

I JORNADA CONJUNTA DE LAS ESTRATEGIAS DE SALUD CARDIOVASCULAR e ICTUS DE LAS ILLES BALEARS

Hospital Universitario Son Espases, viernes 8 de marzo de 2024

12:00-12:30

Actualización de las Estrategias de Salud Cardiovascular y de Ictus

Eusebi J. Castaño Riera. Jefe de Servicio Planificación Sanitaria
Dirección General de Prestaciones, Farmacia y Consumo de las Illes Balears



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B PRESTACIONS,
FARMÀCIA
I CONSUM

ESTRATÈGIES
DE SALUT ILLES BALEARS



<http://planificaciosanitaria.caib.es>

Conclusiones



Los documentos de Estrategias en Salud, y en particular los de las *estrategias de salud cardiovascular y de ictus*, son **documentos de recomendada lectura**, de consulta, de asesoramiento e información para gestores, profesionales, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, estudiantes de grado sanitarios e incluso para la población en general interesada en la materia.

Las **mejoras en los sistemas de información sanitaria** tienen que servir para dar el **salto cualitativo** en la implementación de las estrategias pasando de intuir y suponer las mejoras a contrastarlas con datos y **permitir evaluar los resultados en salud** de las acciones que se proponen en las mismas.

La **transversalidad de las estrategias en salud** tiene que potenciarse porque **comparten**, en muchas ocasiones, a la misma población diana, las mismas acciones y además precisan de la **coordinación, cooperación y multidisciplinariedad** de distintos servicios, distintos niveles asistenciales y distintas instituciones.

Es imprescindible que las CCAA trabajen en la **priorización** de las acciones recogidas en las estrategias.

Es necesario que se identifique una parte del **presupuesto dedicado a implementar nuevas acciones** propuestas desde las estrategias en salud

Las Estrategias en Salud del Sistema Nacional de Salud (SNS) surgen en el marco del Plan de Calidad del SNS entre los años 2005 y 2006.

Son competencia de la Subdirección General de Calidad Asistencial y se han diseñado como grandes ejes de actuación con un horizonte a medio y largo plazo, para **asegurar una atención sanitaria de calidad**, más personalizada, más centrada en las necesidades particulares del paciente y sus cuidadores, basadas en la evidencia científica disponible y que contribuyen a la excelencia clínica.

Las estrategias en salud tienen como objetivo promover la mejora de la calidad asistencial en el Sistema Nacional de Salud de **patologías de alta prevalencia o de gran impacto sanitario, social y económico**, o de determinados grupos de pacientes.

Son, por tanto, **instrumentos de planificación**, coordinación y mejora de la atención.

Prestan especial atención a la **organización y coordinación de la asistencia sanitaria**, la **equidad**, la **seguridad del paciente** y la **reducción de las desigualdades** en la prestación de dicha asistencia, en colaboración con otros organismos e instituciones implicadas.

Las estrategias en salud **NO** son guías de práctica clínica, ni protocolos, ni programas, ni vías clínicas, ni ayudas a la toma de decisiones clínicas, ni ...

Las estrategias en salud son instrumentos de planificación, coordinación y mejora de la atención que pretenden responder a dos preguntas clave:

¿podemos utilizar de forma **más eficiente** los recursos que estamos destinando a prestar los servicios que ofrecemos?

¿podemos reordenar el destino que hacemos de los recursos (*limitados*) que tenemos?



Traduir  Està vosté en:  > Àrees > Calidad Asistencial

Qui som
Auditories
Estratègies
Excellència clínica
Participació Internacional
Seguretat del Pacient
Xarxa d'Escoles de Salut per a la Ciutadania
Altres activitats

Calidad Asistencial

La Subdirección General de Calidad Asistencial asume las competencias relacionadas con el desarrollo y promoción de la mejora de la calidad asistencial y la excelencia clínica en el sistema Nacional de Salud dentro de la Dirección General de Salud Pública, como se especifica en el [Real Decreto 852/2021](#), de 5 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales .

Tiene como funciones:

- > Coordinar el desarrollo del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, en colaboración con otros organismos e instituciones implicadas.
- > Planificar, desarrollar y evaluar planes o estrategias de salud.
- > Promover la participación y empoderamiento de los pacientes y sus familias en la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud.
- > Establecer, desarrollar e implementar líneas estratégicas sobre excelencia clínica, generación y difusión del conocimiento y la implantación de buenas prácticas.
- > Establecer los requisitos, criterios o estándares de calidad y seguridad para la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como desarrollar el correspondiente procedimiento de evaluación, y auditoría.
- > Promover una asistencia sanitaria segura en todos los niveles y ámbitos del Sistema Nacional de Salud, fomentando la implantación de prácticas seguras, así como garantizando la identificación, registro, análisis y gestión de los riesgos y los daños asociados a la asistencia sanitaria, con una orientación hacia el aprendizaje y resolución de problemas, en colaboración con otros organismos e instituciones implicadas.
- > Promover el registro y difusión de buenas prácticas, identificadas y evaluadas respecto a elementos relevantes orientados a mejorar la calidad y la seguridad del paciente.



Eventos y jornadas



Traduir  Està vosté en:  > Àrees > Qualitat assistencial > Estrategias

Qui som

Auditories

Estratègies

Excellència clínica

Participació Internacional

Seguretat del Pacient

Xarxa d'Escoles de Salut per a la Ciutadania

Altres activitats

Estrategias

Las estrategias en salud se han diseñado como grandes ejes de actuación con un horizonte a medio y largo plazo, para asegurar una atención sanitaria de calidad, más personalizada, más centrada en las necesidades particulares del paciente y sus cuidadores, basadas en la evidencia científica disponible y que contribuyen a la excelencia clínica.

Las estrategias en salud tienen como objetivo promover la mejora de la calidad asistencial en el Sistema Nacional de Salud de determinados grupos de pacientes o de patologías de alta prevalencia o gran impacto sanitario, social y económico, con especial atención a la organización y coordinación de la asistencia sanitaria, la equidad, la seguridad del paciente y la reducción de las desigualdades en la prestación de la asistencia sanitaria, en colaboración con otros organismos e instituciones implicadas.



