

# 1. Introducción

El presente documento constituye la versión *completa* de la GPC para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. La GPC está estructurada por capítulos, en los que se da respuesta a las preguntas que aparecen al inicio del mismo. Un resumen de la evidencia y las recomendaciones se presentan al final de cada apartado. A lo largo del texto, en el margen derecho se indica el tipo de estudio y la posibilidad de sesgo de la bibliografía revisada.

El material donde se presenta de forma detallada la información sobre el proceso metodológico de la GPC (estrategia de búsqueda, criterios de selección, tablas de guías) está disponible tanto en la página web de *GuíaSalud* como en la de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo. En estas páginas web puede consultarse también el *Manual Metodológico de elaboración de GPC*, que recoge la metodología general empleada<sup>1</sup>. Además, existe una versión *resumida* de la GPC, de menor extensión y con los principales anexos de la versión *completa*, una *guía rápida* con las recomendaciones y algoritmos principales y un folleto informativo *para pacientes*. Estas versiones pueden encontrarse en las páginas web citadas. La versión resumida y la guía rápida se han editado además en formato impreso.

## Epidemiología de las enfermedades cerebrovasculares y cargas asociadas

Las cifras de incidencia, prevalencia, mortalidad, discapacidad y gasto sanitario asociadas al ictus han convertido esta patología en una de las prioridades de nuestro sistema sanitario. Así se refleja en el desarrollo de la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud, orientada a mejorar y homogeneizar la atención del ictus en nuestro país<sup>2</sup>.

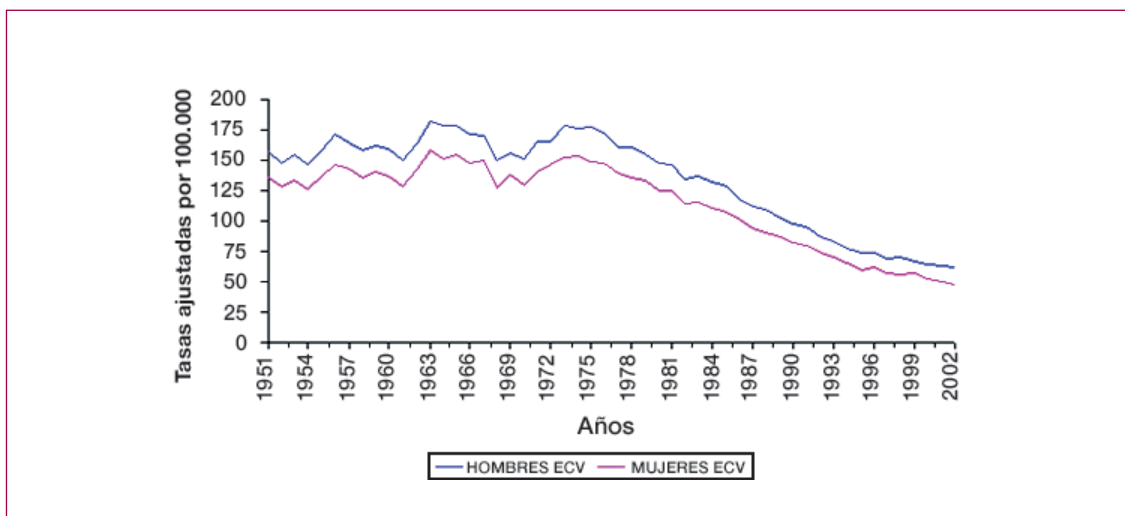
Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cerebrovasculares (ECV) afectan a 15 millones de personas al año, de las cuales un tercio fallece y otro tercio queda discapacitado de manera permanente<sup>3</sup>. En España, la mortalidad por ECV ha experimentado un descenso constante desde hace 30 años<sup>4</sup> (figura 1), probablemente gracias a los avances en la prevención primaria, diagnóstico y tratamiento en la fase aguda<sup>5</sup>, pero aún sigue siendo la primera causa de muerte entre las mujeres y tercera entre los hombres<sup>6</sup> (tabla 1).

**Tabla 1. Defunciones por ECV en España, año 2006**

|         | N      | % del total de defunciones |
|---------|--------|----------------------------|
| Total   | 32.900 | 8,9%                       |
| Varones | 13.853 | 7,1%                       |
| Mujeres | 19.047 | 10,7%                      |

Fuente: Instituto nacional de estadística ([www.ine.es](http://www.ine.es)) 8/09/2008

