

Cambios organizativos en la gestión del ictus

Jaime Masjuan Vallejo

Coordinador del GEECV. Unidad de Ictus Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

El tratamiento del ictus en su fase aguda ha cambiado radicalmente en la última década. Se ha pasado de aparcar a los pacientes con ictus en los pasillos de las urgencias hospitalarias por la creencia de que ninguna medida terapéutica podría mejorar su pronóstico, a una situación totalmente diferente. Ya ningún Servicio de Emergencias Extrahospitalarias duda que el ictus es una emergencia sanitaria al mismo nivel que el síndrome coronario agudo o el politraumatismo, habiéndose implantado el Código Ictus en todas las Comunidades Autónomas^{1,2}. Los beneficios que se obtienen de un ingreso precoz en una Unidad de Ictus³ así como de una atención especializada⁴, marcan la diferencia entre la dependencia y la independencia.

Los neurólogos hemos tenido que cambiar de mentalidad de un modo radical y en un espacio muy corto de tiempo. Sin embargo, no todos lo han hecho, ni tampoco muchas autoridades sanitarias autonómicas ni una gran proporción del personal sanitario no neurólogo menor conocedor de estos cambios. Además, el grado de complejidad del manejo del ictus ha ido aumentando a lo largo de estos años al mismo tiempo que su eficacia. Lo que los neurólogos vasculares pedíamos en los años 2003-2007 era aumentar la red de Unidades de Ictus y el número de neurólogos de guardia con objeto de poder aplicar trombolisis intravenosa, se ha convertido desde el año 2010 en solicitar un nuevo modelo organizativo multidisciplinar, multiestamental y muchas veces interhospitalario capaz de dar respuesta al tratamiento endovascular del ictus.

Estos enormes cambios organizativos que se han ido instaurando en algunas zonas del país se han ido estructurando según los diferentes Planes y Estrategias publicados por el Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares (GEECV) de la Sociedad Española de Neurología (SEN): Plan de Atención Sanitaria al Ictus (PASI)⁵ y el Ministerio de Sanidad: Estrategia Nacional en Ictus (ENI)⁶. Sólo 5 años después del PASI, el GEECV tuvo que actualizarlo² para establecer nuevos criterios de Código Ictus, modelo de Hospital de Referencia incluyendo la organización del tratamiento endovascular agudo y los beneficios de los sistemas de teleictus. Por tanto, existe numerosa bibliografía nacional que sirva de guía para que las diferentes autoridades sanitarias hayan podido modificar la atención urgente al ictus en sus territorios.

El GEECV lleva realizando campañas de concienciación de la enfermedad desde hace más de 10 años trabajando con consejerías de sanidad, medios de comunicación y asociaciones de pacientes. Estas campañas tienen dos objetivos. El primero de ellos, el de dar a conocer a la población los síntomas de un ictus con objeto de poder reconocerlo rápidamente y saber cómo actuar y también de cómo podemos prevenirlo (Día del Ictus, Premios Ictus Social e Institucional, Observatorio del Ictus,...). El segundo objetivo, más reciente, es mostrar la enorme diferencia que existe en la actualidad entre las diferentes Comunidades

Autónomas (CCAA) en la Atención al Ictus Urgente. A pesar del compromiso firmado por las CCAA con la ENI donde se comprometían a que todo paciente fuese tratado en una Unidad de Ictus a menos de 60 minutos de su domicilio, la llegada de la crisis económica paró casi todas aquellas buenas intenciones. En el año 2008 existían 39 Unidades de Ictus (UI). A día de hoy sólo hemos aumentado hasta 43 UI, prácticamente un 55-60% de lo que necesitaríamos (1 cama de UI por 100.000 habitantes)². Aquellas CCAA que desde el principio apostaron por el Ictus, estableciendo programas autonómicos como fueron Cataluña, Madrid, Baleares, Cantabria, Navarra o Murcia han seguido evolucionando e incorporando de un modo progresivo los modelos de hospital de referencia. Si crear UI es difícil en momentos económicos delicados como los actuales, la creación de nodos de hospitales de referencia donde se puede aplicar tratamiento intervencionista las 24 horas del día todos los días del año, es mucho más complicado tanto por el aspecto económico como sobre todo por la necesidad de coordinar a muchos protagonistas. El número de especialistas que pueden realizar un tratamiento endovascular (primordialmente neurorradiólogos pero también neurólogos en España) es muy reducido, lo que ha obligado a que en Madrid y Barcelona se hayan tenido que establecer sistemas pioneros de guardia compartida entre diferentes hospitales para garantizar una cobertura todos los días del año y a cualquier hora. Las cifras de pacientes tratados en los últimos años en Madrid y Barcelona, parecen indicar que dos nodos serían suficientes para dar cobertura completa a Madrid y Cataluña.