Estrategia de
Atención al parto
normal



Estrategia de Salud
mental



Estrategia de Salud
sexual y reproductiva



Estrategia en Cáncer



Estrategia en
Cuidados Paliativos



Estrategia en
Diabetes



Estrategia en
Enfermedades
neurodegenerativas



Estrategia en
Enfermedades raras



Estrategia en Ictus



Estrategia en Salud
cardiovascular

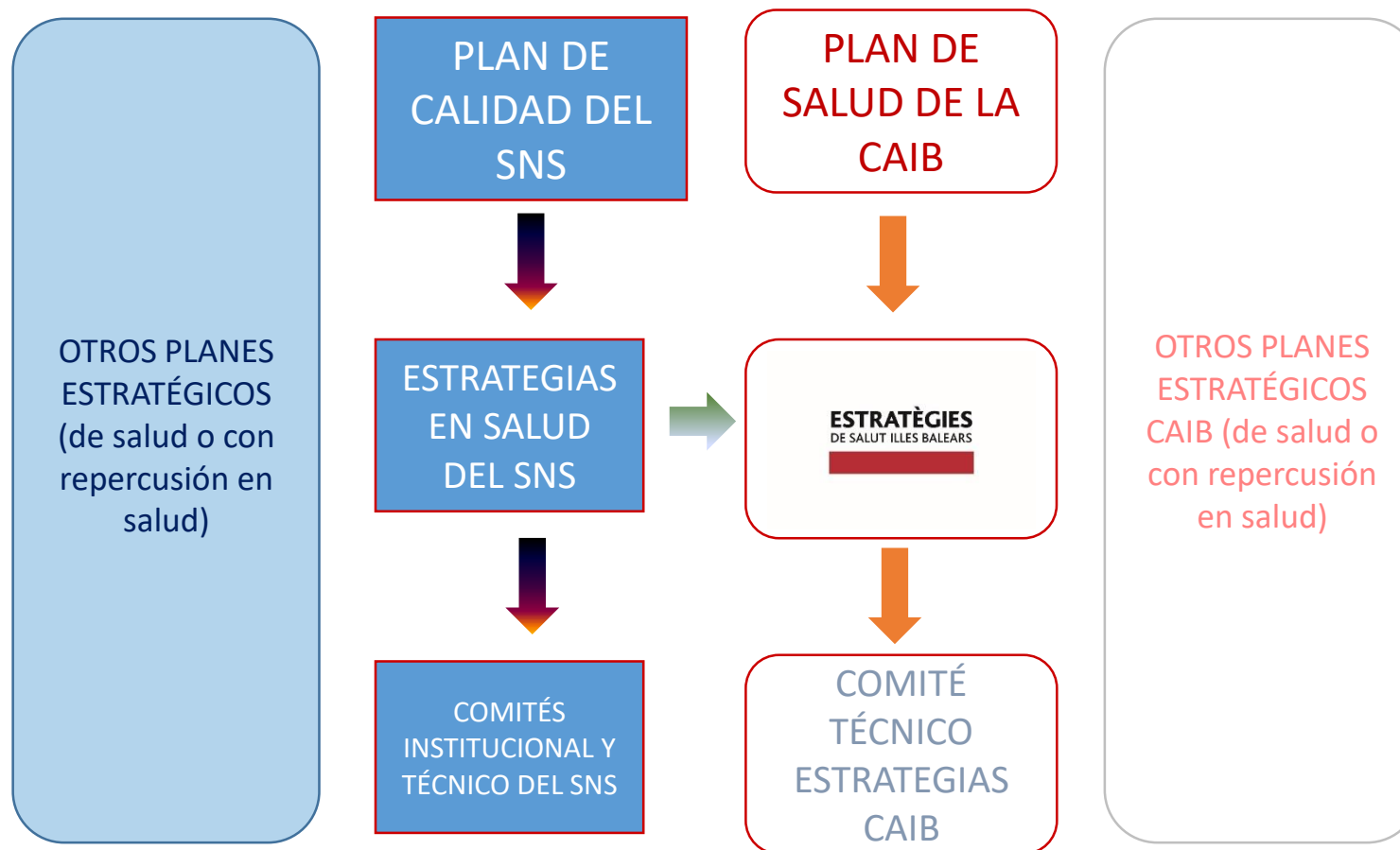


Estrategia para el
Abordaje de la
Cronicidad



Marco Estratégico
para la Atención
Primaria y
Comunitaria

Planificación estratégica sanitaria del SNS y su traslación a la CAIB

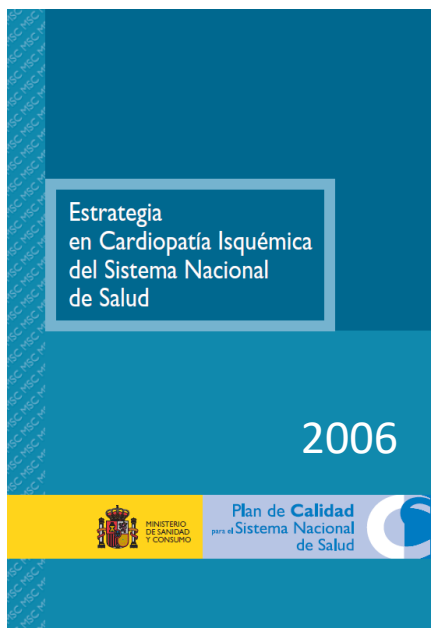




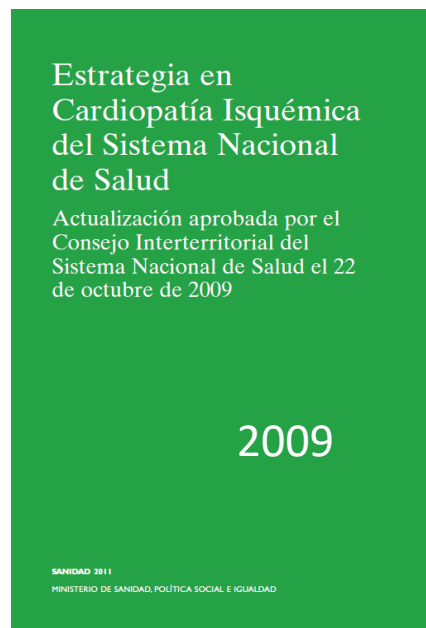
1. Diabetes (Isabel Socias)
2. ICTUS (Carmen Jiménez)
3. Cures Pal·liatives (Carmen Moreno)
4. MPOC (Borja Cosío)
5. Malaltia Renal Crònica (Joan Buades)
6. Malalties Minoritàries i Complexes (Teresa Bosch)
7. Malalties Reumàtiques i Musculoesquelètiques (Antoni Joan)
8. Cardiopatia Isquèmica vs Salut Cardiovascular (Vicente Peral)
9. Abordatge de la cronicitat (Estefanía Serratusell)
10. Salut Sexual i Salut Reproductiva (pendent designació)
11. Càncer (pendent designació)
12. Seguretat de Pacients (Marta Torres Juan)
13. Salut Mental (Oriol Lafau/Carme Bosch)
14. Malalties Neurodegeneratives (Ana Espino)
15. Promoció de la Salut i Prevenció (Elena Cabeza)
16. Pla Nacional Resistències Antibiòtics (Leonor Periañez, Antonio Oliver)



2004

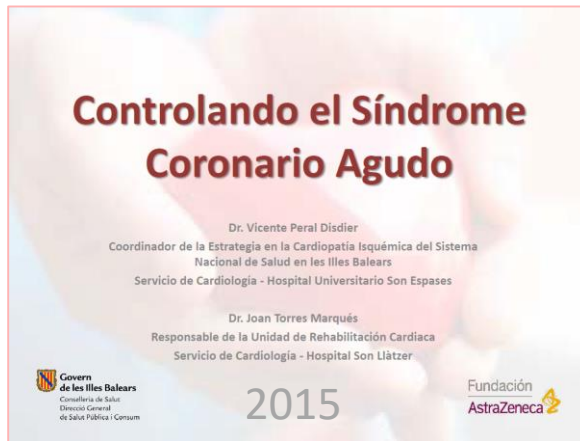


2006

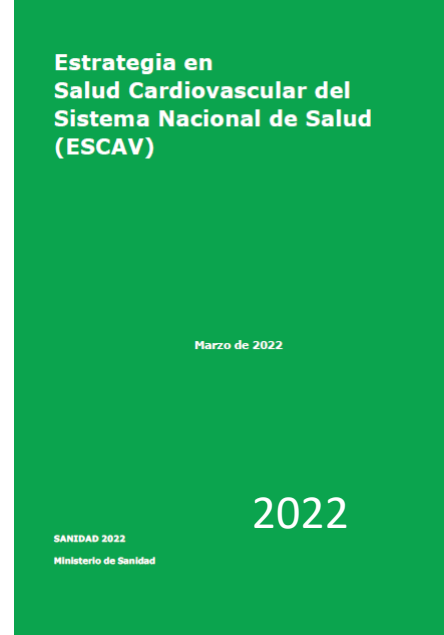


2009

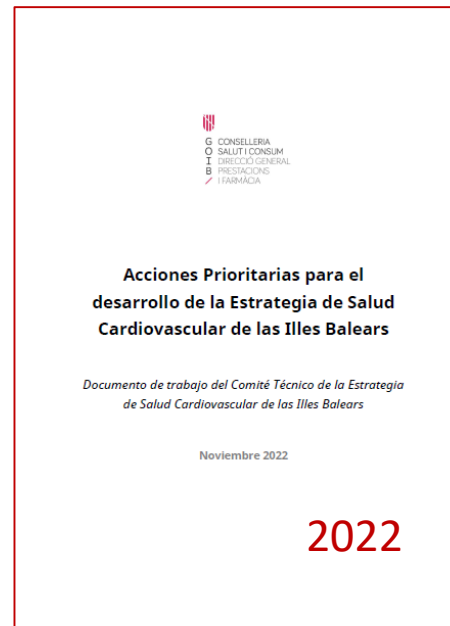
2015



2015



2022

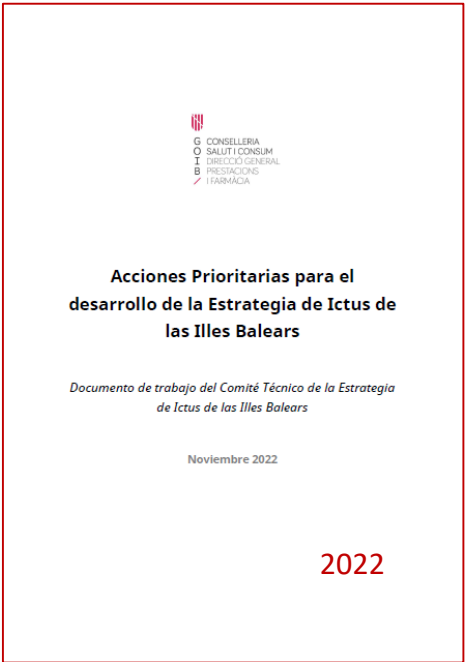
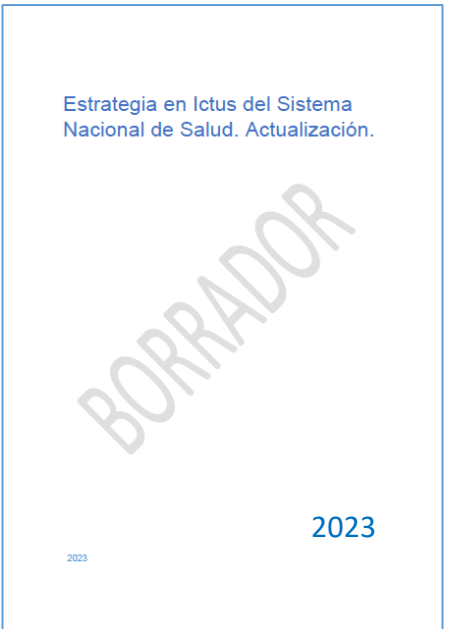
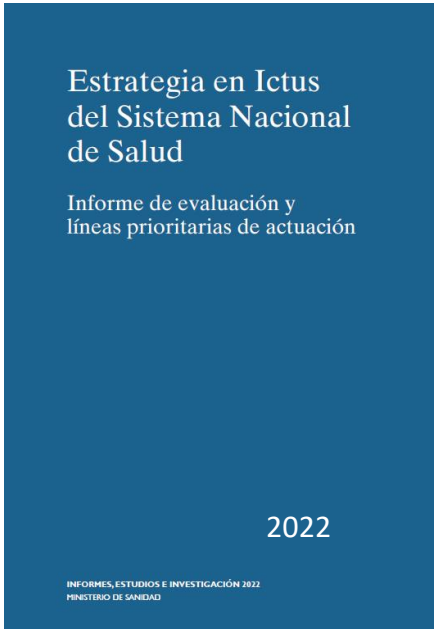
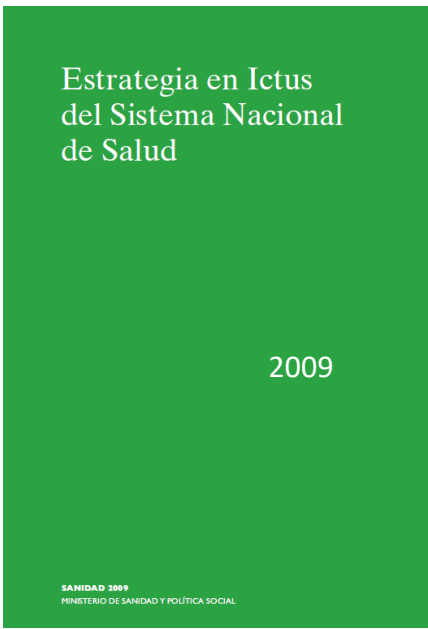


