

**Evaluación de la
Estrategia en Ictus
del Sistema Nacional de Salud**

Informe diciembre de 2012

COMITÉ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Coordinador Científico:

Jorge Matías-Guiu Guía

Comité Institucional:

Andalucía: Dolores Jiménez Hernández

Aragón: María Bestué Cardiel

Asturias (Principado): Sergio Calleja Puerta

Baleares (Islas): Carmen Jiménez Martínez

Canarias: Francisco José Hernández Díaz

Cantabria: Enrique Palacio Portilla

Castilla-La Mancha: Oscar Talavera Encina

Castilla y León: Ana María Álvarez Requejo/María Gil Sevillano

Cataluña: Miquel Gallofré López/Ricardo Tresserras Gaju

Comunidad Valenciana: Pablo Rodríguez Martínez

Extremadura: José M^a Ramírez Moreno

Galicia: Jose Javier Ventosa Rial

Madrid: Rosa de Andrés de Colsa

Murcia (Región de): Ana Morales Ortiz

Navarra (Comunidad Foral): Jaime Gallego Culleré

País Vasco: Alfredo Rodríguez-Antigüedad Zarranz

Rioja (La): María Eugenia Marzo Sola

Ingesa (Ceuta-Melilla): Justo Puente García

Ministerio de Economía y Competitividad: Instituto Carlos III: Margarita Blázquez Herranz

Comité Técnico:

Grupo Español de Neurroradiología Intervencionista (GENI)

Fernando Fortea Gil

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)

Javier Mar Medina

Asociación Española de Fisioterapeutas

Aitor Garay Sánchez

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)

Juan Carlos Martí Canales

Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Fabiola Hueso Navarro

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)

Luis García-Castrillo Riesgo

Sociedad Española de Neurosonología (SONES)

Oscar Ayo Martín.

Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)

Esther Duarte Oller

M^a Elena Martínez Rodríguez

Sociedad Española de Neuro-Rehabilitación (SENR)

Montserrat Bernabeu Guitart

Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE)

Jordi Pujiula Masó

Sociedad Española de Neurología (SEN)

José Álvarez Sabín

Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología (SEEGG)

Dolores Pomares Martínez

Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)

Teresa Catalán Sastre

Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC)

Olga Mateo Sierra.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)

Manuel Domínguez Sardiña

Sociedad Española de Neurología Pediátrica (SENEP)

Pedro Castro de Castro

Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología (AELFA)

Miguel Puyuelo Sanclemente

Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE)

Rosa Sánchez Díaz

Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG)

Roberto Petidier Torregrossa

Sociedad Española de Arterioesclerosis (SEA)

Fernando Civeira Murillo

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)

M^a José Peña Gascón

Foro Español de Pacientes (FEP)

Albert J. Jovell Fernández

Sociedad Española de Medicina General (SEMG)

M^a Isabel Egocheaga Cabello

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)

Pedro Navarrete Navarro

Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS)

Eva M^a Garcés Trullenque

Sociedad Española de Hipertensión Arterial (SEH-LELHA)

Nieves Martell Claros

Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Pedro Armario García

Sociedad Española de Neurorradiología

Luis Nombela Cano.

Federación Española de daño Cerebral (FEDACE)

Valeriano García Rivera.

Federación Española de Ictus (FEI).

Carmen Aleix Ferrer

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Coordinación Técnica:

José Rodríguez Escobar

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

María Mercedes Vinuesa Sebastián

Subdirección General de Calidad y Cohesión

Sonia García de San José

Isabel Peña Rey

M^a Carmen Álvarez González

Liliana Benítez de Lugo Carrión

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

M^a Santos Ichaso Hernández-Rubio

Pedro Arias Bohigas

Observatorio de Salud de las Mujeres

Isabel Saiz Martínez-Actores

S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología

M^a Antonia Astorga Vergara

S.G. de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión

Isabel Prieto Yerro

S.G. de Calidad de Medicamentos y Productos sanitarios: Piedad Ferré de la Peña

Instituto de Mayores y Servicios Sociales – IMSERSO

Inmaculada Gómez Pastor

Carlos González Alted

Índice

1	Resumen ejecutivo	11
2	Introducción	14
3	Metodología	16
3.1	Proceso de evaluación de la Estrategia.....	16
3.2	Objetivos e indicadores de evaluación de la Estrategia en Ictus en el SNS	18
4	Resultados de la evaluación	21
4.1	Línea estratégica 1. Promoción y prevención de la salud: Prevención primaria y secundaria	21
4.1.1	Objetivo general 1: Reducir la incidencia del Ictus.....	21
4.2	Línea estratégica 2. Atención en fase aguda al paciente con Ictus.....	55
4.2.1	Objetivo general 2: Disminuir la mortalidad al mes de producirse el ictus y aumentar la autonomía de los supervivientes.....	55
4.3	Línea estratégica 3. Rehabilitación y reinserción.....	84
4.3.1	Objetivo general 3: Aumentar el porcentaje de pacientes con ictus que son integrados plenamente en su vida personal y social.....	84
4.3.2	Objetivo General 4. Prestar atención y apoyo al paciente con discapacidad y a su familia.....	97
4.4	Línea estratégica 4. Formación	105
4.4.1	Objetivo general 5: Potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con ictus.....	105
4.5	Línea estratégica 5. Investigación	118
4.5.1	Objetivo general 6: Potenciar la investigación en el ictus.....	118
5	Actividades realizadas para la difusión e implementación de la estrategia	127
6	Conclusiones	133

7 Anexos.....	134
7.1 Anexo 1: Inclusión de los objetivos de la estrategia en Íctus en los Planes Generales de Salud de las CC.AA, en los Planes Específicos y/o en otros documentos relacionados.....	134
7.2 Índice de abreviaturas y acrónimos	136

Índice de Tablas

Tabla 1. Objetivos de la Estrategia en Ictus del SNS

Tabla 2. Tasa de altas de hospitalización por ictus

Tabla 3. Prevalencia de la Hipertensión Arterial (HTA)

Tabla 4. Existencia y cobertura de los programas de HTA en AP

Tabla 5. Prevalencia de la diabetes en España **(en porcentaje)**

Tabla 6. Existencia y cobertura de los programas de diabetes de la AP

Tabla 7. Existencia y cobertura de los programas de obesidad de la AP

Tabla 8. Prevalencia de la obesidad en España

Tabla 9. Prevalencia en consumo de tabaco población adulta

Tabla 10. Porcentaje de personas que realizan actividad física

Tabla 11. Porcentaje de personas que realizan actividad física

Tabla 12. CC.AA. que incluyen el objetivo 1.5 en sus respectivos Planes de Salud Generales o específicos de atención al Ictus y afirman haberlo evaluado

Tabla 13. CC.AA. que incluyen el objetivo 1.6 en sus respectivos Planes de Salud Generales o específicos de atención al Ictus y afirman haberlo evaluado

Tabla 15.

Tasa de mortalidad por Ictus ajustada por edad (por 100.000 fallecidos) Mujeres y Hombres

Tabla 16. Tasa de mortalidad prematura

Tabla 17. CC.AA. que afirman haber evaluado el Objetivo

Tabla 18. Campañas de información y actividades de formación

Tabla 19. Campañas de información y actividades de formación impulsadas por las entidades

Tabla 20. Equipos y unidades de ictus que afirman cumplir con los criterios establecidos.

Tabla 21. Zonas básicas de la CC.AA. con el Código Ictus implantado

Tabla 22. Existencia de Sistemas de teleIctus en las CC.AA.

Tabla 23. Zonas básicas de la CC.AA. que disponen de un equipo o unidad de ictus de referencia que cumplen criterio

Tabla 24. Hospitales que atienden Ictus que tienen implantado el Código Ictus

Tabla 25. Hospitales que atienden ictus y AIT que tienen implantadas vías clínicas, protocolos o procesos asistenciales de atención al Ictus

Tabla 26: Nº de CC.AA. que realizan el acciones sobre este Objetivo y porcentaje de centros que lo cumplen

Tabla 27. Nº de CC.AA. que realizan acciones sobre el Objetivo 3.2 y porcentaje de centros que lo cumplen

Tabla 28. Nº de CC.AA. que realizan acciones sobre el Objetivo 3.3 y porcentaje de centros que lo cumplen

Tabla 30: Comunidades que impulsan acciones en relación al objetivo.

Tabla 31: Existencia de intervenciones en AP dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus

Tabla 32: Establecimiento de un sistema de coordinación

Tabla 33. Realización de actividades formativas acreditadas

Tabla 34. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2008) (1/4)

Tabla 35. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2008) (2/4)

Tabla 36. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2008) (3/4)

Tabla 37. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente sobre la detección de ictus (2008) (4/4)

Tabla 38. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2009) (1/4)

Tabla 39. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2009) (2/4)

Tabla 40. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2009) (3/4)

Tabla 41. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2009) (4/4)

Tabla 42. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2010) (1/4)

Tabla 43. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2010) (2/4)

Tabla 44. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2010) (3/4)

Tabla 45. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2010) (4/4)

Tabla 46. Existencia de convocatorias sobre ictus en la CC.AA

Tabla 47. Proyectos de investigación financiados por la CC.AA. sobre ictus

Tabla 48. Inclusión del objetivo 6.2. en el plan de salud general o específico de atención al ictus o en algún otro documento relacionado

Tabla 49. Disponibilidad de planes generales o específicos sobre Ictus

Tabla 50. Objetivos de la Estrategia en ICTUS del SNS - Resumen

Tabla 51. Detalle de los objetivos de la estrategia en Ictus incluidos en PG, PE u OD

Tabla 52. Detalle de los objetivos de la estrategia en Ictus incluidos en PG, PE u OD (cont.)

Índice de gráficos

Gráfico 1. Prevalencia de obesidad en población adulta (18 y más años) según sexo. España 1993- 2009. Tasa por 100 habitantes

Gráfico 2. Distribución de la prevalencia de la obesidad por tramos de edad y sexo

Gráfico 3. Tasa estandarizada de mortalidad general y prematura por Ictus: Distribución por CC.AA. y comparación respecto al Total Nacional (INE, 2009)

1 Resumen ejecutivo

La Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud (SNS), fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), el 26 de noviembre de 2008, acordándose que se realizaría una primera evaluación a los dos años de su aprobación.

Enfoque metodológico general:

El Comité de Seguimiento y Evaluación, constituido por representantes de las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), de las sociedades científicas del ámbito de la Estrategia y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, estableció, por consenso, la metodología para la evaluación siguiendo los indicadores y el sistema de evaluación fijado en el documento de la Estrategia en Ictus.

Con el fin de valorar el impacto poblacional de la Estrategia se seleccionaron indicadores de la Encuesta Europea de Salud en España de 2009, de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta (CMBD), del Instituto Nacional de Estadística (INE) así como de los Sistemas de Información propios de las CC.AA. que reflejan aspectos del ictus.

Asimismo, para cuantificar el nivel de cumplimiento de los objetivos en cada una de las Comunidades Autónomas (CC.AA.), se siguió el método de evaluación cualitativa marcado en el documento, consistente en un conjunto de preguntas que pudieran dar respuesta del grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos específicos de la Estrategia en cada CC.AA. desde la aprobación de la misma, hasta el 30 de junio de 2011.

El 1 de septiembre de 2011 se remitió el cuestionario a las CC.AA., sociedades científicas y asociaciones de pacientes que forman parte de los comités de la Estrategia con un plazo de un mes para su cumplimentación. Una vez recibidas, cotejadas y analizadas las respuestas de las CC.AA. se procedió a comprobar la pertinencia y exactitud de los datos facilitados mediante un proceso de interacción, presencial y en línea, con los representantes de las CC.AA.

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

- Objetivo no iniciado: Alcanzado por 0-1 CC.AA.
- Objetivo iniciado: Alcanzado por 2-10 CC.AA.
- Objetivo parcialmente conseguido: Alcanzado por 11-14 CC.AA.

- Objetivo prácticamente conseguido: Alcanzado por 15-16 CC.AA.
- Objetivo conseguido : 17 CCAA lo han logrado

La escala fue aplicada por el equipo técnico de la Subdirección General de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Resultados generales:

Los resultados de la evaluación indicaron que el grado de implementación de la Estrategia, según declararon las CC.AA., es aceptable.

En general, se puede afirmar que se han iniciado todos los objetivos establecidos para cada línea estratégica, siendo su grado de consecución variable.

Objetivos de Prevención:

En base a la prevalencia y las coberturas de los distintos programas de hipertensión arterial, diabetes y obesidad comentadas, se puede observar que, en las comunidades que aportan datos, un amplio porcentaje de la población está incluida en programas. No disponemos de datos acerca de la calidad de estos programas y del grado de control que mantienen las personas incluidas en él.

No disponemos de datos para poder evaluar si se está invirtiendo la tendencia al aumento de la obesidad, y si aumentan las personas que realizan actividad física.

Las comunidades comienzan a evaluar aspectos de tratamiento preventivo con antiagregantes o anticoagulantes y de prevención secundaria.

Objetivos de Atención en fase aguda:

En general todas las Comunidades Autónomas han desarrollado de forma parcial, pero importante, la estructura necesaria en cuanto a disponer de una red asistencial de Unidades o Equipos de Ictus de referencia accesibles en menos de 60 minutos, la implantación del código Ictus, y de vías clínicas, protocolos o procesos asistenciales.

Se han comenzado a medir y evaluar algunos indicadores para conocer el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las 3 horas desde el inicio de síntomas asumiendo los criterios de Helsingborg.

Se han iniciado otros objetivos como el de desarrollar campañas de información y actividades de formación dirigidas a grupos de riesgo identificados aunque escasamente evaluado y en el que también han colaborado las sociedades científicas.

Con respecto al Ictus pediátrico, solo dos comunidades informan haber trabajado y de forma parcial el establecer pautas de actuación para el mismo.

Objetivos de Rehabilitación y Reinserción:

Las comunidades informan que se lleva a cabo el plan individualizado de rehabilitación prácticamente al 100% y, respecto a que todo paciente con ictus al

alta de su plan de rehabilitación, reciba una evaluación funcional como apoyo en su integración en la esfera social y/o laboral, aunque se identifican importantes esfuerzos en alcanzar el objetivo, la heterogeneidad en el grado de cumplimiento del mismo es aún importante entre las CC.AA.

Asimismo todas afirman tener establecidos los mecanismos necesarios para que el informe al alta sea accesible de forma inmediata por los equipos de AP., pero en muchas de ellas está solo en fase inicial y sin evaluación.

Una gran parte de las CC.AA. describen y constatan la existencia de mapas estructurados de recursos.

También casi la mitad de las Comunidades Autónomas informan que en un amplio porcentaje, el paciente y la familia reciben en el hospital la adecuada formación e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio.

Por parte de los equipos de A.P., la mayoría de las CC.AA. afirman que han llevado a cabo acciones para que realicen una valoración integral de los pacientes dados de alta y de sus cuidadores, aunque solo una de ellas lo ha evaluado, respecto a que ofrezcan apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus, la mayoría afirma que se están trabajando estos aspectos, pero solo una aporta datos.

Por último, se está iniciando sistemas de coordinación entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores.

Objetivos de Formación:

Todas las CC.AA. afirman que han realizado actividades formativas acreditadas oficialmente desde el 2008 hasta finales del 2010.

Objetivos de Investigación:

Si bien solamente en 7 CC.AA. se ha recogido la existencia de convocatorias específicas, en 10 CC.AA. se han realizado proyectos sobre Ictus financiados por la CC.AA, respecto a la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en ictus, 8 CC.AA. afirman haber puesto en marcha medidas para conseguirlo.

2 Introducción

El ictus supone una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental y la primera causa en incapacidad y coste económico. Su repercusión en el seno de las familias, en el campo profesional y laboral, y en el ámbito social es enorme, produciendo un gasto económico muy elevado para todos los servicios sanitarios, y mayor aún si se extiende a los servicios sociales.

Estrategia en Ictus del SNS:

Teniendo en cuenta que la mejora de la atención a pacientes con ictus en España es uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), se asumió el proyecto de elaborar la Estrategia en Ictus para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), obteniéndose como resultado una estrategia, consensuada entre el MSSSI, las CC.AA. sociedades científicas y asociaciones de pacientes y constituida por 5 líneas estratégicas, 6 objetivos generales y 26 objetivos específicos, con sus correspondientes recomendaciones o propuestas de acciones e indicadores de evaluación.

Para la elaboración de la estrategia se partió de los siguientes elementos:

- Un análisis de la situación del Ictus en España y en el ámbito internacional.
- La elección del Coordinador Científico y la constitución de dos comités:
 - El Comité Técnico de la Estrategia, formado por sociedades científicas y asociaciones de pacientes.
 - El Comité Institucional de la Estrategia, integrado por representantes de las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas e INGESA.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y en concreto la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación a través de la Subdirección General de Calidad y Cohesión, es el organismo responsable de la coordinación institucional de la estrategia.

La Estrategia en Ictus del SNS fue presentada al Consejo Interterritorial y aprobada por el mismo el 26 de noviembre de 2008.

Evaluación de la estrategia:

La evaluación de una Estrategia del Sistema Nacional de Salud, entendida como proceso sistemático y continuo que diseña, obtiene y proporciona información válida, confiable y útil para la toma de decisiones, constituye un elemento

indispensable dentro de la Estrategia y es parte integrante de la misma para mejorar la calidad del Sistema Nacional de Salud.

La ejecución correcta y oportuna de la evaluación permite comprobar el grado de consecución de los objetivos propuestos, establecer las pautas adecuadas, conocer el progreso de cada comunidad autónoma, comprobar la eficacia de la estrategia y contribuye a asegurar el despliegue y logro de las metas de la Estrategia en Ictus en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Para ello, se cuenta con el compromiso indispensable de todos los agentes implicados en su implementación (CC.AA., INGESA; MSSSI, sociedades científicas y asociaciones de pacientes), gracias a las cuales, se ha llevado a cabo la elaboración de diferentes indicadores consensuados que permiten recoger y elaborar la información necesaria para su posterior evaluación.

Para la evaluación y seguimiento de la estrategia en Ictus del SNS se constituyó el Comité de Seguimiento y Evaluación (CSE), formados por los Comités Técnico e Institucional mencionados anteriormente y por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, que coordina y dirige la estrategia.

A partir de los objetivos y de los indicadores de evaluación establecidos en el documento de la estrategia, el Comité de Seguimiento y Evaluación consensó la metodología de evaluación, diseñándose un modelo de recogida de información.

El corte para la recogida de datos de esta primera evaluación tuvo lugar el 30 de junio de 2011. Una vez finalizados los trabajos de recogida de información, y análisis de los datos, tanto a través de la página web del Ministerio, como aportados por las propias Comunidades Autónomas y las otras instituciones representadas, la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación elaboró un primer informe de evaluación que, con las aportaciones de todas las instituciones participantes, fue presentado y aprobado en la reunión de los comités Institucional y Técnico del 5 de junio de 2012.

Es preciso resaltar que el trabajo conjunto entre sociedades científicas, asociaciones de pacientes, Comunidades Autónomas, INGESA y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, orientados a hacer efectiva la implantación de la Estrategia en Ictus, han conseguido aunar los esfuerzos dirigidos a la mejora continua de la atención al Ictus y con ello mejorar la calidad de los servicios prestados en el conjunto del SNS.

3 Metodología

3.1 Proceso de evaluación de la Estrategia

La Evaluación de la Estrategia en Ictus del SNS consiste en la valoración del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos, a través de los indicadores propuestos, tanto cuantitativos como cualitativos y un informe que resume las principales acciones llevadas a cabo por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, las Comunidades Autónomas e INGESA.

En el proceso de Evaluación se distinguen las etapas que se describen a continuación.

Constitución del Comité de seguimiento y evaluación

El 15 de diciembre de 2009 se constituyó el Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia, con el objetivo de establecer el sistema de seguimiento y evaluación de la misma.

Dicho Comité está formado por los miembros del Comité Institucional y del Comité Técnico que fueron quienes participaron en la elaboración de la Estrategia, ambos coordinados por el Dr. Jorge Matías-Guiu Guía y la Subdirección General de Calidad y Cohesión, y con las siguientes funciones:

- El Comité Institucional, formado por representantes de todas las Comunidades Autónomas e INGESA, es el encargado de establecer el sistema de recogida de la información necesaria para la evaluación. Tiene como principal objetivo valorar la pertinencia y viabilidad de los objetivos propuestos en la Estrategia.
- El Comité Técnico, constituido por representantes de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y personas expertas independientes designadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se encarga de elaborar, tanto la propuesta de actualización de objetivos, como las consiguientes recomendaciones de actuación para alcanzarlos, así como de proponer mejoras y/o cambios en base a la más reciente evidencia científica.

La Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, a través de la Subdirección General de Calidad y Cohesión, se encarga de dar el apoyo técnico, logístico y administrativo necesario para que se cumplan y desarrollen correctamente las funciones del Comité de Seguimiento y

Evaluación, coordinando, además, la recogida de información necesaria para la evaluación de los indicadores y la elaboración del informe de evaluación de la Estrategia.

Aprobación del informe cualitativo

El Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia trabajó en la elaboración de un cuestionario estructurado para recoger datos que permitieran valorar el grado de cumplimiento, por parte de las CC.AA., de los objetivos que no disponían de indicador cuantitativo.

Este “cuestionario de evaluación” fue aprobado por dicho comité de seguimiento el 3 de noviembre de 2010.

Recogida de información para la evaluación

La información necesaria para la evaluación de los objetivos de la Estrategia ha sido facilitada fundamentalmente por las Comunidades Autónomas e INGESA, las sociedades científicas y de pacientes, y por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Una vez cumplimentados los cuestionarios por las personas representantes de las distintas Comunidades Autónomas, así como por el conjunto de Entidades que integran el Comité Técnico se inició la elaboración del primer borrador del informe de evaluación, junto con el resto de información recogida a través de las restantes fuentes de datos.

Elaboración del informe de evaluación y presentación al Consejo Interterritorial del SNS

El Informe ha sido realizado por la Subdirección General de Calidad y Cohesión (Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación–Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) con los datos y las aportaciones recibidas por todos los miembros de los comités.

Una vez elaborado el borrador del informe, se presentó y fue debatido en el seno del Comité de Seguimiento y Evaluación, el día 5 de junio de 2012, para su aprobación antes de ser presentado al Consejo Interterritorial del SNS.

En xxxx de 2013 se presenta este Informe de evaluación de la Estrategia en Ictus del SNS al Consejo Interterritorial del SNS.

3.2 Objetivos e indicadores de evaluación de la Estrategia en ICTUS en el SNS

La Estrategia en Ictus del SNS comprende 5 líneas estratégicas con 6 objetivos generales y 26 objetivos específicos, con sus correspondientes recomendaciones técnicas e indicadores de seguimiento y evaluación.

Las líneas estratégicas no tienen igual entidad y complejidad; por tanto, su despliegue operacional en objetivos generales y específicos no es homogéneo en referencia a su amplitud (número de objetivos que la integran) ni en relación a la diversidad de las intervenciones que se proponen.

Tabla 1. Objetivos de la Estrategia en Ictus del SNS

Línea Estratégica	Objetivos
1. Promoción y prevención de la salud: Prevención primaria y secundaria	Objetivo General 1. Reducir la incidencia del Ictus
	1.1. Detectar precozmente, incluir en programas de seguimiento y controlar a los pacientes de riesgo (hipertensos, diabéticos y dislipémicos).
	1.2. Invertir la tendencia actual de crecimiento de la prevalencia de obesidad en la población.
	1.3. Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta (> 15 años) en España (o cualquier Comunidad Autónoma) hasta el 28% (hombres 35% y mujeres 25%).
	1.4. Aumentar el porcentaje de población que realiza actividad física.
	1.5. Los pacientes con cardiopatías embolígenas de alto riesgo recibirán tratamiento anticoagulante o antiagregante.
	1.6. Los pacientes con ictus y AIT (Accidente Isquémico Transitorio) deben mantener el control de los factores de riesgo y recibir tratamiento médico preventivo.
	1.7. Las CC.AA. pondrán en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes que mantienen la adherencia al tratamiento a los 5 años de su inicio.
2. Atención en fase aguda al paciente con Ictus	Objetivo General 2. Disminuir la mortalidad al mes de producirse el ictus y aumentar la autonomía de los supervivientes.
	2.1. Aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las 3 horas desde el inicio de síntomas asumiendo los criterios de Helsingborg. 2.2. Desarrollar campañas de información y actividades de formación dirigidas a grupos de riesgo identificados, para aumentar el conocimiento de la población en los síntomas alarma y pautas de actuación.

	<p>2.3. Las CC.AA., dispondrán de una red asistencial de Unidades o Equipos de Ictus según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia.</p> <p>2.4. El Código Ictus estará implantado en todo el territorio de la Comunidad Autónoma, de modo que todo contacto personal o telefónico de un paciente o familiar con cualquier centro de salud, urgencias, emergencias u hospital que no sea de referencia, active la derivación inmediata a las unidades y equipos de referencia.</p> <p>2.5. Las zonas básicas dispondrán de un Equipo o Unidad de Ictus de referencia en una isócrona que permita el acceso en 60 minutos por el medio establecido en su plan o programa.</p> <p>2.6. Todo hospital de referencia debe tener implantado el Código Ictus (según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia) para la atención prioritaria de todos los pacientes con ictus, independientemente de su forma de llegada.</p> <p>2.7. Todo hospital que atienda ictus y AIT tendrá implantada una vía clínica, protocolo o proceso asistencial de atención al ictus (ver aclaraciones)</p> <p>2.8. Las CC.AA., promoverán pautas de actuación para la atención del ictus pediátrico.</p>
3. Rehabilitación y reinserción	<p>Objetivo General 3. Aumentar el porcentaje de pacientes con ictus que son integrados plenamente en su vida personal y social.</p> <p>3.1. Todo paciente con ictus dispondrá desde el inicio del proceso de un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad/déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros.</p> <p>3.2. Todo paciente con ictus al alta de su plan de rehabilitación, recibirá una evaluación funcional como apoyo en su integración en la esfera social y/o laboral.</p> <p>3.3. El paciente y la familia recibirá en el hospital la adecuada formación e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio.</p> <p>3.4. Las CC.AA., establecerán los mecanismos necesarios para que el informe al alta sea accesible de forma inmediata por los equipos de AP.</p> <p>3.5. Las CC.AA., dispondrán de un mapa de recursos sobre los distintos ámbitos de rehabilitación.</p> <p>Objetivo General 4. Prestar atención y apoyo al paciente con discapacidad y a su familia</p> <p>4.1. Los equipos de AP realizarán una valoración integral de los pacientes dados de alta y de sus cuidadores.</p> <p>4.2. Desarrollar intervenciones en AP, dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus.</p> <p>4.3. Establecer en las CC.AA., un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores.</p>
4. Formación	<p>Objetivo General 5. Potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con ictus.</p>

	5.1 Disponer en las CC.AA., de un Plan de Formación Continuada para todos los profesionales de AP de los centros de urgencias y de emergencia y de los Equipos o Unidades de Ictus, que garantice la pronta y correcta identificación, traslado y atención de los pacientes con ictus.
5. Investigación	Objetivo General 6. Potenciar la investigación en el ictus.
	6.1. El MSC y las CC.AA., promoverán, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en ictus.
	6.2. Las CC.AA., y el MSC, pondrán en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en ictus

En el presente informe se establece el grado de consecución de dichos objetivos en base a la siguiente escala (en los casos en que intervengan múltiples indicadores en relación a la consecución del objetivo, se realizará una valoración ponderada):

Leyenda	
Grado de consecución	Nº de CC.AA. que han conseguido el objetivo
Conseguido	17-18
Prácticamente conseguido	15-16
Parcialmente conseguido	11-14
Iniciado	2-10
No iniciado	0-1

4 Resultados de la evaluación

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

4.1.1 Objetivo general 1: Reducir la incidencia del Ictus

Para medir este Objetivo, el documento de la estrategia selecciona como indicador **la tasa de altas de hospitalización por Ictus**; es necesario matizar que se trata de una medida que puede servir como aproximación a la incidencia. Dicho indicador tiene un comportamiento heterogéneo entre CC.AA.