El paso del tiempo junto a la evolución ya comentada del tratamiento del ictus, no han hecho más que agrandar la diferencia entre CCAA. Mientras las anteriormente mencionadas están en una situación óptima que sólo requiere pequeños ajustes organizativos para mejorar su eficiencia, hay otro gran grupo de CCAA (Castilla la Mancha, La Rioja, Galicia, Extremadura o Andalucía) que todavía no han cumplido los objetivos de la primera fase (red de Unidades de Ictus y Sistema Código Ictus) aunque curiosamente algunas de ellas tienen Hospitales con UI que funcionan muy bien. En medio, quedan otras donde está pendiente organizar el sistema de Hospitales de Referencia (Castilla-León, Aragón, Asturias, Valencia, País Vasco, Canarias). En algunas comunidades persiste la idea de que cualquier especialista puede tratar un paciente con Ictus, bajo la creencia de que la aplicación de trombolisis es suficiente, menospreciando el valor añadido de las unidades de ictus y el neurointervencionismo. Cuando se aplican las tres medidas pueden abordarse un 85-90% de los ictus. Con la trombolisis intravenosa solamente al 5-10% de los casos. En una enfermedad, que produce 100.000 ictus cada año en España y es la primera causa de muerte en la mujer y la primera causa de dependencia, es una equivocación buscar medidas que sólo benefician a un número muy reducido de pacientes. Lo barato sale muy caro a la larga y además produce mucha dependencia.

Recientemente, el GEECV ha actualizado la I Encuesta Nacional de la Situación Actual del Ictus¹ que próximamente será publicada. Los cambios respecto al año 2008, han sido escasos. Se han abierto nuevas UI en el País Vasco (Basurto, Cruces, San Sebastián), en el 2012 en Cartagena (Murcia) y se esperan nuevas aperturas como la del Hospital de la Macarena en Sevilla. Un problema importante, puede ser que Hospitales que tenían una aceptable cobertura comiencen a ver recortados sus recursos. Esto ha ocurrido en Cáceres donde la guardia de Neurología se ha convertido en localizada. Esto es como tener una cárcel donde los policías estuviesen en su domicilio. Qué sentido tiene un neurólogo alejado de sus pacientes por un pequeño ahorro en el corto plazo. Sabemos por el estudio CONOCES⁷ que un paciente atendido con un ictus en una UI cuesta 9.625 euros durante su hospitalización. Si los pacientes empiezan a tener complicaciones por diagnosticarse tardíamente al no haber neurólogo, los costes se dispararán así como los índices de mortalidad y dependencia.

Podemos concluir que el pronóstico vital y funcional de los 100.000 españoles que durante el próximo año sufrirán un ictus dependerá en gran medida del lugar donde sufran el ictus. Algunos afortunados, bien por vivir en una CCAA bien equipada o bien por encontrarse allí en ese momento, tendrán el doble probabilidades de recuperar su independencia que aquellos otros que sufran el ictus en alguna de las muchas CCAA que todavía no cuentan con un buen sistema organizativo. El grado de conocimiento del ictus y de los beneficios aportados por las UI y las terapias de reperusión entre la población general ha aumentado enormemente y va a seguir haciéndolo. Esto se va a traducir en un aumento del número de demandas judiciales reclamando importantes indemnizaciones por no haber sido tratado de un modo rápido y eficiente. Estas indemnizaciones pueden superar en muchos miles de euros lo que costaría crear UI, poner neurólogos de guardia y organizar el tratamiento endovascular. A pesar de ello, es justo reconocer que la asistencia al ictus ha mejorado enormemente en la última década, pero los avances acaecidos obligan a todos los neurólogos a seguir empujando para mejorar esta situación, porque detrás de cada ictus hay una historia personal y familiar casi siempre dramáticas.

Bibliografía

1. López Fernández JC, Arenillas J, Calleja S, Botia E, Casado I, Deyá E, et al. Recursos asistenciales en ictus en España 2010: análisis de una encuesta nacional del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. *Neurología*. 2011;26:449-54.
2. Masjuan J, Álvarez-Sabín J, Arenillas J, Calleja S, Castillo J, Dávalos A, et al. Plan de asistencia sanitaria al ictus II.2010. *Neurología*. 2011;26:383-396.
3. Masjuan, J. Unidades de Ictus: el mejor tratamiento para un paciente con ictus. *Neurología*. 2009;4:285-7.
4. Álvarez-Sabín J, Ribó M, Masjuan J, Tejada JR, Quintana M, et al. n nombre de los investigadores del estudio PRACTIC. Importancia de una atención neurológica especializada en el manejo intrahospitalario de pacientes con ictus. *Neurología*. 2011;26:510-7.
5. Álvarez Sabín J, Alonso de Leciana M, Gállego J, Gil Peralta A, Casado I, Castillo J, et al. Plan de atención sanitaria al ictus. *Neurología*. 2006; 21: 717-26.
6. Estrategia en ictus del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008.
7. Mar J, Álvarez-Sabín J, Oliva J, Becerra V, Casado MA, Yébenes M, et al. Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. *Neurología*. 2013;28: 332-9.