2022



2024





Enfermedades cardiovasculares (ECV) y sus factores de riesgo



Elevada prevalencia

Alto impacto en salud, calidad de vida y consecuencias económicas y sociales

Salud cardiovascular: **reto social y sanitario** de primer orden

ESCAV



Objetivo principal: mejorar el nivel de salud cardiovascular de la población española

CAMBIO de PARADIGMA

Estrategia enfocada en la salud cardiovascular **poblacional**

Conseguir el mayor nivel de salud posible en las personas

Disminuir la prevalencia, incidencia y complicaciones de las patologías relacionadas

Impulsar la adopción de medidas que hayan demostrado su efectividad, seguridad, eficiencia y sostenibilidad

Este enfoque propone abordar los múltiples retos que plantean la salud cardiovascular en la población desde una **visión integral**, comenzando con los aspectos que influyen en la salud, educación, capacitación y promoción de la salud de la ciudadanía, e incorporando aspectos clave en la sociedad actual como la investigación o la innovación tecnológica.

Figura 2. Puntos clave de la Estrategia en Salud Cardiovascular



Visión amplia e integradora de la salud CV



Orientada a la promoción y prevención de la salud CV



Desde la detección precoz a la rehabilitación



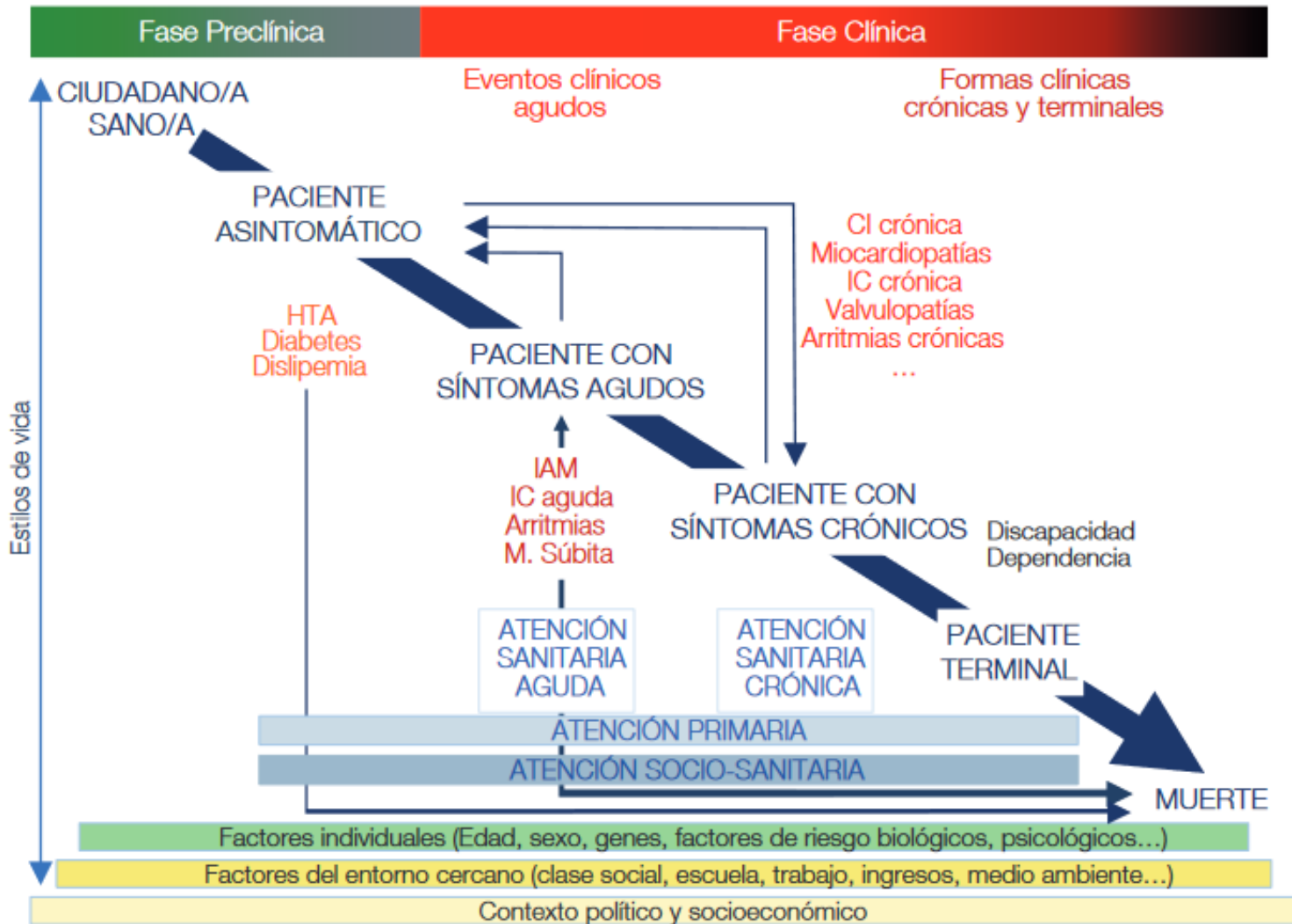
Atención integral, multidisciplinaria, coordinada y centrada en la persona



Perspectiva de equidad de género

Fuente: Ministerio de Sanidad.

Figura 1. Esquema de la visión de la salud cardiovascular y los entornos de actuación contemplados por la Estrategia en Salud Cardiovascular (ESCAV)



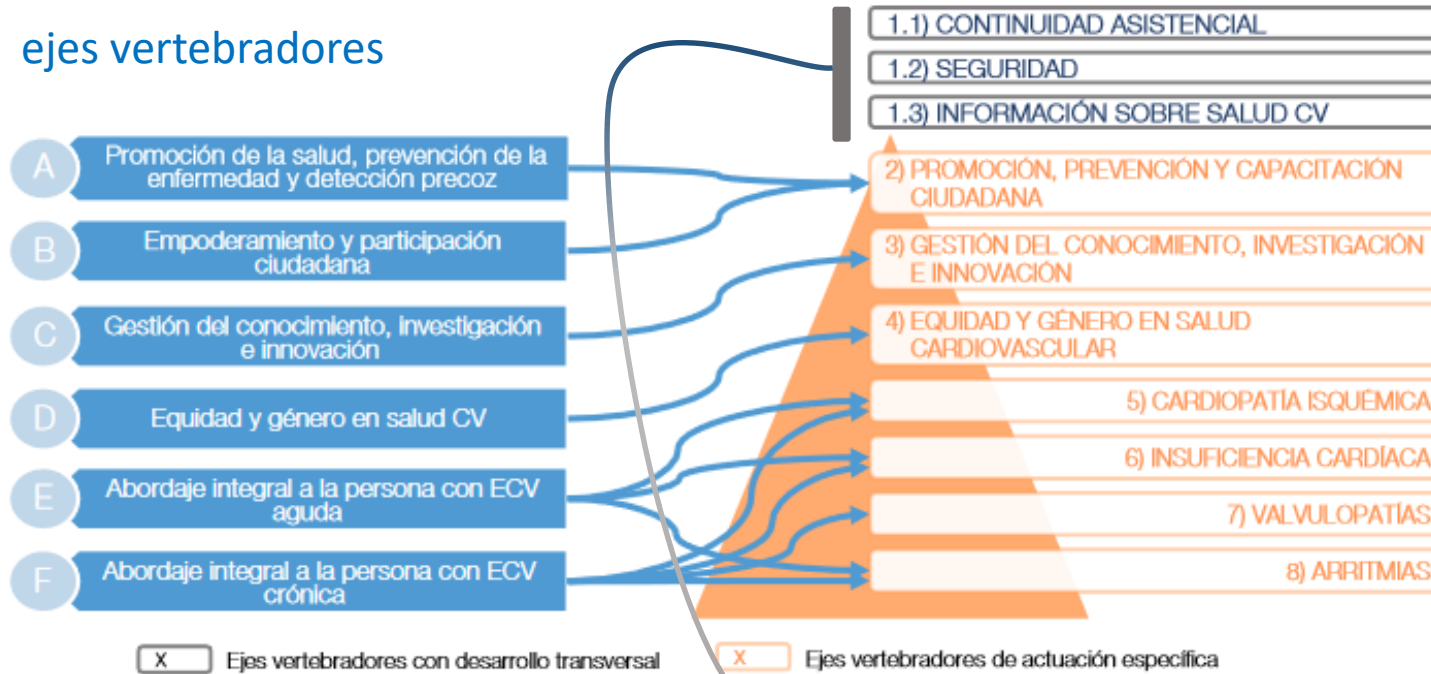
Fuente: Ministerio de Sanidad.

