EL ATLAS DEL ICTUS

2019

CON EL AVAL CIENTÍFICO DE:

SEN Sociedad Española de Neurología

GEECV

CON EL AVAL DE:

SEMI Sociedad Española de Medicina Interna. La visión global de la persona enferma

SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria AP

FRENO AL ICTUS

Federación Española de ICTUS FEI

Feasan Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados

weber

Bristol-Myers Squibb

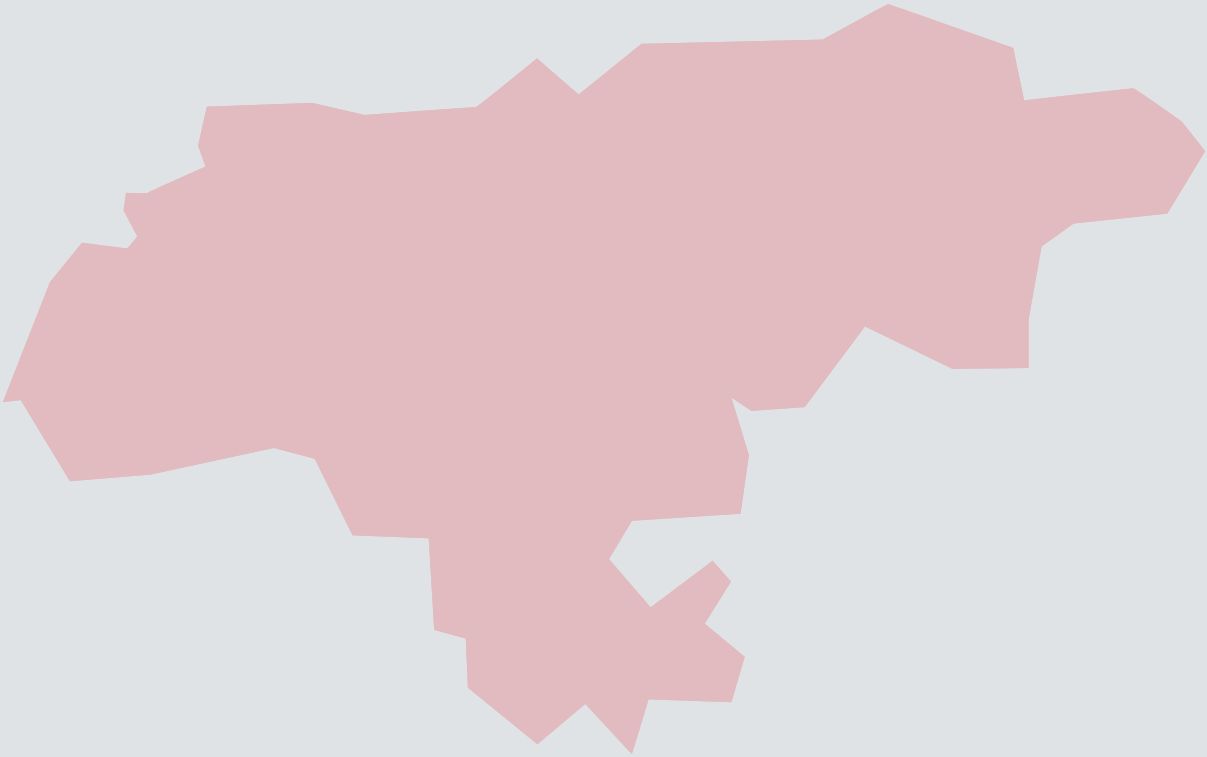
Pfizer

[ÍNDICE]

Introducción 7
Objetivos 9
Metodología 11
Resultados 19
1 Epidemiología y perfil sociodemográfico de los pacientes con ictus 19
2 Consumo de recursos sanitarios 22
2.1 Destino al alta hospitalaria 22
2.2 Utilización de recursos sanitarios 22
2.3 Utilización de servicios de ayuda domiciliaria 24
3 Carga social del ictus 25
3.1 Estado de salud y calidad de vida 25
3.2 Dependencia 29
3.2.1 Personas de 65 años o más 29
3.2.2 Personas con discapacidad 31
4 Carga económica asociada al ictus 33
4.1 Coste asociado a los casos incidentes de ictus 33
4.2 Coste asociado a los cuidados en la fase aguda del ictus 33
4.3 Coste asociado a los cuidados informales 33
5 Situación actual de la anticoagulación 35
Puntos clave 39
Referencias 41
Índice de tablas 45
Índice de figuras 46

EL ATLAS DEL ICTUS

CANTABRIA

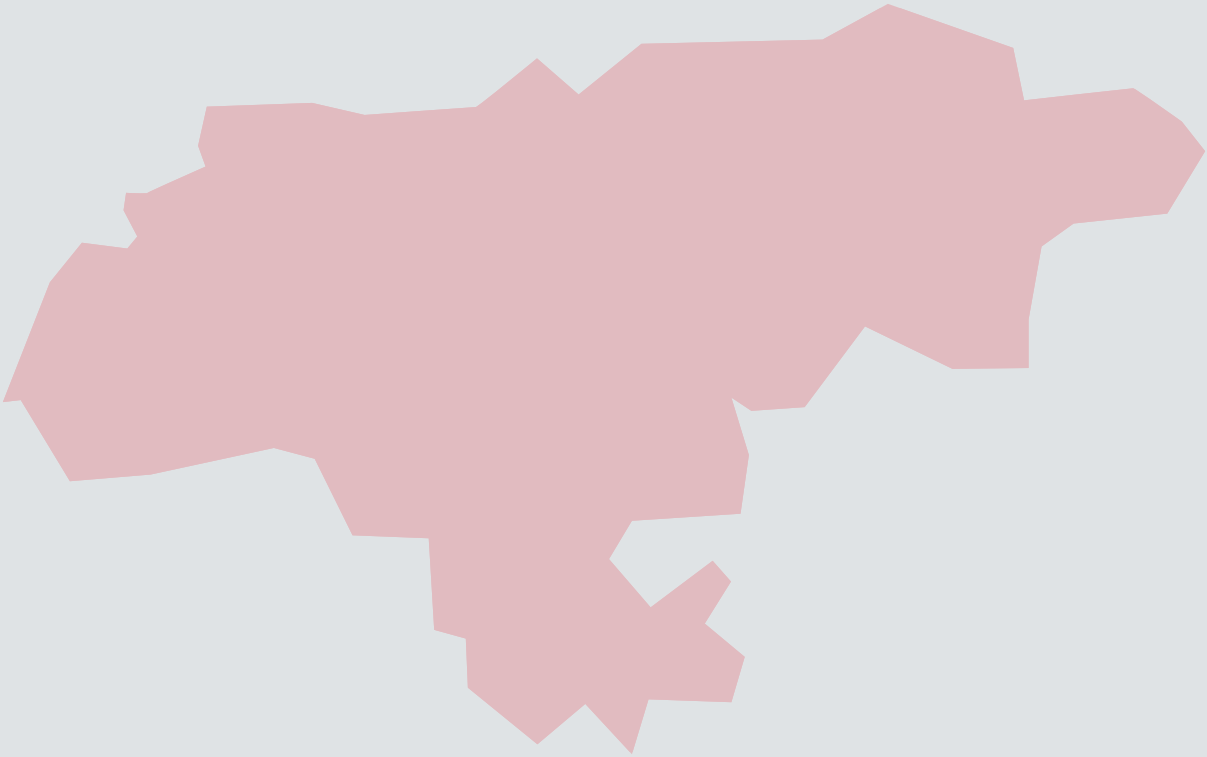


[ABREVIATURAS]

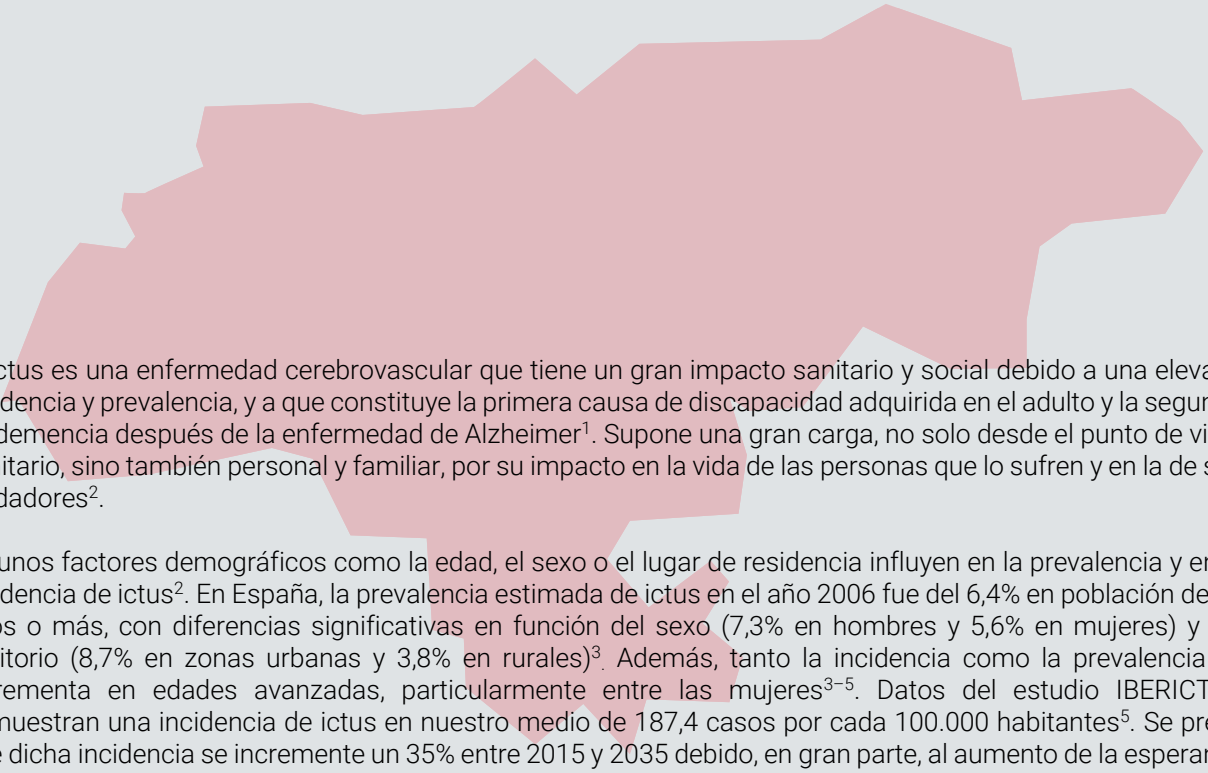
ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN
ACODs	Anticoagulantes Orales Directos
AVAC	Años de Vida Ajustados por Calidad
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición
DE	Desviación estándar
EDAD08	Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
FA	Fibrilación auricular
FANV	Fibrilación Auricular No Valvular
HTA	Hipertensión Arterial
INE	Instituto Nacional de Estadística
M€	Millones de euros
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
CMBD-H	Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalización

EL ATLAS DEL ICTUS

CANTABRIA



INTRODUCCIÓN



El ictus es una enfermedad cerebrovascular que tiene un gran impacto sanitario y social debido a una elevada incidencia y prevalencia, y a que constituye la primera causa de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda de demencia después de la enfermedad de Alzheimer[1]. Supone una gran carga, no solo desde el punto de vista sanitario, sino también personal y familiar, por su impacto en la vida de las personas que lo sufren y en la de sus cuidadores[2].