El total nacional se sitúa en los 1,8 casos por 1.000 habitantes (Ver tabla siguiente):

Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	1,58	1,60	1,68	1,63	1,60
Aragón	2,42	2,46	2,32	2,14	2,26
Asturias (Principado de)	2,65	2,67	2,92	2,94	3,03
Baleares (Islas)	1,40	1,36	1,45	1,40	1,45
Canarias	1,09	1,04	1,19	1,24	1,19
Cantabria	2,28	2,41	2,31	2,18	2,38
Castilla y León	2,04	2,19	2,14	2,22	2,23
Castilla La Mancha	1,79	1,95	1,97	1,97	2,10
Cataluña	1,77	1,80	1,77	1,77	1,77
Comunidad Valenciana	1,89	1,94	1,96	1,92	1,90
Extremadura	2,15	2,33	2,32	2,28	2,43
Galicia	2,15	2,14	2,24	2,24	2,30
Madrid (Comunidad de)	1,36	1,38	1,47	1,50	1,56
Murcia (Región de)	2,02	1,92	1,94	2,01	2,02
Navarra (Comunidad Foral)	2,13	2,00	1,96	1,97	1,87
País Vasco	1,95	2,20	2,24	2,25	2,22
La Rioja	2,43	2,48	2,33	2,32	2,34
Ceuta (Ingresa)	1,69	1,78	1,84	2,05	1,60
Melilla (Ingresa)	1,61	1,89	1,72	1,45	1,17

Total nacional	1,78	1,82	1,85	1,84	1,86
Tasa de altas de hospitalización por ictus (hombres)					
Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	1,75	1,79	1,89	1,79	1,79
Aragón	2,60	2,63	2,48	2,23	2,36
Asturias (Principado de)	2,94	2,88	3,18	3,12	3,18
Baleares (Islas)	1,65	1,54	1,64	1,57	1,68
Canarias	1,23	1,24	1,33	1,41	1,36
Cantabria	2,23	2,51	2,40	2,22	2,53
Castilla y León	2,24	2,35	2,29	2,39	2,46
Castilla La Mancha	1,81	2,08	2,07	2,07	2,20
Cataluña	1,95	1,98	1,89	1,94	1,91
Comunidad Valenciana	2,02	2,14	2,14	2,09	2,06
Extremadura	2,21	2,40	2,53	2,43	2,54
Galicia	2,35	2,25	2,33	2,35	2,45
Madrid (Comunidad de)	1,42	1,44	1,54	1,55	1,64
Murcia (Región de)	2,22	2,08	1,99	2,06	2,12
Navarra (Comunidad Foral)	2,30	2,19	2,12	2,16	1,99
País Vasco	2,18	2,45	2,47	2,46	2,38
La Rioja	2,50	2,51	2,37	2,37	2,27
Ceuta (Ingresa)	1,59	1,86	1,94	2,01	1,76
Melilla (Ingresa)	1,78	1,80	1,57	1,23	1,08
Total nacional	1,92	1,98	2,00	1,98	2,01
Tasa de altas de hospitalización por ictus (mujeres)					
Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	1,42	1,42	1,47	1,47	1,41
Aragón	2,24	2,30	2,15	2,06	2,15
Asturias (Principado de)	2,38	2,47	2,69	2,77	2,91
Baleares (Islas)	1,15	1,18	1,26	1,22	1,21
Canarias	0,95	0,84	1,06	1,07	1,02
Cantabria	2,33	2,31	2,22	2,13	2,25
Castilla y León	1,86	2,04	2,00	2,04	2,02
Castilla La Mancha	1,77	1,81	1,86	1,88	2,00
Cataluña	1,59	1,62	1,65	1,60	1,63
Comunidad Valenciana	1,76	1,74	1,77	1,75	1,74

Extremadura	2,09	2,27	2,11	2,14	2,33
Galicia	1,96	2,04	2,15	2,13	2,17
Madrid (Comunidad de)	1,31	1,33	1,40	1,45	1,48
Murcia (Región de)	1,82	1,77	1,89	1,96	1,92
Navarra (Comunidad Foral)	1,97	1,81	1,81	1,79	1,74
País Vasco	1,73	1,96	2,01	2,05	2,06
La Rioja	2,37	2,45	2,30	2,28	2,41
Ceuta (Ingesa)	1,80	1,70	1,74	2,09	1,44
Melilla (Ingesa)	1,45	1,97	1,86	1,66	1,25
Total nacional	1,63	1,66	1,71	1,71	1,72

Fuente: CMBD

Este objetivo general se evalúa a través de los siguientes 7 objetivos específicos:

Objetivos	Grado de consecución
Objetivo General 1. Reducir la incidencia del Ictus	
1.1. Detectar precozmente, incluir en programas de seguimiento y controlar a los pacientes de riesgo (hipertensos, diabéticos y dislipémicos).	Iniciado
1.2. Invertir la tendencia actual de crecimiento de la prevalencia de obesidad en la población.	No disponemos de datos
1.3. Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta (> 15 años) en España (o cualquier Comunidad Autónoma) hasta el 28% (hombres 35% y mujeres 25%).	Parcialmente Conseguido al inicio de la estrategia
1.4. Aumentar el porcentaje de población que realiza actividad física.	No datos
1.5. Los pacientes con cardiopatías embolígenas de alto riesgo recibirán tratamiento anticoagulante o antiagregante.	Iniciado
1.6. Los pacientes con ictus y AIT (Accidente Isquémico Transitorio) deben mantener el control de los factores de riesgo y recibir tratamiento médico preventivo.	Iniciado
1.7. Las CC.AA. pondrán en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes que mantienen la adherencia al tratamiento a los 5 años de su inicio.	Iniciado

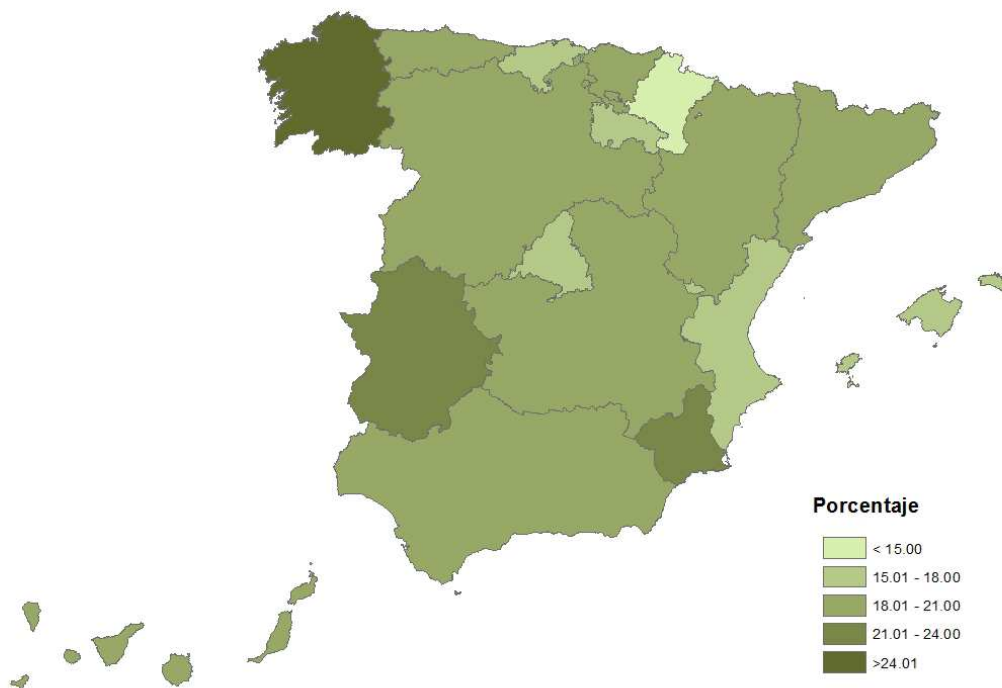
Objetivos específicos de prevención primaria

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

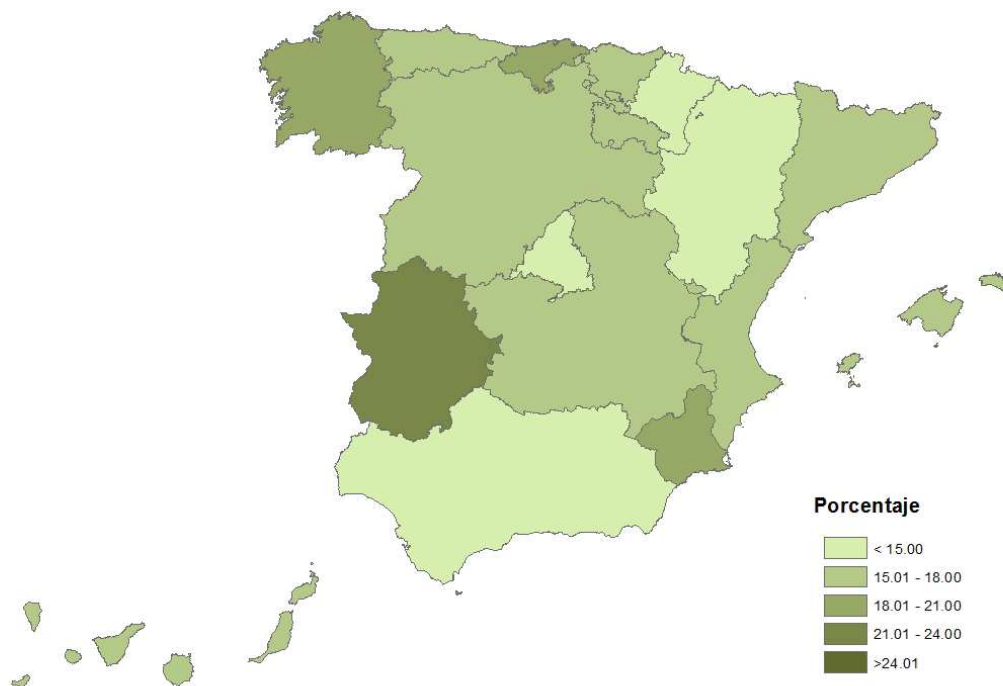
A. Hipertensión Arterial (HTA)

La fuente más reciente de datos consolidados y validados para el conjunto de España y las CC.AA para obtener la prevalencia de la HTA, es la Encuesta Europea de Salud en España de 2009 (EES).

PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MUJERES EN ESPAÑA



PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN HOMBRES EN ESPAÑA



En la siguiente tabla se muestra la prevalencia autodeclarada:

Tabla 3. Prevalencia de la hipertensión arterial (en porcentaje)			
Comunidad Autónoma	Hombre	Mujer	Total
Andalucía	14,00	18,94	16,51
Aragón	14,31	20,37	17,36
Asturias (Ppado de)	16,87	18,75	17,86
Baleares (Islas)	16,87	16,52	16,69
Canarias	17,20	19,05	18,13
Cantabria	18,52	15,99	17,22
Castilla y León	16,32	19,97	18,17
Castilla - La Mancha	16,37	18,87	17,61
Cataluña	16,81	18,90	17,88
Com.Valenciana	15,67	16,23	15,95
Extremadura	21,01	22,35	21,68
Galicia	19,23	25,79	22,66
Madrid (Com. de)	13,68	17,37	15,60
Murcia (Región de)	18,64	21,94	20,27
Navarra (Com. Foral de)	12,94	15,46	14,21
País Vasco	16,01	19,41	17,76
Rioja (La)	16,19	17,10	16,64
Ceuta y Melilla	15,05	18,15	16,62
Total	15,90	18,99	17,48

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2009. INE-MSSSI

Para la coordinación y la mejora de la atención a pacientes con HTA las 17 CC.AA. han puesto en marcha programas de seguimiento y control de la Hipertensión Arterial en el ámbito de la Atención Primaria. En la siguiente tabla se detalla la cobertura y existencia de dichos programas de HTA:

Tabla 4. Existencia y cobertura de los programas de HTA en AP						
Comunidad Autónoma	Programas de seguimiento y control de pacientes con HTA en AP	Hombres mayores de 14 años captados en AP con diagnóstico de HTA	Mujeres mayores de 14 años captados en AP con diagnóstico de HTA	Total captados en AP	Nº de tarjetas sanitarias de mayores de 14 años	Proporción de personas con HTA (%) respecto a la población general
Andalucía	Sí	n.d.	n.d.	889.965	6.803.468	13,08
Aragón	Sí	84.006	106.087	190.093	1.147.912	16,56
Asturias (Principado de)	Sí	n.d.	n.d.	178.266	960.400	18,56
Baleares (Islas)	Sí	66.108	76.667	142.775	876.393	16,29
Canarias	Sí	160.659	184.814	345.473	1.663.264	20,77
Cantabria	Sí	45.584	55.285	100.869	493.813	20,43
Castilla y León	Sí	199.174	250.398	449.572	2.151.665	20,89
Castilla La Mancha	Sí	135.569	175.316	310.885	1.712.489	18,15
Cataluña	Sí	454.575	540.004	994.579	6.465.182	15,38
Comunidad Valenciana	Sí	26.168	27.183	53.351	4.562.672	1,17
Extremadura	Sí	n.d.	n.d.	n.d.	925.954	n.d.
Galicia	Sí	75.515	96.486	172.001	2.470.060	6,96
Madrid (Comunidad de)	Sí	444167	490921	935088	5.363.726	17,4
Murcia (Región de)	Sí	21.807	23.203	45.010	1.227.329	3,67
Navarra (Comunidad Foral de)	Sí	n.d.	n.d.	n.d.	533.422	n.d.
País Vasco	Sí	n.d.	n.d.	50.947	2.237.980	2,28
La Rioja	Sí	23.680	28.680	52.360	264.052	19,83
Ceuta y Melilla (Ingesa)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	102.530	n.d.

Total nacional	17	1.292.845	1.564.123	3.976.146	39.962.311	11,71 *
----------------	----	-----------	-----------	-----------	------------	---------

Fuente: Elaboración propia

* Solo sobre las comunidades que aportan datos

Las principales **características de los programas de Hipertensión Arterial** y sus principales problemas a la hora su implantación en cada una de las CC.AA. son:

- **Andalucía:** se da cobertura a toda la población andaluza a través del Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular (RV), que incluye la estimación del RV y cribado, detección y seguimiento de HTA, diabetes, dislipemia, tabaquismo y obesidad. Actualmente está en desarrollo el sistema de información, a través de la historia de salud digital y los indicadores de calidad, además de la cobertura.
- **Aragón:** se da una cobertura en todos los sectores del ámbito territorial a través de un programa protocolizado en la propia historia clínica electrónica, realizándose una evaluación anual del mismo.
- **Asturias:** el programa de HTA incluye actividades de detección precoz, diagnóstico, valoración, tratamiento, control y seguimiento.
- **Cataluña:** se realiza una estratificación del riesgo de los pacientes, siendo uno de los factores de riesgo que se monitoriza rutinariamente el de la presión arterial (y que por tanto queda incluido como uno de los objetivos de AP).
- **Islas Baleares:** el programa de HTA incluye la detección y control de diversos factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, hiperlipemias, diabetes mellitus (HTA, HLP, DM) y Obesidad). Además, existe un indicador de calidad asistencial sobre el buen control de la presión arterial en pacientes incluidos en el programa. A su vez se dispone de alarmas, integradas en eSiap, de detección y de control de casos, a partir de las cuales se elaboran, evalúan y revisan periódicamente los indicadores.
- **Islas Canarias:** el control de la presión arterial se realiza dentro del “Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular “(PPCECV). Este programa capta a pacientes de forma oportunista, indaga la presencia de factores mayores de riesgo y calcula el riesgo cardiovascular individual, según el grupo de riesgo (bajo, moderado o alto) donde se encuentre la persona, estableciéndose los objetivos, tratamientos y controles adecuados.
- **Castilla- La Mancha:** el protocolo de HTA está incluido en la Historia Clínica Electrónica, a través de la cual se realiza su seguimiento.
- **Galicia:** el programa va dirigido a las personas mayores de 15 años pertenecientes a la demarcación del equipo de atención primaria.–Se incluyen pacientes diagnosticados de hipertensión arterial y pacientes de nuevo diagnóstico.

- **Comunidad Valenciana:** el programa se evalúa en los acuerdos de gestión mediante dos indicadores: resultado de hipertensión arterial y cribado de hipertensión arterial.
- **País Vasco:** la principal dificultad para la implantación de los programas de HTA es la de acceder a la población diana, ya que la mayoría de pacientes desconocen su enfermedad.

La Comunidades Autónomas señalan, entre otras, como principales dificultades para su implementación la masificación de los centros de Atención Primaria, la dificultad del trabajo en equipo, el acceso a la población diana, que, en muchos casos desconoce su enfermedad, y el control clínico de la misma.

Conclusión Objetivo 1.1 (Hipertensión): La mayoría de las Comunidades aportan datos sobre la inclusión en programas de la población hipertensa, de ellas, diez comunidades superan el 10 % de la población >14 años en programa: **Iniciado**

Recomendación: Mantener objetivo

B. Diabetes Mellitus

La prevalencia autodeclarada (haber padecido en los últimos 12 meses y diagnosticada por su médico) de la **diabetes** en España obtenida en la Encuesta Europea de Salud en España (2009) se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 5. Prevalencia de la diabetes en España (en porcentaje)			
Comunidad Autónoma	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía	4,66	7,39	6,05
Aragón	6,61	6,20	6,40
Asturias (Principado de)	5,18	5,76	5,49
Baleares (Islas)	2,24	3,57	2,90
Canarias	5,97	6,84	6,41
Cantabria	7,54	4,76	6,11
Castilla y León	5,83	5,52	5,67
Castilla - La Mancha	6,70	6,44	6,57
Cataluña	5,79	4,13	4,94
Com. Valenciana	6,27	6,42	6,34
Extremadura	8,83	7,31	8,06
Galicia	6,34	6,83	6,59
Madrid (Com. de)	6,54	4,16	5,30
Murcia (Región de)	8,40	7,75	8,08
Navarra (Com. Foral de)	4,90	4,92	4,91
País Vasco	7,00	6,03	6,50
Rioja (La)	7,05	5,54	6,30
Ceuta y Melilla	7,84	12,00	9,95
Total	5,99	5,83	5,91

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2009. INE-MSSSI

PREVALENCIA DE LA DIABETES EN HOMBRES EN ESPAÑA



PREVALENCIA DE LA DIABETES EN MUJERES EN ESPAÑA



Para la coordinación y la mejora de la atención a pacientes con diabetes, las 17 CC.AA. han puesto en marcha programas de seguimiento y control de la diabetes en el ámbito de la Atención Primaria.

En la siguiente tabla se detalla la cobertura y existencia de dichos programas de diabetes en las distintas CC.AA.:

Tabla 6: Existencia y cobertura de los programas de diabetes de la AP

Comunidad Autónoma	Programas de seguimiento y control de pacientes con diabetes mellitus	Hombres mayores de 14 años captados en AP con diagnóstico de diabetes mellitus	Mujeres mayores de 14 años captados en AP con diagnóstico de diabetes mellitus	Total captados en AP	Nº de tarjetas sanitarias de mayores de 14 años	Proporción de personas con diabetes (%) respecto a la población general
Andalucía	Sí	285.209	282.718	567.927	6.803.468	8,34
Aragón	Sí	34.217	31.810	66.027	1.147.912	5,75
Asturias (Principado de)	Sí	n.d	n.d	n.d	960.400	n.d
Baleares (Islas)	Sí	30.676	26.047	56.723	876.393	6,47
Canarias	Sí	78.176	77.314	155.490	1.663.264	9,35
Cantabria	Sí	17.714	16.509	34.223	493.813	6,93
Castilla y León	Sí	79.717	75.728	155.445	2.151.665	7,22
Castilla La Mancha	Sí	64.087	65.280	129.367	1.712.489	7,55
Cataluña	Sí	193.664	169.569	363.233	6.465.182	5,62
Comunidad Valenciana	Sí	23.358	20.555	43.913	4.562.672	0,96
Extremadura	Sí				925.954	n.d
Galicia	Sí	76.538	71.175	147.713	2.470.060	5,98
Madrid (Comunidad de)	Sí	162387	179480	341867	5363726	6,3
Murcia (Región de)	Sí	n.d	n.d	n.d	1.227.329	n.d
Navarra (Comunidad Foral de)	Sí	n.d	n.d	n.d	533.422	n.d
País Vasco	Sí			14.886	2.237.980	0,67
La Rioja	Sí	9.597	9.128	18.725	264.052	7,09
Ceuta y Melilla (Ingesa)	n.d.				102.530	n.d

Total nacional	17	573.527	531.305	1.119.718	39.962.311	4,89*
-----------------------	-----------	----------------	----------------	------------------	-------------------	--------------

Fuente: Elaboración propia

* Solo sobre las comunidades que aportan datos

Las principales **características de los programas de Diabetes** y sus principales problemas a la hora su implantación en cada una de las CC.AA. son:

- **Andalucía:** Desde 2003 en Andalucía existe el Plan Integral de Diabetes y el Proceso Asistencial Integrado Diabetes. Dan Cobertura a toda la CC.AA. y abarca aspectos de promoción, prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento.
- **Asturias:** dentro de su programa de diabetes se incluyen actividades de detección precoz, diagnóstico, valoración, tratamiento, control y seguimiento.
- **Islas Baleares:** en el 2006 se elaboró e implantó la “Guía Clínica de actuación en la atención primaria en riesgo cardiovascular”, que incluye un apartado específico para la diabetes mellitus. Aunque dicha guía fue elaborada por la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, actualmente tiene implantación autonómica. A su vez se dispone de alarmas, integradas en la historia clínica electrónica de AP (eSIAP), de detección y de control de casos, a partir de las cuales se elaboran, evalúan y revisan periódicamente los indicadores.
- **Islas Canarias:** el control de la diabetes mellitus se realiza dentro del PPCECV. Este programa capta a pacientes de forma oportunista, indaga la presencia de factores mayores de riesgo y calcula el riesgo cardiovascular individual, según el grupo de riesgo (bajo, moderado o alto) donde se encuentre la persona, estableciéndose los objetivos, tratamientos y controles adecuados.
- **Cantabria:** se contabilizan aquellas personas mayores de 14 años que cumplen los criterios diagnósticos. Se realiza una anamnesis, una exploración física y una analítica al menos una vez al año. Adicionalmente se realiza una evaluación del fondo de ojo cada 2 años.
- **Castilla y León:** las características del programa incluye, entre otras, la exploración clínica y la evaluación del fondo de ojo cada 3 años desde el diagnóstico.
- **Castilla- La Mancha:** el protocolo de diabetes mellitus está incluido en la Historia Clínica Electrónica, a través de la cual se realiza su seguimiento.
- **Madrid (Comunidad):** Programas de seguimiento y control de pacientes con diabetes mellitus. Incluidos en cartera de servicios estandarizados y en contrato programa de centro.
- **País Vasco:** se realiza un control analítico 2 veces al año, un estudio retinográfico al menos una vez al año y un estudio de pie y ayuda al cese de hábitos insalubres.

La Comunidades Autónomas señalan, entre otras, como principales dificultades para su implementación la masificación de los centros de Atención Primaria, la dificultad del trabajo en equipo, el acceso a la población diana, que, en muchos casos desconoce su enfermedad, y el control clínico de la misma.

Conclusión Objetivo 1.1 (diabetes): Han contestado diez comunidades, de las cuales 8 superan el 5,5 % de cobertura de la población > 14 años en programa:
Iniciado

Recomendación: Mantener objetivo

C. Obesidad

Formando parte del objetivo 1.1. de la presente Estrategia en el que se plantea el seguimiento y control de pacientes con hipertensión arterial, diabetes y dislipemia, al no disponer de datos de esta última, la estrategia estableció como indicador la cobertura de obesidad, ya que ésta se relaciona con la presencia de los principales factores de riesgo vascular y más en concreto con la dislipemia, la HTA y la diabetes.

Para la coordinación y la mejora de la atención a pacientes con obesidad, 15 CC.AA. informan que han puesto en marcha programas de seguimiento y control de la obesidad en el ámbito de la Atención Primaria.

En la siguiente tabla se detalla la cobertura y existencia de dichos programas de obesidad en las distintas CC.AA.:

Tabla 7: Existencia y cobertura de los programas de obesidad de la AP						
Comunidad Autónoma	Programas de seguimiento y control de pacientes con obesidad	Hombres mayores de 14 años captados en AP con diagnóstico de obesidad	Mujeres mayores de 14 años captados en AP con diagnóstico de obesidad	Total captados en AP	Nº de tarjetas sanitarias de mayores de 14 años	Proporción de personas con obesidad (%) respecto a población general
Andalucía	Sí	n.d	n.d	n.d	6.803.468	n.d.
Aragón	Sí	22.824	38.891	61.715	1.147.912	5,38
Asturias (Principado de)	Sí	n.d	n.d	n.d	960.400	n.d.
Baleares (Islas)	Sí	28.334	51.726	90.060	876.393	10,28
Canarias	Sí			110.119	1.663.264	6,62
Cantabria	Sí	16.634	25.576	42.210	493.813	8,55
Castilla y León	Sí	81.682	123.322	205.004	2.151.665	9,53
Castilla La Mancha	Sí	77.396	117.316	194.712	1.712.489	11,37
Cataluña	Sí	183.719	293.790	477.509	6.465.182	7,39
Comunidad Valenciana	Sí	6.965	11.159	18.124	4.562.672	0,40
Extremadura	Sí				925.954	n.d.
Galicia	Sí	83.856	128.462	212.318	2.470.060	8,60
Madrid (Comunidad de)	Sí	172488	190644	363132	5.363.726	6,7

Murcia (Región de)	No	n.d	n.d	n.d	1.227.329	n.d.
Navarra (Comunidad Foral de)	No	n.d	n.d	n.d	533.422	n.d.
País Vasco	Sí	n.d	n.d	14.886	2.237.980	0,67
La Rioja	Si	45	79	124	264.052	0,05
Ceuta y Melilla (Ingresa)	n.d.	n.d	n.d	n.d	102.530	n.d.
Total nacional	15	478.631	751.430	1.365.066	39.962.311	5,73*

Fuente: Elaboración propia.

* Solo sobre las comunidades que aportan datos

Las principales **características de los programas de Obesidad** y sus principales problemas a la hora su implantación en cada una de las CC.AA. son:

- **Andalucía**, el Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular (RV) incluye la obesidad como factor de riesgo, aunque aún no disponemos de datos para evaluar el objetivo. Además desde el año 2009 se incluye en Contrato Programa el Consejo Dietético Intensivo para personas con factores de riesgo en las consultas de Atención Primaria. Actualmente el 76% de los centros de salud tienen implantada esta actividad. Por último, desde 2007 están desarrollándose actividades relacionadas con la prevención de la obesidad infantil en el marco del Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía.
- **Aragón**, se da una cobertura en todos los sectores del ámbito territorial a través de un programa protocolizado en la propia historia clínica electrónica, realizándose una evaluación anual del mismo.
- **Asturias**, los programas desarrollados de diagnóstico, educación y promoción del ejercicio físico se inscriben en el contexto de la Escuela Pública.
- **Islas Baleares**, en el 2006 se elaboró e implantó la “Guía Clínica de actuación en la atención primaria en riesgo cardiovascular”, que incluye un apartado específico para la obesidad. Aunque dicha guía fue elaborada por la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, actualmente tiene implantación autonómica. A su vez se dispone de alarmas, integradas en la historia clínica electrónica de AP (eSIAP), a partir de las cuales se elaboran, evalúan y revisan periódicamente los indicadores específicos.