6 EJES VERTEBRADORES

- Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y detección precoz
- Empoderamiento y participación ciudadana
- Gestión del conocimiento, investigación e innovación
- Equidad y género en salud cardiovascular
- Abordaje integral a la persona con ECV aguda
- Abordaje integral a la persona con ECV crónica

Figura 9. Relación entre estrategias preexistentes y áreas de actuación identificadas

ejes vertebradores



Fuente: Ministerio de Sanidad.

Cada eje permite contemplar tanto un abordaje general de la salud cardiovascular como su aplicación a condiciones y patologías concretas que requieran actuaciones específicas, cuatro de las cuales han sido elegidas en esta estrategia por su prevalencia o impacto social:

LAS 4 PATOLOGÍAS ELEGIDAS

Cardiopatía isquémica
Insuficiencia cardíaca
Arritmias
Valvulopatías

A esa visión vertical por patologías se han añadido otras tres **transversales**

- Promoción, prevención y capacitación ciudadana
- Gestión del conocimiento, investigación e innovación
- Equidad y género en la salud cardiovascular

+3 VALORES que también tenían que estar presentes en todos los planteamientos:

- Seguridad del paciente
- Continuidad asistencial
- Impulso de los sistemas de información

Puntos críticos para la mejora de la salud cardiovascular

se seleccionaron **24 puntos críticos asociados a dichos ejes vertebradores**
se determinaron **3 puntos críticos vinculados a ejes transversales**.

se definieron:

32 objetivos generales de ESCAV, relacionados con los distintos puntos críticos

68 objetivos específicos para el abordaje de los diferentes aspectos asociados a cada punto crítico

136 acciones para la consecución de los objetivos planteados

Un Comité Técnico, formado por las principales sociedades científicas, asociaciones de pacientes y personas expertas en Salud Cardiovascular

Un Comité Institucional, formado por representantes de las 17 comunidades autónomas, así como por de las diferentes unidades ministeriales implicadas

El **MAPA ESTRATÉGICO** de la **ESCAV** contempla **17 áreas de resultados y 33 ámbitos de actuación:**

- 6 áreas de obtención de resultados finales, asociados al O.E. 1. Mejora de los resultados en salud, la equidad y la sostenibilidad del SNS.
- 11 áreas de obtención de resultados intermedios, asociados al O.E. 2. Mayor autonomía y capacitación de los agentes implicados.
- 19 ámbitos de actuación en materia de proceso/organización, asociados al O.E. 3. Mejora de procesos sociales y profesionales sobre estilos de vida saludables y de la atención a la persona con ECV.
- 14 ámbitos de actuación en materia de conocimiento y recursos, asociados al O.E. 4. Disponibilidad de formación, recursos, investigación, innovación y gestión del conocimiento.

La ESCAV cuenta **ADEMÁS** con **7 mapas estratégicos** individuales **relativos a los ejes transversales de actuación específica**, esto es:

- Promoción, prevención y capacitación ciudadana
- Gestión del conocimiento, investigación e innovación
- Equidad y género en salud cardiovascular
- Cardiopatía isquémica
- Insuficiencia cardíaca
- Valvulopatías
- Arritmias

Figura 24. Mapa estratégico de la ESCAV-Detalle de acciones

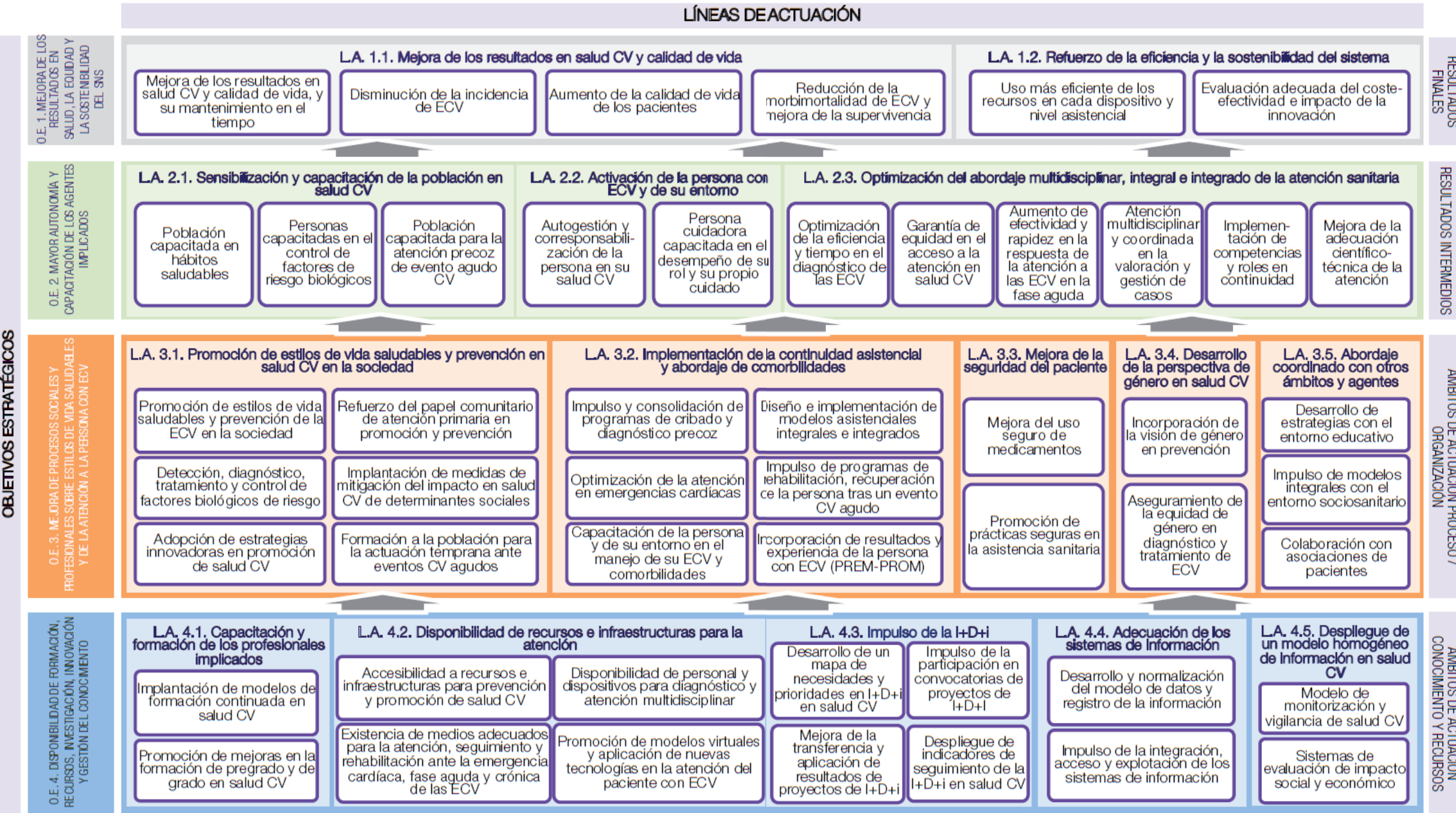


Figura 26. Mapa estratégico específico del eje Gestión del conocimiento, investigación e innovación

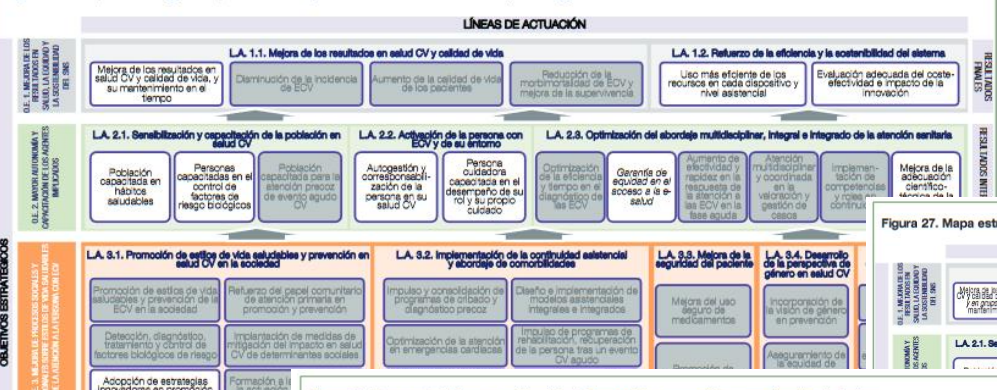


Figura 25. Mapa estratégico específico del eje Promoción, prevención y capacitación ciudadana