Algunos factores demográficos como la edad, el sexo o el lugar de residencia influyen en la prevalencia y en la incidencia de ictus[2]. En España, la prevalencia estimada de ictus en el año 2006 fue del 6,4% en población de 70 años o más, con diferencias significativas en función del sexo (7,3% en hombres y 5,6% en mujeres) y del territorio (8,7% en zonas urbanas y 3,8% en rurales)[3]. Además, tanto la incidencia como la prevalencia se incrementa en edades avanzadas, particularmente entre las mujeres[3–5]. Datos del estudio IBERICTUS demuestran una incidencia de ictus en nuestro medio de 187,4 casos por cada 100.000 habitantes[5]. Se prevé que dicha incidencia se incremente un 35% entre 2015 y 2035 debido, en gran parte, al aumento de la esperanza de vida de la población[6].

Actualmente, en España cada año mueren en torno a 27 mil personas a causa de un ictus[7]. Se prevé que el número de defunciones relacionadas con el ictus se incremente un 39% entre 2015 y 2035[6], debido principalmente al incremento de la incidencia mencionado anteriormente y a que está ligado con el progresivo envejecimiento de la población[2].

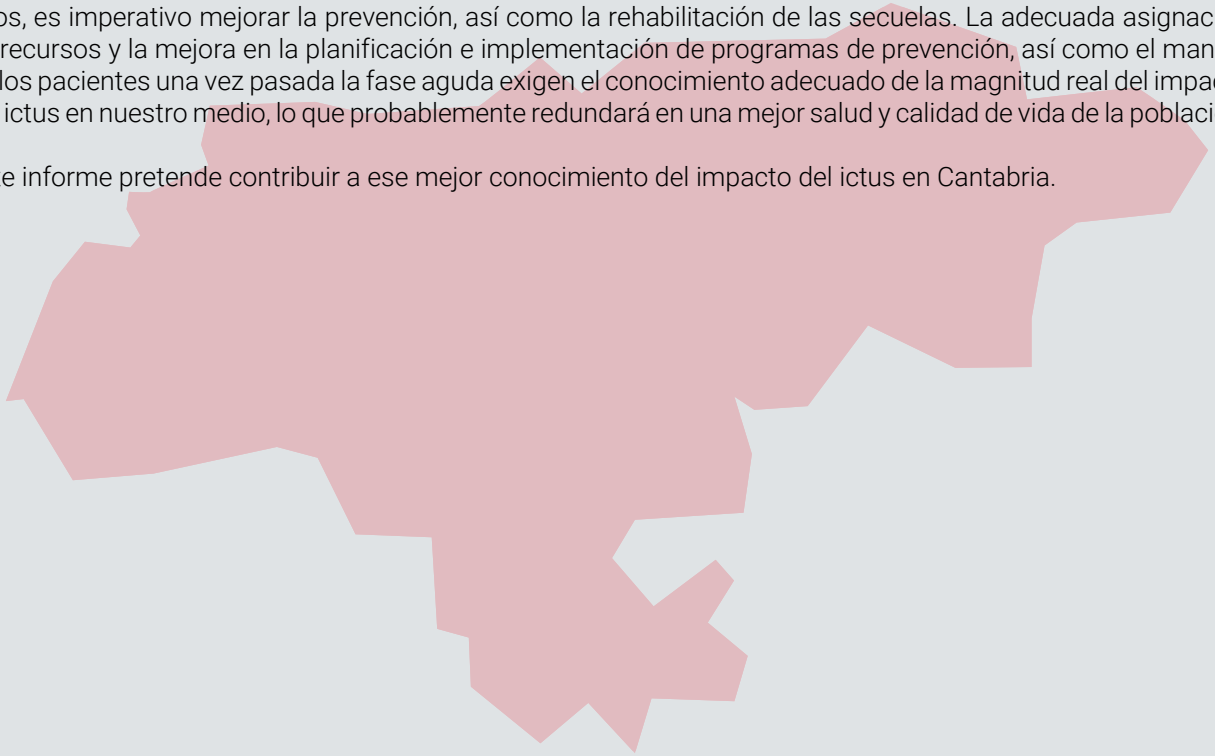
Por otro lado, los pacientes que sobreviven a un ictus suelen sufrir secuelas físicas relacionadas con la movilidad, la visión o el habla, así como trastornos del ánimo, cognitivos y de personalidad[8]. Esto impacta en su funcionalidad y en la calidad de vida. Se estima que dos de cada tres personas que sobreviven a un ictus presentan algún tipo de secuela, en muchos casos discapacitantes[9], lo que implica una pérdida de productividad en el caso de pacientes en edad laboral, una necesidad de rehabilitación y de cuidados, y un mayor consumo de recursos respecto al resto de la población.

Frente a estas cifras impactantes, es importante recordar que más del 80% de los ictus son evitables[10] y que la incidencia se puede reducir de manera eficaz con un adecuado control de los factores de riesgo modificables[2]. Una adecuada prevención tiene un gran peso en la reducción del impacto de la enfermedad. Los factores de

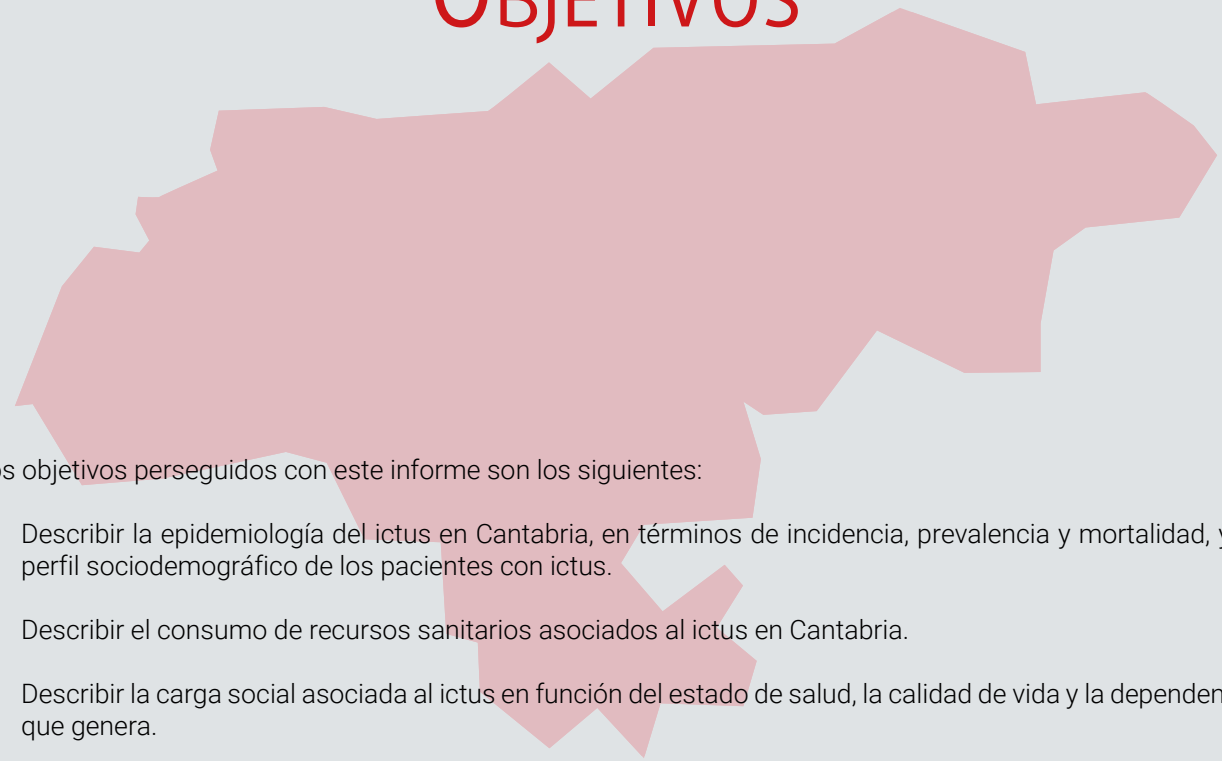
riesgo modificables más importantes relacionados con el ictus son la hipertensión arterial (HTA), el consumo de tabaco o alcohol, la diabetes mellitus, la dieta, la inactividad física, la obesidad, la hipercolesterolemia, la fibrilación auricular (FA) y otras enfermedades cardíacas[11]. Entre ellos, probablemente el factor de mayor peso es la HTA y está claramente demostrado que el manejo adecuado de la HTA reduce significativamente el riesgo de ictus[12]. Por su parte, la FA multiplica por cinco el riesgo de padecer un ictus, siendo la causa subyacente en aproximadamente el 20% de los ictus isquémicos. Los ictus causados por FA son, además, más graves y se asocian a mayor mortalidad[13]. De forma similar a lo que ocurre con el manejo adecuado de los niveles tensionales, la anticoagulación reduce significativamente la incidencia de ictus por FA[14,15]. En España, aproximadamente el 50% de los pacientes con FA que toma antivitamina K no están bien controlados, lo que puede derivar en un ictus o en una hemorragia[16].