Existen, en paralelo, programas específicos de prevención de la obesidad infantil impulsados desde la Dirección general de Salud Pública y Consumo.

- **Islas Canarias**, el programa de Obesidad se describe dentro del programa de prevención y control de la enfermedad cardio-vascular (ECV) citado

anteriormente. En la actualidad, dicha CC.AA. está finalizando el programa de prevención y tratamiento de la obesidad infantil.

En cuanto a las dificultades encontradas a la hora de implantar dicho programa se encuentran las propias del tratamiento (que implica cambios en hábitos y costumbres).

- **Cantabria**, se contabilizan las personas mayores de 14 años que cumplan los criterios diagnósticos correspondientes (índice de masa corporal > 30). Se realiza una anamnesis, un estudio analítico y, al menos, 3 controles anuales de peso, adherencia al tratamiento y consenso sobre medidas higiénico-dietéticas.
- **Castilla y León**, se incluyen dentro del programa de obesidad personas de 15 o más años que cumplan el siguiente criterio diagnóstico: Índice de masa corporal (IMC = peso/talla²) superior a 30. Se realiza una anamnesis y una analítica anual.
- **Castilla-La Mancha** existe un protocolo de obesidad en la Historia Clínica Electrónica. En cuanto a las dificultades en su implantación destaca la necesidad de trabajar de forma coordinada (Medicina y Enfermería) en la unidad básica asistencial.
- **Madrid (Comunidad)**: Programas de seguimiento y control de pacientes con obesidad incluidos en cartera de servicios estandarizados.

Conclusión Objetivo 1.1 (obesidad): Aportan datos 10 comunidades, de las cuales, cinco superan el 8 % de población > de 14 años en programa: **Iniciado**

Recomendación: Mantener objetivo

De forma general, en base a las prevalencias y las coberturas de los distintos programas de hipertensión arterial, diabetes y obesidad comentadas, se puede observar que, en las comunidades que aportan datos, un amplio porcentaje de la población está incluida en programas. No disponemos de datos acerca de la calidad de estos programas y del grado de control que mantiene las personas incluidas en él.

Conclusión Objetivo 1.1 (global: Hipertensión arterial + diabetes + obesidad):
Iniciado

Recomendación: Mantener objetivo

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

La prevalencia autodeclarada de la **obesidad** en España (desde 1993 hasta 2009) es la que se explicita en la siguiente tabla:

Tabla 8. Prevalencia de la obesidad en España por 100 habitantes Mujeres y Hombres >17 años							
Comunidad Autónoma	1993	1995	1997	2001	2003	2006	2009
Andalucía	11,97			17,47	17,62	17,96	19,64
Aragón	9,79			12,97	12,44	15,41	15,69
Asturias (Principado de)	7,4			14,89	13,28	14,05	21,74
Baleares (Islas)	9,23			12,77	12,62	12,14	14,27
Canarias	10,22			14,02	14,56	16,1	15,21
Cantabria	9			14,38	11,97	14,09	12,21
Castilla y León	7,24			11,55	12,04	13,66	12,68
Castilla La Mancha	11,58			15,38	17,1	17,19	18,38
Cataluña	7,77			11,14	11,48	14,5	14,06
Comunidad Valenciana	8,4			13,85	14,63	15,79	15,53
Extremadura	13,65			15,4	18,97	17,68	21,54
Galicia	13,66			11,43	14,37	16,87	16,85
Madrid (Comunidad de)	7,16			12,14	9,7	12	13,5
Murcia (Región de)	10,84			14,22	15,67	19,35	22,22
Navarra (Comunidad Foral)	9,8			7,25	13,65	14,68	11,17
País Vasco	6,43			8,56	10,41	15,64	14,06
La Rioja	4,5			7,5	10,47	11,03	14,66
Ceuta (Ingesa)	11,2			14,1	12,76	17,4	11,35
Melilla (Ingesa)	11,2			14,1	12,76	17,4	19,84
Total nacional	9,22	10,91	12,37	13,18	13,61	15,37	16
Mujeres >17 años							
Comunidad Autónoma	1993			2001	2003	2006	2009
Andalucía	12,18			18,61	18,62	18,1	19,26
Aragón	8,7			13,13	12,98	16,54	12,95
Asturias (Principado de)	7,65			15,61	15,1	10,31	21,2
Baleares (Islas)	7,78			13,9	14,19	11,96	9,48
Canarias	11,46			15,41	16,61	18,26	12,62
Cantabria	7,62			10,97	10,98	11,84	11,14
Castilla y León	7,11			12,6	11,99	13,79	11,79

Castilla La Mancha	13,29			16,75	17,46	17,28	16,84
Cataluña	7,64			12,24	11,57	15,08	12,76
Comunidad Valenciana	10,01			14,7	15,78	15,44	14,1
Extremadura	13,07			16,93	17,47	15,45	17,41
Galicia	14,87			11,96	14,38	14,97	15,21
Madrid (Comunidad de)	7,38			13,44	8,58	11,54	12,52
Murcia (Región de)	10,62			13,53	16,67	19,87	23,69
Navarra (Comunidad Foral)	7,12			6,31	14,4	12,89	9,23
País Vasco	7,52			9,23	8,92	15,65	12,6
La Rioja	3,34			5,65	10,5	8,83	10,68
Ceuta (Ingesa)	13,93			12,33	16,03	18,76	14,3
Melilla (Ingesa)	13,93			12,33	16,03	18,76	20,55
Total nacional	9,33	11,42	12,99	14,03	13,87	15,19	14,71

Hombres >17 años

Comunidad Autónoma	1993			2001	2003	2006	2009
Andalucía	11,78			16,38	16,54	17,82	20,04
Aragón	10,84			12,81	11,88	14,33	18,33
Asturias (Principado de)	7,18			14,16	11,27	17,94	22,29
Baleares (Islas)	10,56			11,66	10,98	12,32	18,91
Canarias	9,26			12,73	12,45	13,93	17,84
Cantabria	10,37			17,69	13,07	16,39	13,29
Castilla y León	7,36			10,46	12,1	13,53	13,58
Castilla La Mancha	10,04			14,19	16,73	17,11	19,9
Cataluña	7,89			10,05	11,39	13,95	15,37
Comunidad Valenciana	6,83			13,01	13,42	16,13	16,99
Extremadura	14,18			13,91	20,49	19,72	25,32
Galicia	12,44			10,87	14,36	18,75	18,43
Madrid (Comunidad de)	6,96			10,75	10,94	12,47	14,53
Murcia (Región de)	11,05			14,85	14,66	18,9	20,81
Navarra (Comunidad Foral)	12,4			8,02	12,89	16,38	13,04
País Vasco	5,58			7,88	11,98	15,63	15,57
La Rioja	5,69			9,23	10,44	13,18	18,35
Ceuta (Ingesa)	7,61			15,79	9,41	16,14	8,62
Melilla (Ingesa)	7,61			15,79	9,41	16,14	19,1
Total nacional	9,14	10,44	11,79	12,33	13,33	15,55	17,31

Fuente: Hasta 2006 inclusive: Fuente Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)
2009: Encuesta Europea de Salud en España 2009. INE-MSSSI

Como se aprecia en las tablas de comentadas anteriormente, desde 2006, la obesidad es más frecuente en hombres que en mujeres.

La tendencia desde 1993 hasta 2009 en la prevalencia de obesidad es ascendente.

También se ha observado que la prevalencia de obesidad crece conforme aumenta la edad de las personas (Ver gráfico 2), alcanzando su máximo en hombres a los 64 años y en mujeres a los 74 años.

Gráfico 1. Prevalencia de obesidad en población adulta (18 y más años) según sexo. España 1993- 2009. Tasa por 100 habitantes

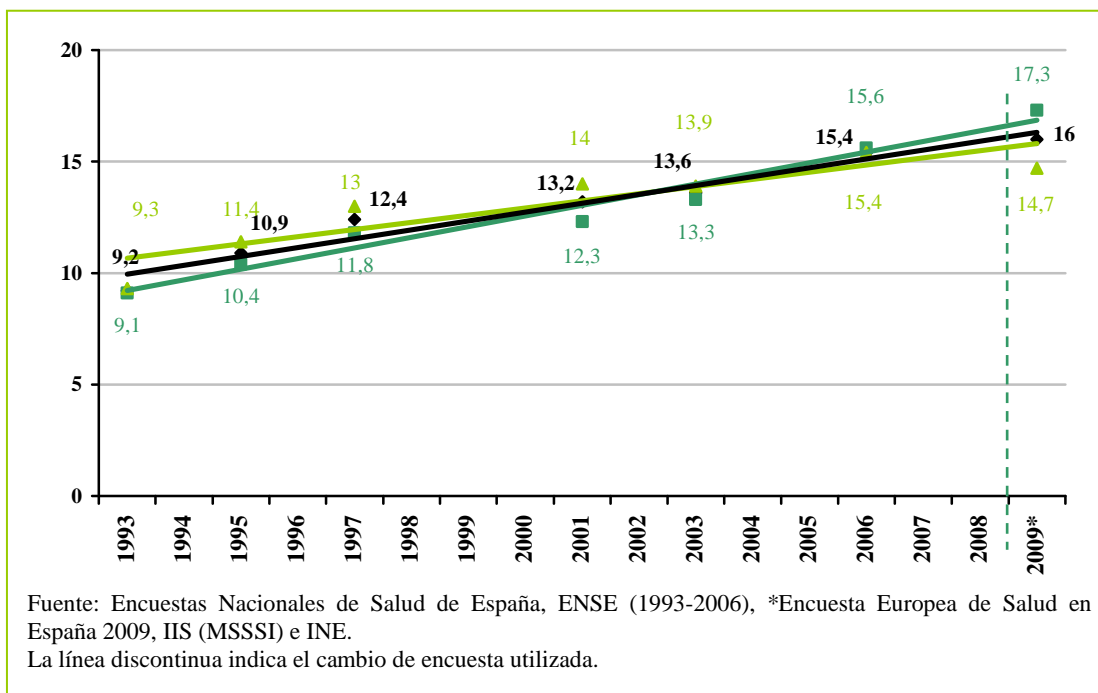
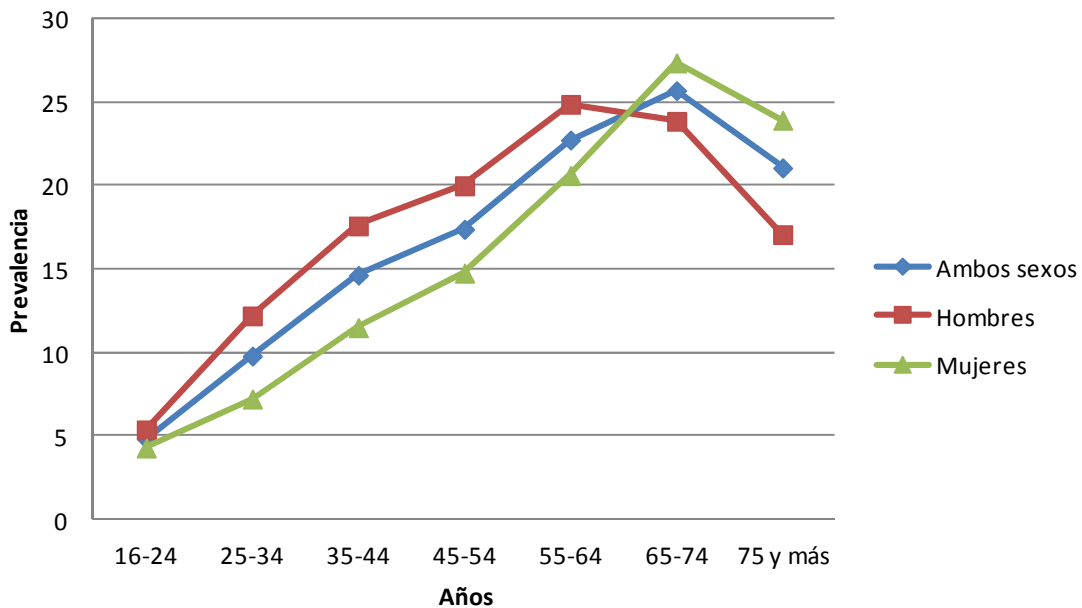


Gráfico 2. Distribución de la prevalencia de la obesidad por tramos de edad y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud en España 2009. MSSSI.

Conclusión Objetivo 1.2: No disponemos de datos de 2011 para poder evaluar.

Recomendación: Mantener objetivo.

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

La fuente más reciente de datos consolidados y validados para el conjunto de España y sus CC.AA. sobre la cual poder valorar la prevalencia del consumo de tabaco, es la Encuesta Europea de Salud en España de 2009. En la siguiente tabla se muestra el porcentaje de personas mayores de 15 años que declaran ser fumadoras en el momento de la entrevista desglosado por Comunidad Autónoma y sexo:

Tabla 9. Prevalencia en consumo de tabaco en población adulta			
Comunidad Autónoma	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía	31,18	22,28	26,65
Aragón	28,19	21,42	24,77
Asturias (Principado de)	32,57	22,24	27,18
Baleares (Islas)	28,56	22,86	25,68
Canarias	30,87	23,62	27,21
Cantabria	33,71	21,88	27,63
Castilla y León	35,26	21,76	28,44
Castilla - La Mancha	32,77	25,06	28,95
Cataluña	29,47	19,02	24,18
Com.Valenciana	34,75	21,74	28,19
Extremadura	33,90	18,90	26,28
Galicia	26,97	17,88	22,24
Madrid (Com. de)	28,92	21,48	25,06
Murcia (Región de)	32,94	20,16	26,68
Navarra (Com. Foral de)	32,67	23,78	28,26
País Vasco	32,66	22,28	27,24
Rioja (La)	33,68	25,17	29,43
Ceuta y Melilla	27,22	16,17	21,62
Total	31,17	21,33	26,16

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2009. INE-MSSSI

En total, la prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta general (> 15 años) en España mejora los hitos del objetivo al situarse en 26,16% respecto al objetivo de situarse por debajo del 28%. En el caso de los hombres es del 31,17% frente al 35% del objetivo, mientras que en mujeres es del 21,33% frente al 25% del objetivo.

Sin embargo, en 5 CC.AA. el objetivo no está todavía conseguido al 100%:

- Castilla y León: Global 28,44% y en hombres 35,26%.
- Castilla La Mancha: Global 28,95%.
- Comunidad Valenciana: Global 28,19%.
- Navarra: Global 28,26%.
- La Rioja: Global 29,43% y mujeres 25,17%

Conclusión Objetivo 1.3: Parcialmente conseguido al inicio de la estrategia

Recomendación: Mantener objetivo ajustando las cifras a alcanzar.

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

Los datos más actuales disponibles en relación al objetivo provienen de la Encuesta Europea de Salud en España del año 2009. Como se puede ver en las siguientes tablas, hasta el 87,92% de la población mayor de 15 años indica realizar algún tipo de actividad física diariamente.

Es importante reseñar que hay un 13 % de la población que no realiza ninguna actividad física, y este porcentaje es mayor entre las mujeres que entre los hombres.

Tabla 10. Porcentaje de personas que realizan actividad física*				
Comunidad Autónoma	Intensa	Moderada	Ligera	Ninguna
Andalucía	22,07	33,27	29,64	15,02
Hombre	32,77	27,80	27,57	11,86
Mujer	11,73	38,55	31,65	18,07
Aragón	22,01	47,37	24,93	5,69
Hombre	30,23	34,44	29,00	6,33
Mujer	13,89	60,13	20,92	5,06
Asturias (Ppado de)	20,83	16,45	44,60	18,12
Hombre	28,76	17,21	37,63	16,39
Mujer	13,67	15,75	50,90	19,69
Balears (Islas)	32,25	15,82	29,80	22,13
Hombre	41,00	11,76	24,92	22,32
Mujer	23,48	19,89	34,69	21,94
Canarias	20,81	60,39	7,05	11,76
Hombre	30,63	52,93	7,10	9,34
Mujer	11,08	67,78	6,99	14,15
Cantabria	23,95	10,42	43,74	21,89
Hombre	28,65	8,38	39,71	23,26
Mujer	19,53	12,33	47,53	20,61
Castilla y León	25,91	46,97	21,15	5,97
Hombre	35,45	33,58	25,08	5,88
Mujer	16,63	59,98	17,33	6,06
Castilla - La Mancha	22,36	36,19	23,24	18,21
Hombre	28,19	25,62	28,83	17,36
Mujer	16,47	46,89	17,58	19,06
Cataluña	24,66	27,73	37,01	10,60
Hombre	32,54	20,96	37,10	9,41
Mujer	17,08	34,26	36,92	11,75

Com. Valenciana	29,19	34,34	26,01	10,46
Hombre	40,14	22,36	27,76	9,73
Mujer	18,45	46,09	24,29	11,16
Extremadura	18,06	33,68	34,91	13,35
Hombre	25,09	27,77	35,66	11,48
Mujer	11,19	39,45	34,18	15,17
Galicia	27,28	39,19	23,07	10,46
Hombre	37,78	26,80	24,46	10,96
Mujer	17,65	50,56	21,79	10,00
Madrid (Com. de)	29,51	39,75	25,24	5,50
Hombre	40,42	28,26	25,97	5,36
Mujer	19,42	50,38	24,57	5,63
Murcia (Región de)	25,96	27,69	27,95	18,39
Hombre	35,10	19,94	30,30	14,66
Mujer	16,65	35,59	25,57	22,19
Navarra (Com. Foral de)	12,41	21,67	53,71	12,21
Hombre	20,14	23,96	47,90	7,99
Mujer	4,80	19,41	59,43	16,36
País Vasco	22,67	28,70	30,85	17,79
Hombre	34,41	18,59	30,03	16,97
Mujer	11,66	38,18	31,61	18,55
Rioja (La)	16,90	13,07	46,82	23,21
Hombre	22,28	14,83	37,42	25,47
Mujer	11,36	11,27	56,48	20,89
Ceuta y Melilla	15,30	12,79	30,97	40,94
Hombre	23,71	16,29	31,10	28,90
Mujer	7,13	9,40	30,84	52,63
Total	24,86	34,47	28,58	12,08
Hombre	34,39	25,97	28,77	10,86
Mujer	15,70	42,65	28,40	13,25

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2009. INE-MSSSI

(*): Actividad física en mayor grado realizada en los últimos 7 días

Actividad física intensa en tiempo de ocio (aeróbic, correr, nadar rápido, montar en bicicleta a gran velocidad, jugar a fútbol, etcétera.) y actividad física en el trabajo o en el hogar (cargar pesos pesados, cavar).

Actividad moderada: actividades que requieren un esfuerzo físico moderado y suponen una respiración más agitada de lo normal (montar en bicicleta a velocidad normal, cargar con pesos ligeros, etc...)

Actividad física ligera: caminar al menos durante 10 minutos

Tabla 11. Porcentaje de personas que realizan actividad física*					
Total SNS	Intensa	Moderada	Ligera	Ninguna	Algún tipo de actividad física
Total	24,86	34,47	28,58	12,08	87,92
Hombre	34,39	25,97	28,77	10,86	89,14
Mujer	15,70	42,65	28,40	13,25	86,75

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2009. INE-MSSSI

(*): Actividad física en mayor grado realizada en los últimos 7 días

Conclusión Objetivo 1.4: No disponemos de datos de 2011 para poder evaluar.

Recomendación: Mantener objetivo

Objetivo específico 1.5. Los pacientes con cardiopatías embolígenas de alto riesgo recibirán tratamiento anticoagulante o antiagregante.

Como se observa en la siguiente tabla, de forma general, de las CC.AA. que incluyen el objetivo 1.5 en sus respectivos Planes de Salud Generales o específicos de atención al ictus, 6 han evaluado dicho objetivo.

Tabla 12. CC.AA. que incluyen el objetivo 1.5 en sus respectivos Planes de Salud Generales o específicos de atención al ictus y afirman haberlo evaluado

Comunidad Autónoma	Objetivo incluido	Objetivo evaluado
Andalucía	Si	Sí
Aragón	Si	Sí
Asturias (Principado de)	No	No
Baleares (Islas)	Si	Sí
Canarias	Si	Sí
Cantabria	No	No
Castilla y León	No	No
Castilla La Mancha	No	No
Cataluña	No	No
Comunidad Valenciana	No	No
Extremadura	No	No
Galicia	Si	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	No
Murcia (Región de)	No	No
Navarra (Comunidad Foral)	Si	Sí
País Vasco	Si	Sí
La Rioja	No	No
Ceuta y Melilla (Ingresa)	n.d.	n.d.
Total nacional	7	6

Fuente: Elaboración propia

A modo ilustrativo se comentan a continuación aspectos específicos de algunas de ellas:

- En **Andalucía** se evalúan los resultados a través de 4 indicadores:

- “Total de personas con tratamiento anticoagulante”: Según datos del Servicio de Farmacia del Servicio Andaluz de Salud, en 2008, 113.253 personas (1,41% de la población general) estaba en tratamiento con anticoagulantes orales.
 - “Porcentaje de pacientes con insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular (FA) incluidos en el Proceso Asistencial Integrado Insuficiencia Cardiaca que reciben tratamiento anticoagulante”. El resultado de dicho indicador es del 81,4%.
 - “Personas en tratamiento con Tratamiento anticoagulante oral (TAO)”
Los datos de seguimiento y control en Atención Primaria son: 2009: 103.620 personas; 2010: 117.189; 1er semestre 2011: 115.486
 - “Motivos que han originado la indicación TAO”: El 56% de los pacientes en TAO tienen una fibrilación auricular como indicación; prótesis valvulares cardiacas el 10% y el resto es por enfermedad tromboembólica (17%) y otros procesos (13%).
- En **Aragón**, la evaluación de resultados se realiza a través del “porcentaje de ictus isquémicos/Accidentes Isquémicos Transitorios (AIT) con FA dados de alta con tratamiento anticoagulante sobre el total de ictus isquémicos/AIT con FA y sin criterios de exclusión”.

Dicho indicador se encuentra definido en el “Informe de evaluación de tecnologías sanitarias AIAQS 2009/06”, compartido con Cataluña y Baleares. Adicionalmente, se ha realizado un audit en el que se describen estos indicadores en los años 2008 y 2010 a partir de las historias clínicas hospitalarias.

- En **Islas Baleares** los resultados para el indicador a 31 de Diciembre de 2009 son de un 60,17%.

De forma general, en esta CC.AA. se establecen una serie de criterios generales:

- Norma: Se considera buena praxis el adecuado tratamiento de la FA (anticoagulación) en pacientes que presenten diversos factores de riesgo (edad, patología cardiovascular).
- Numerador: Número de personas adultas con 75 años o más con FA y con DM o HTA o ICC o ECV o FE
- Denominador: Número de personas adultas con 75 años, o más, con FA y con DM ó HTA ó ICC ó ECV ó FE inferior al 35%, visitados en el último año.
- Ponderación 1,720 Estándar 65% Inicio 2007

- En la evaluación realizada en **Islas Canarias** se emplean los indicadores “Personas en tratamiento anticoagulante” y “pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular”. En ambos casos se obtienen del historial DRAGO (Sistema de Información Sanitaria de Canarias)
- En el **País Vasco** todas las personas diagnosticadas de FA están en tratamiento con anticoagulantes y antiagregantes. El indicador empleado ha sido el de “Pacientes con diagnóstico de FA con tratamiento sobre el conjunto de Pacientes con diagnóstico de FA”.

Conclusión Objetivo 1.5: Iniciado tanto en su inclusión como en su evaluación

Recomendación: Mantener objetivo

Objetivos específicos de prevención secundaria

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

Tabla 13: CC.AA. que incluyen el objetivo 1.6 en sus respectivos Planes de Salud Generales o específicos de atención al Ictus y afirman haberlo evaluado

Comunidad Autónoma	Objetivo Incluido	Objetivo evaluado
Andalucía	Sí	No
Aragón	Si	Sí
Asturias (Principado de)	No	No
Baleares (Islas)	Si	Sí
Canarias	Si	Sí
Cantabria	No	No
Castilla y León	No	No
Castilla La Mancha	Si	Sí
Cataluña	No	No
Comunidad Valenciana	Si	Sí
Extremadura	No	No
Galicia	No	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	No	No
Navarra (Comunidad Foral de)	Si	Sí
País Vasco	Si	Sí
La Rioja	No	No
Ceuta y Melilla (Ingesa)	n.d.	n.d.
Total nacional	7	7

Fuente: Elaboración propia

De las CC.AA. que incluyen el objetivo 1.6 en sus respectivos Planes de Salud Generales o específicos de atención al ictus, 7 han evaluado dicho objetivo. Se comentan a continuación aspectos específicos de algunas de ellas:

- **En Andalucía**, el objetivo está incluido en el Plan Andaluz de Atención al Ictus y en los Procesos Asistenciales Integrados Riesgo Vascular e Ictus aunque no se dispone de resultados.
- **En Aragón**, se han utilizado distintos indicadores con los siguientes resultados:

- 94,5% de antitrombóticos al alta
- 51,6% de anticoagulación si FA
- 53,3% de manejo de la HTA
- 47,1% de dislipemias y estatinas al alta
- En **Islas Canarias**, la evaluación se realiza globalmente dentro del control de los factores de riesgo en prevención secundaria del total de pacientes con antecedentes de enfermedad arterioesclerótica (cardiopatía isquémica, ictus, arteriopatía periférica). Se describe como indicador el “número de pacientes en prevención secundaria ECV”, con un resultado de 68.489 para el año 2009.
- En **Islas Baleares**, la evaluación se realiza mediante los siguientes indicadores:
 - **Antiagregación en Prevención Secundaria (PS)**: Adultos con historial de eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, ictus, arteriopatía periférica) que están en tratamiento adecuado con antiagregantes o anticoagulantes: 69,55% en el año 2009.
 - **Anticoagulación oral en la fibrilación auricular (FA)**: Adultos con alguna patología cardiovascular (DM, HTA, ICC, Enfermedad cerebrovascular) o una fracción de eyección (FE) menor a 35% en tratamiento anticoagulante: 57,37% en el año 2009.
- En la **Comunidad Valenciana**, el objetivo se encuentra incluido en el Plan de Salud, en el Plan de Atención al Ictus CV y en los acuerdos de Gestión. Se dispone de un indicador a través de la fuente de datos del Centre de Competències en Gestió del Coneixement (CCBI), aunque el resultado del mismo aún no está disponible.
- En **Madrid (Comunidad)**: En algunos hospitales está en fase de implementación. En el Hospital Universitario La Paz hay una consulta de ictus con vigilancia de factores de riesgo vascular y control de tratamientos preventivos. Se realizan análisis periódicos de la base de datos.
- En el **País Vasco** se realiza la evaluación a través del indicador “Pacientes con Ictus en tratamiento sobre los pacientes con Ictus”, aunque el resultado del mismo aún no está disponible.