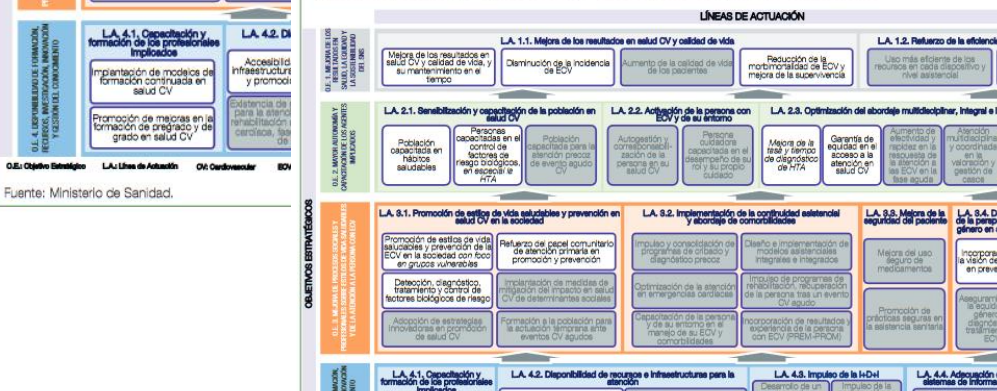
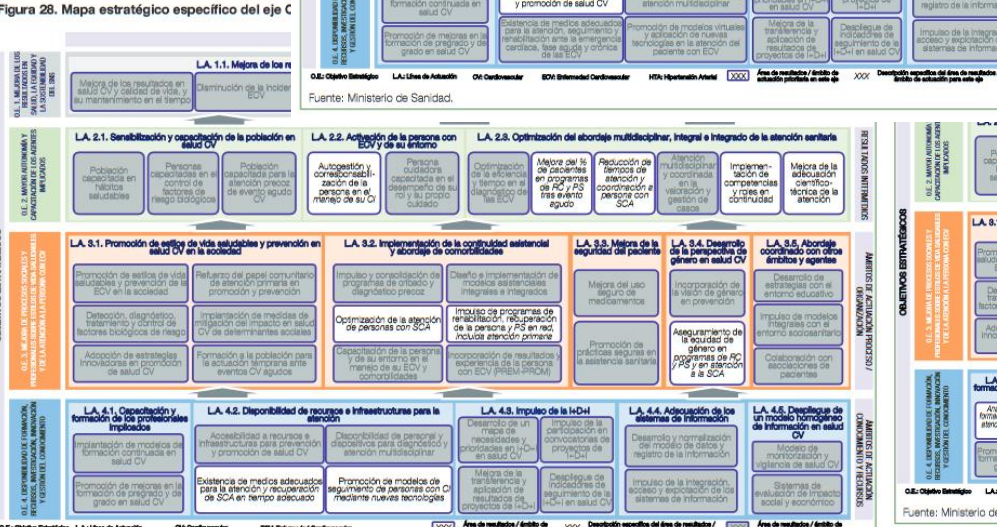


Figura 28. Mapa estratégico específico del eje C



Fuente: Ministerio de Sanidad.

Figura 31. Mapa estratégico específico del eje Arritmias

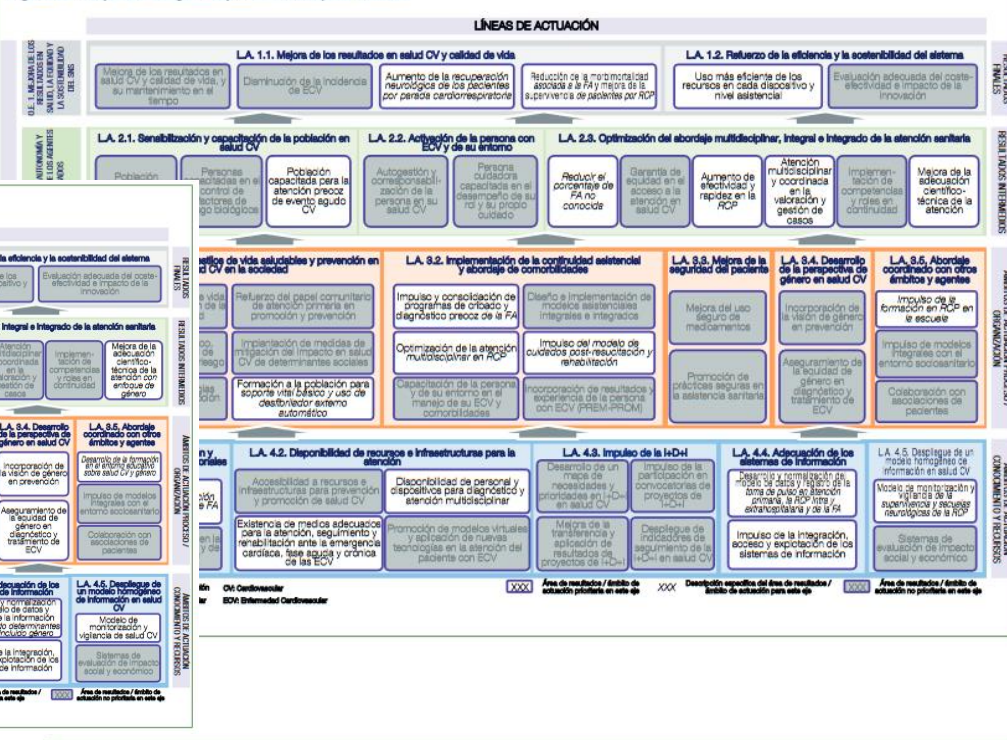
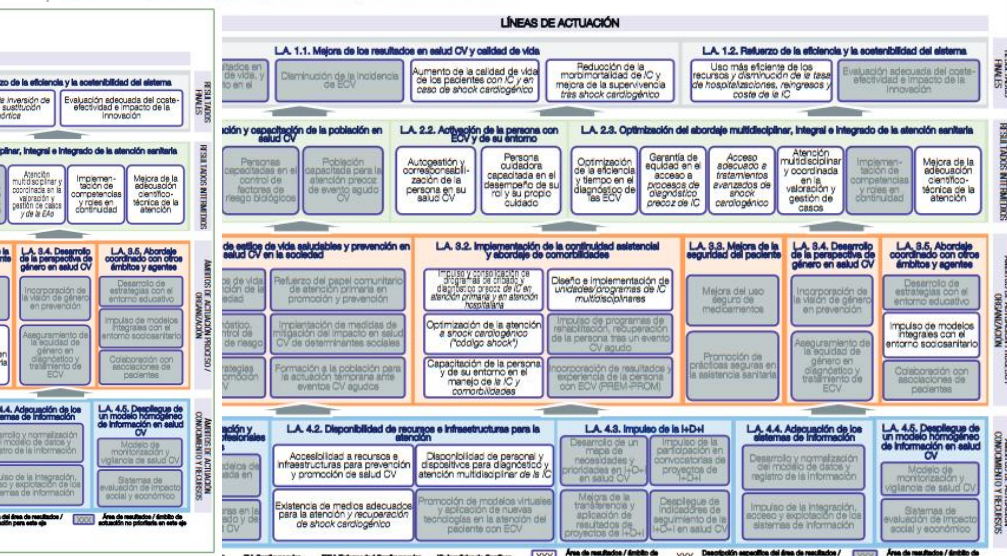


Figura 29. Mapa estratégico específico del eje Insuficiencia cardíaca



Fuente: Ministerio de Sanidad.

Prioridades de la ESCAV a abordar

Reunión Comité Institucional del 18 de diciembre de 2023



- Intervenciones de diagnóstico precoz en AP.
- Extensión código infarto a Síndrome coronario agudo sin elevación ST (SCASEST)
- Código Shock
- Plan Nacional de Parada Cardíaca
 - Registro español de parada cardíaca extrahospitalaria (OHSCAR*)
- Repositorio de Buenas Prácticas
- **Indicadores prioritarios ESCAV**

Cardiopatía Isquémica:

- * Porcentaje de pacientes con IAM que se incluyen en Programa de Prevención Secundaria y Programa de Rehabilitación Cardíaca*

Insuficiencia Cardíaca:

- * Acceso al análisis de péptidos natriuréticos en atención primaria*
- * Equipos multidisciplinares por hospital en cada comunidad autónoma*
- * Red específica de Shock Cardiogénico (SC) existente y funcionando a nivel del conjunto de la CCAA*

Valvulopatías:

- *Existencia de un sistema de registro para la verificación obligatoria de la auscultación cardíaca en >65 años en la HCE de atención primaria con registro sistemático en las CC. AA*
- * Modelos de trabajo multidisciplinar hospitalarios para la toma de decisiones en pacientes con Estenosis Aórtica grave*

Arritmias:

- *Existencia de un Plan Nacional de atención a la PCR*
- *Porcentaje de pacientes recuperados de PCR sin daño neurológico grave*
- *Existencia de un sistema de registro para la verificación obligatoria de toma de pulso en mayores de 65 años en la HCE de AP con registro sistemático en las CC. AA*