El avance realizado en el tratamiento en la fase aguda del ictus, fundamentalmente la organización de la asistencia urgente, el manejo de los pacientes en Unidades de Ictus y las terapias de reperfusión (trombólisis intravenosa y trombectomía mecánica) en el ictus isquémico agudo, han permitido mejorar el pronóstico funcional de los pacientes. Sin embargo, teniendo en cuenta los datos actuales y la previsión para los próximos años, es imperativo mejorar la prevención, así como la rehabilitación de las secuelas. La adecuada asignación de recursos y la mejora en la planificación e implementación de programas de prevención, así como el manejo de los pacientes una vez pasada la fase aguda exigen el conocimiento adecuado de la magnitud real del impacto del ictus en nuestro medio, lo que probablemente redundará en una mejor salud y calidad de vida de la población.

Este informe pretende contribuir a ese mejor conocimiento del impacto del ictus en Cantabria.



OBJETIVOS



Los objetivos perseguidos con este informe son los siguientes:

1) Describir la epidemiología del ictus en Cantabria, en términos de incidencia, prevalencia y mortalidad, y el perfil sociodemográfico de los pacientes con ictus.

2) Describir el consumo de recursos sanitarios asociados al ictus en Cantabria.

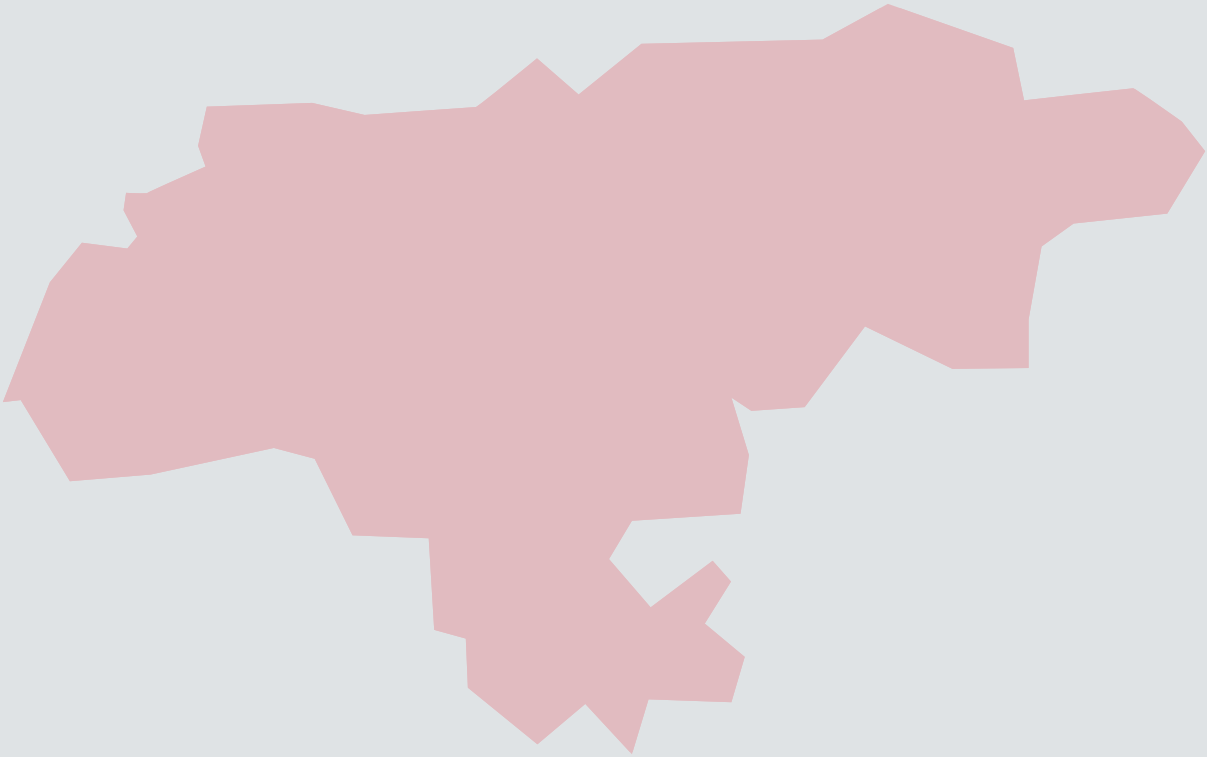
3) Describir la carga social asociada al ictus en función del estado de salud, la calidad de vida y la dependencia que genera.

4) Evaluar la carga económica asociada al ictus en Cantabria, tanto en relación con los casos incidentes, como en relación con los costes generados durante la fase aguda y los cuidados informales.

5) Considerando que la FA es uno de los principales factores de riesgo de ictus y que su impacto se puede modificar significativamente con la administración de tratamiento anticoagulante, se pretende analizar la situación actual de la anticoagulación por fibrilación auricular no valvular (FANV) en Cantabria y el potencial impacto del seguimiento de las recomendaciones de práctica clínica para el manejo de la FANV.

EL ATLAS DEL ICTUS

CANTABRIA



METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos mencionados en el apartado anterior se han combinado diferentes metodologías:

- Para la obtención de datos en relación con los tres primeros objetivos, se han utilizado fuentes primarias de datos de encuestas y registros oficiales.
- Para la obtención de datos en relación con el cuarto objetivo, se ha realizado una revisión de literatura científica.
- Para lograr el último objetivo, se ha realizado un estudio de costes a partir de datos previamente publicados en la literatura.

OBJETIVO 1.

Descripción de la epidemiología del ictus

1. La **incidencia** se ha calculado a partir de la aplicación de la tasa reportada en el estudio IBERICTUS (187,4 casos por 100.000 habitantes)[5] a la población de Cantabria de 18 años o más a 1 de enero de 2018[17].

2. La **prevalencia** se ha calculado a partir de la consulta de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2017 (Anexo I), donde los entrevistados declararon haber sido diagnosticados de "*Ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral)*" por un médico alguna vez en su vida[18].

3. La **mortalidad** por ictus y la **posición que ocupa entre las causas más frecuentes de mortalidad** se han obtenido del Instituto Nacional de Estadística[19]. La **tasa de mortalidad ajustada por edad** se ha obtenido a partir de datos oficiales del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social[7]. En ambos casos se ha utilizado 2016 como año de referencia y el epígrafe del grupo de causas de muerte *059 Enfermedades cerebrovasculares*, que se corresponde con los códigos I60-I69 de la lista detallada de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10) (Anexo II).

Descripción del perfil sociodemográfico de los pacientes con ictus

Para este objetivo se han analizado los datos del Cuestionario de Adultos de la ENSE 2017 (Anexo I). Esta encuesta se elaboró de manera periódica por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE), siendo el año 2017 el último disponible. Su objetivo principal es la obtención de información relacionada con la salud de la población residente en España.

Se han analizado los microdatos del Cuestionario de Adultos, que consta de 23.089 entrevistas personales, distribuidas a lo largo de las 17 comunidades autónomas y las 2 ciudades autónomas, de manera proporcional al tamaño de estas, y recogidas entre octubre de 2016 y octubre de 2017. El número de casos válidos reportado se ha obtenido mediante la aplicación del factor de elevación poblacional de la encuesta.

La información extraída corresponde al apartado *E.- Características demográficas*, que incluye el sexo, la edad y el nivel de estudios.

Para analizar el perfil sociodemográfico de los pacientes con ictus, se han comparado estos con sujetos diagnosticados de otras enfermedades crónicas recogidas en la ENSE 2017 así como con pacientes sanos (TABLA 1).

TABLA 1. **GRUPOS DE ENFERMEDADES COMPARADOS EN LA ENSE 2017.**

GRUPOS DE PERSONAS	DEFINICIÓN
Ictus	Pacientes que han padecido un ictus en algún momento de su vida. *Este grupo puede presentar otra serie de comorbilidades (incluidas las de los otros grupos), aparte del ictus.
Otras enfermedades crónicas	Se incluyen pacientes que presentan alguna de las siguientes enfermedades: tensión alta, infarto de miocardio, angina de pecho (enfermedad coronaria), otras enfermedades del corazón, varices en las piernas, artrosis (excluyendo artritis), dolor de espalda crónico (cervical), dolor de espalda crónico (lumbar), alergia crónica como rinitis, conjuntivitis o dermatitis alérgica alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida), asma (incluida asma alérgica), bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, úlcera de estómago o duodeno, incontinencia urinaria o problemas de control de orina, colesterol alto, cataratas, problemas crónicos de piel, estreñimiento crónico, cirrosis, disfunción hepática, depresión, ansiedad crónica, otros problemas mentales, migraña o dolor de cabeza frecuente, hemorroides, tumores malignos, osteoporosis, problemas de tiroides, problemas de riñón, problemas de próstata, problemas del periodo menopáusico, lesiones o defectos permanentes causados por un accidente. *Ningún paciente incluido en este grupo presenta ictus.

GRUPOS DE PERSONAS	DEFINICIÓN
Pacientes sanos	Personas que no han sido diagnosticadas de ictus ni de ninguna otra enfermedad crónica de las especificadas en el listado del Cuestionario de Adultos de la ENSE.

OBJETIVO 2.

Descripción del consumo de recursos sanitarios asociados al ictus

Para este objetivo se han analizado los datos de:

a) El Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalización (CMBD-H) de 2015, del Sistema Nacional de Salud y correspondientes al epígrafe *0908 Enfermedades cerebrovasculares* del listado reducido internacional de morbilidad hospitalaria (ISHMT), que equivale a los códigos I60-I69 de la lista detallada CIE-10 (Anexo II). La información extraída incluye el número y el tipo de altas hospitalarias por ictus.

b) La ENSE 2017. Los datos seleccionados para analizar este objetivo se recogen en la TABLA 2.

TABLA 2. INFORMACIÓN EXTRAÍDA DE LA ENSE 2017.

APARTADOS	INFORMACIÓN ANALIZADA
N.- Consultas médicas y otros servicios ambulatorios	• Pacientes que han consultado al médico general o de familia en las últimas 4 semanas. • Pacientes que han consultado al médico especialista en las últimas 4 semanas. • Pacientes que han acudido a fisioterapia, psicología y enfermería en los últimos 12 meses. • Pacientes que han usado los servicios asistenciales de ayuda domiciliaria en los últimos 12 meses.
O.- Hospitalizaciones, urgencias y seguro sanitario	• Pacientes que han sido hospitalizados en los últimos 12 meses. • Pacientes que han acudido a urgencias en los últimos 12 meses.

Nota: información obtenida de los apartados indicados y de las preguntas 48, 50, 58, 61, 66 y 78 de la ENSE 2017 (Anexo I)

Al igual que se ha hecho con el perfil sociodemográfico, para evaluar el consumo de recursos asociados al ictus, se han comparado estos con sujetos diagnosticados de otras enfermedades crónicas y con sujetos sanos (TABLA 1).

