el tiempo corre en contra del paciente: hoy en día los datos de los que se dispone afirman que pasados los seis meses tras la aparición del ictus, las probabilidades

de mejora motora son escasas, siendo probable una mayor mejoría en trastornos del lenguaje y del habla, así como en la afectación cognitiva, pasados esos seis meses.

Durante el tratamiento del paciente con ictus en fase subaguda, tanto él como la familia y sus cuidadores, deben ser preparados para asumir las posibles secuelas y entrenados para su manejo posterior (grado de recomendación A). Los pacientes se sienten desamparados una vez llegan a su domicilio, quedando sus cuidados en manos de sus familiares en la mayoría de los casos. Su situación no es la que vivían previamente al ictus, teniendo que acostumbrarse a sus nuevas capacidades, adaptar su casa y sus aficiones a sus habilidades actuales. Perciben la necesidad de mejorar la coordinación entre profesionales (sanitarios y no sanitarios), quizá mayor empatía de éstos con los pacientes y la implantación de mayores y mejores recursos. En cuanto al enfoque social, los trabajadores sociales, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, deben trabajar de forma coordinada y con los medios suficientes para la reintegración social, y si fuera viable laboral, del paciente con ictus, así como la tramitación de las ayudas sociales y la gestión de la Ley de Dependencia desde el minuto cero, precaria en su implantación a día de hoy. Y desde los centros de salud, deben existir equipos coordinados por Atención Primaria, para la asistencia de la comorbilidad, sobre todo en fase de secuelas, coordinados a su vez con los servicios de rehabilitación hospitalarios.

PROPUESTA:

- **HOSPITAL PARA REHABILITACION.** Este recurso no existe en nuestra Región. Existen pacientes con secuelas importantes que se beneficiarían de un ingreso programado, organizado y corto en un Hospital de Rehabilitación. Al no existir hoy en día este recurso en la Región, a los pacientes que lo precisan hay que remitirlos fuera de comunidad, con el trastorno y problema que esto produce en el paciente y su familia.

- Incluir en el Plan Regional de Ictus un Plan de Rehabilitación integral. Creemos necesario implantar un Plan Regional de Asistencia Integral al Paciente

con Daño Cerebral Adquirido. Un completo análisis de las necesidades actuales basado en el número de potenciales pacientes, recursos actuales recomendados en función de principios de equidad, sostenibilidad y calidad asistencial, todo ello fruto del consenso entre autoridades sanitarias, comités de expertos y asociaciones de pacientes y dotado de presupuesto. Puede valer como ejemplo la estrategia para la atención al Daño Cerebral Adquirido en la Comunitat Valenciana 2017-2020. Debe incluir:

- Coordinación del tratamiento hospitalario con el ambulatorio.
- Desarrollar tratamiento ambulatorio: mejorar la fisioterapia física, afasia (logopedia), terapeuta ocupacional e intervención cognitiva:
 - Desarrollar la Fisioterapia domiciliaria.
 - Acercar la Fisioterapia en la zona de salud cercana al paciente.
 - Incluir terapia cognitiva y ocupacional.

CUARTA. Mejorar la cobertura social del paciente dependiente tras el ictus, con integración de los recursos sociales y los sanitarios.

PROPUESTA

Incluir un trabajador social en el equipo integral del ictus en el hospital.

- Continuidad en la atención social al alta del hospital.
- Desarrollo económico de la Ley de Dependencia.

PROPUESTA FINAL

Creación de grupos de trabajo dirigido por personal gestor del SMS, comité de expertos regional en el abordaje integral del ictus y asociaciones de pacientes con la generación de ciclos de evaluación y mejora de indicadores, con el fin de mejorar la calidad asistencial del ictus.

9. BIBLIOGRAFÍA

Alvarez-Sabín J, Quintana M, Masjuan J, Oliva-Moreno J, Mar J, Gonzalez-Rojas N, et al. (2017) Economic impact of patients admitted to stroke units in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 18(4), 449-458.

Brady, M. C, Kelly, H, Godwin J, Enderby P and Campbell P. (2016) Speech and lan-guage therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. Jun 1;(6):CD000425. doi: 10.1002/14651858.CD000425.pub4.