*Out-of-Hospital Spanish Cardiac Arrest registry

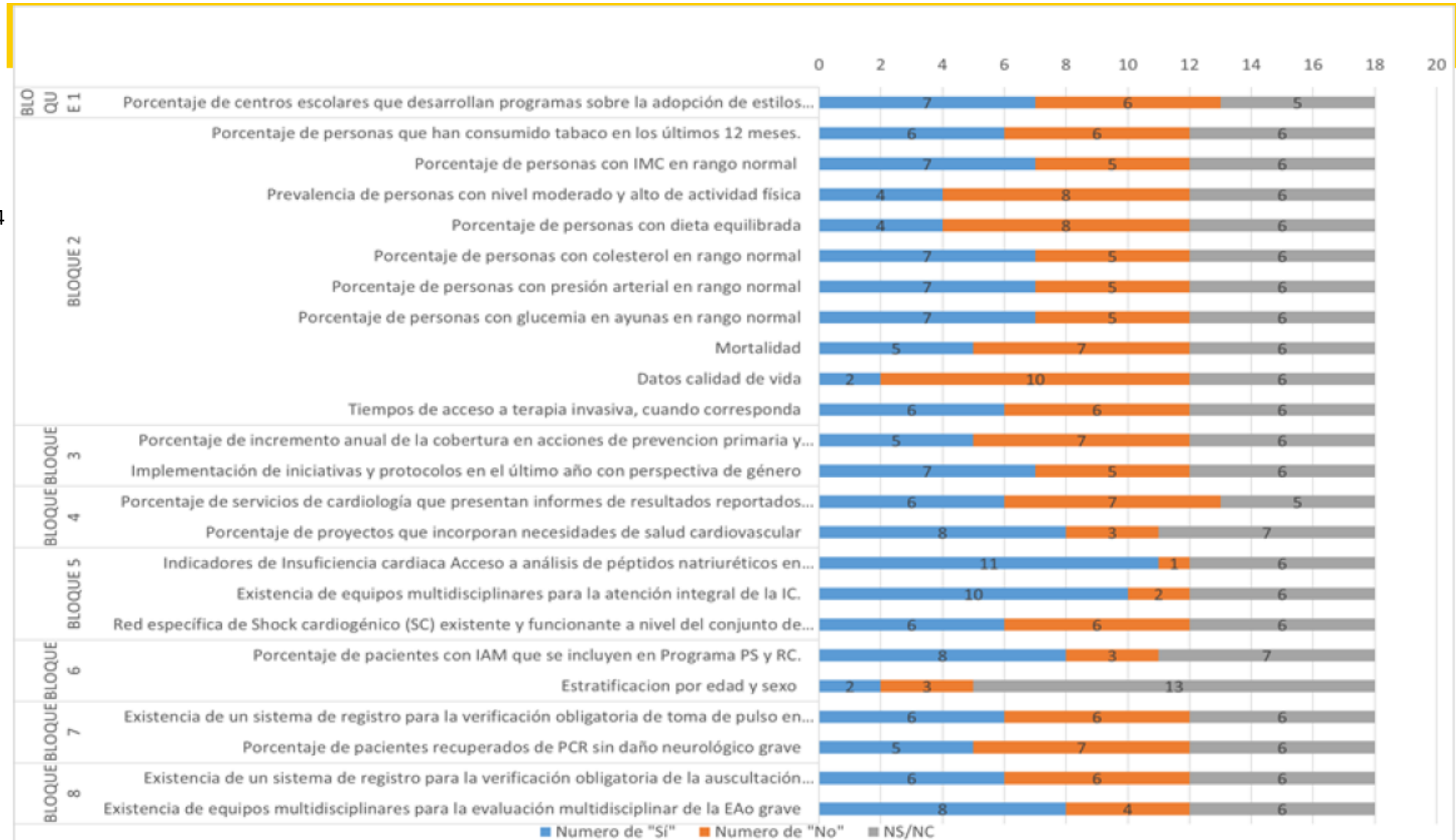
Indicadores prioritarios ESCAV

BLOQUE 2			BLOQUE 5		BLOQUE 4		BLOQUE 3	BLOQUE 7
Porcentaje de personas con IMC en rango normal	Porcentaje de personas con colesterol en rango normal	Porcentaje de personas con presión arterial en rango normal	Indicadores de Insuficiencia cardiaca Acceso a análisis de péptidos natriuréticos en atención primaria.		Porcentaje de proyectos que incorporan necesidades de salud cardiovascular	Implementación de iniciativas y protocolos en el último año con perspectiva de género		Existencia de un sistema de registro para la verificación obligatoria de toma de pulso en mayores de 65 años en la HCE de AP con registro sistemático en las CCAA
Porcentaje de personas con glucemia en ayunas en rango normal		Tiempos de acceso a terapia invasiva, cuando corresponda	Existencia de equipos multidisciplinares para la atención integral de la IC.		Porcentaje de servicios de cardiología que presentan informes de resultados reportados por los pacientes, que midan la percepción de los pacientes sobre la asistencia, los procesos o la repercusión personal de la enfermedad	Porcentaje de incremento anual de la cobertura en acciones de prevención primaria y secundaria en mujeres y comparación con el incremento en hombres		Porcentaje de pacientes recuperados de PCR sin daño neurológico grave
		Mortalidad			BLOQUE 8	BLOQUE 6		BLOQUE 1
Porcentaje de personas que han consumido tabaco en los últimos 12 meses.	Prevalencia de personas con nivel moderado y alto de actividad física	Porcentaje de personas con dieta equilibrada	Red específica de Shock cardiogénico (SC) existente y funcionando a nivel del conjunto de la CCAA (2023)		Existencia de equipos multidisciplinares para la evaluación multidisciplinar de la EAo grave	Porcentaje de pacientes con IAM que se incluyen en Programa PS y RC.		Porcentaje de centros escolares que desarrollan programas sobre la adopción de estilos de vida saludables
		Datos calidad de vida			Existencia de un sistema de registro para la verificación obligatoria de la auscultación cardíaca en mayores de 65 años en la HCE de atención primaria con registro sistemático en las CC. AA	Estratificación por edad y sexo		

Indicadores prioritarios ESCAV

CUESTIONARIO

- DISPONIBILIDAD SÍ/NO
- SOLICITUD INDICADOR:
 - PRIMER TRIMESTRE 2024



Indicadores prioritarios ESCAV

Recordar la importancia de impulsar los indicadores del desarrollo de la ESCAV en ejes transversales

- Coordinación:
 - *Evolución diferencial en pacientes incluidos y no incluidos en programas integrados (Mortalidad, calidad de vida, **PROMs/PREMs**, tiempos de acceso a terapias)
- Salud CV:
 - *Porcentaje de **personas con las 7 métricas en rango adecuado** (no consumo de tabaco, actividad física, dieta equilibrada, IMC, colesterol, TA y glucemia en rango normal)
- Promoción Prevención y Capacitación ciudadana:
 - *Porcentaje de **centros escolares** que desarrollan programas sobre estilos de vida saludables
- Equidad:
 - *Porcentaje de incremento anual de la cobertura en acciones de prevención primaria y secundaria en mujeres y en hombres
 - *Implementación de iniciativas y protocolos en el último año con perspectiva de género
- Gestión del conocimiento, Investigación e Innovación:
 - ***Porcentaje de servicios de cardiología que incluyan en sus informes resultados / experiencias reportados por los pacientes**
 - *Porcentaje de proyectos que incorporan necesidades de salud cardiovascular ESCAV

Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud

Informe de evaluación y
líneas prioritarias de actuación

2022

CAIB vs SNS

En general, la Comunidad Autónoma de las Illes Balears (CAIB) presenta resultados en **incidencia de ictus y tasas de hospitalización por ictus** por debajo de la media del agregado del SNS. Parece que la incidencia se ha mantenido en la CAIB con incrementos muy leves en los últimos años. Se ha producido incluso un descenso en 2020, que podría ser atribuido al posible efecto de la pandemia por la enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2. (COVID19).

Gráfica 1. Tasa de altas de hospitalización por Ictus por 1000 habitantes (aproximación de incidencia)