OBJETIVO 3.

Descripción de la carga social asociada al ictus en función del estado de salud, la calidad de vida y la dependencia que genera

Los datos de este bloque se han desglosado en dos apartados: 1) Análisis del estado de salud y la calidad de vida, y 2) Análisis de la dependencia originada.

Para ello se han utilizado distintas fuentes:

a) Los datos recogidos en los apartados de la ENSE 2017 que se muestran en la TABLA 3.

TABLA 3. APARTADOS DE LA ENSE 2017 A PARTIR DE LOS QUE SE HA EVALUADO EL ESTADO DE SALUD Y LAS LIMITACIONES EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA EN PACIENTES CON ICTUS.

APARTADOS	INFORMACIÓN ANALIZADA
G.- Estado de salud	• Pacientes según su estado de salud autopercibido. • Pacientes con enfermedades o problemas de salud.
M.- Salud mental y estrés laboral	• Cuestionario de riesgo de mala salud mental GHQ-12 [a]
L.- Limitaciones para la realización de las actividades de la vida cotidiana (solo para personas con 65 años o más)	• Pacientes con dificultades en actividades de la vida cotidiana. • Pacientes que disponen de ayuda para actividades de la vida cotidiana. • Pacientes que necesitan más ayuda de la que disponen. • Pacientes con dificultades en actividades relacionadas con el hogar.

[a] Su puntuación oscila entre 0 y 12 puntos, mejor y peor estado de salud mental, respectivamente[20].

Nota: información obtenida de los apartados indicados y de las preguntas 21, 25, 39, 40, 41, 42 y 47 de la ENSE 2017 (Anexo I)

Al igual que se ha hecho anteriormente, se han comparado estos con sujetos diagnosticados de otras enfermedades crónicas y con la población sana (TABLA 1).

b) La ENSE 2011-12, penúltima versión de la serie ENSE, dado que incluye datos de calidad de vida que no recoge la ENSE 2017. Se han analizado los microdatos del Cuestionario de Adultos, que consta de 21.007 entrevistas personales, recogidas entre junio de 2011 y junio de 2012. El número de casos válidos reportado se ha obtenido mediante la aplicación del factor de elevación poblacional de la encuesta.

La información extraída pertenece al apartado *I.- Calidad de vida relacionada con la salud* (Ver Anexo III), donde se incluye el cuestionario validado EQ-5D-5L del Grupo EuroQol[21]. Esta escala evalúa el nivel de problemas en relación con cinco dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor o malestar, ansiedad o depresión), y permite calcular los años de vida ajustados por calidad (AVAC) anuales, que oscilan entre 0 (peor estado de salud imaginable) y 1 (mejor estado de salud imaginable).

Para evaluar la calidad de vida de los pacientes con ictus, se han realizado las mismas comparaciones con otros trastornos que las realizadas para la ENSE 2017 (TABLA 1), con la excepción del epígrafe "angina de pecho" (dentro del grupo de Otras enfermedades crónicas), cuya información no se recogió en esta versión.

c) La **Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 (EDAD08)** (Anexo IV). Esta es la última versión disponible de esta encuesta de ámbito nacional realizada por el INE en colaboración con el Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales y la fundación ONCE. Su objetivo principal fue obtener información sobre las personas dependientes residentes en España en viviendas familiares. Ofrece información sobre personas con discapacidad, definida como la limitación importante para realizar actividades de la vida diaria con una duración o predicción de duración de más de un año, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

Dentro de esta Encuesta, se han analizado los microdatos del Cuestionario de Discapacidad. Este cuestionario consta de 22.795 entrevistas personales, estratificadas por provincia de forma proporcional a su tamaño, y recogidas entre octubre de 2007 y febrero de 2008. El número de casos válidos reportado se ha obtenido mediante la aplicación del factor de elevación poblacional de la encuesta.

La información se ha extraído de los apartados de la encuesta recogidos en la TABLA 4.

TABLA 4. INFORMACIÓN EXTRAÍDA DE LA EDAD08.

APARTADOS	INFORMACIÓN ANALIZADA
D. Información relativa a prestaciones sanitarias, sociales y económicas	• Pacientes que han recibido una prestación monetaria periódica. • Tipo de prestación monetaria periódica recibida. • Pacientes que han recibido una prestación monetaria no periódica. • Tipo de prestación monetaria no periódica recibida.
K. Información relativa a la salud	• Pacientes según su estado de salud autopercibido.

Nota: información obtenida de los Apartados D (preguntas 4, 5 y 7) y K (pregunta 1) de la EDAD08 según figura en el anexo IV

Para la obtención de los datos presentados en este estudio se han comparado los sujetos con ictus con pacientes que presentan otras enfermedades crónicas con base en los datos disponibles en la EDAD08 (TABLA 5).

TABLA 5. GRUPOS DE ENFERMEDADES COMPARADOS EN LA EDAD08.

GRUPOS DE PERSONAS	DEFINICIÓN
Ictus	Pacientes que han padecido un ictus en algún momento de su vida. *Este grupo puede presentar otra serie de comorbilidades (incluidas las del otro grupo), aparte del ictus.

GRUPOS DE PERSONAS	DEFINICIÓN
Otras enfermedades crónicas	Pacientes que presentan alguna de las siguientes enfermedades: Lesión Medular; Parkinson; Esclerosis lateral; Esclerosis múltiple; Agenesia / Amputaciones; Laringectomías; Artritis / Artrosis; Artritis reumatoide. Espondilitis anquilopoyética; Distrofia muscular; Espina bífida/hidrocefalia; Infarto de miocardio. Cardiopatía isquémica; Síndrome de Down; Autismo y otros trastornos asociados al autismo; Parálisis cerebral; Daño cerebral adquirido; Demencia de tipo Alzheimer; Otras demencias; Esquizofrenia; Depresión; Trastorno Bipolar; Retinosis pigmentaria; Miopía magna; Degeneración macular senil; Retinopatía diabética; Glaucoma; Cataratas; VIH/sida; Enfermedades raras; Insuficiencia renal. *Ningún paciente incluido en este grupo presenta ictus.

Para el análisis de la dependencia se utilizan además los datos correspondientes a limitaciones para la realización de actividades de la vida cotidiana en personas de 65 años o más, recogidas en el apartado L de la ENSE 2017 (TABLA 3).

OBJETIVO 4.

Evaluar la carga económica asociada al ictus en Cantabria.

1) Estimación del coste total anual de los casos incidentes de ictus.

Dicha estimación se ha realizado aplicando la tasa de incidencia reportada anteriormente (187,4 casos por 100.000 habitantes)[5] a la población de 18 años o más a 1 de enero de 2018[17]. Los casos incidentes se han multiplicado por el coste aproximado por paciente y año reportado en la literatura, que equivale a 27.711 €[22]. Este coste incluye costes directos sanitarios, costes directos no sanitarios (cuidados informales, formales y otros costes) y costes indirectos (pérdidas de productividad laboral).

2) Estimación del coste total de los cuidados de pacientes con ictus en la fase aguda.

Dicha estimación se ha realizado multiplicando el número total de altas hospitalarias por el coste medio por hospitalización, obtenido del Registro de Actividad de Atención Especializada (epígrafe *0908 Enfermedades cerebrovasculares* de la ISHMT)[23].

3) Estimación del coste total de los cuidados informales.

Se realiza una estimación del coste de los cuidados informales asociados al ictus. Los datos provienen de Oliva-Moreno et al.[24], y para realizar la estimación se multiplican las horas de cuidado informal registradas en la EDAD08 por el coste de hora de cuidado informal contemplado en la bibliografía (7,67 €/hora).

OBJETIVO 5.

Análisis de la situación actual de la anticoagulación por FANV en Cantabria y del impacto del seguimiento de las recomendaciones de práctica clínica para el manejo de la FANV.

Estimación del ahorro en eventos (ictus y hemorragias mayores).

La estimación del ahorro se ha realizado a partir de la aplicación de las tasas de eventos por 100 personas-año de cada tipo de evento analizado[25] a dos escenarios diferentes de uso de Anticoagulantes Orales Directos (ACODs):

- El escenario actual en Cantabria[26].
- Un escenario hipotético en línea con las recomendaciones de práctica clínica[27,28], basado en las cuotas de uso de la Unión Europea (UE-15)[29].

Este análisis se ha realizado teniendo como referencia la estimación del número de pacientes con FANV (mediante la aplicación de su prevalencia[30,31] a las cifras de población oficiales[17]).

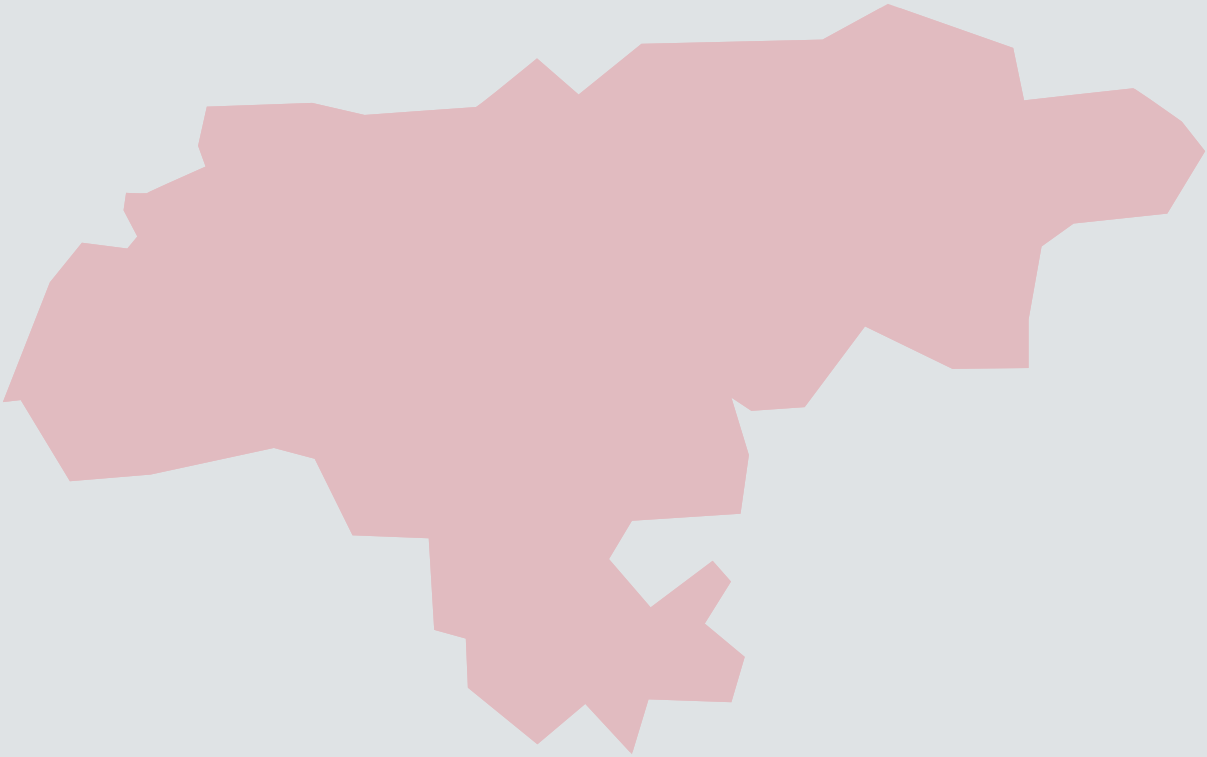
Como resultado se ha obtenido el número estimado de ictus (isquémicos y hemorrágicos) y de hemorragias mayores que se producirían anualmente en cada escenario, y se han multiplicado por el coste unitario de los mismos, 27.711 € por cada evento de ictus[22] y 6.777 € por cada hemorragia mayor[32,33]. En el caso del ictus, su precio unitario incluye los costes directos sanitarios, los costes directos no sanitarios y los costes indirectos[22], y en el caso de las hemorragias mayores, se incluyen los costes directos sanitarios[32], que corresponden al coste medio de los GRD vinculados[33].