Conclusión Objetivo 1.6: Iniciado tanto en su inclusión como en su evaluación

Recomendación: Mantener objetivo

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

Como se observa en la siguiente tabla, de las comunidades que incluyen el objetivo 1.7 en sus respectivos Planes de Salud Generales o específicos de atención al ictus, 3 CC.AA. han explicitado haber evaluado dicho objetivo.

Tabla 14: CC.AA. que lo incluyen en sus respectivos Planes de Salud Generales o específicos de atención al ictus y afirman haberlo evaluado

Comunidad Autónoma	Objetivo incluido	Objetivo evaluado
Andalucía	Sí	No
Aragón	No	No
Asturias (Principado de)	No	No
Baleares (Islas)	No	No
Canarias	No	No
Cantabria	No	Sí
Castilla y León	No	No
Castilla La Mancha	No	No
Cataluña	No	No
Comunidad Valenciana	No	No
Extremadura	No	No
Galicia	No	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	No
Murcia (Región de)	No	n.d.
Navarra (Comunidad Foral de)	Si	Sí
País Vasco	Si	Sí
La Rioja	No	No
Ceuta y Melilla (Ingesa)	No	n.d.
Total nacional	2	3

Fuente: Elaboración propia

Se señalan a continuación aspectos específicos de algunas de ellas:

- En **Andalucía**. Es un objetivo incluido en diferentes estrategias que abordan pacientes con enfermedades crónicas y el control de pacientes polimedicados y el Plan Integral de Apoyo a los Cuidados y la receta electrónica XXI. pero

los sistemas de información actuales no permiten la explotación de la información y, por tanto, no se dispone de evaluación.

- **Cantabria** no ha realizado una evaluación formal, pero si un estudio a través del test de Morinsky-Green. El indicador compara el número de comprimidos que quedan en el envase (teniendo en cuenta los prescritos) y el tiempo transcurrido entre la prescripción y el recuento.
- En **Islas Baleares**, los “*PAPEC: programas de atención a personas con enfermedad crónica*” en desarrollo tienen como objetivo el manejo integral y pluridisciplinar del riesgo vascular y de la patología cerebrovascular, entre otras condiciones crónicas. Para conseguir los diferentes objetivos se basan en instrumentos corporativos integrados entre distintos profesionales y niveles asistenciales, con prescriptor/a común, receta electrónica (RELE), y la colaboración interdisciplinar. En la fase de implementación en el módulo de receta electrónica (RELE) de un sistema de contabilización de envases en las farmacias, está previsto que en el registro de dispensaciones, se inserte una funcionalidad para valorar el cumplimiento terapéutico en función de la recogida de medicación. Esta fórmula se aplicará para periodos de análisis de tres meses (90 días) contados a partir a partir de la fecha de realización de la consulta hacia atrás en el tiempo y de, como máximo, 1 año.
- En **Islas Canarias**, el programa de ECV incluye interrogar sobre el cumplimiento terapéutico en cada visita de seguimiento. Sin embargo, hasta el momento no se ha realizado la evaluación correspondiente.
- En **Castilla y León** existe un Programa de adherencia al tratamiento. Se ha incluido en 2010 como Guía asistencial en la Historia Clínica Electrónica, existiendo un convenio de adhesión de las Farmacias al Programa.

Dicho programa se incluye desde hace tres años dentro de los objetivos específicos de los Centros de Salud y su aceptación por parte de los y las profesionales implicadas ha sido progresiva y ha ido acompañada de una mejora en el registro de la información en el sistema de información.

- En **Cataluña** las medidas tomadas para conocer y/o aumentar la adherencia futura al tratamiento se han desarrollado en dos líneas concretas:
 - Por un lado, a través del “Programa de educación sanitaria a los pacientes con ictus”, a través del cual se ha elaborado un documento fuente para la educación reglada a pacientes con ictus y sus familiares durante la fase de hospitalización aguda, incluyendo las recomendaciones relativas al tratamiento.
 - Por otro lado, se ha impulsado la “Campaña interactiva de educación poblacional itinerante: EXPOICTUS”. Dicha campaña incluye un espacio médico específico dedicado al control de los factores de riesgo y consejo

sobre el tratamiento. Se evalúa el impacto mediante una encuesta telefónica sobre los conocimientos adquiridos a los 6 meses.

- En la **Comunidad Valenciana**, las medidas para conocer y aumentar la adherencia futura al tratamiento se encuentran en desarrollo. Está definido el Plan Ictus CV y el Plan de Salud y se dispone de la aplicación informática GAIA.
- En Madrid (Comunidad) se lleva a cabo el Plan de Salud Cardiovascular. El criterio de buena atención del servicio 406 de cartera (Atención a pacientes adultos con hipertensión arterial) incluye la adherencia al plan terapéutico que incluye, a su vez, la valoración del cumplimiento del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado. En el contrato programa de centro de salud se hace seguimiento trimestral del porcentaje de hipertensos controlados y de las personas con planes de cuidados de enfermería en procesos cardiovasculares.
- En el **País Vasco**, la puesta en marcha de la Prescripción Electrónica se identifica como una medida que permite avanzar en la monitorización de la adherencia al tratamiento de pacientes.

Conclusión Objetivo 1.7: Iniciado

Recomendación: Mantener objetivo

4.2 Línea estratégica 2. Atención en fase aguda al paciente con Ictus

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

El análisis de la distribución de las tasas estandarizadas de mortalidad general por Ictus (ver las dos tablas y el gráfico siguientes), muestra que en 2009 se situaron por debajo de la media española 9 CC.AA.

Tabla 15. Tasa de mortalidad por Ictus ajustada por edad (por 100.000 fallecidos) Mujeres y Hombres				
Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009
Andalucía	58,79	58,04	52,63	50,7
Aragón	45,31	43,73	43,68	36,8
Asturias (Principado de)	41,29	39,53	36,49	37
Baleares (Islas)	37,44	37,74	32,71	30,5
Canarias	34,34	29,5	28,6	29,1
Cantabria	40,89	40,67	36,16	36
Castilla y León	33,28	33,82	36,87	28,9
Castilla La Mancha	41,6	40,42	30,22	33,9
Cataluña	36,39	35,51	34,2	31,3
Comunidad Valenciana	46,75	44,56	41,9	39,2
Extremadura	41,62	44,01	43,13	42,2
Galicia	44,4	43,23	40,21	40,8
Madrid (Comunidad de)	28,98	27,29	26,12	24,1
Murcia (Región de)	53,78	52,63	51,74	43,9
Navarra (Comunidad Foral)	37,13	29,93	33,14	29,3
País Vasco	38,89	36,17	33,73	33,3
La Rioja	41,23	43,44	38,26	35
Ceuta (Ingesa)	38,07	46,74	48,31	42,6
Melilla (Ingesa)	38,85	39,02	48,99	33,7
Total nacional	42,03	40,83	38,22	36,1
Mujeres				
Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009
Andalucía	53,18	52,48	45,97	45,1
Aragón	38,9	38,06	39,3	33
Asturias (Principado de)	36,67	34,38	31,58	33,7
Baleares (Islas)	31,4	32,76	28,11	28
Canarias	32,59	26,23	25,61	25,9
Cantabria	36,44	34,65	31,42	34,6
Castilla y León	30,56	29,73	33,8	26,6

Castilla La Mancha	37,19	36,44	26,54	30,7
Cataluña	30,63	30,23	29,74	26,7
Comunidad Valenciana	43,12	39,83	37,71	34,2
Extremadura	38,06	38,64	39,44	37,9
Galicia	39,65	38,76	35,32	36,3
Madrid (Comunidad de)	25,62	24,41	23,51	21,3
Murcia (Región de)	48,47	46,46	49,69	38,7
Navarra (Comunidad Foral)	32,36	26,22	31,18	23,9
País Vasco	32,12	29,83	29,03	28,9
La Rioja	37,06	38,72	34,62	28
Ceuta (Ingesa)	37,54	46,15	40,81	46,6
Melilla (Ingesa)	28,94	40	52,62	29,8
Total nacional	37,24	35,94	33,8	31,9
Hombres				
Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009
Andalucía	64,32	63,56	59,72	56,9
Aragón	53,13	50,52	48,25	40,6
Asturias (Principado de)	46,37	45,97	41,7	39,9
Baleares (Islas)	44,78	43,77	38,38	33,3
Canarias	35,39	32,67	31,75	32,5
Cantabria	46,65	47,98	41,82	35,5
Castilla y León	35,9	38,05	39,66	31,3
Castilla La Mancha	46,25	44,38	34,34	37
Cataluña	43,61	42,05	39,43	36,5
Comunidad Valenciana	49,71	50,1	46,19	44,9
Extremadura	45,66	49,5	46,48	46,9
Galicia	49,22	48,29	45,6	45,8
Madrid (Comunidad de)	33,01	30,61	29,11	28
Murcia (Región de)	59,86	59,2	53,25	50,6
Navarra (Comunidad Foral)	43,74	33,58	35,4	35,6
País Vasco	47,47	44,2	39,13	38,9
La Rioja	46,1	48,66	41,19	42,2
Ceuta (Ingesa)	38,2	49,19	56,78	38,5
Melilla (Ingesa)	57	38,29	46,52	37,3
Total nacional	47,39	46,38	43,08	40,9

Fuente: Defunciones según causa de muerte INE y elaboración propia.

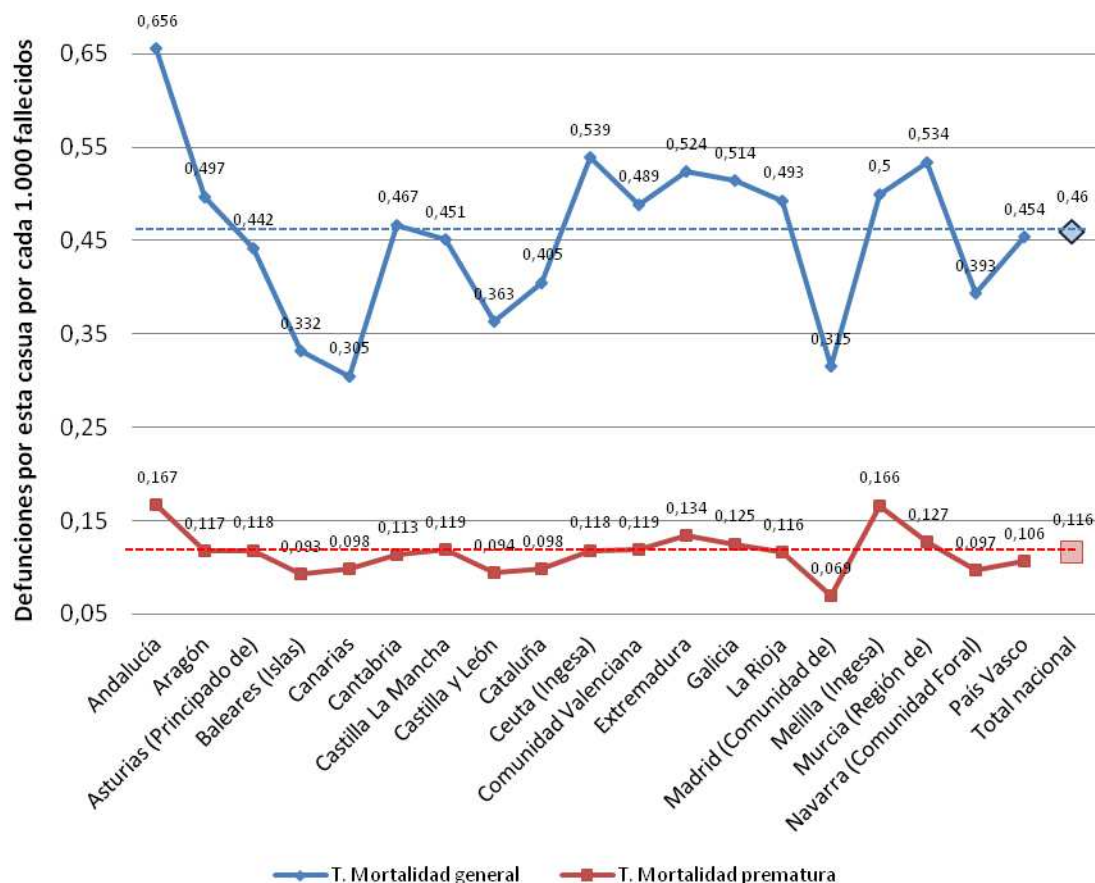
Por otra parte, respecto a la tasa prematura de mortalidad (ver tabla siguiente) 8 CC.AA. se situaron por debajo de la media del conjunto de España:

Tabla 16. Tasa estandarizada de mortalidad prematura por ictus Mujeres y Hombres menores de 75 años				
Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009
Andalucía	17,94	18,22	16,88	16,3
Aragón	13,71	13,22	12,99	11,1
Asturias (Principado de)	13,09	12,83	11,68	11,9
Baleares (Islas)	10,55	11,65	9,4	9,3
Canarias	12,71	10,21	11,71	11,2
Cantabria	14,66	13,28	13,56	11,4
Castilla y León	10,73	12,31	10,93	9,1
Castilla La Mancha	11,96	10,94	9,88	10,5
Cataluña	11,27	10,57	10,71	9,5
Comunidad Valenciana	14,4	14,37	12,48	11,8
Extremadura	10,9	14,95	14	13
Galicia	13,6	12,88	12,44	12,2
Madrid (Comunidad de)	9,24	8,3	7,9	6,6
Murcia (Región de)	15,91	15,33	15,48	13,2
Navarra (Comunidad Foral)	11,47	6,64	8,73	9
País Vasco	12,78	11,98	10,28	10,1
La Rioja	13,25	15,05	12,9	10,4
Ceuta (Ingesa)	19,01	23,62	17,57	11,7
Melilla (Ingesa)	12,48	17,76	21,44	12,6
Total nacional	13,2	12,93	12,14	11,3
Mujeres				
Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009
Andalucía	12,66	12,58	10,92	11,6
Aragón	9,47	9,64	9,25	7,2
Asturias (Principado de)	8,6	8,71	7,14	8,5
Baleares (Islas)	6,28	7,97	6,92	8,1
Canarias	10,51	6,7	9,18	8,9
Cantabria	11,74	7,6	10,47	9,1
Castilla y León	8,02	8,97	7,55	7,2
Castilla La Mancha	8,71	7,45	6,89	7,4
Cataluña	7,17	7,09	7,17	6
Comunidad Valenciana	10,29	10,59	8,68	8,2
Extremadura	8,3	10,19	10,29	10,1
Galicia	8,86	9,04	8,03	8,6
Madrid (Comunidad de)	6,44	6,31	6,02	4,9
Murcia (Región de)	10,79	9,9	13,57	10,4

Navarra (Comunidad Foral)	8,21	3,42	7,88	5
País Vasco	7,76	7,22	7,21	7,8
La Rioja	10,19	10,98	10,07	5,2
Ceuta (Ingesa)	15,86	27,68	11,13	18
Melilla (Ingesa)	9,38	18,47	24,24	8,6
Total nacional	9,2	8,98	8,48	8,1
Hombres				
Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009
Andalucía	23,76	24,63	23,52	21,6
Aragón	18,29	16,97	16,84	15,3
Asturias (Principado de)	18,37	17,66	16,91	15,7
Baleares (Islas)	15,07	15,63	12,08	10,7
Canarias	15,14	13,98	14,52	13,6
Cantabria	18,06	19,67	17,02	13,7
Castilla y León	13,71	15,89	14,66	11,1
Castilla La Mancha	15,48	14,69	13,1	13,9
Cataluña	15,81	14,43	14,58	13,4
Comunidad Valenciana	18,94	18,59	16,59	15,7
Extremadura	13,84	20,01	18,03	16,1
Galicia	18,9	17,32	17,39	16,3
Madrid (Comunidad de)	12,53	10,59	10,12	8,5
Murcia (Región de)	21,57	21,41	17,76	16,2
Navarra (Comunidad Foral)	14,98	10,16	9,66	13,2
País Vasco	18,38	17,28	13,78	13,8
La Rioja	16,75	19,27	15,73	15,7
Ceuta (Ingesa)	22,69	19,62	24,25	5,7
Melilla (Ingesa)	16,02	17,75	19,17	16,7
Total nacional	17,7	17,34	16,21	14,8

Fuente: Defunciones según causa de muerte. INE y elaboración propia.

Gráfico 3. Tasa estandarizada de mortalidad general y prematura por Ictus: Distribución por CA y comparación respecto al Total Nacional (INE, 2009)
En síntesis, se trata de una patología con un impacto heterogéneo en el conjunto de



España en términos tanto de mortalidad general como prematura.

Este objetivo general se evalúa a través de los siguientes 8 objetivos específicos:

Objetivos	Grado de consecución
Objetivo General 2. Disminuir la mortalidad al mes de producirse el ictus y aumentar la autonomía de los supervivientes.	
2.1. Aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las 3 horas desde el inicio de síntomas asumiendo los criterios de Helsingborg.	Parcialmente conseguido
2.2. Desarrollar campañas de información y actividades de formación dirigidas a grupos de riesgo identificados, para aumentar el conocimiento de la población en los síntomas alarma y pautas de actuación.	Iniciado

2.3. Las CC.AA., dispondrán de una red asistencial de Unidades o Equipos de Ictus según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia.	Parcialmente conseguido
2.4. El Código Ictus estará implantado en todo el territorio de la Comunidad Autónoma, de modo que todo contacto personal o telefónico de un paciente o familiar con cualquier centro de salud, urgencias, emergencias u hospital que no sea de referencia, active la derivación inmediata a las unidades y equipos de referencia.	Parcialmente conseguido
2.5. Las zonas básicas dispondrán de un Equipo o Unidad de Ictus de referencia en una isócrona que permita el acceso en 60 minutos por el medio establecido en su plan o programa.	Parcialmente conseguido
2.6. Todo hospital de referencia debe tener implantado el Código Ictus (según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia) para la atención prioritaria de todos los pacientes con ictus, independientemente de su forma de llegada.	Parcialmente conseguido
2.7. Todo hospital que atienda ictus y AIT tendrá implantada una vía clínica, protocolo o proceso asistencial de atención al ictus (ver aclaraciones)	Iniciado
2.8. Las CC.AA., promoverán pautas de actuación para la atención del ictus pediátrico.	Iniciado

Objetivo específico 2.1. Aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las 3 horas desde el inicio de síntomas asumiendo los criterios de Helsingborg.

Como se observa en la siguiente tabla, 12 CC.AA. afirman haber evaluado el objetivo, aunque no se dispone de resultados de dicha evaluación. De entre las CC.AA. que lo han evaluado, 8 han descrito el procedimiento de evaluación y 3 han explicitado también los resultados obtenidos.

Tabla 17. CC.AA. que afirman haber evaluado el Objetivo		
Comunidad Autónoma	Objetivo incluido	Objetivo evaluado
Andalucía	Si	Sí
Aragón	Si	Sí
Asturias (Principado de)	No	No
Baleares (Islas)	Si	Sí
Canarias	Si	Sí
Cantabria	Si	Sí
Castilla y León	No	No
Castilla La Mancha	Si	Sí
Cataluña	Si	Sí
Comunidad Valenciana	Si	Sí
Extremadura	No	No
Galicia	No	No
Madrid (Comunidad de)	Si	Sí
Murcia (Región de)	Si	Sí
Navarra (Comunidad Foral de)	n.d.	n.d.
País Vasco	Si	Sí
La Rioja	Si	Sí
Ceuta y Melilla (Ingesa)	n.d.	n.d.
Total nacional	12	12

Fuente: Elaboración propia

En este sentido cabe destacar los siguientes aspectos:

- En **Andalucía** se ha evaluado el número total de fibrinólisis realizadas en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud. Han respondido 26 de los 29 hospitales pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud. De ellos, 6 hospitales comarcales no realizan. En los 20 hospitales en los que se realiza este procedimiento, se llevaron a cabo las siguientes fibrinólisis:

- Año 2008: 197 fibrinólisis
 - Año 2009: 253 fibrinólisis
 - Año 2010: 328 fibrinólisis
- **En Aragón** la fibrinólisis sólo se realizaba hasta 2009 en dos de los 3 hospitales de Aragón (los dos terciarios ubicados en Zaragoza), en el resto de la comunidad autónoma no se realizaba. Sólo los pocos que llegaban en tiempo a los dos grandes hospitales, lo que suponía un porcentaje casi anecdótico por la geografía de nuestra comunidad y su climatología.
 - Desde 2010, se fueron incorporando otros hospitales y en la actualidad, gracias a la implantación del teleictus en 2011, en 7 de los 8 hospitales de la comunidad se realiza fibrinólisis.
 - En el año 2011: la tasa de fibrinolizados fue de 4,81 (10% de hospitales periféricos, 4,8% teleictus)
 - En el año 2012: la tasa de fibrinolizados fue de 5,18 (23% de hospitales periféricos, 13% teleictus).
 - **Islas Baleares** realiza la evaluación mediante registros hospitalarios, obteniéndose los siguientes resultados (incluyendo el procedimiento de Teleictus):
 - Año 2008: 59 fibrinólisis
 - Año 2009: 85 fibrinólisis
 - Año 2010: 101 fibrinólisis
 - En **Islas Canarias** el objetivo se incluye en el protocolo de activación del código ictus, en los protocolos intrahospitalarios y en el protocolo de actuación en ictus (que actualmente está en elaboración). También se incluye en los objetivos de los programas de gestión.
 - En **Cantabria** la evaluación se realizó mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus y la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla con diagnóstico de ictus o AIT. De esta forma se comparó el número de fibrinólisis realizadas con el número de pacientes con diagnóstico de Ictus en los distintos hospitales de Cantabria, utilizándose la siguiente fórmula de cálculo:

Porcentaje de Ictus fibrinolizados en las primeras 4.5 horas = $\frac{\text{n}^{\circ} \text{ de pacientes que reciben tratamiento fibrinolítico en las primeras 4.5 horas}}{\text{n}^{\circ} \text{ de pacientes con diagnóstico al alta de Ictus (códigos 430.00 al 435.99 de la CIE.9)}}$ (fuente de datos: revisión historias clínicas)

En el caso del numerador la fuente de datos consistió en la revisión de las historias clínicas de los centros hospitalarios mientras que para el

denominador se empleó como fuente de datos el CMBD. Los resultados para los distintos años fueron los siguientes:

- 2008: 4,17% de pacientes fibrinolizados [(61/1463) x 100]
 - 2009: 5,43% de pacientes fibrinolizados [(76/1400) x 100]
 - 2010: 7,18% de pacientes fibrinolizados [(108/1505)x100]
- En **Castilla La Mancha**, a nivel del grupo de trabajo de Ictus, se ha procedido a evaluar la mejora observada entre los años 2010 y 2011 con respecto a los tiempos de atención a pacientes con Ictus. No se han descrito datos anuales pero se ha detectado un incremento en un 1.8 % en el número de pacientes a los que el programa ha conseguido llegar para realizar la fibrinólisis según los criterios de Helsinborg.
 - En **La Rioja** se registran todos los pacientes que reciben tratamiento fibrinolítico antes de 3 ó 4.5 horas según características de pacientes. Se tienen datos a partir de marzo 2010 que es cuando se inició dicho tratamiento; durante esos 10 meses del año 2010 se realizaron 25 fibrinólisis.
 - En **Cataluña** se ha definido la organización territorial de la atención a pacientes con ictus y se ha realizado la diseminación del Código Ictus (CI):
 - Se ha estudiado el funcionamiento general de la activación del CI mediante un registro prospectivo en el que se evaluó el total de pacientes CON y SIN activación del mismo (año 2008).
 - Anualmente todos los hospitales/centros de referencia de Ictus (CRI) comunican el número de casos con tratamiento específico.
 - Desde enero de 2011 existe un registro obligatorio y permanente para monitorizar toda la actividad terapéutica de reperfusión realizada a los pacientes con ictus isquémicos atendidos en los hospitales públicos designados para la administración de dichas terapias. El nº de trombólisis iv incluyendo los pacientes que después reciben rescate endovascular son:
2007: 443 / 2008: 503 / 2009: 724 / 2010: 883 / 2011: 964 / 2012: 1032
 - En **Extremadura** no se ha evaluado el objetivo, pero se tienen datos de las fibrinólisis realizadas desde el año 2007 por los Servicios de Neurología. De los 12 hospitales de la red pública del Servicio Extremeño de Salud, solo en tres de ellos se realiza este procedimiento.
 - 2007: 7 / 2008: 17 / 2009: 27 / 2010: 43 / 2011: 73
 - En **Región de Murcia**, se registran el total de pacientes que reciben tratamiento agudo al ictus en la región pero no se han descrito datos de evaluación.
 - En la **Comunidad Valenciana** a partir de 2011 se incluye en los Acuerdos de Gestión (tanto del SES como de Departamentos de Salud) el indicador Tiempo llamada-aguja en Ictus. Se empieza a medir en 2011 y aplica para el complemento de productividad variable a partir de 2012.

Conclusión Objetivo 2.1: Parcialmente conseguido en cuanto a inclusión como objetivo y comienzan a evaluarse algunos indicadores.

Recomendación: Mantener objetivo

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

En relación a este objetivo, se describe a continuación el número de campañas de información y actividades de formación realizadas por distintas Comunidades Autónomas:

Tabla 18. Campañas de información y actividades de formación realizadas en las CC.AA.						
Comunidad Autónoma	Campañas de información			Actividades de formación		
	Realizadas	Evaluadas	En proceso	Realizadas	Evaluadas	En proceso
Andalucía	0	0	0	0	0	0
Aragón	3	0	0	n.d.	n.d.	n.d.
Asturias (Principado de)	0	0	0	0	0	0
Baleares (Islas)	1	1	1	n.d.	-	-
Canarias	4	4	-	-	-	-
Cantabria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Castilla y León	4	n.d.	n.d.	2	n.d.	n.d.
Castilla La Mancha	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Cataluña	8	8	-	-	-	-
Comunidad Valenciana	1	-	-	1	-	-
Extremadura	0	0	0	0	-	-
Galicia	1	-	0	5	-	-
Madrid	2	2		2	2	
Murcia (Región de)	2	-	-	-	-	-
Navarra (comunidad Foral)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
País Vasco	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
La Rioja	n.d.	n.d.	n.d.	1	n.d.	n.d.
Ingesa (Ceuta y Melilla)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	26	15	1	11	2	0

Fuente: Elaboración propia

Se identifica la necesidad de consensuar unos procesos que faciliten a los referentes de las distintas CC.AA. disponer de la información necesaria para calcular los indicadores relacionados con el presente objetivo.

El detalle de las **campañas de información y actividades de formación** descritas por cada **CC.AA.** es el siguiente:

- En **Andalucía** desde el año 2008 se han realizado diferentes ediciones de trípticos para la divulgación a la población de información, prevención y actuación en caso de presentación de un ictus.
- En Aragón Se han desarrollado varias campañas de divulgación general además de las sesiones de difusión realizadas en los distintos sectores.
 - Todos los años se realizan sesiones el día del Ictus con la participación de la Asociación de Ictus de Aragón (AIDA)
 - Durante 2012 se colaboró con la asociación de anticoagulados de Aragón (ASANAR) en la realización de un vídeo divulgativo sobre el Ictus y su prevención en el contexto de la campaña “Contigo contra el Ictus”, así como la participación en una carpa sobre información sobre el ictus promovida por esta asociación.
 - Se ha realizado durante 2011-2012 difusión sobre la implantación del proceso Ictus en los medios de comunicación: TV, prensa, radio.
- En **Islas Baleares**, se han realizado las siguientes actividades de información y formación:
 - Expoact, para ancianos y población en general, con una duración de 6 días.
 - Día Anual del Ictus, para la población en general, con una duración de 1 día.
 - Semana del Cerebro, para la población en general y asociaciones de pacientes, y con una duración de 1 día.