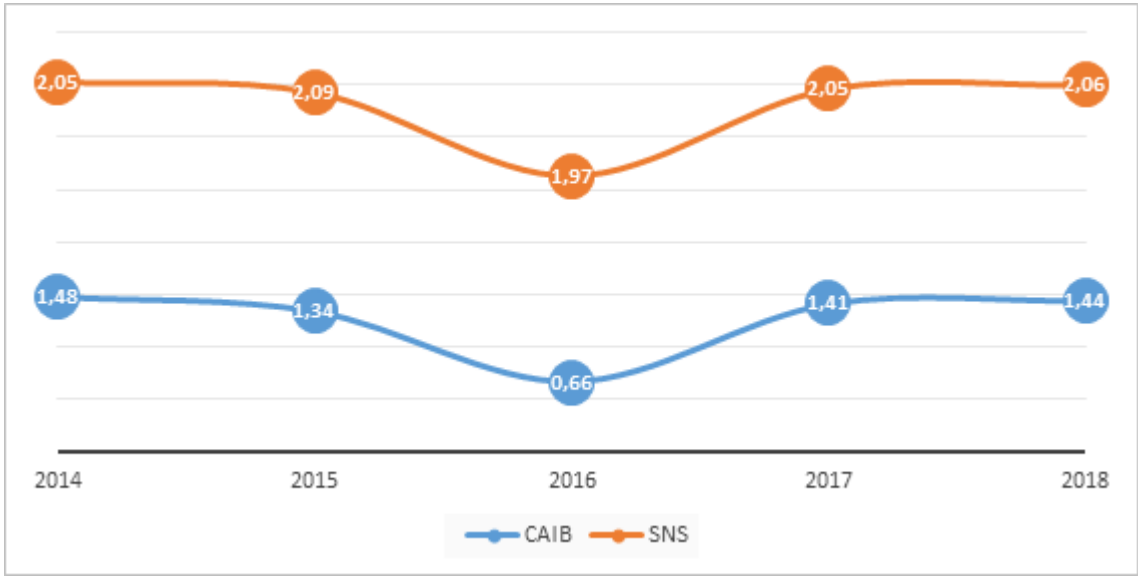


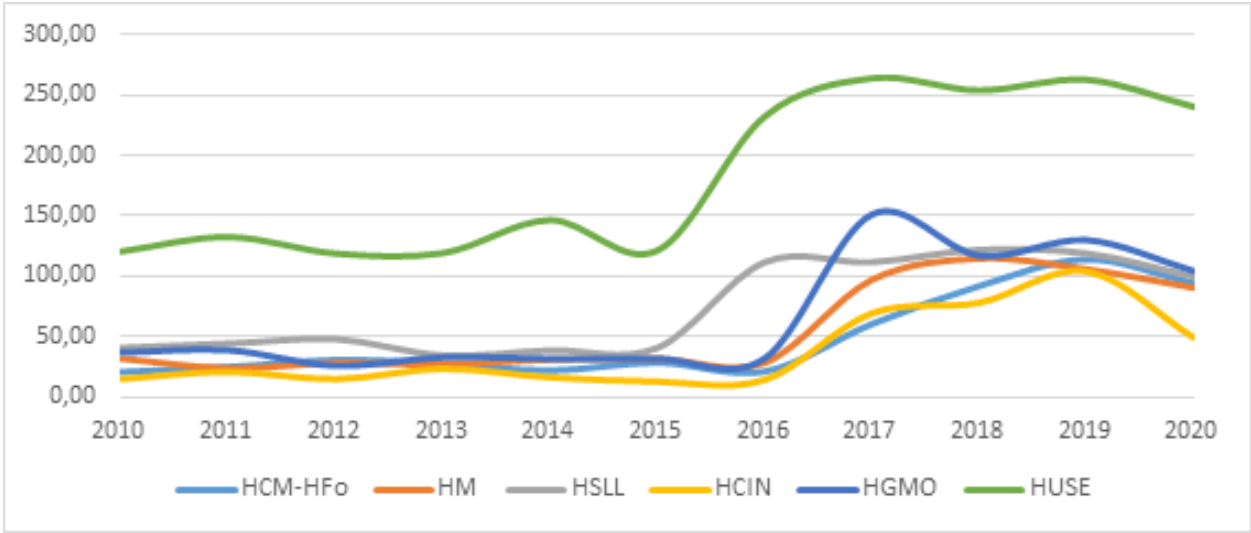
Tabla 1: Altas por ictus como diagnóstico principal hospitales públicos.

	2016	2017	2018	2019	2020
HOSPITAL SON ESPASES	488	619	645	686	578
FUNDACÓ N HOSPITAL SON LLATZER	324	300	317	318	225
FUNDACION HOSPITAL DE MANACOR	190	169	193	198	139
HOSPITAL COMARCAL DE INCA	79	87	88	127	91
HOSPITAL GENERAL MATEU ORFILA	83	113	85	115	100
HOSPITAL CAN MISSES	151	82	135	162	161
HOSPITAL DE FORMENTERA	2	2	5	1	3
Total	1.317	1.372	1.468	1.607	1.297

Tabla 3: Altas por ictus como diagnóstico principal hospitales privados (de los que reportan CMBD).

	2016	2017	2018	2019	2020
HOSPITAL JUANEDA MURO	33	24	25	22	10
HOSPITAL CRUZ ROJA	1	SD	SD	5	1
CLINICA ROTGER QUIÓ N	53	84	90	89	79
QUIÓ N PALMAPLANAS	113	129	125	134	78
HOSPITAL LLEVANT	SD	12	14	22	10
CLÍNICA JUANEDA	SD	51	51	46	29
TOTAL	200	300	305	318	207

Gráfica 2. Evolución ictus por 100.000 habitantes por sectores sanitarios. CAIB 2010-2020



Gráfica 4. Tasa de ictus por sexo por 100.000 hab. CAIB 2010-2020

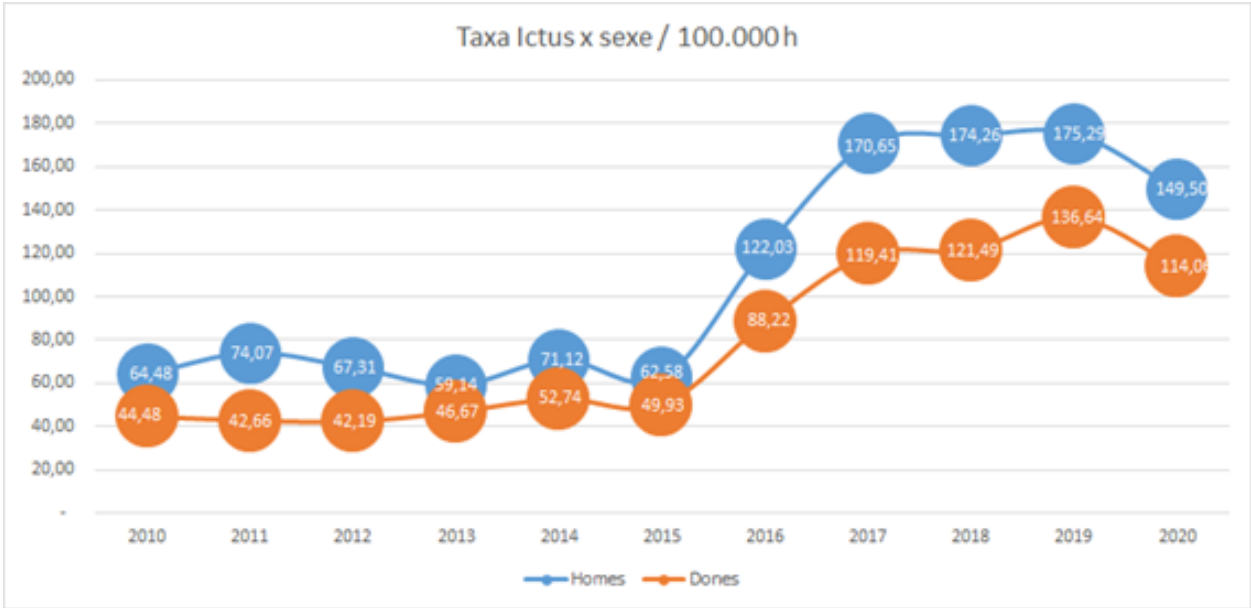
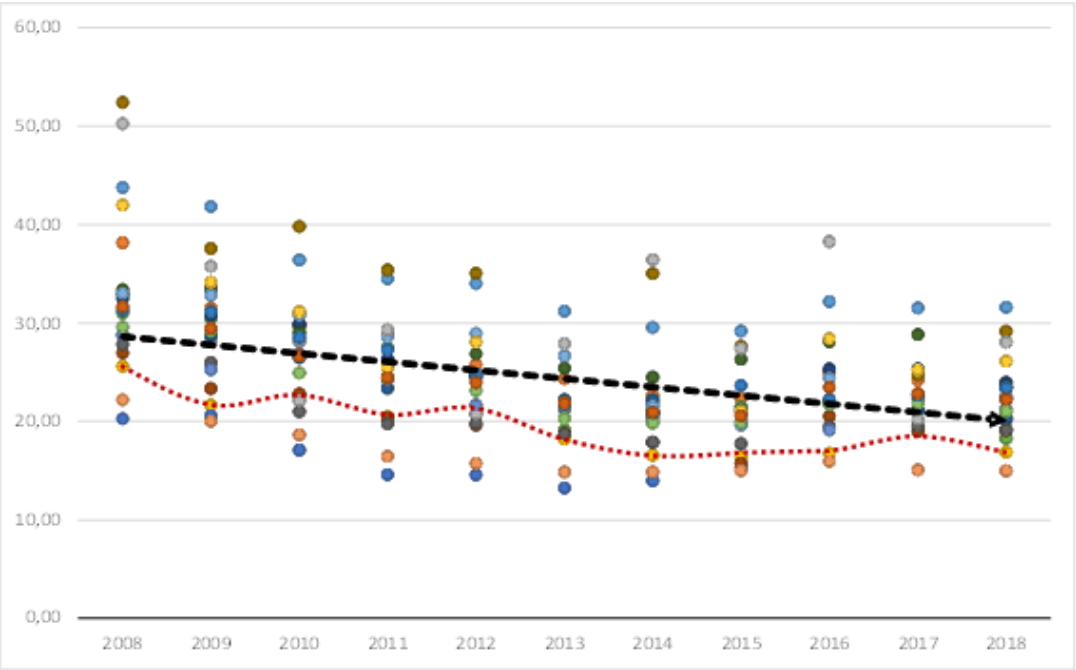


Figura 6. Mortalidad. Tasas Ajustadas de Mortalidad por ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES (I60-I64) por 100.000 habitantes.
 Línea de tendencia y variabilidad territorial.



En trazo discontinuo negro la línea de tendencia del SNS (2008-2018)

En trazo discontinuo rojo la evolución de la CAIB (2008-2018)

Tabla 19. Tasas Ajustadas de **Mortalidad Prematura** por 100.000 habitantes. AMBOS SEXOS, CAIB vs SNS, 2008-2018

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total nacional	10,24	9,47	8,34	7,81	7,62	7,15	6,89	6,86	7,84	7,67	7,75
BALEARS (ILLES)	8,16	7,71	7,14	7,67	7,20	6,15	6,12	5,29	5,38	5,98	6,11

Hombres

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total nacional	13,55	12,25	11,06	10,23	10,00	9,15	8,94	8,91	10,50	10,07	10,16
BALEARS (ILLES)	10,42	8,39	10,51	11,59	7,88	6,01	7,79	6,11	6,95	7,78	8,82

Mujeres

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total nacional	7,23	6,94	5,86	5,62	5,41	5,29	4,98	4,97	5,38	5,45	5,50
BALEARS (ILLES)	6,03	7,09	3,87	3,94	6,58	6,28	4,44	4,48	3,91	4,22	3,48

Líneas prioritarias de Actuación: Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Prevención primaria y secundaria

Prevención secundaria

En todos los Planes de Salud generales o específicos de ictus de las CC. AA. se incluye el objetivo de mantener el control de los factores de riesgo y recibir **tratamiento médico preventivo** para los pacientes con ictus.