La hemorragia mayor contemplada en este análisis se define como el sangrado fatal, y/o sangrado sintomático en un área u órgano crítico, como intracraneal, intrarraquídeo, intraocular, retroperitoneal, intra-articular o pericárdico, o intramuscular con síndrome compartimental, y/o sangrado que causa un descenso de los niveles de hemoglobina de 2 g/dl (1,24 mmol/l) o más, o que requiere la transfusión de dos o más unidades de sangre completa o eritrocitos[34].

Se han comparado los eventos y los costes asociados a las cuotas de uso reales en Cantabria y al escenario hipotético basado en las cuotas de uso europeas, y se ha calculado la diferencia entre ambos, en términos de ictus, hemorragias mayores y costes potencialmente evitables[17,22,25,26,29–33]. Las cifras se han redondeado a números enteros ocasionando ligeras discrepancias en los resultados.

EL ATLAS DEL ICTUS

CANTABRIA



RESULTADOS

1 Epidemiología y perfil sociodemográfico de los pacientes con ictus

Aplicando la incidencia reportada por el estudio IBERICTUS[5] a cifras poblacionales de 1 de enero de 2018[17], en Cantabria habría 914 casos nuevos al año, el 52% en hombres y el 48% en mujeres.

En relación con la hospitalización, en 2015 en Cantabria hubo un total de 1.198 altas hospitalarias, de las cuales el 51,8% fueron relativas a hombres (TABLA 6).

TABLA 6. **NÚMERO DE ALTAS HOSPITALARIAS POR ICTUS SEGÚN SEXO. CANTABRIA, 2015.**

ZONA GEOGRÁFICA	Nº DE ALTAS	% HOMBRES	% MUJERES
Cantabria	1.198	51,8%	48,2%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalizaciones[23].

Por tramos de edad, del total de altas hospitalarias en Cantabria el 77,1% correspondieron a personas de 65 años o más (TABLA 7).

TABLA 7. NÚMERO DE ALTAS HOSPITALARIAS POR ICTUS SEGÚN INTERVALO DE EDAD. CANTABRIA, 2015.

ZONA GEOGRÁFICA	Nº DE ALTAS	% <65 AÑOS	% ≥65 AÑOS
Cantabria	1.198	22,9%	77,1%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalizaciones[23].

Según la última ENSE de 2017[18], la prevalencia del ictus en esta Comunidad sería del 1,6% en población de 15 años o más y equivaldría a un total de 7.814 personas en 2018[17].

Por otro lado, según datos oficiales en 2016 se produjeron 404 defunciones debido a las enfermedades cerebrovasculares[19], constituyéndose como la tercera causa de muerte en ambos sexos (por detrás de 046 Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil, y 067 Otras enfermedades del sistema respiratorio), la quinta en hombres (por detrás de la causa 018 Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón, 046 Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil, 058 Otras enfermedades del corazón y 067 Otras enfermedades del sistema respiratorio) y la segunda en mujeres (por detrás de 046 Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil) (TABLA 8). Según datos del INE la tasa de mortalidad en Cantabria fue de 25,5 por 100.000 habitantes en la población general y de 28,5 para hombres y 22,6 para mujeres[35]. Del total de defunciones por enfermedades cerebrovasculares, el 60% fueron relativas a mujeres y se produjeron a una edad media de 87 años, frente a un 40% hombres que fallecieron a los 80 años de media.

TABLA 8. POSICIÓN DEL ICTUS EN LAS CAUSAS BÁSICAS DE DEFUNCIÓN (LISTA REDUCIDA) SEGÚN CIE-10. CANTABRIA, 2016.

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Todas las causas	5.936	3.003	2.933
046 Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	614	204	410
067 Otras enfermedades del sistema respiratorio	405	175	230
059 Enfermedades cerebrovasculares	404	161	243
018 Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	389	289	100
058 Otras enfermedades del corazón	345	183	162
056 Otras enfermedades isquémicas del corazón	271	144	127
051 Enfermedad de Alzheimer	216	75	141
057 Insuficiencia cardíaca	200	83	117
012 Tumor maligno del colon	172	99	73
072 Otras enfermedades del sistema digestivo	164	67	97

Fuente: Instituto Nacional de Estadística[19].

En la TABLA 9 se incluye la comparación del perfil sociodemográfico de las personas que habían padecido un ictus y otros grupos de enfermedades en Cantabria. Los ictus se producen en personas de mayor edad y con menor nivel de estudios en comparación con otras enfermedades y la población sana.

TABLA 9. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO. CANTABRIA, 2017.

		ICTUS	OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS	POBLACIÓN SANA
N válido		7.715	290.372	198.576
Edad	Mediana	73,0	59,0	41,0
	≥ 65 años (%)	80,5%	36,4%	3,5%
Sexo	Hombres (%)	50,0%	46,1%	51,9%
	Mujeres (%)	50,0%	53,9%	48,1%
Nivel de estudios	Primarios o sin estudios (%)	87,7%	42,1%	13,0%
	Estudios secundarios (%)	1,4%	43,8%	65,2%
	Estudios universitarios (%)	11,0%	14,1%	21,8%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017) – Cuestionario Adultos[18].

2 Consumo de recursos sanitarios

2.1 Destino al alta hospitalaria

El tipo de alta por ictus de mayor frecuencia en Cantabria fue el traslado a domicilio, con un 78,3%, seguido del exitus (14,4%) (TABLA 10).

TABLA 10. TIPO DE ALTA HOSPITALARIA POR ICTUS. CANTABRIA, 2015.

ZONA GEOGRÁFICA	Nº DE ALTAS	TRASLADO A OTRO HOSPITAL	TRASLADO A OTRO CENTRO SOCIO SANITARIO	TRASLADO A DOMICILIO	EXITUS	ALTA VOLUNTARIA / OTRO
Cantabria	1.198	2,8%	4,4%	78,3%	14,4%	0,2%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalizaciones[23].

2.2 Utilización de recursos sanitarios

Según datos de la ENSE, en 2017 en Cantabria, el 56,4% de las personas que padecieron un ictus visitaron al médico general o de familia y ninguna a un médico especialista en las últimas cuatro semanas. Por otro lado, en los últimos 12 meses el 47,3% de las personas que padecieron un ictus usaron los servicios de urgencias y un 48,7% tuvieron algún ingreso hospitalario (TABLA 11).

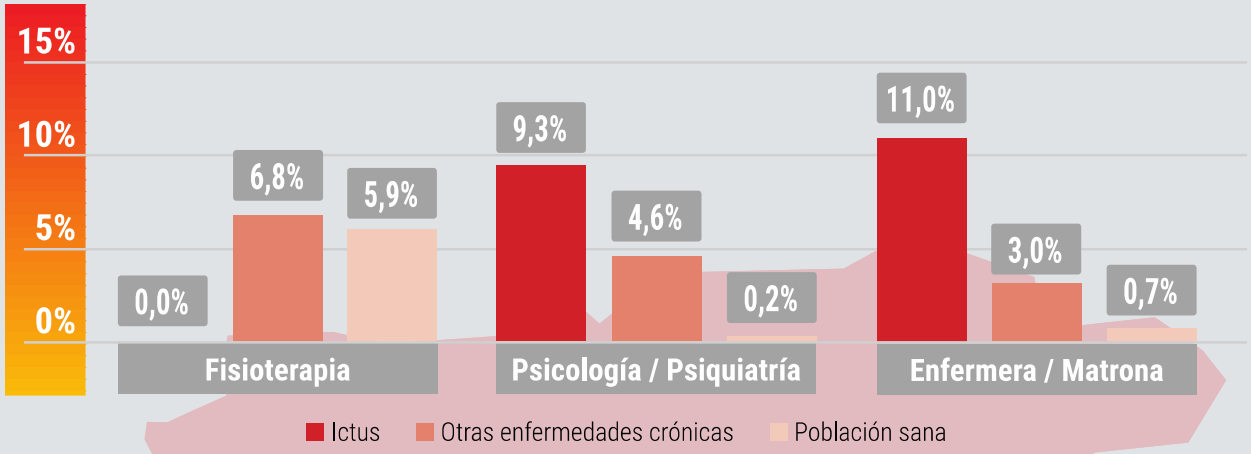
TABLA 11. VISITAS MÉDICAS, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIONES. CANTABRIA, 2017.

		ICTUS	ENFERMEDADES CRÓNICAS	POBLACIÓN SANA
En las últimas 4 semanas	Pacientes que han consultado al médico general, N (%)	4.355 (56,4%)	73.424 (25,3%)	19.232 (9,7%)
	Pacientes que han consultado al médico especialista, N (%)	0 (0,0%)	15.378 (5,3%)	3.482 (1,8%)
En los últimos 12 meses	Pacientes que han acudido a urgencias, N (%)	3.645 (47,3%)	109.622 (37,8%)	47.897 (24,1%)
	Pacientes que se han hospitalizado, N (%)	3.756 (48,7%)	36.295 (12,5%)	6.722 (3,4%)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017) – Cuestionario Adultos[18].