**Figura 1. Mortalidad por ECV por sexo. España 1951-2002**



Fuente CNE: Centro Nacional de Epidemiología<sup>7</sup>

La incidencia actual de ECV en nuestro contexto no se conoce con exactitud aunque parece que al contrario de la mortalidad, aumenta cada año. Según los datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria, durante el año 2006 se produjeron 114.807 altas hospitalarias con diagnóstico principal de ECV, un 32% más que en el año 1997<sup>8</sup>. El envejecimiento de la población parece ser la causa, ya que si las tasas de incidencia en nuestro país se sitúan en torno a 132-174 casos de ictus por cada 100.000 habitantes al año (tabla 2), en mayores de 85 años la tasa de incidencia puede llegar incluso a los 3.000 casos por cada 100.000 habitantes<sup>9</sup>. Los resultados preliminares del estudio IBERICTUS, el estudio de mayor base poblacional hasta la fecha en nuestro país, muestran unas tasas crudas de incidencia de 155 casos por 100.000 habitantes/año para la población total, pero al desagregar las tasas por edad se observa que para los grupos de edad de 18 a 64 años las tasas de incidencia de ictus son de 39 casos por 100.000 habitantes/año mientras que para mayores de 64 años la tasa alcanza los 591 casos por 100.000 habitantes/año<sup>10</sup>. Teniendo en cuenta las proyecciones demográficas de la OMS, entre el 2000 y el 2025 la incidencia de ictus aumentará un 27% en los países europeos<sup>11</sup>.

La tasa de incidencia de ataques isquémicos transitorios (AIT) es mucho más variable (tabla 2). Los estudios basados en registros hospitalarios y de atención primaria (AP)<sup>12</sup> determinan una incidencia menor que aquellos estudios que se realizan puerta a puerta<sup>13</sup> (entrevistas de una muestra poblacional seleccionada de manera aleatoria), ya que muchos pacientes con síntomas transitorios no consultan con su médico.

En la tabla 2 se presenta la incidencia de ictus (isquémico y hemorrágico), incidencia únicamente de ictus isquémico e incidencia de ataques isquémicos transitorios en diferentes estudios realizados en nuestro país.

**Tabla 2. Incidencia de la enfermedad cerebrovascular en España**

| Autor                                                | Año     | Lugar         | Población de referencia | Tasa de incidencia anual (casos /100000 ) |
|------------------------------------------------------|---------|---------------|-------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Incidencia de ictus (isquémico y hemorrágico)</b> |         |               |                         |                                           |
| Leno <sup>14</sup>                                   | 1986-88 | Cantabria     | 11-50 años              | 13,9                                      |
| Caicoya <sup>15</sup>                                | 1990-91 | Asturias      | Toda la población       | 132                                       |
| López Pousa <sup>16</sup>                            | 1990    | Girona        | Toda la población       | 174                                       |
| Marrugat <sup>9</sup>                                | 2002    | Cataluña      | > 24 años               | 206                                       |
| Díaz-Guzmán <sup>10</sup>                            | 2006    | Multicéntrico | > 17 años               | 155                                       |
| <b>Incidencia de ictus isquémico</b>                 |         |               |                         |                                           |
| Alzamora <sup>17</sup>                               | 2003    | Santa Coloma  | Toda la población       | 137                                       |
| <b>Incidencia de AIT</b>                             |         |               |                         |                                           |
| López Pousa <sup>16</sup>                            | 1990    | Girona        | Toda la población       | 64                                        |
| Sempere <sup>12</sup>                                | 1992-94 | Segovia       | Toda la población       | 35                                        |
| Matías Guiu <sup>13</sup>                            | 1989    | Alcoy         | > 20 años               | 280                                       |
| Díaz-Guzmán <sup>10</sup>                            | 2006    | Multicéntrico | > 17 años               | 34                                        |

Con respecto a la prevalencia, España presenta unas cifras entre el 3,8% y 11,8% en mayores de 65 años, siendo más frecuente en varones y en zonas urbanas<sup>18,19</sup>.

Al margen de la alta incidencia y prevalencia, el ictus agudo es un episodio grave, que en un elevado porcentaje de pacientes deja secuelas permanentes; de hecho es la primera causa de discapacidad aguda en mayores de 65 años y la segunda causa de demencia tras el Alzheimer<sup>20</sup>. En Europa, el ictus ocupa el segundo lugar en cuanto a carga de enfermedad (6,3% de los Años de Vida perdidos Ajustados por Discapacidad-AVADs) y en España el cuarto (3,9% de los AVADs) por detrás de las cardiopatías isquémicas, el trastorno depresivo unipolar y alzheimer y otras demencias (datos del año 2004)<sup>21</sup>.

Las secuelas derivadas de los ictus varían según la gravedad del episodio, seguimiento y atención recibida. En un estudio realizado en nuestro país hasta el 45% de los pacientes vivos a los tres meses presentaban discapacidad moderada o severa<sup>17</sup>. Entre la población dependiente por ictus lo más frecuente (45%) es que se haya producido un deterioro tanto físico como mental, según el informe ISEDIC (impacto social de los enfermos dependientes por ictus). El 57,4% de los enfermos dependientes estudiados padecía secuelas mentales tras el episodio y el 79,1% secuelas físicas<sup>20</sup>. Se estima que en España hay hasta 350.000 personas discapacitadas por ictus.