Los medios de difusión empleados en las anteriores actividades descritas fueron de forma conjunta: TV, prensa, carteles informativos, *flyers* informativos, radio y actividades de difusión en hospitales.

- En las **Islas Canarias** se han identificado las siguientes actividades realizadas para la población en general: Viva sin presión, Semana del Corazón, Día sin Tabaco y Semana sin Humo.

Se trata de actividades de sensibilización con una duración de una semana pero con una continuidad durante todo el año. Se emplearon medios de comunicación como TV y radio, y cartelería para su comunicación y se ha evaluado la calidad del material empleado pero no su impacto.

- En **Castilla y León** se han realizado las siguientes actividades:

- Jornadas Día Mundial del Ictus “Por nuestra Juventud que nuestro cerebro siga vivo”, dirigido a la población en general y con una duración de 1 día.
 - Jornadas Día Mundial del Ictus “Una de cada seis personas tendrán Ictus en su vida” dirigido a la población en general y con una duración de 1 día.
 - Semana del Cerebro, dirigido a Médicos y DUES y cuyo medio de difusión han sido los trípticos.
 - “Día mundial el Ictus”, dirigido a profesionales sanitarios implicados en la cadena asistencial del Ictus (atención primaria, emergencias sanitarias, urgencias, atención especializada).
 - Primeras Jornadas sobre la Organización de la atención urgente, con 450 asistentes y una duración de 1 día.
 - Claves para mejorar la atención del Ictus en la fase prehospitalaria en Castilla y León, cuyo medio de difusión han sido los trípticos.
- En el caso **Cataluña** se ha realizado una Expo-ActIctus: Exposición educativa itinerante, dirigida a diferentes poblaciones:

Población	Número de visitas	Duración (días)
Barcelona	2.911	10 días
Palma de Mallorca	1.964	6 días
Terrassa	814	6 días
Sant Cugat	1.517	6 días
Tarragona	1.281	6 días
Reus	1.458	6 días
Tortosa	940	6 días
Lleida	981	6 días

- En el caso de la **Comunidad Valenciana**, en el 2007 se publicó la Guía de información al paciente en Ictus.
- En el caso de **Extremadura** se ha realizado el Día Nacional del Ictus, dirigido a la población en general a través de la radio. También se ha realizado un estudio académico, mediante metodología de encuestas cara a cara, con el objeto de disponer de información acerca del grado de conocimiento que tiene la población general sobre los síntomas alarma, factores de riesgo y pautas de actuación frente al ictus. Este trabajo ha contado con la colaboración de FUNDESALUD, el Hospital Universitario Infanta Cristina y la Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura. Los datos se han presentado en diversos foros.

- En el caso de **Galicia** se han realizado las siguientes actividades:
 - Día Nacional de Daño Cerebral, dirigido a la población general.
 - “Sé más rápido que el Ictus”, dirigida a toda la población general.
 - Curso de información y sensibilización en Ictus en Vigo, dirigida a familiares de personas afectadas y población en general.
 - Curso de información y sensibilización en Ictus en Lugo, dirigida a familiares de personas afectadas y población en general. .
 - Curso de información y sensibilización en Ictus en Santiago, dirigida a familiares de personas afectadas y población en general.
- En el caso de la **Región de Murcia** se han realizado dos actividades de información sobre signos de alarma el Día del Ictus, cuyo medio de difusión utilizado ha sido la TV.
- En **La Rioja**: la formación se ha realizado dentro del Plan de promoción de Hábitos de vida saludable (actividad física y alimentación) para la población general, en colegios, centros de salud, comedores; paseos cardiosaludables, etc.

Además de las actividades de formación e información desarrolladas por las CC.AA., hay que mencionar las iniciativas que, en este sentido, han tenido las **sociedades científicas** del ámbito de la estrategia:

Tabla 19. Campañas de información y actividades de formación impulsadas por las entidades

Entidades	Campañas de información			Actividades de formación		
	Realizadas	Evaluidas	En proceso	Realizadas	Evaluidas	En proceso
AEFI (Soc. Española de Fisioterapeutas)	2	n.d.	n.d.	1	n.d.	1
AELFA (Asoc. Española de Logopedia, Foniatría y Audiología).	2	0	0	0	n.d.	n.d.
FEDACE (Fed. Española de Daño Cerebral)	1	n.d.	1	0	n.d.	n.d.
FEI (Fed. Española de Ictus)	3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
SEDENE (Soc. E. Enfermería Neurológica)	1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
SEEUE (Soc.E.de Enfermería de Urgencias y Emergencias)	2	n.d.	n.d.	2	n.d.	n.d.
SEGG (Soc. Española de Geriatría y Gerontología)	1	n.d.	1	2	n.d.	n.d.

SEH-LELHA (Soc. Española de Hipertensión Arterial)	2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
SEMERGEM (S.E.de Médicos de Atención Primaria).	0	n.d.	0	0	0	2
SEMI (Soc. Española de Medicina Interna)	2	n.d.	n.d.	3	n.d.	n.d.
SEMICYUC (Soc. Española de M. Intensiva ,Crítica y Unidades Coronarias)	1	n.d.	n.d.	14	14	4
SEMFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria)	7	n.d.	n.d.	3	n.d.	n.d.
SEN (Soc. Española de Neurología)	1	n.d.	1	1	n.d.	1
SENR (Soc. Española de Neurorrehabilitación)	3	n.d.	n.d.	1	n.d.	n.d.
SERMEF (Soc. E.de Medicina Física y rehabilitación)	1	0	n.d.	0	0	0
SEMG	2	n.d.	n.d.	3	n.d.	n.d.

Fuente: Elaboración propia

- La **SEN** realizó una sesión de formación sobre los objetivos y situación del proyecto al inicio del mismo para profesionales de esta especialidad (Neurología).
- La **SEMG** realizó las siguientes actividades:
 - Aragón: • 2 talleres en 2009 sobre ICTUS en colaboración con la Sociedad Aragonesa de Pacientes con ICTUS que fueron impartidos en CS Híjar (Teruel) • 1 sesión formativa, en febrero de 2009, para la población sobre el ICTUS en colaboración con la Asociación Ictus de Aragón, en CS de Belchite (Zaragoza) • Participamos en la asamblea que con motivo del día internacional del Ictus organizó en 2009 la Sociedad Aragonesa en el salón de actos Jose Ramón Muñoz y Fernández del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. • Participamos como SEMG Aragón en el desarrollo/divulgación que SALUD puso en marcha en 2009 con el nombre de “Código ICTUS” (protocolo de actuación urgente ante el ictus entre la atención primaria y los hospitales de Aragón).
 - SEMG La Rioja: Participa en CARPA (Centro de Alta resolución de Procesos Asistenciales), Redacción de los procesos que se atenderían, entre ellos ictus 2008.

- Mediante el impulso de la **SENR** y la **SEMFC** se ha realizado la publicación de un libro para especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria sobre criterios de rehabilitación en el ictus.

Asimismo, la SENR ha realizado las siguientes actividades:

- Conferencia dirigida a un grupo específico de población (jubilados) sobre medidas de prevención.
- Jornada anual de la SENR, dentro de la Reunión anual de la SEN, en Noviembre de 2010, en Barcelona, en la que se habló sobre el tratamiento rehabilitador del Ictus.
- Participación activa en la organización de la MARATO TV3 dedicado a la discapacidad de origen neurológico, lo que ha implicado acudir a foros para formar a profesionales de medicina que, a su vez, realizan la formación sobre la población general

- La SEMFC ha realizado las siguientes actividades divulgativas:

Año 2008:

- Congreso Cardiovascular 2008: Presentación del *Consenso SEN-semFC sobre ictus*. Presentación sobre proyectos innovadores: *Guía de práctica clínica sobre prevención primaria y secundaria del ictus para el SNS*.
- Jornadas de Urgencias y Emergencias 2008: *Taller de urgencias neurológicas sobre ictus*.
- Jornadas de Actualización 2008: *Taller de ictus: manejo en AP antes y después*.
- Congreso semFC 2008: *Actualización en el abordaje del ictus*.

Año 2009:

- Congreso cardiovascular 2009: Actualización de los Grupos de Trabajo semFC: *Ictus: ¿Por qué hay tantos consensos?* Presentación del *Estudio evaluativo del manejo del paciente con ictus en AP*. Jornadas de Actualización: *Taller de ictus: manejo en AP antes y después*.
- Congreso semFC 2009: Actualización: *El ictus como emergencia médica y la ampliación del periodo ventana*.

Año 2010:

- Congreso Cardiovascular 2010: Actualizaciones de los Grupos de Trabajo semFC: *Migraña e ictus: controversias* (Grupo de Neurología). *Atención prehospitalaria y manejo general del paciente con ictus en urgencias*. (Grupo de Urgencias).
- Jornadas de Actualización: Taller: *Doctor, mi marido ha tenido un ataque cerebral, ¿qué pasa ahora?*
- Congreso semFC 2010: *Resultados de prevención cardiovascular secundaria en personas que ya han sufrido un ictus*.

Año 2011:

- Congreso semFYC 2011 (marzo 2011): *Gymkhana de Urgencias: Manejo del paciente con ictus.*

Conclusión Objetivo específico 2.2: Iniciado y muy escasamente evaluado por parte de las CC.AA., las sociedades científicas han efectuado campañas de información

Recomendación: Mantener objetivo

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

En el SNS español se han descrito 107 Equipos de Ictus y 59 Unidades de Ictus. Todas las CC.AA. que informan, menos 3, disponen de Equipos de Ictus, mientras que para todas las CC.AA. menos La Rioja disponen de Unidades de Ictus.

Tabla 20. Equipos y unidades de ictus que afirman cumplir con los criterios establecidos.

Comunidad Autónoma	Nº Equipos de Ictus	Nº Unidades de Ictus	Año(s) de constitución de los equipos de Ictus	Año(s) de constitución de las unidades de Ictus
Andalucía	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Aragón	8	2	2010	2005 y 2007
Asturias (Principado de)	3	2	n.d.	2009 y 2010
Baleares (Islas)	4	1	2006,2007,2009.(2)	2002
Canarias	3	4	2007, 2009 y 2010	2002, 2004, 2007 y 2011
Cantabria	0	1	n.a.	2005
Castilla y León	6	3	2004, 2005, 2006, 2007 (2) y 2009	2005, 2006 y 2007
Castilla La Mancha	2	1	2009 (2)	2009
Cataluña	23	14	2006	2007
Comunidad Valenciana	18	6	2011	2001 (2), 2003 (1), 2009 (1) y 2010 (2)
Extremadura	1	1	2011	2007
Galicia	6	1	n.d.	2003
Madrid (Comunidad de)	9	6	2009-2010	1995 (2), 1998 (1) y 2000 (1), 2005-2006 (1), 2008-2009 (1)
Murcia (Región de)	0	1	n.a.	n.d.

Navarra (Comunidad Foral de)	2	2	n.d.	2005
País Vasco	5	3	n.d.	n.d.
La Rioja	1	0	n.d.	n.d.
Ceuta y Melilla (Ingesa)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total nacional	92	45		

Fuente: Elaboración propia

Nota: Los números entre paréntesis indican el número de equipos o unidades de ictus constituidos en dicho año.

En relación a la tabla anterior es necesario realizar algunas observaciones:

- **Andalucía**, está desarrollando actualmente la red asistencial para pacientes con ictus siguiendo los criterios de la Estrategia Nacional de Ictus, de tal forma que quedará configurado en el primer semestre de 2012 de la siguiente manera:
 - Equipos de ictus: todos los hospitales comarcales.
 - Unidad de ictus: Al menos una unidad por cada provincia.
 - Unidades de referencia para ictus complejo: al menos dos unidades.
- **En Aragón** se crea lo que se llama “Áreas de Ictus” en 5 de los 6 hospitales de segundo nivel, que se conciben como zonas específicas de hospitalización con monitorización, enfermería entrenada, protocolos de actuación y llevados por un Neurólogo. Otro de los hospitales secundarios dispone de equipo de Ictus pero se prevé la creación de un Área de Ictus. En estos hospitales no se dispone de Neurólogo las 24 horas del día. Alguno de estos hospitales si dispone 1/3 de los días del mes de Neurólogo 24 horas. En los dos hospitales terciarios se dispone de Unidad de Ictus con Neurólogo 24 horas.
- En **Cataluña**, la clasificación de los niveles hospitalarios en la atención a pacientes con ictus es diferente al resto de CC.AA. Los centros se identifican como hospitales comarcales, centros de referencia y centros terciarios de ictus y toda la documentación e información elaborada se basa en dicha clasificación.

Existe una red territorial formada por 14 hospitales de referencia que cubre todo el territorio catalán, y que se organiza en base a un sistema de Código Ictus que permite trasladar a los pacientes código ictus a uno de estos centros, y de forma inmediata, desde los 35 hospitales comarcales, la atención primaria o vía SEM. Los 14 centros de referencia, como receptores del Código Ictus, administran tratamiento trombolítico. Ocho de ellos disponen de unidad de ictus semiintensiva monitorizada exclusiva para ictus y en los 6 restantes los pacientes que requieren atención semiintensiva son ingresados en unidades semiintensivas no exclusivas para ictus. 8 hospitales disponen de guardia de neurología

En el año 2010, se estructuró la atención terciaria a pacientes con ictus en base a la creación de Nodos Terciarios, formados a partir de la colaboración entre 6

centros de referencia, siguiendo las recomendaciones del Comité de Expertos del Plan Director de Enfermedades Cerebrovasculares. Todos estos centros terciarios disponen de unidad de ictus semiintensiva monitorizada exclusiva para ictus y de guardia de neurología.

Atendiendo a la clasificación de unidades de ictus en base a criterios funcionales que no incluyen la intensividad (espacio geográfico delimitado, protocolos, etc), otros 9 hospitales comarcales cumplirían estos requisitos.

- En **Extremadura**, está pendiente de abrir la segunda unidad de ictus de la CC.AA, prevista en el Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz, dotada estructuralmente desde mayo de 2011.
- En el caso de la **Región de Murcia**, los Equipos de ictus tal y como están definidos no existen. Existe un neurólogo/a responsable del ictus en cada hospital, que es quien lidera el plan en su hospital y se encarga de la formación en su medio.
- De los dos hospitales que ofrecen fibrinólisis solo uno tiene Unidad de Ictus; el otro cuenta con un neurólogo/a de guardia y un conjunto de recursos humanos implicados en urgencias y en la UCI para la atención aguda del ictus.
- En **Navarra**, existe el Complejo Hospitalario de Navarra que agrupa a los dos antiguos Hospitales (Navarra y Virgen del Camino) y la Unidad de Ictus es la Unidad de referencia para toda la Comunidad (Servicio Navarro de Salud) y desde la que se implantó el Código Ictus. No existen equipos de Ictus fuera del Complejo dentro del marco del SNS.

Conclusión Objetivo específico 2.3: Se han puesto en marcha en las CC.AA en los últimos años numerosos equipos y unidades de Ictus. **Parcialmente Conseguido**

Recomendación: Mantener objetivo

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

Del conjunto de CC.AA., 12 disponen del código Ictus plenamente implantado en relación con sus zonas básicas.

De las CC.AA. que dan datos sobre las zonas básicas, la media, en porcentaje, con código ictus es del 79,88 %.

Tabla 21: Zonas básicas de la CC.AA. con el Código Ictus implantado

Comunidad Autónoma	Zonas básicas con Código Ictus implantado	Total de zonas básicas de la CA	Porcentaje de zonas básicas cubiertas
Andalucía	171	216	79,17%
Aragón	123	125	98,40%
Asturias (Principado de)	66	84	78,57%
Baleares (Islas)	57	57	100,00%
Canarias	110	110	100,00%
Cantabria	41	41	100,00%
Castilla y León	190	249	76,31%
Castilla La Mancha	201	201	100,00%
Cataluña	362	362	100,00%
Comunidad Valenciana	240	240	100,00%
Extremadura	24	113	21,24%
Galicia	39	315	12,38%
Madrid (Comunidad de)	310	310	100,00%
Murcia (Región de)	89	89	100,00%
Navarra (Comunidad Foral de)	1	54	1,85%
País Vasco	122	122	100,00%
La Rioja	19	19	100,00%
Ceuta y Melilla (Inglesa)	n.d.	7	n.d.
Total nacional	2168	2714	79,77%

Fuente: Elaboración propia

En relación a la tabla anterior es necesario realizar algunas observaciones:

- En **Andalucía** la activación extrahospitalaria del Código Ictus se realiza a través de los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias del 061, con un nivel de implantación del 100%. Existe un centro coordinador por cada provincia. Sin embargo, el grado de implantación en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) es del 79,2%.
- En **Extremadura**: El grado de implantación no llega al 25% de la población, en el resto de zonas básicas el código ictus no está plenamente implementado. Funciona en algunas áreas de salud con código ictus intrahospitalario y protocolos de activación con las unidades del 112. En diciembre de 2011 hubo una iniciativa parlamentaria para impulsar la implantación del código ictus en todos los hospitales del Servicio Extremeño de Salud, esta iniciativa contó con el

respaldo mayoritario de la Asamblea de Extremadura, pero aun no se han realizado acciones concretas.

Dentro de este objetivo, 8 CC.AA. afirman que tienen un sistema de Teleictus implantado.

Considerando que la implantación de un sistema de teleictus constituye una necesidad sólo sí las dificultades para el acceso al centro de referencia desde algunas zonas geográficas son importantes, se valoran positivamente los resultados.

Tabla 22: Existencia de Sistemas de teleictus en las CC.AA.

Comunidad Autónoma	Sistema de teleictus implantado	Año de implantación
Andalucía	Sí	2007
Aragón	Sí	2010
Asturias (Principado de)	No	
Baleares (Islas)	Sí	2006
Canarias	No	
Cantabria	No	
Castilla y León	Sí	2010
Castilla La Mancha	No	
Cataluña	Sí	2008
Comunidad Valenciana	No	
Extremadura	No	
Galicia	Sí	2011
Madrid (Comunidad de)	Sí	2011
Murcia (Región de)	No	
Navarra (Comunidad Foral de)	No	
País Vasco	Sí	2009
La Rioja	No	
Ceuta y Melilla (Ingesa)	n.d.	
Total nacional	8	

Fuente: Elaboración propia

- En **Cataluña**, en 2007 se establece la primera conexión entre el H. de Vic y H. Vall d'Hebron. Actualmente, la plataforma teleictus permite la conectividad entre 15 hospitales.

- En **Extremadura** existe un proyecto en telelctus parcialmente financiado con las ayudas a las Estrategias en Salud del Ministerio, hay dotación material disponible para montar dos ejes de telelctus, pero aun no está implementado.

Conclusión Objetivo específico 2.4: Un amplio porcentaje de zonas básicas tiene implantado el código lctus. **Parcialmente Conseguido**

Recomendación: Mantener objetivo

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

El porcentaje de zonas básicas de las CC.AA. informantes, que disponen de equipo o unidad de referencia según los criterios del objetivo es del 45 %.

Tabla 23: Zonas básicas de la CC.AA. que disponen de un equipo o unidad de ictus de referencia que cumplen criterio

Comunidad Autónoma	Zonas básicas con equipo o unidad de ictus de referencia y que cumplan criterios	Total de zonas básicas de la CA	Porcentaje de zonas básicas cubiertas
Andalucía	n.d	216	n.d.
Aragón	123	125	98%
Asturias (Principado de)	66	84	79%
Baleares (Islas)	57	57	100%
Canarias	99	110	90%
Cantabria	41	41	100%
Castilla y León	190	249	76%
Castilla La Mancha	201	201	100%
Cataluña	362	362	100%
Comunidad Valenciana	240	240	100%
Extremadura	47	113	42%
Galicia	222	315	70%
Madrid (Comunidad de)	310	310	100%
Murcia (Región de)	n.d.	89	n.d.
Navarra (Comunidad Foral de)	n.d.	54	n.d.
País Vasco	122	122	100%
La Rioja	19	19	100%
Ceuta y Melilla (Ingesa)	n.d	7	n.d.
Total nacional	1652	2714	61%

Fuente: Elaboración propia

En relación a la tabla anterior es necesario realizar algunas observaciones:

- En **Andalucía** dicho objetivo aún está en desarrollo, por lo que no puede ser evaluado.
- En **Islas Baleares**, de los 7 hospitales existentes en la CC.AA., el hospital de Inca (Mallorca) no dispone de neurólogo/a de guardia ni teleictus pero su población de referencia es derivada directamente al hospital de referencia en Ictus de la CC.AA. (isócrona aproximada de 30 minutos) si su evolución es inferior a 24 horas. En el caso de la isla de Formentera, cuyo hospital tiene solo 15 camas, los habitantes que sufren un ictus son directamente trasladados en helicóptero al hospital Can Misses de la isla de Ibiza (isócrona inferior a 60 minutos)
- En las **Islas Canarias**, el porcentaje de zonas básicas de salud no incluidas se deben a la especial orografía de dicha comunidad.
- En **Castilla La Mancha**, según se puede ver en el plan de Código Ictus consensuado entre los servicios extrahospitalarios y los servicios de neurología de los hospitales, ya se puede acceder a la unidad de ictus o por tierra o por aire en menos de 60 minutos.
- **Cataluña**. En la diseminación del sistema código ictus cada Centro de referencia tiene definida un área en base a una población mínima, a la casuística (> a 10 rtPA), a los criterios definidos en la GPC del ictus y a una isócrona en la que la distancia al centro de referencia requiere un tiempo < a 1 hora.
- En la **Región de Murcia** a todas las zonas básicas de salud (SUAP y 061 y AP) se les ha dado la formación y el protocolo de Código Ictus para el manejo extrahospitalario del ictus urgente y traslado al hospital en el que se le pueda realizar tratamiento trombolítico correspondiente cuando cumplan criterios de tratamiento agudo.

Conclusión Objetivo específico 2.5: Según las CC.AA, más del 50% de las zonas básicas disponen de un Equipo o Unidad de Ictus de referencia a menos de 60 minutos.
Parcialmente Conseguido

Recomendación: Mantener objetivo

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

Dan datos 14 CC.AA. e INGESA y en total declaran un total de 102 hospitales en los que está implantado el código Ictus intrahospitalario, lo que supone el 78,5 % de los 132 hospitales que poseen equipo y/o unidad de Ictus, así mismo, de esos hospitales 37 tiene tratamiento intervencionista de Urgencias, lo que supone un 28,5 %.

Tabla 24: Hospitales que atienden Ictus que tienen implantado el Código Ictus

Comunidades Autónomas	Nº de hospitales con equipo de Ictus	Nº de hospitales con Unidades de Ictus	Total (suma)	Nº y % de Hospitales con código Ictus intrahospitalario	Nº de Hospitales con tratamiento intervencionista de Urgencias
Andalucía	30	2	32	32/ 100%	1
Aragón	5	2	7	7/ 100%	2
Asturias (Principado de)	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Baleares (Islas)	4	1	5	5/ 100%	1
Canarias	3	4	7	7/ 100%	7
Cantabria	0	1	1	1/ 100%	0
Castilla y León	3	3	6	3/ 50%	5
Castilla La Mancha	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Cataluña	23	14	37	17/ 41%	6
Comunidad Valenciana	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Extremadura	1	1	2	2/ 100%	0
Galicia	7	1	8	7/ 87%	8
Madrid (Comunidad de)	9	6	15	15/ 100%	4
Murcia (Región de)	3	2	5	2/ 40%	1
Navarra (Comunidad Foral de)	1	1	2	1/ 50%	1
País Vasco	0	5	5	5/ 100%	0
La Rioja	1	0	1	1/ 100%	0
Ceuta y Melilla (Ingresa)	0	0	0	0	0
Total nacional	87	43	130	102/ 78,5%	37

Fuente: Elaboración propia

Algunas CC.AA. hacen las siguientes precisiones:

Andalucía: Actualmente se está realizando un análisis de los diferentes centros hospitalarios para ampliar el número de unidades de ictus al menos a una por cada provincia de Andalucía y además al menos dos de ellos serán de referencia autonómica para ictus (contando con neurorradiología intervencionista 24h. y neurocirugía). Además del hospital declarado que da tratamiento intervencionista de urgencia 24 horas, otros 5 hospitales realizan tratamiento intervencionista en horario laboral.

Cantabria: Desde agosto de 2012, el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla da tratamiento intervencionista de Urgencias 24 horas.

Cataluña: Entre los 14 hospitales que tiene Unidad de Ictus, encontramos que tienen camas específicas 8, y 6 tienen camas compartidas con otras especialidades. 10 hospitales disponen de neurólogo de guardia. Además de los 14 hospitales con código Ictus, hay otros 3 con teleictus.

Madrid: El número de hospitales con tratamiento intervencionista de Urgencias son 4, en dos equipos de guardia, uno de los equipos se configura con los recursos de uno de los 4 hospitales, que por tanto realiza atención continuada 24h y 7 días a la semana durante todas las semanas del año, y el otro equipo lo configura cada uno de los otros 3 hospitales que se alternan una semana cada uno en la atención continuada

Conclusión Objetivo específico 2.6: Parcialmente conseguido

Recomendación: Mantener objetivo

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

Como se refleja en la tabla adjunta, 3 de las CC.AA. cumplen con el objetivo al 100%. De forma general, hay un cumplimiento de este objetivo en un 76,52%

Tabla 25: Hospitales que atienden ictus y AIT que tienen implantadas vías clínicas, protocolos o procesos asistenciales de atención al ictus

CC.AA.	Número de hospitales de la CA que atienden ictus y AIT que cumplen con el objetivo	Total de hospitales que atienden ictus y AIT	Porcentaje de hospitales que cumplen con el objetivo
Andalucía	27	29	93,1%
Aragón	4	8	38%
Asturias (Principado de)	2	5	40%
Baleares (Islas)	5	5	100%
Canarias	7	7	100%
Cantabria	1	3	33%
Castilla y León	9	14	64%
Castilla La Mancha	5	14	20%
Cataluña	47	48	98%
Comunidad Valenciana	24	24	100%
Extremadura	2	12	16.7%
Galicia	1	7	14,3%
Madrid (Comunidad de)	24	24	100%
Murcia (Región de)	n.d.	9	n.d.
Navarra (Comunidad Foral de)	1	n.d.	n.d.
País Vasco	5	11	45%
La Rioja	1	2	50%
Ceuta y Melilla (Ingesa)	n.d.	n.d.	n.d.
Total nacional	164	222	76,52% (total CC.AA. que informan)

Fuente: Elaboración propia

En relación a la tabla anterior es necesario realizar algunas observaciones:

- En **Castilla La Mancha** el hospital que atiende con los 5 epígrafes sólo es Albacete, pero hay 5 hospitales en los que se atienden ictus y AIT, aunque sea en horario no completo.

- En relación a la **Región de Murcia**, existe formación en la atención del ictus urgente en todos los hospitales.

Conclusión Objetivo específico 2.7: Iniciada la puesta en marcha de vías clínicas, proceso, etc. en seis comunidades en cifras cercanas al 100%

Recomendación: Mantener objetivo

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

Dos CC.AA. realizan acciones para promover pautas de actuación en la atención al ictus pediátrico:

- En **Aragón**, el hospital universitario Miguel Servet tiene diseñado un protocolo específico de atención que es referencia para esta patología en toda la CC.AA. Dicho protocolo se utiliza como material docente en la formación MIR de las especialidades de pediatría, neurología, neurocirugía y radiodiagnóstico.
- En las **Islas Baleares**, se ha iniciado la organización de un grupo de trabajo y elaboración de un protocolo o vía clínica para toda la CC.AA. junto con el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Son Espases.