De acuerdo con la FIGURA 1, en Cantabria las personas que padecieron un ictus acudieron en mayor proporción a la enfermera/matrona, con un 11%, mientras que para las personas con otras enfermedades crónicas la asistencia fue del 3% y del 0,7% para la población sana.

FIGURA 1. VISITAS A OTROS ESPECIALISTAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR GRUPOS DE POBLACIÓN. CANTABRIA, 2017.

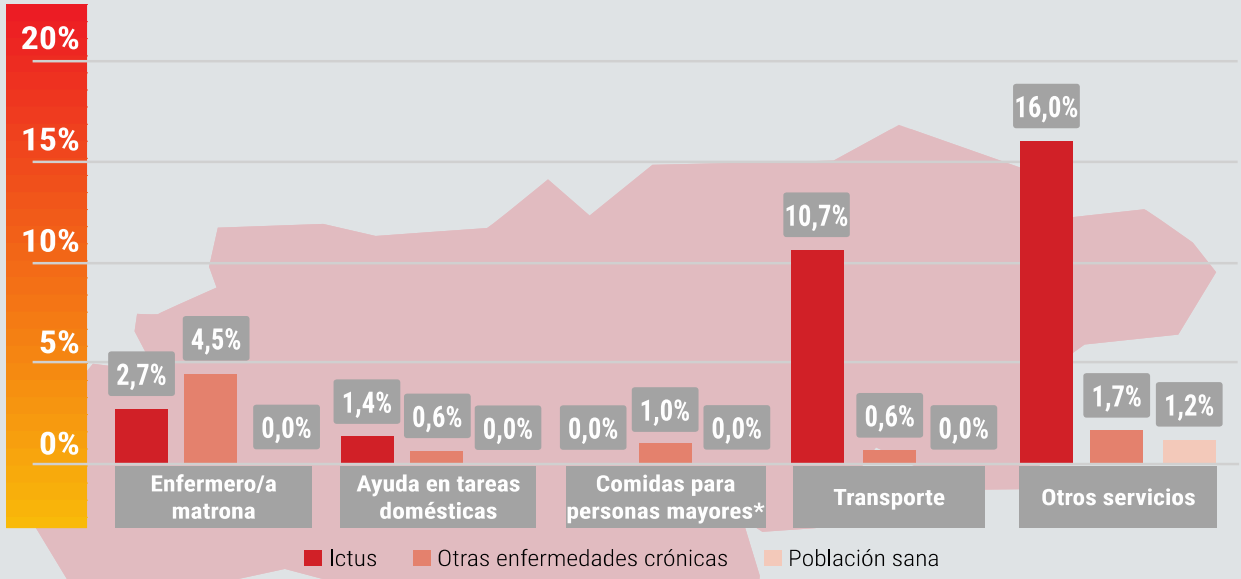


Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017) – Cuestionario Adultos[18].

2.3 Utilización de servicios de ayuda domiciliaria

En la FIGURA 2, se puede observar que las personas que padecieron un ictus utilizaron en general en mayor proporción los servicios de ayuda domiciliaria, siendo el de otros servicios el más utilizado, con un 16,0%, seguido del de transporte (10,7%) y del de enfermería/matrona (2,7%).

FIGURA 2. **SERVICIOS ASISTENCIALES DE AYUDA DOMICILIARIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR GRUPOS DE POBLACIÓN. CANTABRIA, 2017.**



*Sólo personas de 65 años o más.

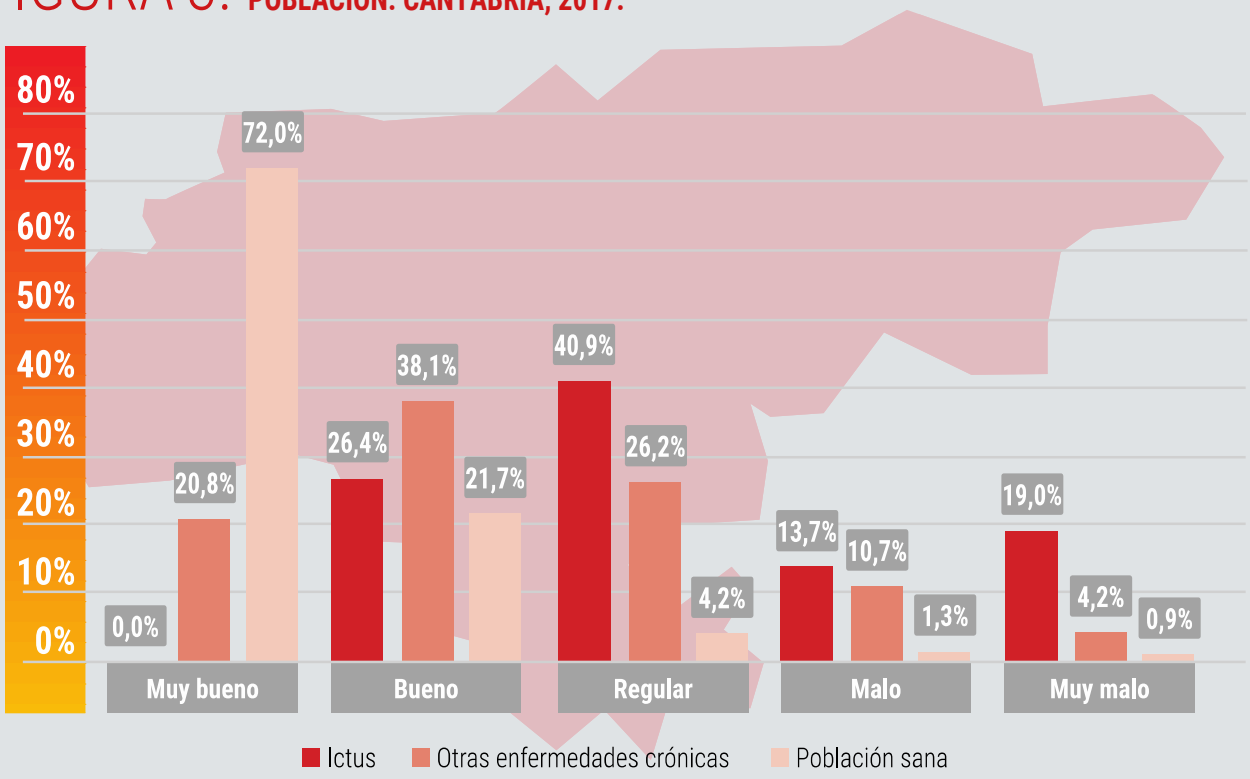
Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017) – Cuestionario Adultos[18].

3 Carga social del ictus

3.1 Estado de salud y calidad de vida

Como se puede observar en la FIGURA 3 en 2017 existía, en relación a otros enfermos crónicos y la población sana, una mayor proporción de personas que padecieron un ictus en un estado de salud de regular a muy malo: el 73,6% frente a un 41,1% en otras enfermedades crónicas y un 6,4% en la población sana. De manera complementaria, ninguna de las personas que padecieron un ictus mencionaron tener un estado de salud muy bueno, siendo para otras enfermedades crónicas de un 20,8% y de un 72% para la población sana.

FIGURA 3. **ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR GRUPOS DE POBLACIÓN. CANTABRIA, 2017.**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017) – Cuestionario Adultos[18].

De acuerdo con los datos de la última EDAD08, se puede observar que en Cantabria las personas que padecieron un ictus y tienen discapacidad tenían una peor percepción de su salud: un 34,7% la percibían como regular, un 28% como mala y un 19,3% como muy mala. Sendos porcentajes para otras enfermedades crónicas eran del 42,3%, 28,1% y 6% respectivamente.

En relación con el estado de salud mental, las personas que padecieron un ictus tuvieron una media de 0 (DE: 0,0) puntos del cuestionario GHQ-12, menor a la de las personas con otras enfermedades crónicas, 2,3 (DE: 3,3) e igual a la población sana, 0 (DE: 0,0), lo cual indica un mejor estado de salud mental que el grupo de otras enfermedades crónicas (TABLA 12).

TABLA 12. NIVEL DE SALUD MENTAL SEGÚN EL CUESTIONARIO GHQ-12 POR GRUPOS DE POBLACIÓN. CANTABRIA, 2017.

GRUPOS DE POBLACIÓN	Nº DE CASOS VÁLIDO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MEDIANA	MÍNIMO*	MÁXIMO*
Ictus	721	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otras enfermedades crónicas	28.823	2,3	3,3	0,0	0,0	12,0
Población sana	2.732	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

*0 es la menor puntación posible y 12 la máxima. A mayor puntuación, peor estado de salud mental.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017) – Cuestionario Adultos[18].

Los resultados del cuestionario de calidad de vida EQ-5D-5L de la ENSE 2012 muestran que en torno al 20% de las personas que padecieron un ictus presentaban problemas para caminar y un 10,7% no podían caminar en absoluto. Para otras enfermedades crónicas el porcentaje de problemas de movilidad fue de 18,4% y de 3,4% para la población sana (TABLA 13).

TABLA 13. NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL CUESTIONARIO EQ-5D-5L (DIMENSIÓN MOVILIDAD) POR GRUPOS DE POBLACIÓN. CANTABRIA, 2012.

GRUPOS DE POBLACIÓN		NINGÚN PROBLEMA PARA CAMINAR	PROBLEMA LEVE PARA CAMINAR	PROBLEMA MODERADO PARA CAMINAR	PROBLEMA GRAVE PARA CAMINAR	IMPOSIBILIDAD DE CAMINAR	TOTAL
Ictus	**Nº**	4.029	0	539	620	620	**5.808**
	%	69,4%	0,0%	9,2%	10,7%	10,7%	**100%**
Otras enfermedades crónicas	**Nº**	258.542	27.387	14.254	11.137	5.402	**316.723**
	%	81,6%	8,6%	4,5%	3,5%	1,7%	**100%**
Población sana	**Nº**	165.450	2.564	946	0	2.264	**171.224**
	%	96,6%	1,5%	0,6%	0,0%	1,3%	**100%**

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2012) – Cuestionario Adultos[36].

En relación con la dimensión de autocuidado, el 10,7% de las personas que padecieron un ictus tenían la imposibilidad de lavarse o vestirse, frente a un 2,1% de las personas con otras enfermedades crónicas y ninguna dentro de la población sana (TABLA 14).