Los costes del ictus son importantes ya que es una enfermedad con gran impacto a todos los niveles: individual, familiar y social. También comportan una enorme carga económica para los sistemas sanitarios de todo el mundo<sup>22,23</sup>. En nuestro país consumen cerca del 4% del gasto sanitario total<sup>24</sup>, con unos costes sanitarios directos aproximados de entre 5.000-5.800 euros por paciente durante el primer año posterior

al episodio<sup>25-27</sup>. No hay que olvidar los costes de los cuidados informales, superiores a los costes sanitarios directos<sup>27</sup>, ni la disminución de la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador. En el caso del ictus, la familia aporta el trabajo equivalente al de cinco cuidadores en una residencia<sup>20</sup>, y en muchos casos el cuidador principal debe renunciar a su trabajo y tiempo de ocio para dedicarse al enfermo, por lo que no es de extrañar que los cuidadores sufran problemas de salud como cansancio, dolores, insomnio y depresión, entre otros<sup>20</sup>.

## Papel de los equipos de atención primaria

Uno de los aspectos más importantes de la atención al ictus es su carácter multidisciplinar. La integración y coordinación de los servicios de AP, urgencias extra e intra hospitalarias, servicios de neurología, rehabilitación, enfermería y trabajo social es fundamental para garantizar una atención al paciente eficiente y de calidad.

El papel los equipos de AP es de gran importancia en la asistencia de pacientes que sufren enfermedades crónicas. Es indiscutible su labor en la prevención tanto primaria como secundaria en el caso de las ECV, pero además, en los episodios de ictus agudo, el médico de AP también es en ocasiones el primer facultativo que atiende al paciente. Debe, por lo tanto, ser capaz de reconocer los síntomas, aplicar las medidas terapéuticas iniciales y conocer los criterios de derivación urgente, para evitar demoras que puedan afectar a la posibilidad de recibir el tratamiento adecuado. Los estudios observacionales de pacientes hospitalizados por ictus y AIT, muestran que tanto en España como en otros países europeos, el médico de AP es el primer profesional sanitario contactado en un elevado porcentaje de casos (tabla 3). A menudo este contacto es telefónico<sup>28</sup> y en las zonas rurales el porcentaje puede llegar a superar el 70% de los casos<sup>29</sup>. No obstante, un estudio realizado en nuestro país reveló que un porcentaje significativo de médicos de AP no estaban familiarizados con algunos de los aspectos referentes a la atención urgente del ictus. El 32,8% desconocía las cifras de PA a partir de las cuales debía iniciarse el tratamiento antihipertensivo durante la fase aguda del ictus, y el 57,1% no sabía qué tratamiento antihipertensivo era el recomendado. Además, en el 80% de los casos desconocían las cifras de glucemia en las que es preciso el uso de insulina y en un 28,6% de los médicos entrevistados los conocimientos sobre la administración del antiagregante eran erróneos<sup>30</sup>.

**Tabla 3. Porcentaje de pacientes que consultaron con el médico de AP en primer lugar en la fase de aguda del ictus**

| País                                            | Año       | % de pacientes |
|-------------------------------------------------|-----------|----------------|
| Francia <sup>31</sup>                           | 1998-1999 | 24%            |
| Alemania <sup>28</sup>                          | 2000-2001 | 25%            |
| Reino Unido e Irlanda <sup>32</sup>             | 2002      | 50%            |
| España -Murcia <sup>33</sup>                    | 2003      | 18,5%          |
| España-Las Palmas de Gran Canaria <sup>34</sup> | 2002-2003 | 59,8%          |
| España -multicéntrico <sup>35</sup>             | 1994      | 46,9%          |

## Variabilidad en la práctica clínica

Un estudio realizado en Reino Unido puso de manifiesto la variabilidad en la práctica clínica existente entre los médicos de AP, tanto en el patrón de derivación a Atención Especializada como en el manejo terapéutico<sup>36</sup>.

Tras la fase hospitalaria, una vez que el paciente ha sido dado de alta, se definen como tareas del médico de AP el manejo de la prevención secundaria de la ECV, la colaboración con los equipos de ictus, integración del impacto de la enfermedad en el contexto global del paciente y ofrecer acceso a los servicios especializados de rehabilitación, entre otros<sup>37</sup>.

En varios estudios los pacientes han expresado la necesidad de una rehabilitación no sólo física, sino también psicológica y social, y resaltan el papel del médico de AP como primer punto de contacto para recibir información o consultar problemas de salud<sup>38,39</sup>. Algunos pacientes sienten falta de supervisión médica y de interés y conocimiento sobre la enfermedad por parte de sus médicos de AP<sup>40</sup>.

Existen multitud de guías y protocolos nacionales e internacionales acerca del manejo del ictus, pero a pesar del rol principal de los equipos de AP, muy pocas están dirigidas a este colectivo. Las responsabilidades de cada uno de los profesionales sanitarios que participan en la atención del ictus no están claramente definidas y aunque tanto la prevención como el tratamiento agudo hospitalario han sido ampliamente documentados, no ocurre lo mismo con el manejo prehospitario y seguimiento a largo plazo de los pacientes tras el episodio agudo. Es conveniente, por tanto, que se desarrolle una guía dirigida especialmente al ámbito de AP y que recoja la mejor evidencia disponible sobre aquellos aspectos del manejo tanto agudo como a largo plazo que los profesionales sanitarios pueden encontrar en su práctica diaria.