Por otro lado, se ha podido identificar que, tanto la Sociedad Española de Neurología como la Sociedad Española de Neurología Pediátrica han realizado acciones para promover e impulsar pautas de actuación en la atención al ictus pediátrico.

Conclusión Objetivo específico 2.8: Apenas iniciado, solo dos comunidades informan de haber trabajado este tema y de forma parcial.

Recomendación: Mantener objetivo

4.3 Línea estratégica 3. Rehabilitación y reinserción

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

Este objetivo general se evalúa a través de los siguientes 5 objetivos específicos:

Objetivos	Grado de consecución
Objetivo General 3. Aumentar el porcentaje de pacientes con ictus que son integrados plenamente en su vida personal y social.	
3.1. Todo paciente con ictus dispondrá desde el inicio del proceso de un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad/déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros.	Prácticamente conseguido
3.2. Todo paciente con ictus al alta de su plan de rehabilitación, recibirá una evaluación funcional como apoyo en su integración en la esfera social y/o laboral.	Iniciado
3.3. El paciente y la familia recibirá en el hospital la adecuada formación e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio.	Parcialmente conseguido
3.4. Las CC.AA., establecerán los mecanismos necesarios para que el informe al alta sea accesible de forma inmediata por los equipos de AP.	Iniciado
3.5. Las CC.AA., dispondrán de un mapa de recursos sobre los distintos ámbitos de rehabilitación.	Prácticamente conseguido

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

En 12 de las 17 CC.AA. se han desplegado acciones para alcanzar dicho objetivo 10 Comunidades informan que se lleva a cabo el plan individualizado de rehabilitación prácticamente al 100%

Tabla 26: Nº de CC.AA. que realizan el acciones sobre este Objetivo y porcentaje de centros que lo cumplen

Comunidad Autónoma	Acciones realizadas en relación al objetivo	Número de centros que cumplen dicho objetivo	Número de centros sanitarios que atienden Ictus y AIT	% de centros que cumplen el objetivo
Andalucía	Sí	24	29	82,8%
Aragón	Sí	4	8	50%
Asturias (Principado de)	Sí	8	8	100%
Baleares (Islas)	Sí	5	5	100%
Canarias	Sí	7	7	100%
Cantabria	No	0	3	0%
Castilla y León	Sí	14	14	100%
Castilla La Mancha	No	0	14	0%
Cataluña	Sí	48	48	100%
Comunidad Valenciana	Sí	24	24	100%
Extremadura	No	0	12	0%
Galicia	Sí	7	7	100%
Madrid (Comunidad de)	Sí	24	24	100%
Murcia (Región de)	No	0	9	0%
Navarra (Comunidad Foral de)	No	0	n.d.	0%
País Vasco	Sí	11	11	100%
La Rioja	Sí	2	2	100%
Ceuta y Melilla (Ingesa)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total nacional	12	178	225	79,11%

Fuente: Elaboración propia

De las CC.AA. en las que se han desplegado acciones para alcanzar el objetivo, en 3 también se ha evaluado el mismo:

- En **Aragón** se ha empleado el indicador “Evaluación del tratamiento rehabilitador en menos de 48 horas tras el ingreso” definido como el porcentaje de pacientes con evaluación de las necesidades de tratamiento rehabilitador en las primeras 48 horas, obtenido a partir de los datos de las Historias Clínicas. En la actualidad se realiza en todos los hospitales, en 6 de forma completa y en 2 parcialmente implantado. Se ha documentado en la reunión de evaluación del proceso ictus de Enero de 2013.
- En **Cataluña** se han establecido 4 indicadores que se auditan cada 2 años:
 - “Movilización precoz”, definido como el número de pacientes movilizados.
 - “Evaluación necesidades rehabilitación”, definido como el número de pacientes con evaluación de las necesidades de rehabilitación en las primeras 48h sobre el número de casos válidos.
 - “Evaluación necesidades logopedia”, definido como el número de pacientes con evaluación de las necesidades de logopedia sobre el número de casos válidos.
 - “Objetivos Rehabilitación”, definido como el número de pacientes con objetivos de rehabilitación establecidos sobre el número de casos válidos.
- En el **País Vasco** se detecta una realidad diferente en cada una de sus provincias:
 - Bizkaia: El 67% de los pacientes con Ictus (excluido AIT) iniciaron fisioterapia antes del alta.
 - Alava: Al 61% de pacientes se les ha realizado una valoración de la necesidad de rehabilitación antes de las 72 horas tras el ingreso.
 - Gipuzkoa: Al 61,4% de pacientes se les ha realizado la valoración de la necesidad de rehabilitación.

En resumen, aunque se debe mejorar en relación a la evaluación, la cobertura de centros es elevada para la mayoría de CC.AA.

Conclusión Objetivo específico 3.1: 10 Comunidades informan que se lleva a cabo el plan individualizado de rehabilitación prácticamente al 100% **Prácticamente conseguido**

Recomendación: Mantener objetivo.

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

8 de las 16 CC.AA. informantes, han realizado acciones en relación al objetivo 3.2. Específicamente, en 3 de dichas CC.AA. la totalidad de los centros que han realizado el objetivo atienden tanto Ictus como AIT

Tabla 27: Nº de CC.AA. que realizan acciones sobre este Objetivo y porcentaje de centros que lo cumplen

Comunidad Autónomas	Acciones realizadas en relación con el objetivo	Número de centros que realizan dicho objetivo	Número de centros sanitarios que atienden Ictus y AIT	% de centros que realizan el objetivo
Andalucía	Sí	24	29	83%
Aragón	Sí	7	8	88%
Asturias (Principado de)	Sí	8	8	100%
Baleares (Islas)	No	0	5	0%
Canarias	Sí	2	7	25%
Cantabria	No	0	3	0%
Castilla y León	Sí	14	14	100%
Castilla La Mancha	No	0	14	0%
Cataluña	n.d.	n.d.	48	n.d.
Comunidad Valenciana	Sí	n.d.	24	n.d.
Extremadura	No	0	12	0%
Galicia	Sí	7	7	100%
Madrid (Comunidad de)	Sí	0	24	0%
Murcia (Región de)	No	0	9	0%
Navarra (Comunidad Foral de)	No	0	0	0%
País Vasco	Sí	n.d.	11	n.d.
La Rioja	No	0	2	0%
Ceuta y Melilla (Ingresa)	n.d.	n.d.	0	n.d.
Total nacional	8	60	225	27%

Fuente: Elaboración propia

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

- En **Aragón** se realiza desde el 2011 un análisis cualitativo a partir de la entrevista a los responsables del proceso de ictus en todos los sectores sanitarios.

- En **Islas Baleares**, aunque todavía no está implantado como tal, los equipos de rehabilitación realizan una evaluación funcional al alta.
- En **Islas Canarias** se tiene prevista la implantación en todos los hospitales de la Comunidad Autónoma que atienden ictus. Actualmente se está evaluando una prueba piloto.
- **Castilla y León**. En todas las áreas de salud se han implantado planes de cuidados personalizados en las primeras 48 horas al alta de pacientes con ictus.

Asimismo, en relación a la evaluación de las acciones desplegadas, sólo **Castilla y León** describe haber podido realizar una evaluación para monitorizar los resultados del objetivo.

Por otro lado, por parte de distintas sociedades científicas y asociaciones de pacientes del ámbito de la estrategia, se han desarrollado varias acciones para la promoción de la integración en su esfera social y laboral de los pacientes después de sufrir un ictus:

- Desde la **FEDACE** (Federación Española de Daño Cerebral) y sus 33 asociaciones territoriales se ha propuesto un modelo de atención al Daño Cerebral Adquirido (DCA) (cuya causa mayoritaria es el Ictus). En todas las asociaciones (33) se desarrolla un programa de información y apoyo a las personas afectadas y a las familias, y en 15 asociaciones funcionan Centros de Día específicos para personas con DCA.

Igualmente, desde hace un año, se está impulsando la creación de Servicios de Promoción de Autonomía Personal.

- Desde la **FEI** (Federación Española de Ictus) se realizan charlas, conferencias y, desde algunas asociaciones pertenecientes a esta Federación, se facilita rehabilitación, logopedia, y psicología.
- Por parte de la **SENR** (Sociedad Española de Neurorehabilitación) se han promovido reuniones con componentes de la SEMFYC, impulsando reuniones formadoras a familias de pacientes ingresados en hospitales de Neurorehabilitación.
- Para la **SERMEF** (Sociedad Española de Medicina Física y rehabilitación) todas sus actividades formativas tienen como objetivo el favorecimiento de la reinserción, mencionando específicamente la publicación de la SERMEF sobre las recomendaciones sobre el modelo asistencial en la rehabilitación del ictus.

En resumen, aunque se identifican importantes esfuerzos en alcanzar el objetivo, la heterogeneidad en el grado de cumplimiento del mismo es aún importante entre las CC.AA.

Conclusión Objetivo específico 3.2: 5 Comunidades informan que se lleva a cabo la evaluación funcional en la mayoría de sus hospitales. **Iniciado Recomendación:**
Mantener objetivo

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

11 CC.AA. afirman haber puesto en marcha acciones para alcanzar el objetivo. 8 comunidades tienen cifras de cumplimiento de más del 75%, de ellas 5 afirman cumplirlo en un 100%.

Tabla 29: Nº de CC.AA. que realizan el acciones sobre este Objetivo y porcentaje de centros que lo cumplen

Comunidad Autónoma	Impulso de acciones en relación al objetivo	Número de centros que realizan dicho objetivo	Número de centros sanitarios que atienden Ictus y AIT	% de centros que realizan el objetivo
Andalucía	Sí	24	29	82,76%
Aragón	Sí	6	8	75,00%
Asturias (Principado de)	Sí	8	8	100,00%
Baleares (Islas)	Sí	n.d.	5	n.d.
Canarias	Sí	2	7	25%
Cantabria	No	0	3	0,00%
Castilla y León	Sí	14	14	100,00%
Castilla La Mancha	No	0	14	0,00%
Cataluña	Sí	43	48	89,58%
Comunidad Valenciana	Sí	24	24	100,00%
Extremadura	No	0	12	0,00%
Galicia	Sí	7	7	100,00%
Madrid (Comunidad de)	Sí	24	24	100,00%
Murcia (Región de)	No	0	9	0,00%
Navarra (Comunidad Foral de)	No	0	0	0,00%
País Vasco	Sí	n.d.	11	n.d.
La Rioja	No	0	2	0,00%
Ceuta y Melilla (Ingesa)	n.d.	n.d.	0	n.d.
Total nacional	11	101	225	44,89%

Fuente: Elaboración propia.

Algunos aspectos específicos a destacar incluyen:

- En **Andalucía**, 24 hospitales de los 29 de la red asistencial del Servicio Andaluz de Salud refieren realizar este objetivo de manera individualizada para el paciente y su familia ya en la fase de hospitalización aguda. El hospital Virgen del Rocío de Sevilla realiza también talleres para familiares.

- En las **Islas Baleares** el objetivo se realiza parcialmente. Los equipos de enfermería realizan educación para la salud pero en la atención hospitalaria no está aun convenientemente implantado.

En el Hospital Son Espases el equipo de rehabilitación instruye y entrega una guía para aspectos de posición y movimiento en domicilio. Además, se realizan reuniones semanales multidisciplinares (profesionales de neurología, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, dietética y trabajo social) dirigidas a pacientes y familiares.

- En **Cantabria**, aunque no hay programas específicos establecidos formalmente, se realizan actividades formativas por parte del personal de rehabilitación y de la enfermería de las plantas de hospitalización de manera informal.
- En **Castilla La Mancha** se ha detectado que el principal escollo para el cumplimiento de este objetivo es la no existencia de grupos de trabajo de fisio-rehabilitación y de protocolos específicos para aplicar a estos pacientes en el momento de su alta. Los grupos de trabajo y apoyo para familiares de pacientes con movilidad limitada (sobre todo aplicable post-Ictus) se realizan desde AP.
- En **Cataluña**, una de las principales líneas de trabajo del grupo de enfermería del Plan Director de Enfermedades Cerebrovasculares es la de impulsar los programas de información y educación a pacientes y a sus familiares, en la fase de hospitalización aguda.
- En la **Región de Murcia** se está desarrollando actualmente un folleto de información a familiares, que se completará con charlas de formación a familiares en el ámbito hospitalario.
- En el **País Vasco**, existen guías específicas para avanzar en la consecución del objetivo.

Por otro lado, en relación a formalización de algún indicador para monitorizar los resultados del objetivo anterior, no consta una evaluación cuantitativa más que en el caso de **Cataluña**, siendo los indicadores y los resultados los siguientes:

- “Sesiones informativas, mediante un programa establecido, para enfermos y familiares”, indicador formulado como el “Nº de centros de referencia que realizan sesiones informativas para personas enfermas y familiares sobre el nº de centros de referencia”. La fuente de datos para dicho indicador ha sido la encuesta sobre programa de educación en los hospitales públicos (2010) y el resultado es del 84,6% (11 de los 13 hospitales de referencia).
- “Información individualizada para personas enfermas y familiares” formulado como el nº de centros que realizan el programa de educación a pie de cama sobre el nº total de hospitales no de referencia. La fuente

de datos ha sido por encuesta y el resultado ha sido del 85% (29 de 34 de los hospitales que no son de referencia).

- Finalmente el indicador “Repartición de la GPC para pacientes y familiares” formulado como el número de hospitales en que se entrega la GPC sobre el total de hospitales públicos de la red. El resultado ha sido del 87,5% (42 sobre 48).

Aún no disponiendo de resultados cuantitativos, en **Aragón** se realiza un análisis cualitativo a partir de la entrevista a responsables del proceso de ictus en todos los sectores sanitarios (2011).

Conclusión Objetivo específico 3.3: 8 comunidades afirman tener alto grado de cumplimiento de este objetivo. **Parcialmente conseguido Recomendación: Mantener objetivo**

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

Todas las CC.AA. (excepto Ceuta y Melilla, de las que no se dispone de datos) afirman de que disponen de mecanismos para que el informe de alta sea accesible de forma inmediata por los equipos de AP, aunque en lagunas de ellas están en fase de planificación, diseño o implementación.

Las principales acciones llevadas a cabo por las CC.AA. para el cumplimiento de este objetivo y las dificultades identificadas al respecto son:

- En **Andalucía**, la información de los pacientes que van a ser dados de alta y precisan continuidad de cuidados se comunican directamente desde el hospital a la coordinación de enfermería de los distritos de AP. Las enfermeras contactan con el/la paciente o la familia antes de 48 horas y establecen el plan de cuidados individualizado de acuerdo a las patologías y procesos de la persona afectada.
- En **Aragón** se ha diseñado un procedimiento para mostrar los informes de alta hospitalarios en la intranet de cada sector sanitario y que de esta forma puedan ser consultados por el equipo de atención primaria de forma inmediata. Además, al alta, se envía copia a enfermería de AP cuando el/la paciente requiere cuidados de enfermería.
- En **Asturias**, se han desarrollado circuitos para el envío de informe al alta médica con un Plan de cuidados de enfermería así como mecanismos de coordinación entre atención primaria y atención hospitalaria y la integración de la historia clínica electrónica.
- En las **Islas Baleares** se dispone de una historia clínica electrónica (Historia de Salud) que integra los diferentes sistemas locales y permite visualizar un informe de alta a las 24 horas de su realización. Los sectores sanitarios completamente informatizados pueden consultar el informe de alta de forma inmediata.
- En las **Islas Canarias** está previsto un plan informático de atención especializada.
- En **Cantabria**, en determinados hospitales se entregaba en mano el informe a la persona afectada, con la problemática añadida de que, en algunos casos, no llega al centro de AP correspondiente. En otros casos se envía el informe vía fax y incluso vía electrónica, aunque este último presenta problemas ya que no todos los centros tienen el mismo grado de desarrollo en este sentido.
- En **Castilla y León** siempre se proporciona el informe médico al alta para AP. La historia clínica electrónica está implantada en atención primaria y en desarrollo para atención hospitalaria, por lo que una vez que se complete en AH, el informe de alta será accesible de forma instantánea.

En los planes anuales de Gestión de la Gerencia Regional de Salud 2008, 2009 y 2010, se ha incluido un objetivo dirigido a potenciar la continuidad asistencial como elemento clave para garantizar la calidad en la atención a diversos procesos, entre ellos el ictus. Para ello se han establecido y se están desarrollando planes de cuidados personalizados en las siguientes 48h al alta de los pacientes que han sufrido un ictus.

- En **Castilla la Mancha** existe un sitio virtual en la historia clínica electrónica de Atención Primaria donde se deposita el informe de alta hospitalaria, sobre todo a nivel de enfermería (aún está en fase de desarrollo).
- En **Cataluña** están establecidos los circuitos por los cuales los Equipos de AP reciben los informes de alta.
- En la **Comunidad Valenciana** se ha puesto en marcha la aplicación informática de historia clínica común a la Atención Primaria y Hospitalaria. Además se trabaja con las enfermeras de enlace y de gestión de casos.
- En **Extremadura** utilizan el sistema informático JARA.
- En **Galicia** tienen implantada la historia clínica electrónica en todos los hospitales y en el 92 % de los centros de salud, abarcando al 98,4% de la población.
- En la **Región de Murcia** se ha instaurado un programa informático hospitalario al que, en breve, se tendrá acceso desde primaria.
- En **Navarra** se dispone de una historia clínica electrónica que integra los diferentes sistemas locales y permite visualizar el informe de alta a las 24 horas de su realización. Los sectores sanitarios debidamente informatizados pueden consultar el informe de alta de forma inmediata y las exploraciones complementarias.
- En el **País Vasco** se utiliza la historia clínica informática (Osabide Global) a la que se tiene acceso desde los Centros de Primaria.
- En **La Rioja** también utilizan la historia clínica informatizada, con acceso para Atención Primaria y Hospitalaria.

Conclusión Objetivo específico 3.4: Todas las Comunidades Autónomas disponen de algún mecanismo para que el informe al alta esté disponible desde A.P., pero en muchas de ellas está solo en fase inicial. **Iniciado**

Recomendación: Continuar Objetivo

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

Andalucía, Baleares, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura y Galicia poseen recursos ambulatorios, como centros de rehabilitación en el tratamiento del ictus. En el caso de la Región de Murcia existen recursos en el ámbito hospitalario y en Navarra están localizados en Pamplona.

- En relación a los recursos de rehabilitación, hay que mencionar que en **Andalucía** se dispone de los recursos desagregados por localidad. Los recursos disponibles son los siguientes:
 - 29 Hospitales Servicio Andaluz de Salud: Todos los hospitales tienen servicio de rehabilitación y están dotados con los recursos técnicos necesarios para conseguir la recuperación motora, la capacidad sensitiva y visual y la capacidad del lenguaje. Los recursos humanos son 184 médicos especialistas, 423 fisioterapeutas, 57 terapeutas ocupacionales y 16 logopedas.
 - Distritos de AP: 197 salas, 48 equipos de rehabilitación en 10 unidades móviles, 13 terapeutas ocupacionales.
- En **Islas Baleares** se describen 8 centros hospitalarios en los que se realiza rehabilitación al ictus. De entre los mismos se describen las siguientes atenciones asistenciales:
 - 4 hospitales con atención precoz al ictus y recursos de rehabilitación.
 - 2 con atención al ictus y recursos de rehabilitación.
 - 1 centro con unidad de ictus subaguda y recursos de rehabilitación.
 - 1 centro con unidad de daño cerebral y recursos de rehabilitación.

Además, se dispone de una Unidad de Valoración Socio Sanitaria que coordina el traslado de los hospitales que atienden ictus en fase aguda a los hospitales de rehabilitación.

- En la **Comunidad de Madrid** se dispone de recursos técnicos y profesionales vinculados a la existencia de médicos rehabilitadores que garantizan, según los protocolos existentes, la continuidad asistencial junto con los profesionales de fisioterapia y trabajado social (aunque no se describen localizaciones).
- En la **Región de Murcia** todos los hospitales de la región tienen servicio de rehabilitación.
- En **Navarra** existe un centro de ámbito hospitalario de rehabilitación en el tratamiento del ictus.
- En el caso de **Aragón** se describen 13 centros de rehabilitación en el tratamiento del ictus con las siguientes características:

- 12 ubicados en centros hospitalarios y 2 en ámbitos ambulatorios.
 - Los centros están dotados con recursos técnicos básicos para la recuperación de la capacidad motora mientras que 3 disponen también de recursos técnicos especializados.
 - La mayoría centra su especialización en las intervenciones de rehabilitación para recuperar la capacidad motora, la capacidad sensitiva y visual, y la capacidad cognitiva y emocional aunque 3 centros también están especializados en la recuperación de la capacidad del lenguaje así como en otras intervenciones de rehabilitación.
- En el caso de la CA de **Asturias** se describen 5 centros de rehabilitación en el tratamiento del ictus con las siguientes características:
 - 2 ubicados en centros hospitalarios y 3 en ámbitos ambulatorios.
 - Todos los centros están dotados tanto con recursos técnicos básicos como con recursos técnicos especializados para la recuperación de la capacidad motora, como con otros recursos técnicos.
 - La mayoría de centros están especializados en las intervenciones de rehabilitación para recuperar la capacidad motora, la capacidad sensitiva y visual, y la capacidad del lenguaje mientras que uno de ellos también en la recuperación de la capacidad cognitiva y emocional.
- En las **Islas Canarias** se describen 10 centros de rehabilitación en el tratamiento del ictus con las siguientes características:
 - 9 ubicados en centros hospitalarios y uno en el ámbito ambulatorio.
 - Todos los centros están dotados tanto con recursos técnicos básicos como con recursos técnicos especializados para la recuperación de la capacidad motora, como con otros recursos técnicos.
 - La mayoría de centros están especializados en las intervenciones de rehabilitación para recuperar la capacidad motora, la capacidad del lenguaje así como en otras intervenciones de rehabilitación.
- En el caso de la CA de **Cantabria** se describen 5 centros de rehabilitación en el tratamiento del ictus con las siguientes características:
 - 4 de ámbito hospitalario y uno ambulatorio.
 - Todos los centros están dotados tanto con recursos técnicos básicos como con recursos técnicos especializados para la recuperación de la capacidad motora.

- o La mayoría de centros están especializados en las intervenciones de rehabilitación para recuperar la capacidad motora y la capacidad sensitiva y visual mientras que en uno de ellos también el de la capacidad del lenguaje.

En dicha comunidad, además de los centros descritos se dispone de 42 equipos de atención primaria que disponen de fisioterapeuta con recursos técnicos básicos para la recuperación de la capacidad motora e intervenciones de rehabilitación para recuperar la capacidad motora.

Conclusión Objetivo específico 3.5: Aunque se identifica margen de mejora en relación a la disposición de los “mapas” estructurados de recursos de rehabilitación del ictus, una gran parte de las CC.AA. los describen y constatan su existencia.

Prácticamente Conseguido

Recomendación: Mantener objetivo orientándolo más a la accesibilidad de los mismos.

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

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

Objetivos	Grado de consecución
Objetivo General 4. Prestar atención y apoyo al paciente con discapacidad y a su familia	
4.1. Los equipos de AP realizarán una valoración integral de los pacientes dados de alta y de sus cuidadores.	Iniciado
4.2. Desarrollar intervenciones en AP, dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus.	Iniciado
4.3. Establecer en las CC.AA., un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores.	Iniciado

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

Aunque, como se puede ver en la tabla siguiente, varias CC.AA. explicitan la realización de acciones en relación al objetivo, se identifican dificultades a la hora de disponer de la información del número de equipos de AP que realizan valoración integral de pacientes dados de alta y de las personas que los cuidan.

Tabla 30: Comunidades que impulsan acciones en relación al objetivo.

Comunidad Autónoma	Realización de acciones
Andalucía	Sí
Aragón	Sí
Asturias (Principado de)	Sí
Baleares (Islas)	No
Canarias	Sí
Cantabria	Sí
Castilla y León	Sí
Castilla La Mancha	No
Cataluña	n.d.
Comunidad Valenciana	Sí
Extremadura	No
Galicia	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí
Murcia (Región de)	No
Navarra (Comunidad Foral de)	No
País Vasco	Sí
La Rioja	No
Ceuta y Melilla (Ingesa)	n.d.
Total nacional	9

Fuente: Elaboración propia

Las acciones realizadas por las diferentes CC.AA. en relación a este objetivo son:

- **Islas Baleares:** En la Història de Salut se encuentra en desarrollo el “PAPEC: programa de atención a personas con enfermedades crónicas” que permitirá la

valoración del profesional de Atención Primaria de forma estructurada e integrada.

- **Islas Canarias:** Tras un ictus, los equipos de AP realizan una valoración integral de pacientes y personas cuidadoras a través del programa de Prevención y Control de la Enfermedad Ateroesclerótica. Si se precisa, se deriva a rehabilitación.
- **Cantabria:** En todos los centros de atención primaria se realizan valoraciones funcionales y sociales a través de los servicios de atención a la dependencia. Se dispone de registros de actividad del programa de baremación y valoración de la dependencia. Todas las baremaciones de valoración de la dependencia se presentan en el Instituto Cántabro de Servicios Sociales.
- **Madrid (Comunidad):** Se incluye en cartera de servicios estandarizados de atención primaria, en el Servicio de prevención y detección de problemas en personas mayores que reciben atención en relación con patología crónica invalidante.
- **País Vasco:** El objetivo de la valoración integral está incluido en Proyecto de mejora de la rehabilitación de las enfermedades crónicas en la sanidad pública vasca (2007-2008)

Por lo que respecta a la evaluación del objetivo, sólo **Castilla y León** ha podido evaluarlo, obteniendo los siguientes resultados:

- 2.930 pacientes de alta por Ictus que van a su domicilio con valoración de cuidados en menos de 48h.
- 3.257 pacientes de alta por Ictus que van a su domicilio.

Por otro lado, se han identificado un conjunto de actividades realizadas por las distintas **entidades** del ámbito de la estrategia para, en la línea del objetivo 4.1., promover que pacientes con ictus y sus familias reciban la atención y el apoyo necesario de los distintos dispositivos y ámbitos asistenciales:

- La **FEDACE** (Federación Española de Daño Cerebral) ha elaborado propuestas de Atención Integral al DCA (Definición de recursos sanitarios y sociales).

En relación a la continuidad asistencial se ha realizado la definición y los protocolos correspondientes de los diferentes modelos de recurso (unidad de Rehabilitación Hospitalaria, U. de Rehabilitación en Hospital de Día, U. de Rehabilitación Ambulatoria, Pisos tutelados, Centros de Día, Residencias).

También se ha gestionado la realización del inventario de los recursos existentes, así como los contactos con representantes de la administración

central y autonómica para trasladar estas propuestas del movimiento asociativo de personas con DCA y familias.

- La **FEI** (Federación Española de Ictus) dispone de trabajadoras sociales que facilitan que el retorno a casa de las personas con Ictus sea lo menos traumático posible. Se les informa de los recursos sociales y ayudas existentes (y el modo de acceder a ellas), así como de los problemas de adaptabilidad de la vivienda y de su entorno.
- La **SEMERGEM** (S.E. de Médicos de Atención Primaria) tiene un proyecto en curso sobre el Ictus en Andalucía (PRICCA) que contempla una serie de sesiones de formación dirigida a Médicos de AP.
- La **SENR** (Sociedad Española de Neurorehabilitación) ha promovido reuniones con componentes de la SEMFYC, impulsado reuniones formadoras a familias de pacientes ingresados en hospitales de Neurorehabilitación.
- La **SERMEF** (Sociedad Española de Medicina Física y rehabilitación) ha elaborado unas recomendaciones sobre el modelo asistencial de la rehabilitación del ictus detallando los diferentes ámbitos asistenciales para el tratamiento de rehabilitación y apoyo de pacientes y familiares.