- ☐ El **78,5%** de los pacientes con diagnóstico de **fibrilación auricular** en AP **reciben tratamiento** para prevención de ictus. Y para los pacientes de 65 y más años con esta patología el porcentaje de personas con **valor de INR entre 2 y 3 es de 58,9 %**.
- ☐ 10 CC. AA. tienen en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes con ictus que mantienen la **adherencia al tratamiento a los 5 años de su inicio**.

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

Índice

1. Introducción

Justificación

Marco normativo

Misión visión, valores, alcance y objetivos

Alcance y objetivos

Definiciones

Clasificaciones del ictus

Clasificaciones del ictus isquémico/AIT

Clasificación de la hemorragia cerebral o ictus hemorrágico

Manifestaciones clínicas del ictus

2. Situación del ictus en España

Epidemiología

Evolución después del ictus: déficit y discapacidad

Costes y carga global de la enfermedad

3. Metodología

Estrategia en Ictus del Sistema
Nacional de Salud. Actualización.

BORRADOR

2023



El **objetivo principal** de este documento es mejorar la atención y el abordaje integral del ictus, con el fin de reducir la incidencia, la morbi-mortalidad y su impacto en la población española.

La Estrategia integra las **directrices de la OMS** y se alinea con los principales objetivos y recomendaciones recogidos en el **Plan de Acción Europeo para el Ictus 2018-2030**, que establece cuatro objetivos principales²⁶:

- 1. Reducir el número absoluto de ictus en Europa en un 10%.**
- 2. Tratar al 90% o más de todos los pacientes con ictus en Europa en una Unidad de Ictus como primer nivel de atención.**
- 3. Disponer de planes nacionales de ictus** que abarquen toda la cadena asistencial, desde la prevención primaria hasta la vida después del ictus.
- 4. Implementar estrategias nacionales para intervenciones multisectoriales de salud pública** que promuevan y faciliten un **estilo de vida saludable** y **reduzcan** los factores ambientales, socioeconómicos y educativos que aumentan **el riesgo de ictus**.

Desarrollo de las líneas estratégicas

Línea estratégica 1: Promoción de la Salud y Prevención Primaria

Análisis de situación

Línea estratégica 2: Prevención Secundaria

Objetivos y recomendaciones

Línea estratégica 3: Fase Hiperaguda. Organización asistencial, diagnóstico y tratamiento

Línea estratégica 4: Unidad de Ictus

Línea estratégica 5: Neurorrehabilitación y **vida después del ictus**

Línea estratégica 6: Investigación y formación [PRIORIDADES DE CADA PROGRAMA Y PLAN DE INVESTIGACIÓN]

Introducción y Justificación

Situación de la investigación en ictus

Evaluación: indicadores de proceso, de estructura y de resultados

Bibliografía: “615 referencias!!!!”

60 OBJETIVOS

62 RECOMENDACIONES

4.2. Línea estratégica 2: Prevención Secundaria

Objetivo principal

Asegurar que todos los pacientes con ictus/AIT reciban una atención especializada, preferiblemente por Neurología.

Objetivos secundarios

1. Garantizar el **acceso a las pruebas diagnósticas complementarias** necesarias para el estudio etiológico de ictus isquémico, hemorrágico y AIT.
2. Asegurar en pacientes con ictus isquémico/hemorrágico/AIT el **acceso a estrategias de prevención y tratamientos de factores de riesgo vascular basadas en la evidencia científica**.
3. Garantizar el acceso a estrategias de prevención y tratamientos específicos **según el subtipo etiológico** basadas en la evidencia científica.
5. Realizar un **registro de hemorragia intracerebral** en pacientes que reciben **tratamiento anticoagulante**.
6. Desarrollar una **vía clínica** para la **atención prioritaria** coordinada por Neurología de pacientes que han sufrido un AIT.
7. Desarrollar una **vía clínica** para la atención de **pacientes con indicación de cierre percutáneo de la orejuela izquierda y foramen oval permeable**, y cuantificar el número de pacientes a los que se les realiza esta técnica como prevención secundaria de ictus.
8. **Monitorizar**, en cada hospital, el **número de procedimientos y la morbimortalidad asociada** a los procedimientos de revascularización carotídea (angioplastia o endarterectomía).

4. Incluir programas específicos de seguimiento de prevención secundaria en pacientes con ictus/AIT en Atención Primaria y Comunitaria:

- Realizar un control de los factores de riesgo vascular con objetivos de prevención secundaria.
- Promover estilos de vida saludables y la adherencia a los tratamientos indicados para el control de factores de riesgo vascular y tratamientos específicos de prevención de recurrencias.
- Asegurar la persistencia de los tratamientos a los 5 años en pacientes que han sufrido un ictus/AIT.
- Aumentar el porcentaje de INR en rango en pacientes con ictus isquémico/AIT cardioembólico en tratamiento con dicumarínicos.
- Asegurar una dosificación adecuada en pacientes con ictus/AIT con FA no valvular que reciban tratamiento con anticoagulantes de acción directa.

Asegurar que los pacientes con ictus isquémico/AIT cardioembólico en tratamiento con ACOD tengan un adecuado seguimiento, con monitorización periódica de sus cifras de función renal, y promoción de la adherencia terapéutica.

- Conocer el porcentaje de ictus/AIT y FA no valvular en tratamiento con dicumarínicos y anticoagulantes de acción directa.

Conclusiones



Los documentos de Estrategias en Salud, y en particular los de las *estrategias de salud cardiovascular y de ictus*, son **documentos de recomendada lectura**, de consulta, de asesoramiento e información para gestores, profesionales, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, estudiantes de grado sanitarios e incluso para la población en general interesada en la materia.

Las **mejoras en los sistemas de información sanitaria** tienen que servir para dar el **salto cualitativo** en la implementación de las estrategias pasando de intuir y suponer las mejoras a contrastarlas con datos y **permitir evaluar los resultados en salud** de las acciones que se proponen en las mismas.

La **transversalidad de las estrategias en salud** tiene que potenciarse porque **comparten**, en muchas ocasiones, a la misma población diana, las mismas acciones y además precisan de la **coordinación, cooperación y multidisciplinariedad** de distintos servicios, distintos niveles asistenciales y distintas instituciones.

Es imprescindible que las CCAA trabajen en la **priorización** de las acciones recogidas en las estrategias.

Es necesario que se identifique una parte del **presupuesto dedicado a implementar nuevas acciones** propuestas desde las estrategias en salud

ÉPILOGO

Necesitamos **evaluar**, necesitamos medir el **impacto en resultados en salud** que tienen las acciones que se desarrollan con las estrategias, necesitamos de los **sistemas de información** y necesitamos de **metodología de evaluación de políticas públicas** y necesitamos adentrarnos en el **tratamiento de datos masivos de vida real**, y además conviene que empecemos a pensar en **cómo utilizar de forma adecuada la inteligencia artificial**.

Aunque suene futurista, con toda la información sobre nuestra salud tanto a título individual como colectivo, no estamos muy lejos de pasar de una de estas situaciones a otra:

DE: *no me encuentro bien voy a llamar al médico o voy a ir a urgencias*

A: *me ha llamado el médico y dice que no me voy a encontrar bien, que voy a tener un ictus o un infarto de forma inmediata y que me vienen a recoger*

Adaptado de Genís Roca, presidente de la Fundació PuntCat y director del posgrado en Transformación Digital de las Organizaciones en la Universitat Pompeu Fabra. VIII Programa Experto en Política Sanitaria y Farmacoeconomía

ESCV_Comitè Tècnic CAIB

1. Álvarez Franco, José María.
2. Arévalo Rubert, María Josep.
3. Cabeza Irigoyen, Elena.
4. Caldés Llull, Onofre.
5. Casasnovas Pons, Natalia.
6. Castaño Riera, Eusebi.
7. Diaz Cañestro, Manuel.
8. Fullana Bassa, Maria.
9. García Gutiérrez, Mireia.
10. Martín Sánchez, María Jesús.
11. Mas Lladó, Caterina.
12. Mena González, Amparo.
13. Muñoz Cascajo, Pablo.
- 14. Peral Disdier, Vicente (COORDINADOR).**
15. Romaguera Bosch, María Adoración.
16. Rosselló Lozano, Francisco Javier.
17. Ruiz Pizarro, Virginia.
18. Salvà Fiol, Antònia.
19. Simonet Borràs, Joan.
20. Torres Marqués, Joan.
21. Torres Mutre, Joel.
22. 2 representants de SSCC del ib-salut
23. 1 Cardiòleg Hospital Can Misses.

ICTUS_Comitè Tècnic CAIB

1. Amézaga Menéndez, Rocío
2. Aznar Carbo, Yolanda
3. Bernal Rodríguez, Raquel Fátima.
4. Buen Ruiz, Carmen.
5. Cabeza Irigoyen, Elena
6. Cámara Rubio, Juan Carlos
7. Castaño Riera, Eusebio J,
8. Dávila González, Pablo
9. El Tabache Núñez, Ziad Eusebio
10. Figuerola Roig, Antoni
11. Gonzalez-Bals Gonzalez, M^a José
- 12. Jiménez Martínez, Carmen (COORDINADORA)**
13. López Sánchez, María Teresa
14. Miravet Fuster, Elena
15. Monteagudo Díaz, Sandra
16. Moreno Hoyos, M^a del Carmen.
17. Sánchez Pérez, Susana
18. Serratusell Sabater, Estefanía
19. Simonet Borrás, Joan.
20. Tomàs Tomàs, M^a del Mar.
21. Torres Juan, Marta
22. Tur Campos, Silvia
23. Vidal Cerdá, María del Mar
24. Vives Bauzá, Cristòfol