TABLA 14. NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL CUESTIONARIO EQ-5D-5L (DIMENSIÓN AUTOCUIDADO) POR GRUPOS DE POBLACIÓN. CANTABRIA, 2012.

GRUPOS DE POBLACIÓN		NINGÚN PROBLEMA PARA LAVARSE O VESTIRSE	PROBLEMA LEVE PARA LAVARSE O VESTIRSE	PROBLEMA MODERADO PARA LAVARSE O VESTIRSE	PROBLEMA GRAVE PARA LAVARSE O VESTIRSE	IMPOSIBILIDAD DE LAVARSE O VESTIRSE	TOTAL
Ictus	**Nº**	4.649	0	539	0	620	**5.808**
	%	80,1%	0,0%	9,3%	0,0%	10,7%	**100%**
Otras enfermedades crónicas	**Nº**	292.034	8.794	5.540	3.598	6.758	**316.723**
	%	92,2%	2,8%	1,7%	1,1%	2,1%	**100%**
Población sana	**Nº**	170.686	0	0	539	0	**171.224**
	%	99,7%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	**100%**

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2012) – Cuestionario Adultos[36].

Para las actividades cotidianas, en la TABLA 15 se puede observar que más del 30% de las personas que padecieron un ictus tenían problemas para realizar sus actividades cotidianas, frente a un 12,2% de las personas con otras enfermedades crónicas y un 1,4% de la población sana.

TABLA 15. NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL CUESTIONARIO EQ-5D-5L (DIMENSIÓN ACTIVIDADES COTIDIANAS) POR GRUPOS DE POBLACIÓN. CANTABRIA, 2012.

GRUPOS DE POBLACIÓN		NINGÚN PROBLEMA PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS	PROBLEMA LEVE PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS	PROBLEMA MODERADO PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS	PROBLEMA GRAVE PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS	IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS	TOTAL
Ictus	**Nº**	4.029	539	0	0	1.240	**5.808**
	%	69,4%	9,3%	0,0%	0,0%	21,3%	**100%**
Otras enfermedades crónicas	**Nº**	278.111	12.799	10.598	6.756	8.459	**316.723**
	%	87,8%	4,0%	3,3%	2,1%	2,7%	**100%**
Población sana	**Nº**	168.754	235	0	1.697	539	**171.224**
	%	98,6%	0,1%	0,0%	1,0%	0,3%	**100%**

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2012) – Cuestionario Adultos[36].

En la dimensión de dolor o malestar, más de un 45% de las personas que padecieron un ictus mencionaron presentar algún tipo de dolor o malestar, frente a un 33,1% en otras enfermedades crónicas y un 3,9% en la población sana (TABLA 16).

TABLA 16. NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL CUESTIONARIO EQ-5D-5L (DIMENSIÓN DOLOR O MALESTAR) POR GRUPOS DE POBLACIÓN. CANTABRIA, 2012.

GRUPOS DE POBLACIÓN		NO PRESENTA DOLOR	DOLOR O MALESTAR LEVE	DOLOR O MALESTAR MODERADO	DOLOR O MALESTAR FUERTE	DOLOR O MALESTAR EXTREMO	TOTAL
Ictus	**Nº**	3.169	918	1.720	0	0	**5.808**
	%	54,6%	15,8%	29,6%	0,0%	0,0%	**100%**
Otras enfermedades crónicas	**Nº**	211.790	52.704	27.573	19.816	4.840	**316.723**
	%	66,9%	16,6%	8,7%	6,3%	1,5%	**100%**
Población sana	**Nº**	164.440	3.942	2.114	728	0	**171.224**
	%	96,1%	2,3%	1,2%	0,4%	0,0%	**100%**

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2012) – Cuestionario Adultos[36].

Para la dimensión de ansiedad o depresión, el 29,8% de las personas que padecieron un ictus mencionaron presentar algún grado de ansiedad o depresión, mientras para otras enfermedades crónicas dicha proporción fue del 11,9% y para la población sana del 0,8% (TABLA 17).

TABLA 17. NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL CUESTIONARIO EQ-5D-5L (DIMENSIÓN ANSIEDAD O DEPRESIÓN) POR GRUPOS DE POBLACIÓN. CANTABRIA, 2012.

GRUPOS DE POBLACIÓN		NO PRESENTA ANSIEDAD NI DEPRESIÓN	ANSIEDAD O DEPRESIÓN LEVE	ANSIEDAD O DEPRESIÓN MODERADA	ANSIEDAD O DEPRESIÓN FUERTE	ANSIEDAD O DEPRESIÓN EXTREMA	TOTAL
Ictus	**Nº**	3.643	0	0	1.343	202	**5.188**
	%	70,2%	0,0%	0,0%	25,9%	3,9%	**100%**
Otras enfermedades crónicas	**Nº**	278.878	14.442	15.837	6.029	1.537	**316.723**
	%	88,1%	4,6%	5,0%	1,9%	0,5%	**100%**
Población sana	**Nº**	169.782	696	279	467	0	**171.224**
	%	99,2%	0,4%	0,2%	0,3%	0,0%	**100%**

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2012) – Cuestionario Adultos[36].

Las personas que habían padecido un ictus presentaban una media de 0,68 ± 0,33 AVAC anuales, lo que significa una menor calidad de vida relacionada con la salud frente al resto de grupos: 0,87 ± 0,25 en los otros enfermos crónicos y 0,98 ± 0,11 en la población sana.

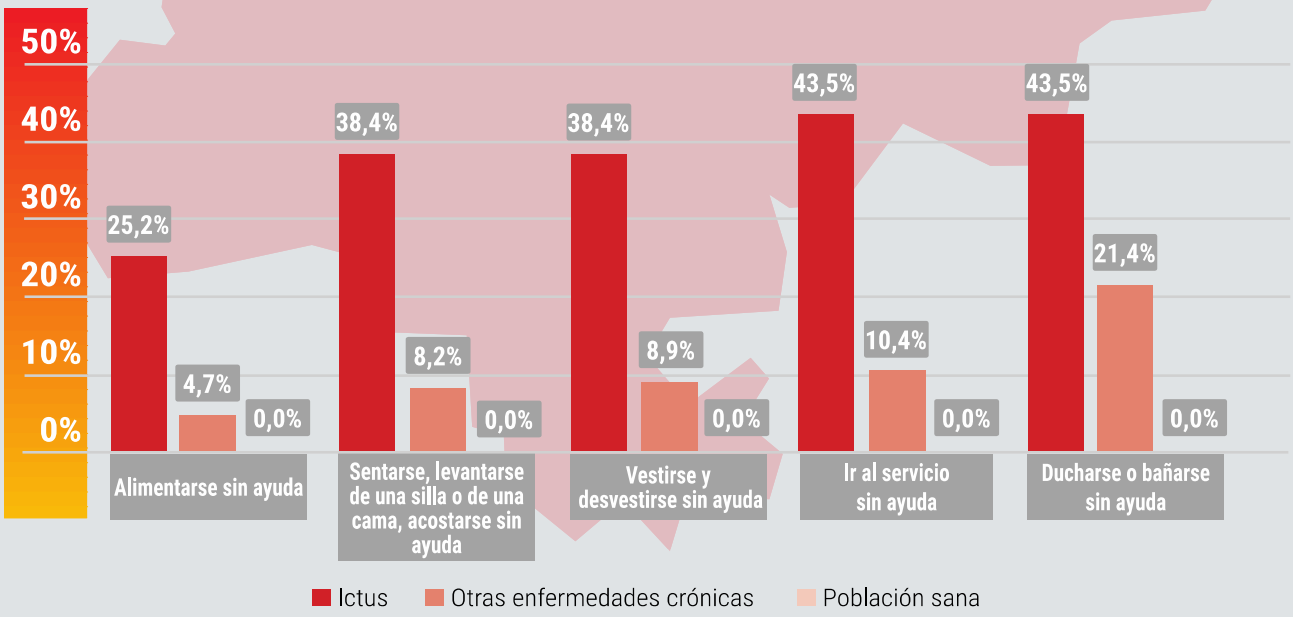
3.2 Dependencia

Según se explica en la metodología, los datos sobre dependencia se obtienen de dos fuentes (la ENSE 2017 y la EDAD08) y, por tanto, se presentan por separado en personas mayores de 65 años, que se comparan con otras enfermedades crónicas y población sana, y con otras enfermedades crónicas con discapacidad, respectivamente.

3.2.1 Personas de 65 años o más

De acuerdo con los datos de la ENSE 2017 y en relación con el grado de autonomía, en la FIGURA 4 se puede observar que las personas que padecieron un ictus de 65 años o más tenían en mayor proporción dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria, frente al resto de grupos. La mayor diferencia se presenta en la categoría de "ir al servicio sin ayuda", con 43,5%, frente a un 10,4% de las personas con otras enfermedades crónicas y ninguna en la población sana.

FIGURA 4. **DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES BÁSICAS DIARIAS POR GRUPOS DE POBLACIÓN*. CANTABRIA, 2017.**



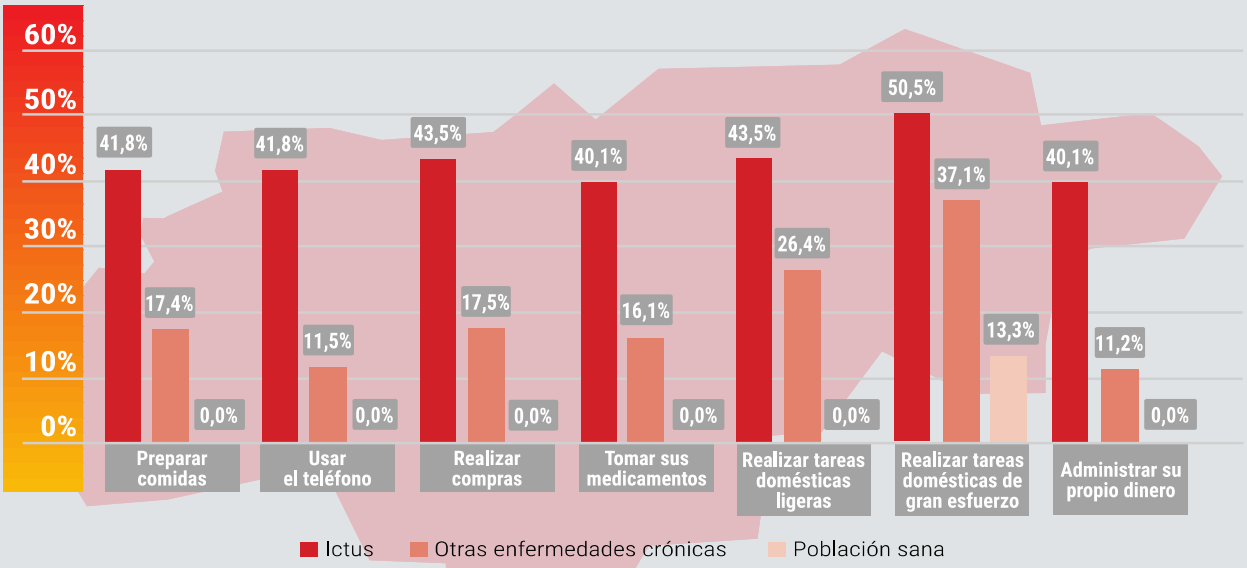
*Sólo personas de 65 años o más.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017) – Cuestionario Adultos[18].