Conclusión Objetivo específico 4.1: En resumen, 9 CC.AA. han realizado acciones para conseguir que los equipos de AP realicen una valoración integral de los pacientes dados de alta y de sus cuidadores, aunque solo una de ellas lo ha evaluado por lo que se deberá avanzar en la evaluación de dicha actividad **Iniciado**

Recomendación: Mantener objetivo enfocándolo a la evaluación.

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

11 de las CC.AA informan que han puesto en marcha las intervenciones que se especifican en el objetivo.

Tabla 31: Existencia de intervenciones en AP dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus

Comunidad Autónoma	Intervenciones en AP	Detalle de intervenciones
Andalucía	Sí	Plan de Apoyo a la Familia (desde 2.003) y más específicamente el Plan de Atención a Cuidadoras Familiares (2.005). Se contempla de manera específica para cuidadoras de personas que han tenido un ictus en el Plan de Ictus y entre las actividades más destacadas se incluyen la realización de talleres de apoyo a los y las cuidadoras y la identificación de cuidadoras de grandes discapacitados
Aragón	Sí	Las recogidas en el programa de atención al ictus y en el programa de atención a enfermos crónicos dependientes de Aragón
Asturias (Principado de)	Sí	Talleres de formación para personas cuidadoras desde 2008, con desarrollo de contenidos de información y apoyo psicológico
Baleares (Islas)	Sí	Talleres dirigidos al cuidador, en coordinación con el área de asuntos sociales que de momento cubren los distintos aspectos relacionados con la vida del paciente en el domicilio, dieta, higiene, prevención de úlceras por presión, movilización, etc. Desde Servicios Sociales, ahora dependiente de la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social, se ha elaborado un plan para la atención al paciente dependiente, en fase de implantación, que incluye valoración in situ (domicilio) de los diferentes aspectos implicados con la persona dependiente. Se denomina SEPAP: Servicio de promoción de la autonomía personal y apoyo a la vida independiente para las personas con discapacidad física grave.
Canarias	Sí	La intervención es sanitaria-psicológica-social, de forma integral. La actuación incluye apoyo y talleres para cuidadores. Igualmente se avanza en el Programa de enfermería de enlace.
Cantabria	Sí	En el caso de realizarse intervenciones, se trata de personas que se pueden beneficiar de algún tipo de prestación funcional y/o social. Normalmente se realizan en el domicilio.
Castilla y León	Sí	Valoración del cansancio del cuidador, valoración de problemas de salud y necesidades específicas del cuidador, valoración de los conocimientos sobre el cuidado de la persona dependiente, valoración de la situación social y económica de la familia y plan de cuidados encaminado a resolver las necesidades detectadas.
Castilla La Mancha	Sí	Se llevan a cabo programas multiprofesionales de educación para la salud a grupos de personas cuidadoras de pacientes dependientes. Existen test de enfermería específicos de atención y apoyo a las familias de pacientes con movilidad limitada.
Cataluña	n.d.	

Comunidad Valenciana	Sí	Actividad de 9 EGC en tres años (2008-2010): Identificados y valorados 1890 cuidadores. Atención individual: En programa de intervención: 900 cuidadores; Atención grupal: han finalizado talleres: 435 cuidadores. Para pacientes crónicos en general: Apoyo al cuidador, información, formación, cuidados de respiro, apoyo social y comunitario.
Extremadura	No	
Galicia	Sí	En 2010 fueron concedidas ayudas a la Federación Gallega de Daño Cerebral (FEGADACE) para rehabilitación, y para la Asociación de daño cerebral adquirido de Lugo (ADACE-LUGO) para promoción de la autonomía personal y recuperación funcional. Desde el año 2005 está implantada una guía de Estandarización de los cuidados de enfermería al paciente inmovilizado en el domicilio, cuyo primer objetivo es abordar de forma integral el paciente y su cuidador o cuidadora. La Escuela Gallega de Salud Para Ciudadanos, dependiente de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria, ofrece diversas actividades para los cuidadores
Madrid (Comunidad de)	n.d.	
Murcia (Región de)	No	
Navarra (Comunidad Foral de)	No	
País Vasco	Sí	Las intervenciones están incluidas en el Proyecto de mejora de la rehabilitación de las enfermedades crónicas en la sanidad pública vasca 2007-2008.
La Rioja	No	
Ceuta y Melilla (Ingesa)	n.d.	
Total nacional	11	

Fuente: Elaboración propia

Por lo que respecta a las sociedades científicas y asociaciones de pacientes del ámbito de la estrategia, han impulsado las siguientes intervenciones:

- La **AEFI** (Asociación Española de Fisioterapeutas) realizó un apoyo informativo dirigido a cuidadoras/familiares de pacientes con ictus enfocado a pautas de higiene postural para la persona cuidadora, así como nociones básicas sobre pacientes con ictus en el domicilio (cambios posturales y transferencias).
- La **SEGG** (Sociedad Española de Geriatria y gerontología) impulsó una acción informativa basada en dar a conocer la estrategia en Ictus.
- La **SENR** (Sociedad Española de Neurorehabilitación) ha realizado un informativo y formativo, impulsando la creación de PADES especializados que

coordinen la continuidad asistencial desde los hospitales de agudos o de rehabilitación intensiva con los Centros de Atención Primaria.

Conclusión Objetivo específico 4.2: 11 Comunidades han realizado actividades en AP para apoyar a las familias que cuidan y atienden a personas con Ictus, solo una da datos sobre el número de cuidadores a los que se les ha intervenido. **Iniciado**

Recomendación: Mantener objetivo y avanzar en la evaluación de las actividades.

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

8 CC.AA. indican haber realizado acciones para conseguir un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadoras.

Tabla 32: Establecimiento de un sistema de coordinación

Comunidad Autónoma	Acciones realizadas
Andalucía	Sí
Aragón	Sí
Asturias (Principado de)	No
Baleares (Islas)	Sí
Canarias	Sí
Cantabria	Sí
Castilla y León	Sí
Castilla La Mancha	No
Cataluña	n.d.
Comunidad Valenciana	No
Extremadura	No
Galicia	Sí
Madrid (Comunidad de)	n.d.
Murcia (Región de)	No
Navarra (Comunidad Foral de)	No
País Vasco	n.d.
La Rioja	No

Ceuta y Melilla (Ingresa)	n.d.
Total nacional	8

Fuente: Elaboración propia

Dentro de la información recogida, solo **Islas Baleares** ha descrito las acciones llevadas a cabo señalando que el objetivo a reseñar está incorporado en el Plan de Acciones sanitarias dentro del ámbito sociosanitario del Servicio de Salud. También está recogido en el documento de la Estrategia de Ictus de las Islas Baleares (en fase borrador). De las líneas de trabajo que hemos ya iniciado con la Dirección General de Dependencia podemos destacar:

- Acuerdo para la formación de personas cuidadoras no profesionales como parte de la cartera de servicios de los centros de salud. La Dirección General de Dependencia deriva a los cuidadores que están cobrando una prestación para cuidados en el ámbito familiar a los cursos realizados en los centros de salud. En este proyecto han participado todos los centros de atención primaria de Menorca, Ibiza y Formentera y un buen número de centros de Mallorca.
- En diciembre de 2010 se publicó en el BOIB una resolución firmada por el Consejero de Salud y la Consejera de Asuntos Sociales en que se comprometen a que toda persona dependiente atendida en su domicilio tenga un plan de actuación conjunta entre la enfermera que lleva el caso en el centro de salud y la trabajadora social que elabora el PIA. En el momento de la evaluación nos encontramos en la fase de planificación de una estrategia para dar difusión entre los profesionales implicados de dicha resolución.
- Se ha constituido la Comisión Interinstitucional entre los responsables de las diferentes administraciones, Consejería de Salud, Consejo Insular de Mallorca (en Menorca e Ibiza aún no se ha llegado a constituir) Consejería de Asuntos Sociales y Ayuntamiento de Palma, de la que nace la propuesta de crear una Comisión Gestora de Casos en Palma para la resolución de casos complejos que por la vía ordinaria no encuentren solución.

Conclusión Objetivo específico 4.3: Iniciado

Recomendación: Mantener objetivo

4.4 Línea estratégica 4. Formación

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

Este objetivo general se evalúa a través del siguiente objetivo:

Objetivos	Grado de consecución
Objetivo General 5. Potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con ictus.	
5.1 Disponer en las CC.AA., de un Plan de Formación Continuada para todos los profesionales de AP de los centros de urgencias y de emergencia y de los Equipos o Unidades de Ictus, que garantice la pronta y correcta identificación, traslado y atención de los pacientes con ictus.	Prácticamente conseguido

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

17 CC.AA. explicitan haber impulsado o realizado actividades formativas acreditadas oficialmente desde el 2008 hasta finales del 2010.

Tabla 33. Realización de actividades formativas acreditadas	
Comunidad Autónoma	Realización de actividades formativas acreditadas oficialmente (de 2008 a e 2010)
Andalucía	Sí
Aragón	Sí
Asturias (Principado de)	Sí
Baleares (Islas)	Sí
Canarias	Sí
Cantabria	Sí
Castilla y León	Sí
Castilla La Mancha	Sí
Cataluña	Sí
Comunidad Valenciana	Sí
Extremadura	Sí
Galicia	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí
Murcia (Región de)	Sí
Navarra (Comunidad Foral de)	Sí
País Vasco	Sí
La Rioja	Sí
Ceuta y Melilla (Ingesa)	n.d.
Total nacional	17

Fuente: Elaboración propia

Actividades formativas acreditadas llevadas a cabo por las CC.AA. (Año 2008):

- **Castilla la Mancha** realizó una actividad formativa acreditada oficialmente sobre la detección al ictus para profesionales especialistas en neurología, contando con un total de 63 asistentes. También realizó actividades de formación para profesionales de medicina de urgencias y de emergencias y 112.

- **Castilla y León** realizó una actividad formativa acreditada para profesionales de fisioterapia con 13 asistentes así como 3 actividades para profesionales de enfermería, contando con 39 asistentes en total. También realizó 2 actividades para equipos multidisciplinares con un total de 20 asistentes.
- El **Principado de Asturias** realizó una actividad para profesionales de medicina de urgencias (contando con 20 asistentes), otra para profesionales de medicina en emergencias y 112 (con 30 asistentes) y una tercera actividad para los profesionales de medicina de Atención Primaria (20 asistentes).
- En las **Islas Canarias** se realizó una formación acreditada para profesionales de medicina de AP (contando con 75 asistentes) y profesionales de enfermería (75 asistentes).
- En **Galicia** se llevó a cabo una actividad formativa para profesionales de medicina de atención primaria (9 asistentes), y otra para enfermería (136 asistentes).

En **Navarra**, aunque no hay programas específicos establecidos formalmente, se realizan actividades formativas por parte del personal de rehabilitación y de la enfermería de las plantas de hospitalización de manera informal.

- En el **País Vasco** se realizaron dos actividades que han supuesto 1,1 y 1,6 créditos para los asistentes, respectivamente.

Tabla 34. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2008) (1/4)						
Comunidad Autónoma	Especialista en neurología (excepto infantiles)			Especialista en neurología infantil		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Castilla La Mancha	1		63			Nd

Tabla 35. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2008) (2/4)

Comunidad Autónoma	Rehabilitador			Medicina de urgencias			Medicina de emergencias 112			Medicina especialista de AP		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Asturias (Principado de)				1		20	1		30	1		20
Canarias										1		75
Castilla La Mancha				1			1					
Galicia										1		9

Tabla 36. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2008) (3/4)

Comunidad Autónoma	Fisioterapeuta			Enfermería			Logopeda			Medicina especialista en pediatría		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Canarias				n.d.		75						
Castilla y León	1		13	3		39						
Galicia				n.d.		136						

Tabla 37. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente sobre la detección de ictus (2008) (4/4)

Comunidad Autónoma	Equipos multidisciplinares			Otros profesionales		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Castilla y León	2		20			
País Vasco	1	1,1	221	1	1,6	10

Actividades formativas acreditadas llevadas a cabo por las CC.AA. (Año 2009):

- En **Andalucía**: En 2009 el Servicio Andaluz de Salud realizó las siguientes actividades de formación interna, acreditadas por la Agencia de Calidad Asistencial de Andalucía (ACSA):
 - Almería: “Accidente Cerebro Vascular hemorrágico parenquimatoso”, dirigido a facultativos especialistas de área (FEA), MIR y profesionales de enfermería, con un total de 75 participantes.
 - Cádiz: “Recomendaciones al alta en el Código Ictus”, dirigido a profesionales de enfermería, con un total de 30 participantes y “Actualización en el manejo clínico del Accidente Cerebro Vascular”, dirigido a facultativos especialistas de área (FEA), con un total de 20 participantes.
 - Córdoba: “Atención Integral al Ictus”, dirigido a facultativos especialistas de área (FEA), médicos y médicas de AP y profesionales de enfermería, con un total de 80 participantes.
 - Huelva: “Atención de enfermería en urgencias al paciente con ACV”, dirigido a profesionales de enfermería, con un total de 20 participantes.
 - Málaga: “Formación en el Código Ictus”, dirigido a facultativos especialistas de área (FEA), MIR; médicos y médicas de AP, profesionales de enfermería y directivos, con un total de 175 participantes.

- En las **Islas Canarias** se han identificado 2 actividades para los profesionales especialistas en neurología (con un 30% de asistentes cada una), y una para especialistas en rehabilitación.

- Por su lado, en **Castilla la Mancha** se identificó una actividad para el colectivo de profesionales de neurología, contando con un total de 20 asistentes. También se realizó una actividad formativa acreditada para los profesionales de medicina en emergencias y 112 con un total de 43 asistentes.

- En **Castilla y León** se han informado 4 actividades formativas acreditadas para los profesionales de medicina en emergencias y 112 con un total de 51 asistentes. También se realizaron 6 actividades formativas para profesionales de enfermería (86 asistentes) y para otros colectivos (como los equipos multidisciplinares) para los cuales se realizaron 6 actividades formativas (621 asistentes).
- En **Cataluña**, se ha realizado una actividad formativa para profesionales de enfermería (35 asistentes).
- En la **Comunidad Valenciana** se describen 3 actividades para especialistas en neurología. También se realizaron 3 actividades para cada uno de los siguientes especialidades de medicina: rehabilitación, urgencias, emergencias y 112, y AP. Además se realizaron 3 acciones formativas para profesionales de enfermería
- En **Extremadura** se realizó una actividad para profesionales de medicina en emergencias y 112, con 3 créditos otorgados para los asistentes, y una para especialistas de medicina en AP.
- En la **Región de Murcia**, se desarrolló una actividad formativa para los profesionales de medicina en urgencias (150 asistentes) y otra para profesionales de medicina en emergencias y 112 (150 asistentes), así como una actividad formativa para profesionales de enfermería.
- En **Galicia** se identifica actividad formativa acreditada para un total de 99 profesionales de enfermería.
- En la **Comunidad de Madrid** se ha identificado una actividad formativa acreditada para 150 profesionales especialistas en neurología.
- El **Principado de Asturias** realizó una actividad para profesionales de medicina en urgencias (contando con 20 asistentes), otra para profesionales de medicina en emergencias y 112 (con 30 asistentes) y una tercera actividad para profesionales de medicina en Atención Primaria (20 asistentes).
- En el **País Vasco**, se desarrollaron durante el año 2009 4 actividades formativas para profesionales de medicina en Atención Primaria, suponiendo 2,4 créditos para los asistentes. También se realizó actividad formativa para un total de 200 fisioterapeutas y 3 actividades para profesionales de enfermería (con 104 asistentes totales y 2,9 créditos otorgados). Igualmente, para los equipos multidisciplinares, se realizaron 2 actividades, con 50 asistentes y 1,8 créditos otorgados.

Tabla 38. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2009) (1/4)

Comunidad Autónoma	Especialista en neurología (excepto infantiles)			Especialista en neurología infantil		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Canarias	2					
Castilla La Mancha	1		20			
Comunidad Valenciana	3					
Extremadura	8					
Madrid (Comunidad de)	1		150			
Murcia (Región de)	4		300			

Tabla 39. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2009) (2/4)

Comunidad Autónoma	Rehabilitador			Medicina de urgencias			Medicina de emergencias y 112			Medicina especialista de AP		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Asturias (Ppdo de)				1		20	1		30	1		20
Canarias	1											
Castilla y León							4		51			
Castilla La Mancha							1		43			
Comunidad Valenciana	3			3			3			3		
Extremadura	1			1			1			1		
Murcia (Región de)				1		150	1		150			
País Vasco										4	2,4	

Tabla 40. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2009) (3/4)

Comunidad Autónoma	Fisioterapeuta			Enfermería			Logopeda			Medicina especialista en pediatría		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Castilla y León				6		86						
Cataluña				1		35						
Comunidad Valenciana				3								
Galicia				n.d.		99						
Murcia (Región de)				1								
País Vasco	1		200	3	2,9	104						

Tabla 41. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2009) (4/4)

Comunidad Autónoma	Equipos multidisciplinares			Otros profesionales		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Castilla y León	6		621			
País Vasco	2	1,8	50			

Actividades formativas acreditadas llevadas a cabo por las CC.AA. (Año 2010):

- En **Andalucía**, el plan de formación de la Fundación IAVANTE incluye en 2010 un programa específico en la atención al paciente con ictus, con dos tipos de acciones formativas:
 - Entrenamiento en la atención extrahospitalaria de pacientes con ictus, con un total de 20 acciones formativas. Destinatarios: Profesionales de medicina en AP y emergencias sanitarias.
 - Entrenamiento en la atención hospitalaria de pacientes con ictus, con un total de 12 acciones formativas. Destinatarios: profesionales de medicina en urgencias hospitalarias, intensivos, radiología y neurología.

- En el **Principado de Asturias** se identifica una actividad para profesionales de medicina en urgencias (con 20 asistentes) y otra para profesionales de medicina en AP (aunque no se dispone del número de asistentes).
- En las **Islas Baleares** se realizaron actividades formativas para 11 profesionales de neurología, suponiendo 1,6 créditos otorgados. También se ha realizado la formación para: rehabilitadores (7 asistentes y 1,6 créditos), profesionales de medicina en urgencias (19 asistentes y 1,6 créditos otorgados profesionales de medicina en emergencias y 112 (10 asistentes y 1,6 créditos) profesionales de medicina en AP (53 asistentes y 1,6 créditos), fisioterapeutas (1,6 créditos), logopedas (1,6 créditos), y para enfermería (con 35 asistentes y 1,6 créditos otorgados).
- En las **Islas Canarias** se realizó una actividad formativa para profesionales de medicina en neurología y rehabilitación.
- En **Cantabria** se identifica una actividad formativa para profesionales de medicina en AP (36 asistentes) con un total de 1,2 créditos otorgados.
- En **Castilla y León** se desarrollaron 16 actividades formativas para enfermería (183 asistentes) y 3 actividades formativas para equipos multidisciplinares (100 asistentes).
- En **Castilla la Mancha** se identifica una actividad de formación para especialistas en neurología.
- En **Cataluña**, se ha realizado una actividad formativa para profesionales de enfermería (35 asistentes).
- En **Extremadura** se identifican 8 actividades formativas a profesionales de neurología. También se describen una actividad de formación para rehabilitadores, una para profesionales de medicina en urgencias, una para profesionales de medicina en emergencias y 112, y una última para profesionales de medicina en AP.
- En la **Región de Murcia** se identifican 4 actividades formativas con un total de 300 asistentes (especialistas en neurología). También se identifican 4 actividades formativas para equipos multidisciplinares.
- En **Galicia** se identifican actividades formativas para profesionales de medicina en AP con un total de 106 asistentes y para profesionales de enfermería con 65 asistentes.
- En el **País Vasco** se han identificado 2 actividades formativas con un total de 185 asistentes y 1,6 créditos otorgados.
- En **la Rioja**, se llevó a cabo un Curso de enfermería neurológica: Panorámica del paciente con ictus.

Tabla 42. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2010) (1/4)

Comunidad Autónoma	Especialista en neurología (excepto infantiles)			Especialista en neurología infantil		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Baleares (Islas)		1,6	11			
Canarias	1					
Castilla La Mancha	1					
Extremadura	8					
Murcia (Región de)	4		300			

Tabla 43. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2010) (2/4)

Comunidad Autónoma	Rehabilitador			Medicina de urgencias			Medicina de emergencias y 112			Medicina de AP		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Asturias (Principado de)				1		20				1		n.d.
Baleares (Islas)		1,6	7		1,6	19		1,6	10		1,6	53
Canarias	1											
Cantabria										1	1,2	36
Extremadura	1											
Galicia												106

Tabla 44. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2010) (3/4)

Comunidad Autónoma	Fisioterapeuta			Enfermería			Logopeda			Medicina especialista en pediatría		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Baleares (Islas)		1,6			1,6	35		1,6				
Canarias												
Cantabria											0	

Castilla y León			16		183						
Cataluña			1		35						
Galicia					65						
La Rioja			1								

Tabla 45. Tabla de actividades formativas acreditadas oficialmente (2010) (4/4)

Comunidad Autónoma	Equipos multidisciplinares			Otros profesionales		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Castilla y León	3		100			
Murcia (Región de)	4					
País Vasco	2	1,6	185			

Por otra parte, 7 sociedades del ámbito de la estrategia también han impulsado o realizado múltiples actividades en el mismo sentido. A continuación se relacionan las actividades realizadas:

Actividades formativas acreditadas llevadas a cabo por sociedades del ámbito de la estrategia (Año 2008):

- La **SEN** (Sociedad Española de Neurología) realizó 20 actividades con un total de 300 asistentes para especialistas en neurología (no infantil).
También realizó 2 actividades para profesionales de medicina en urgencias (con un total de 400 asistentes) y una actividad para profesionales de medicina en emergencias y 112 (con un total de 25 asistentes). También se identifican 6 actividades para enfermería (hasta sumar un total de 60 asistentes) y 30 para los equipos multidisciplinares (sumando 300 asistentes)
- La **SEMICYUC** (Sociedad Española de M. Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias) realizó 4 actividades formativas para profesionales de medicina en urgencias y con un total de 60 asistentes, y 5 actividades formativas para enfermería.
- La **SEDENE** (Sociedad Española de Enfermería Neurológica) realizó 2 actividades con un total de 100 profesionales de enfermería.
- La **SEEUE** (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias) realizó una actividad formativa para enfermería (otorgándose 4 créditos a los asistentes por la misma)

Actividades formativas acreditadas llevadas a cabo por entidades del ámbito de la estrategia (Año 2009):

- La **SEN** (Sociedad Española de Neurología) realizó 20 actividades formativas para un conjunto de 300 asistentes en total (especialistas en neurología).

También describe la realización de una actividad para profesionales de medicina en urgencias (20 asistentes), 5 actividades para un total de 50 profesionales de enfermería y 30 actividades formativas para equipos multidisciplinares (300 asistentes).

- La **SEMICYUC** (Sociedad Española de M. Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias) realizó 4 actividades formativas para profesionales de medicina en urgencias (80 asistentes).
- La **SEDENE** (Sociedad Española de Enfermería Neurológica) realizó 2 actividades formativas para profesionales de enfermería (contando con 150 asistentes).
- La **SEEUE** (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias) realizó 2 actividades para profesionales de enfermería (y suponiendo 10 créditos el curso).

Actividades formativas acreditadas llevadas a cabo por entidades del ámbito de la estrategia (Año 2010):

- La **SEN** (Sociedad Española de Neurología) realizó 20 actividades formativas para un conjunto de 300 asistentes en total (especialistas en neurología).

También se identifica la realización de una actividad formativa para 15 profesionales de medicina en urgencias, así como otra para 25 profesionales de medicina en emergencias y 112. Finalmente se describen 30 actividades formativas para equipos multidisciplinares (300 asistentes).

- **SEMERGEM** (S.E. de Médicos de Atención Primaria) realizó 2 actividades para profesionales de medicina en AP, para un total de 500 asistentes.
- La **SEMICYUC** (Sociedad Española de M. Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias) realizó 4 actividades formativas para profesionales de medicina en urgencias
- La **SEDENE** (Sociedad Española de Enfermería Neurológica) identifica haber realizado 2 actividades formativas para un total de 120 profesionales en enfermería.

- La **SEEUE** (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias) explicita haber realizado 2 actividades formativas para profesionales de enfermería (10 créditos).

Conclusión Objetivo específico 5.1: Prácticamente conseguido

Recomendación: Mantener objetivo

4.5 Línea estratégica 5. Investigación

4.5.1 Objetivo general 6: Potenciar la investigación en el ictus.

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

Objetivos	Grado de consecución
Objetivo General 6. Potenciar la investigación en el ictus.	
6.1. El MSC y las CC.AA., promoverán, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en ictus.	Iniciado
6.2. Las CC.AA., y el MSC, pondrán en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en ictus	Iniciado

Objetivo específico 6.1. El MSC y las CC.AA., promoverán, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en ictus.

Tabla 46. Existencia de convocatorias sobre ictus en la CC.AA	
Comunidad Autónoma	Existencia de convocatorias específicas sobre ictus
Andalucía	No
Aragón	Sí
Asturias (Principado de)	No
Baleares (Islas)	No
Canarias	No
Cantabria	No
Castilla y León	Sí
Castilla La Mancha	Sí
Cataluña	No
Comunidad Valenciana	Sí
Extremadura	No
Galicia	Sí
Madrid (Comunidad de)	No
Murcia (Región de)	Sí
Navarra (Comunidad Foral de)	No
País Vasco	Sí
La Rioja	No
Ceuta y Melilla (Ingesa)	n.d.
Total nacional	7

Fuente: Elaboración propia

Si bien solamente en 7 CC.AA. se ha recogido la existencia de convocatorias de proyectos de investigación en líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en ictus, en 10 CC.AA. se han realizado proyectos sobre ictus financiados por la CC.AA. Como se puede observar, la no existencia de convocatorias específicas en relación al ictus no es impedimento para el impulso de proyectos de investigación por parte de las CC.AA.

Tabla 47. Proyectos de investigación financiados por la CC.AA. sobre ictus				
Comunidad Autónoma	Número de proyectos de investigación financiados por fondos públicos			
	2008	2009	2010	2011
Andalucía	15*			
Aragón		1		1
Baleares (Islas)	1			
Cantabria		1		
Castilla La Mancha		3		
Castilla y León	3	3	3	
Comunidad Valenciana				2
Galicia	17*			
Murcia (Región de)		1		
País Vasco			1	

Fuente: Elaboración propia

*:Años concretos no especificados

En relación a las tablas anteriores hay que destacar:

- En **Andalucía**, aun no existiendo convocatorias específicas se identifican:
 - 15 proyectos financiados con fondos públicos en la Comunidad.
- En **Aragón** se han financiado públicamente los trabajos de audit de la atención al ictus agudo en los hospitales de Aragón (2008 y 2010). Se trató de audits retrospectivos de control de calidad de la asistencia y recursos (y empleando las historias clínicas como fuente de datos).
- En **Cantabria**, aún no existiendo convocatorias específicas en Ictus, durante el año 2009 se financió por parte del IFIMAV un proyecto de investigación relacionado con el tratamiento en fase aguda del ictus isquémico.
- En **Galicia** no se puede hablar de una convocatoria específicamente de Ictus pero sí considerando la convocatoria Sectorial de Biomedicina y Ciencias de la Salud que establece como una de las líneas prioritarias la neurociencia:
 - 17 proyectos de investigación públicos en la Comunidad.
- En la **Comunidad Valenciana** existen un proyecto en curso con financiación pública a través de una beca del Instituto de Investigación La Fe para el estudio de la hemorragia subaracnoidea.