Bombín I. (2013). Guía Clínica de Neuro-Rehabilitación en Daño Cerebral Adquirido, Fundación Reintegra. Recuperado de: https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/233_11idi.pdf.

Bowen A, Stroke TIWPF. National clinical guidelines for stroke. 2nd edition (2004). London: Clinical Effectiveness & Evaluation Unit, Royal College of Physicians, (Royal College of Physicians: London).

Cirera L, Sánchez Rodríguez I, Martínez C, Salmerón D, Chilarque MD y CREM. (2018) Estadísticas Básicas de Mortalidad en la Región de Murcia en 2017. Murcia, España: Consejería de Sanidad y Consejería de Hacienda.

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) (2019). Recuperado de: <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=154065>.

Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. (2018). Después de un Ictus. Guía de manejo del ictus para pacientes y familiares. Murcia, España: Servicio Murciano de Salud.

Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. (2012). Programa de atención al ictus en la Región de Murcia 2009-2011. Murcia, España: Servicio Murciano de Salud.

Conselleria de Sanitat Universidad i Salut Pública de la Generalitat Valenciana.(2020) Estrategia para la atención al Daño Cerebral Adquirido en la Comunitat Valenciana 2017-2020. Recuperado de: <http://www.san.gva.es/web/dgas/estrategia-dca>.

Crichton SL, Bray BD, McKeivitt C, Rudd AG, Wolfe CDA. (2016). Patient outcomes up to 15 years after stroke: survival, disability, quality of life, cognition and mental health. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 87(10):1091-8.

Dirección General de Planificación, Evaluación y Farmacia Consejería de Salud. (2017). Estrategia de Ictus de las Illes Balears 2017-2021. Mallorca, España: Conselleria de Salut.

Duran MA et al. (2004). Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ictus (informe ISEDIC). (2.ª edición). Madrid, España: Consejo superior de investigaciones científicas.

Hervás A, Cabañes J and Forcén T. Coste del cuidado informal del ictus en una población general no institucionalizada. *Gac Sanit [Internet]*. 2007 Dic [citado 2019 Mayo 21]; 21(6): 444-451. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000600002&lng=es.

Jiménez MD, Lama CM, Moniche F, Morales JC, Ras J, Sanz R et al. (2015). ICTUS: proceso asistencial integrado. Sevilla, España: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015.

Jorgensen, M. Cabañas, J. Oliva, J. Rejas, T y León. (2008) Los costes de los cuidados informales asociados a enfermedades neurológicas discapacitantes de alta prevalencia en España. *Neurología*, 23, pp. 29-39.

Kjellström T, Norrving B, and Shatchkute A. (2007). Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies. *Cerebrovasc Dis*, 23(2-3):229-41.

López MC (coord), Catarineu B, Duarte E, Garreta R, González M, Lapeira M et al. (2017). Consens català sobre avaluació i tractament del pacient postictus. Barcelona, España: Departament de Salut.

Mar J, Álvarez-Sabin J, Oliva J et al. (2013) Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. *Neurología*. 28:332-339.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Morales A. y Martínez A. (2006). Guía para la prevención secundaria del Ictus: recomendaciones y actividades a realizar. Murcia, España: Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud.

Nichols M, Townsend N, Scarborough P and Rayner M. (2017) European Heart Network, European Cardiovascular Disease Statistics. Brussels, Belgium: European Heart Network AISBL.

O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, Rao-Melacini P, ...Yusuf S. (2016). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet*; 388: 761-75.

Ramírez JM, Barquilla A, Carmona C, Carramilana F, Félix FJ, Jiménez JM et al. (2017). Documento consensuado para la atención al paciente con ictus en el ámbito de la Atención Primaria. Mérida, España: Junta de Extremadura, FUNDESALUD, SES.

Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Sanidad. (2017). Epidemiología de los factores de riesgo cardiovascular en adolescentes: resultados del estudio MEPAFAC en la Región de Murcia. *Boletín epidemiológico de Murcia*, 37(808): 1-10.

Soto-Cámara R, et al. (2019). Factores asociados con la activación del servicio de emergencias médicas en el paciente con ictus agudo: un estudio prospectivo. *Emergencias*;31:86-90.

Stroke Alliance For Europe. The burden of stroke in Europe. Recuperado de: https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/the_burden_of_stroke_in_europe_-_challenges_for_policy_makers.pdf