- En **Navarra**, no existiendo convocatorias específicas en Ictus, durante el año 2009 se financió por parte del FIS y del Gobierno de Navarra un proyecto de investigación relacionado con la discapacidad en el ictus isquémico.

Igualmente, se dispone del detalle de los proyectos realizados en algunas de las CC.AA:

- **En Andalucía** se han detallado los siguientes proyectos:
 - Estudio MITICO: En el Hospital Reina Sofía
 - Estudio GRECOS: En el Hospital Virgen de las Nieves
 - Prevención del hombro doloroso en pacientes con hemiplejias en el ictus. AnjaHorsprung Estudio TIM: En el Hospital Virgen Macarena
 - Estudio del período agudo de los pacientes con ataque cerebrotvascular (ACV) isquémico. Análisis de pacientes consecutivos dentro del registro ACV de Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (financiación pública CS): En el Hospital Virgen del Rocío.
 - Estudio de la excitabilidad cortical mediante estimulación magnética transcraneal en sujetos con estenosis moderada-grave de la arteria carótida interna (financiación pública CS): En el Hospital Virgen del Rocío.
 - Seguridad y eficacia de la inyección intraarterial de células madres autólogas de médula ósea en el ictus isquémico agudo (financiación pública CS) En el Hospital Virgen del Rocío.
 - Implantación y desarrollo del Plan Andaluz de Ataque Cerebral (PROYECTO PLACA) (financiación pública Oficina Española de Ciencia y tecnología en Bruselas (SOST). Fondo Social Europeo. Fondos FEDER) En el Hospital Virgen del Rocío.
 - PAI CTS 602 (Financiación pública Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa) En el Hospital Virgen del Rocío.
 - Ictus en la mujer. Una enfermedad singular: análisis multivariable de pacientes atendidos en urgencias del H.U. Virgen del Rocío con ataque cerebrovascular (financiación pública CS) En el Hospital Virgen del Rocío.
 - Ayuda complementaria para la preparación del proyecto europeo Eubridge (financiación pública Ministerio de Ciencia e Innovación) En el Hospital Virgen del Rocío.
- **Islas Baleares** se han detallado los siguientes proyectos de investigación:
 - Prevalencia de Foramen oval permeable en pacientes con ictus isquémico y Síndrome de apnea hipoapnea del sueño.. Dicho

proyecto se aprobó en el año 2008 con un presupuesto total de 3.000,00€. Fue financiado por la Fundación Mateu Orfila, Dirección Gral.de Evaluación y Acreditación de la Conselleria de Salut.

- En **Castilla La Mancha** se detallan los siguientes proyectos de investigación:
 - Búsqueda de biomarcadores pronósticos y diagnósticos en células endoteliales circulantes de pacientes con infarto cerebral y con infarto agudo de miocardio mediante análisis proteómico Se aprobó en el año 2009, con un presupuesto total de 20.230,00 € y financiación pública por el Hospital Nacional de Parapléjicos.
 - Determinación del perfil de aminoácidos en plasma durante la fase aguda del Ictus. Se aprobó en el año 2009, con un presupuesto total de 14.642,95 €, y fue financiado por el Hospital General de Albacete.
 - Valoración mediante RMN difusión-perfusión de los eventos embólicos durante el Stenting Carotídeo mediante flujo reverso transcervical. Se aprobó en el año 2009, con un presupuesto total de 1.190,00 €, y fue financiado por el Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

- En **Castilla y León** se explicitan los siguientes proyectos de investigación:
 - Cambios en el Flujo Cerebral y Valoración del efecto Neuroprotector de la Estimulación Eléctrica de la Médula Cervical en la Isquemia Cerebral Global Transitoria. Estudio Experimental. Se aprobó en el año 2008, con un presupuesto total del 8.070,00€, y fue financiado por la Gerencia Regional de Salud. El objetivo específico al que hace referencia es el 6.1
 - Ciclo Celular y Muerte Neuronal en Isquemia Cerebral: Búsqueda de Biomarcadores del estado Funcional de pacientes con Ictus.. Se aprobó en el año 2008, con un presupuesto total de 94.000,00 €, y fue financiado por la Gerencia Regional de Salud. El objetivo específico al que hace referencia es el 6.1
 - Evaluación de los Recursos del Proceso Asistencial Ictus Agudo en el Servicio de Urgencias. Análisis de la Eficacia de las Intervenciones Educativas. Se aprobó en el año 2008, con un presupuesto total de 19.300,00€, y fue financiado por la Gerencia Regional de Salud. El objetivo específico al que hace referencia es el 2.6.
 - Estudio y Aplicación de técnicas avanzadas en Resonancia Magnética por tensor de Difusión Aplicadas a Patología Tumoral Cerebral e Infarto Cerebral.. Se aprobó en el año 2009, con un presupuesto total de 30.000,00€, y fue financiado por la Gerencia

Regional de Salud. El objetivo específico al que hace referencia es el 2.7

- Actividad Física, forma física y patrón dietético y su relación con el perfil Circadiano de Presión Arterial Periférica, Presión Arterial Central y Disfunción Endotelial en Población General. Se aprobó en el año 2009, con un presupuesto total de 17.400,00€, y fue financiado por la Gerencia Regional de Salud. El objetivo específico al que hace referencia es el 1.4
 - Función de las Proteínas que regulan el Ciclo Celular en la Isquemia Cerebral .Relevancia para el Ictus. Se aprobó en el año 2009, con un presupuesto total de 26.650,00€, y fue financiado por la Gerencia Regional de Salud. El objetivo específico al que hace referencia es el 6.1
 - Eficacia y Seguridad del Tratamiento Trombolítico a distancia del Infarto Cerebral Agudo mediante una Red de Teleictus en Castilla y León. Se aprobó en el año 2010, con un presupuesto total de 6.000,00 € y fue financiado por la Gerencia Regional de Salud. El objetivo específico al que hace referencia es el 2.1
 - Evaluación del Cumplimiento Terapéutico como Estrategia de reducción del gasto Sanitario en pacientes con Isquemia Cerebral Aguda. Se aprobó en el año 2010, con un presupuesto total de 7.000,00 € y fue financiado por la Consejería de Sanidad. El objetivo específico al que hace referencia es el 1.7
 - Adherencia al tratamiento Antiagregante y resistencia a las Aspinina en Pacientes con Isquemia Cerebral Aguda. Se aprobó en el año 2010, con un presupuesto total de 3.000,00 € y fue financiado por la Gerencia Regional de Salud. El objetivo específico al que hace referencia es el 1.7
- En la **Comunidad Valenciana** se explicitan los siguientes proyectos de investigación:
 - Estudio de la Hemorragia Subaracnoidea. El año de aprobación fue el 2008 y fue financiado por Instituto de Investigación LA FE.
 - En la **Región de Murcia** se explicita el siguiente proyecto de investigación:
 - Registro de Código Ictus. Se aprobó en el año 2009, con un presupuesto total del 3.000,00€. Fue financiado por Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (Servicio Murciano de Salud).
 - En el **País Vasco** se explicita el siguiente proyecto de investigación:
 - Resultados del tratamiento rehabilitador en el paciente con ictus. Repercusión de la discapacidad en su calidad de vida y en su
-

cuidador. Se aprobó en el año 2010, con un presupuesto total de 36.400,00€ y fue financiado por Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

A través de las convocatorias del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS), se han financiado en el periodo 2008/2011, un total de 48 proyectos relacionados con ictus por un total de 5.241.490 euros, repartidos del modo siguiente:

- Año 2008: 9 proyectos; 996.133 €
- Año 2009: 12 proyectos; 1.437.843 €
- Año 2010: 10 proyectos; 1.136.311 €
- Año 2011: 17 proyectos; 1.671.204 €

Conclusión Objetivo específico 6.1: Iniciado

Recomendación: Mantener objetivo

Objetivo específico 6.2. Las CC.AA., y el MSSSI, pondrán en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en ictus.

8 CC.AA. han puesto en marcha medidas que potencian la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en ictus.

Tabla 48. Inclusión del objetivo 6.2. en el plan de salud general o específico de atención al ictus o en algún otro documento relacionado

Comunidad Autónoma	Inclusión del objetivo
Andalucía	No
Aragón	No
Asturias (Principado de)	No
Baleares (Islas)	Sí
Canarias	Sí
Cantabria	No
Castilla y León	Sí
Castilla La Mancha	No
Cataluña	Sí
Comunidad Valenciana	Sí
Extremadura	No
Galicia	No
Madrid (Comunidad de)	Sí
Murcia (Región de)	Sí
Navarra (Comunidad Foral de)	No
País Vasco	Sí
La Rioja	No
Ceuta y Melilla (Ingesa)	n.d.
Total nacional	8

Fuente: Elaboración propia

Igualmente, en relación al objetivo de este apartado y por parte de las entidades, se ha podido identificar el impulso de determinados proyectos sobre ictus por: la Sociedad Española de Hipertensión Arterial, la Sociedad Española de Neurología, y la Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación.

Conclusión Objetivo específico 6.2: Iniciado

Recomendación: Mantener objetivo

5 Actividades realizadas para la difusión e implementación de la estrategia

A continuación se describe la existencia de los planes generales y específicos sobre Ictus de las distintas CC.AA. así como las actividades realizadas de difusión de la Estrategia en Ictus del SNS:

Tabla 49. Disponibilidad de planes generales o específicos sobre Ictus		
Comunidad Autónoma	La Comunidad Autónoma dispone de un plan general de salud que contemple la atención a pacientes con Ictus	La Comunidad Autónoma dispone de un Plan Específico de Ictus
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	No	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	En elaboración
Canarias	Sí	En elaboración
Cantabria	No	Sí
Castilla y León	Sí	No
Castilla La Mancha	No	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	En elaboración	En elaboración
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	No
Ceuta y Melilla (Ingesa)		
Total nacional	13	11

Fuente: Elaboración propia.

Comunidades Autónomas

Las actividades realizadas desde Noviembre del 2008 hasta Junio de 2011 para la difusión de la Estrategia en Ictus del SNS por parte de diferentes Comunidades Autónomas son las siguientes:

- En **Andalucía**, se han realizado las siguientes jornadas de presentación:
 - Andalucía Occidental: Dirigida a directivos de los centros sanitarios de las provincias de Huelva, Cádiz, Córdoba y Sevilla. Día 26 de abril de 2011
 - Andalucía Oriental: Dirigida a directivos de los centros sanitarios de las provincias de Almería, Granada, Jaén y Málaga. Día 11 de mayo de 2011
 - Almería. Dirigida a responsables de la atención a pacientes con ictus de las especialidades implicadas y todos los niveles asistenciales. Día 27 de junio de 2011
 - Cádiz. Dirigida a responsables de la atención a pacientes con ictus de las especialidades implicadas y todos los niveles asistenciales. Día 15 de junio de 2011
 - Córdoba. Dirigida a responsables de la atención a pacientes con ictus de las especialidades implicadas y todos los niveles asistenciales. Día 22 de junio de 2011
 - Granada. Dirigida a responsables de la atención a pacientes con ictus de las especialidades implicadas y todos los niveles asistenciales. Día 14 de junio de 2011
 - Huelva. Dirigida a responsables de la atención a pacientes con ictus de las especialidades implicadas y todos los niveles asistenciales. Día 20 de junio de 2011
 - Jaén. Dirigida a responsables de la atención a pacientes con ictus de las especialidades implicadas y todos los niveles asistenciales. Día 1 de junio de 2011
 - Málaga. Dirigida a responsables de la atención a pacientes con ictus de las especialidades implicadas y todos los niveles asistenciales. Día 18 de octubre de 2011
 - Sevilla. Dirigida a responsables de la atención a pacientes con ictus de las especialidades implicadas y todos los niveles asistenciales. Día 13 de junio de 2011
- **Extremadura** ha realizado los siguientes cursos y jornadas con una participación de unos 260 asistentes.
 - Curso de “Estrategias frente al ictus” en Extremadura iniciado el 28 de Noviembre de 2009.
 - Curso “Estrategias frente al ictus” en Extremadura (Modulo 1) iniciado 30 de Noviembre de 2009.
 - Curso “Estrategias frente al ictus” en Extremadura (Modulo 2) realizado el 20 de Febrero y el 22 de Febrero de 2010.

- Curso “Estrategias frente al ictus” en Extremadura (Modulo 3) realizado el 16 y el 17 de Abril de 2010.
 - Curso de “Estrategias frente al ictus” en Extremadura (Modulo 4) del 17 de Mayo de 2010.
 - Curso sobre el “Plan integral de asistencia al ictus” (PASI) del 30 de Marzo de 2011.
 - Una jornada con fecha del 8 de Enero de 2008.
- En **Aragón** se han realizado las siguientes jornadas:
 - Jornada “Día Nacional del ictus” del 22 de Octubre de 2008, con una asistencia de 60 personas.
 - Jornada “Día Nacional del ictus” del 22 de Octubre de 2009, con una asistencia de 50 personas.
 - Jornada “Día Nacional del ictus” del 20 de Octubre de 2010, con una asistencia de 50 personas.
 - Jornada “Participación y Seguridad del Paciente” del 20 de Abril de 2011, con una asistencia de 100 personas.
- **Islas Baleares** ha realizado una Jornada de presentación de la Estrategia de Ictus de las Islas Baleares el 21 de Marzo de 2011 con una asistencia de 80 personas.
- En **Castilla y León** se realizaron las siguientes jornadas:
 - Primeras Jornadas sobre “La Organización de La Atención Urgente al ICTUS en Castilla y León” iniciadas el 29 de Octubre de 2009, con una asistencia de 450 personas.
 - “Jornadas Claves para mejorar la Atención del Ictus en la fase Pre hospitalaria en Castilla y León” iniciadas el 2 de Diciembre de 2010.
- En el caso de **Comunidad de Madrid** se identifica la implicación en las siguientes actividades
 - Asistencia a la Jornada PASI “La conquista del Ictus” realizada en Extremadura el 30 de Marzo de 2011.
 - Asistencia a la Jornada PASI del 14 de Abril de 2011 realizada en Lérida.
 - Asistencia a la Jornada PASI del 15 de Junio de 2011 realizada en La Rioja.
- En la **Región de Murcia** se realizó una jornada de difusión del Código Ictus fechado el 1 de Marzo de 2010.
- En **La Rioja**, las actividades realizadas desde noviembre del 2008 hasta junio 2011 para la difusión de la Estrategia en Ictus del SNS por parte de diferentes Comunidades Autónomas son las siguientes:
 - Realización y asistencia de Jornada PASI en Logroño, 15 y 16 de junio de 2011.

- Realización/participación en el curso de enfermería neurológica (panorámica del paciente con ictus), llevado a cabo los días 15 y 16 de noviembre del 2010.
- En la **Comunidad Valenciana** se realizaron las siguientes jornadas:
 - Jornada de “Atención al ictus en fase aguda” del 11 de Diciembre de 2009.
 - Jornada de “Atención al ictus en fase aguda” del inicio 16 de Diciembre de 2009.
 - Jornada de “Atención al ictus en fase aguda” del 18 de Diciembre de 2009, no se disponen de datos sobre el número de asistentes.
 - “Il Jornada de Atención al Ictus” del 22 de Marzo y del 1 de Abril de 2011.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Las actividades realizadas desde Noviembre del 2008 hasta Junio de 2011 para la difusión e implementación de la Estrategia en Ictus del SNS son las siguientes:

- **Jornada de presentación** de la Estrategia en Ictus del SNS: 17 de marzo de 2009
- **Fondos a entidades sin ánimos de lucro** de ámbito nacional: En 2009 se financió a la Asociación Colaboración Cochrane Iberoamericana la “Elaboración de materiales para los pacientes a partir de la guía de práctica clínica sobre prevención primaria y secundaria de ictus” por 20.000 euros.
- **Fondos de Cohesión:** mediante fondos de cohesión se han financiado a las CC.AA la realización de proyectos para la implantación de la estrategia en Ictus. El nº de proyectos financiados y su importe son:
 - 2008: 7 proyectos por un importe de 413,803 euros
 - 2009: 11 proyectos por un importe de 625.436,4 euros
 - 2010: 13 proyectos por un importe de 464.499 euros
 - 2011: 14 proyectos por un importe de 620.279 euros
 - En **Total** han sido 45 proyectos por un importe de 2.124.017,40
- **Guías de práctica clínica:** A través del proyecto guía-salud, se han financiado y realizado las siguientes guías de práctica **clínica:**
 - **GPC sobre la prevención primaria y secundaria del Ictus**
 - **GPC para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria.**

6 Conclusiones

Se puede afirmar que, en su conjunto, la Estrategia de Ictus del SNS se encuentra activa y en desarrollo en todas las CC.AA.

Si bien el nivel de desarrollo comparado entre unas y otras CC.AA. muestra una diversidad de niveles de avance, se trata de una estrategia que progresa en todos sus objetivos, como se documenta en la tabla resumen siguiente.

El grado de consecución de los objetivos incluidos en la Estrategia se puede resumir de la siguiente forma:

Tabla 50. Objetivos de la Estrategia en ICTUS del SNS - Resumen -		
Línea Estratégica	Objetivos	Grado de consecución
1. Promoción y prevención de la salud: Prevención primaria y secundaria	Objetivo General 1. Reducir la incidencia del Ictus	
	1.1. Detectar precozmente, incluir en programas de seguimiento y controlar a los pacientes de riesgo (hipertensos, diabéticos y dislipémicos).	Iniciado
	1.2. Invertir la tendencia actual de crecimiento de la prevalencia de obesidad en la población.	No disponemos de datos
	1.3. Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta (> 15 años) en España (o cualquier Comunidad Autónoma) hasta el 28% (hombres 35% y mujeres 25%).	Parcialmente Conseguido al inicio de la estrategia
	1.4. Aumentar el porcentaje de población que realiza actividad física.	No datos
	1.5. Los pacientes con cardiopatías embolígenas de alto riesgo recibirán tratamiento anticoagulante o antiagregante.	Iniciado
	1.6. Los pacientes con ictus y AIT (Accidente Isquémico Transitorio) deben mantener el control de los factores de riesgo y recibir tratamiento médico preventivo.	Iniciado
	1.7. Las CC.AA. pondrán en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes que mantienen la adherencia al tratamiento a los 5 años de su inicio.	Iniciado
2. Atención en fase aguda al paciente con Ictus	Objetivo General 2. Disminuir la mortalidad al mes de producirse el ictus y aumentar la autonomía de los supervivientes.	
	2.1. Aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las 3 horas desde el inicio de síntomas asumiendo los criterios de Helsingborg.	Parcialmente conseguido
	2.2. Desarrollar campañas de información y actividades de formación dirigidas a grupos de riesgo identificados, para aumentar el conocimiento de la población en los síntomas alarma y pautas de actuación.	Iniciado

	2.3. Las CC.AA., dispondrán de una red asistencial de Unidades o Equipos de Ictus según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia.	Parcialmente conseguido
	2.4. El Código Ictus estará implantado en todo el territorio de la Comunidad Autónoma, de modo que todo contacto personal o telefónico de un paciente o familiar con cualquier centro de salud, urgencias, emergencias u hospital que no sea de referencia, active la derivación inmediata a las unidades y equipos de referencia.	Parcialmente conseguido
	2.5. Las zonas básicas dispondrán de un Equipo o Unidad de Ictus de referencia en una isócrona que permita el acceso en 60 minutos por el medio establecido en su plan o programa.	Parcialmente conseguido
	2.6. Todo hospital de referencia debe tener implantado el Código Ictus (según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia) para la atención prioritaria de todos los pacientes con ictus, independientemente de su forma de llegada.	Parcialmente conseguido
	2.7. Todo hospital que atienda ictus y AIT tendrá implantada una vía clínica, protocolo o proceso asistencial de atención al ictus (ver aclaraciones)	Iniciado
	2.8. Las CC.AA., promoverán pautas de actuación para la atención del ictus pediátrico.	Iniciado
	Objetivo General 3. Aumentar el porcentaje de pacientes con ictus que son integrados plenamente en su vida personal y social.	
	3.1. Todo paciente con ictus dispondrá desde el inicio del proceso de un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad/déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros.	Prácticamente conseguido
	3.2. Todo paciente con ictus al alta de su plan de rehabilitación, recibirá una evaluación funcional como apoyo en su integración en la esfera social y/o laboral.	Iniciado
	3.3. El paciente y la familia recibirá en el hospital la adecuada formación e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio.	Parcialmente conseguido
	3.4. Las CC.AA., establecerán los mecanismos necesarios para que el informe al alta sea accesible de forma inmediata por los equipos de AP.	Iniciado
	3.5. Las CC.AA., dispondrán de un mapa de recursos sobre los distintos ámbitos de rehabilitación.	Prácticamente conseguido
	Objetivo General 4. Prestar atención y apoyo al paciente con discapacidad y a su familia	
	4.1. Los equipos de AP realizarán una valoración integral de los pacientes dados de alta y de sus cuidadores.	Iniciado
	4.2. Desarrollar intervenciones en AP, dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus.	Iniciado
	4.3. Establecer en las CC.AA., un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores.	Iniciado
4. Formación	Objetivo General 5. Potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con ictus.	

	5.1 Disponer en las CC.AA., de un Plan de Formación Continuada para todos los profesionales de AP de los centros de urgencias y de emergencia y de los Equipos o Unidades de Ictus, que garantice la pronta y correcta identificación, traslado y atención de los pacientes con ictus.	Prácticamente conseguido
5. Investigación	Objetivo General 6. Potenciar la investigación en el ictus.	
	6.1. El MSC y las CC.AA., promoverán, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en ictus.	Iniciado
	6.2. Las CC.AA., y el MSC, pondrán en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en ictus	Iniciado

Fuente: Elaboración propia

7 Anexos

7.1 Anexo 1: Inclusión de los objetivos de la estrategia en Ictus en los Planes Generales de Salud de las CC.AA, en los Planes Específicos y/o en otros documentos relacionados

Tabla 51. Detalle de los objetivos de la estrategia en Ictus incluidos en PG, PE u OD

Objetivo	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla La Mancha	Cataluña
1.1.	PG	PE	PG/PE	PG/PE	PG	OD	PG/OD	OD	PG/PE
1.2.	PG/OD	PE	PG/PE	PE/OD	PG	OD	PG	DO	PG
1.3.	PG/PE/OD	PE	PG/PE	PG/PE/OD	PG	OD	PG		PG
1.4.	PG/OD	PE	PG/PE	PG/PE/OD	PG	OD	PG		PG
1.5.	PE/OD	PE	PG/PE	PE/OD	PG	OD	PG		OD
1.6.	PE	PE	PE	PE/OD	PG/PE	OD	PG		PG/PE
1.7.				PAG/PE	PG		OD		
2.1.	PE/OD	PE	PE	PG/PE	PE	OD	PG	OD	PE
2.2.	PE/OD	PE	PE	PE	PE		PG		PE
2.3.	PE	PE	PE	PE	PG	OD	PG	OD	PE
2.4.	PE/OD	PE	PE	PE	PE	OD	PG	OD	PG/PE/OD
2.5.	PE	PE	PE	PE	PE/OD	OD	PG	OD	
2.6.	PE	PE	PE	PE	PE/OD	OD	PG	OD	PE
2.7.	PE/OD	PE	PE	PE	PE/OD	OD	PG	OD	PE
2.8.		PE/OD		PE					
3.1.	PA/OD	PE/OD	PE	PE	PE		PG/OD		PE/OD
3.2.	PE/OD		PE	PE	PE		PG/OD		PE
3.3.	PE	PE	PE	PE	PE		PG		PE
3.4.	PE/OD	OD	PE	PE	OD		PG		PE
3.5.	OD	OD	PG	PE	OD				OD
4.1.		OD	PE	PE	PG	OD	PG/OD		OD
4.2.		OD		PE	PG	OD	PG/OD		OD
4.3.		OD	PG/PE	PE/OD	OD		PG		OD
5.1.			PE	PG/PE	PE		OD		
6.1.				PE			OD		OD
6.2.				PE	OD		OD		OD

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el cuestionario de evaluación de la Estrategia.

PG: Plan General de Salud de la CA., PE: Plan Específico, OD: Otros documentos relacionados

Tabla 52. Detalle de los objetivos de la estrategia en Ictus incluidos en PG, PE u OD (cont.)

Objetivo	Valencia	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	La Rioja
1.1.	PG/PE	PG	PG	PG/OD	PE	PG	PG	PG
1.2.	PG/PE	PG/OD	PG	PG/OD	PE	PG	PG	PG
1.3.	PG	PG/OD	PG	PG/OD	PE	PG	PG	PG
1.4.	PG/PE	PG/OD	PG	PG/OD	PE	PG	PG	PG
1.5.	PE	PG/PE			PE	PG	OD	PG
1.6.	PE	PG/PE		PG/OD	PE	OD	OD	PG
1.7.	PE	PG	OD	PG/OD		OD		PG
2.1.	PE	PE		PG/PE/OD	PE	OD	OD	PG
2.2.	PG/PE	PE	PG	PG/OD	PE	OD		
2.3.	PE	PE		PG/PE/OD	PE	PG	OD	PG
2.4.	PE	PE	PG	PG/PE/OD	PE	PG	OD	PG
2.5.	PE	PE		PG/PA/OD		OD	OD	
2.6.	PE	PE	PG	PG/PE/OD	PE	PG/OD	OD	
2.7.	PE	PG	PG	PG/PE/OD	PE	OD	OD	PG
2.8.	PE							
3.1.	PE	PE	PG	PG/PA/OD	PE	OD	OD	
3.2.	PA	PE	PG		PE	OD	OD	PG
3.3.	PE	PE	PG	PG/PE/OD	PE	OD	OD	PG
3.4.	PE	OD	OD		PE	PG	OD	
3.5.	PE	PG	OD		PE	OD		
4.1.	PE		PG	PG	PE	PG	OD	
4.2.	PE		PG	PG	PE	PG/OD	OD	
4.3.	OD		PG	PG/OD	PE	OD	OD	PG
5.1.	PE		PG	PG/OD	PE	OD	OD	
6.1.	PE		PG	PG/OD	PE	OD	OD	
6.2.	OD			OD	PE		OD	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el cuestionario de evaluación de la Estrategia.

PG: Plan General de Salud de la CA., PE: Plan Específico, OD: Otros documentos relacionados

7.2 Índice de abreviaturas y acrónimos

AP: Atención Primaria

AE: Atención Especializada

AIT: Accidente Isquémico Transitorio

DM: Diabetes Mellitus

CA: Comunidad Autónoma

CC.AA.: Comunidades Autónomas

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

CSE: Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia

ECV: Enfermedad Cardio Vascular

EES: Encuesta Europea de Salud

FA: Fibrilación Auricular

HLP: Hiperlipemia

HTA: Hipertensión arterial

ICC: Insuficiencia cardiaca congestiva

INE: Instituto Nacional de Estadística

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

PPCECV: Programa de Prevención y Control de Enfermedad Cardio Vascular.

PASI: Plan de Atención Sanitaria al Ictus.

SNS: Sistema Nacional de Salud

SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

TAO: Tratamiento anticoagulante oral.