Por otra parte, del total de personas que padecieron un ictus de 65 años o más que tenían dificultades en algún tipo de actividad básica diaria, el 100% disponían de ayuda para realizar sus actividades básicas, porcentaje mayor frente al de otras enfermedades crónicas, con el 78%.

En relación con el tipo de dificultades que las personas tenían para realizar actividades básicas diarias, en la FIGURA 5 se puede observar que las personas que padecieron un ictus tenían mayores dificultades en todas las áreas, siendo el uso del teléfono el de mayor diferencia (41,8%) frente a otras enfermedades crónicas (11,5%). De manera complementaria, el área de mayor dificultad para las personas que padecieron un ictus fue la realización de actividades domésticas de gran esfuerzo, con el 50,5%.

FIGURA 5. DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL HOGAR POR GRUPOS DE POBLACIÓN*. CANTABRIA, 2017.



*Sólo personas de 65 años o más.

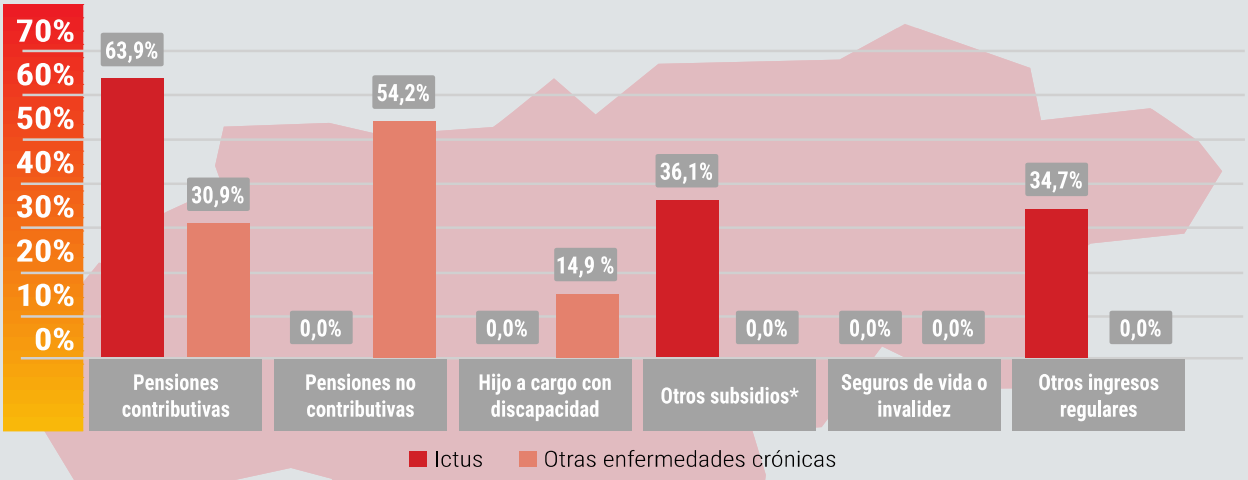
Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017) – Cuestionario Adultos[18].

3.2.2 Personas con discapacidad

El 9,6% de las personas que padecieron un ictus y que tenían discapacidad recibieron ayudas económicas o indemnizaciones en los últimos 12 meses (el 12% de las mujeres, con una media de 4.608€/persona/año y el 7% de los hombres –media no disponible por falta de datos–), frente a un 8,3% en otras enfermedades crónicas.

De acuerdo con el tipo de subsidio económico recibido, las pensiones contributivas fue el de mayor recepción en el grupo de ictus (63,9%), mientras que para otras enfermedades crónicas fueron las pensiones no contributivas, con un 54,2% (FIGURA 6).

FIGURA 6. **TIPO DE SUBSIDIO ECONÓMICO RECIBIDO POR DISCAPACIDAD, POR GRUPOS DE POBLACIÓN. CANTABRIA, 2008.**



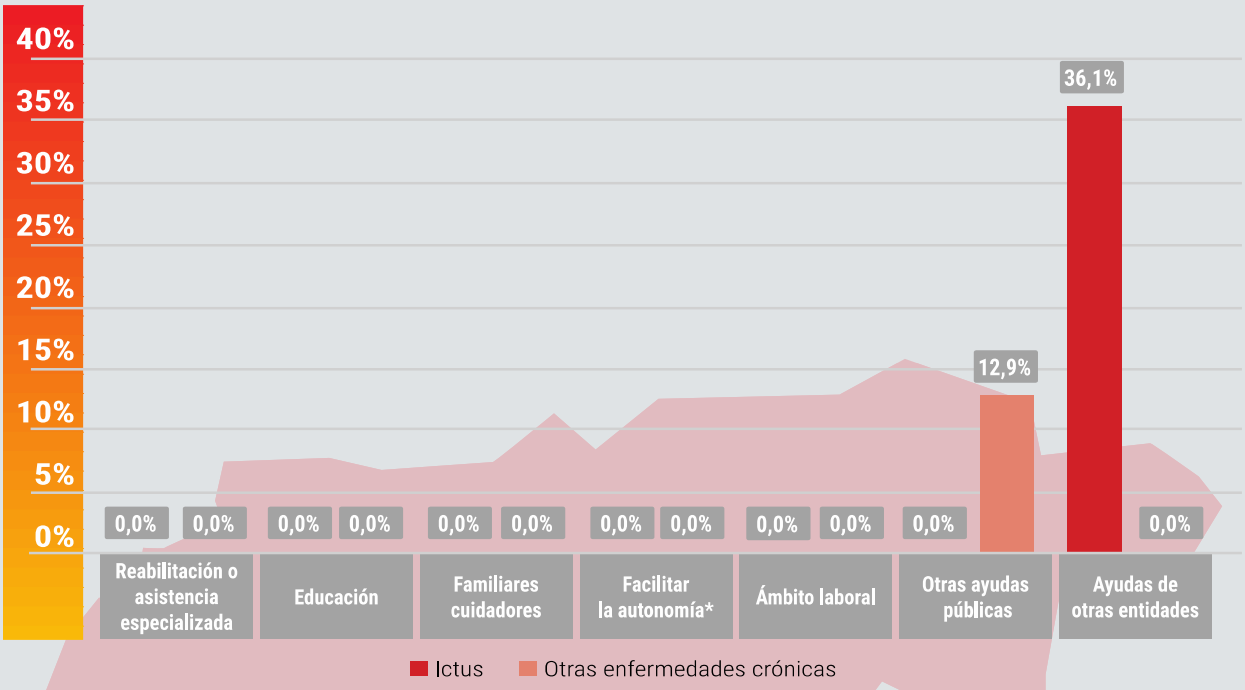
*Prestaciones LISMI, pensiones asistenciales, prestaciones económicas por dependencia, salario de inserción social, ayudas a la familia, programas de ayudas de comunidades autónomas, entre otras.

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008. Cuestionario de Discapacidades[37].

En relación con las prestaciones monetarias no periódicas, las personas que padecieron un ictus recibieron una mayor proporción, con 36,1% frente a un 12,9% en otras enfermedades crónicas. En relación al ictus, el 55% de las mujeres recibió este tipo de prestaciones (con una media de 6.000€/persona/año) y ninguno de los hombres.

De acuerdo con el tipo de prestación monetaria no periódica recibida por discapacidad, el único recibido en el grupo de personas que han sufrido un ictus fueron las ayudas de otras entidades (36,1%), mientras que en el grupo de personas con otras enfermedades crónicas fueron otras ayudas públicas, con un 12,9% (FIGURA 7).

FIGURA 7. TIPO DE PRESTACIÓN MONETARIA NO PERIÓDICA RECIBIDA POR DISCAPACIDAD, POR GRUPOS DE POBLACIÓN. CANTABRIA, 2008.



* Ayudas técnicas y para la accesibilidad y adaptación en el hogar.

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008. Cuestionario de Discapacidades[37].

El 100% de las mujeres con ictus recibían asistencia o cuidados personales debido a su discapacidad, frente al 95% de los hombres con ictus y discapacidad.

4 Carga económica asociada al ictus

4.1 Coste asociado a los casos incidentes de ictus

A continuación, se exponen los principales hallazgos sobre la carga económica asociada al ictus, en relación con los casos incidentes, el manejo en la fase aguda y los cuidados informales.

De acuerdo con los datos disponibles más recientes, el coste anual de cada paciente con ictus incluyendo los costes directos (sanitarios y no sanitarios) e indirectos es de 27.711 € durante el primer año[22]. A partir de la estimación de nuevos casos anuales (914) realizada anteriormente, **el coste anual de los nuevos casos de ictus en Cantabria se estima en 25,32 millones de euros (M€)** (TABLA 18).

TABLA 18. COSTE TOTAL DE NUEVOS CASOS DE ICTUS AL AÑO. CANTABRIA

NUEVOS CASOS DE ICTUS	COSTE (M€)
914	25,32M€

Fuente: Elaboración propia a partir de Díaz-Guzmán et al.[5], INE[17] y Alvarez-Sabín et al.[22].

4.2 Coste asociado a los cuidados en la fase aguda del ictus

Teniendo en cuenta el número total de hospitalizaciones, que fue de 1.198 en el año 2015, y el coste medio por hospitalización por ictus por paciente (6.963,26 €)[23], **el coste total anual en hospitalizaciones por ictus en Cantabria se estima en 8,34 M€** (TABLA 19).

TABLA 19. HOSPITALIZACIONES POR ICTUS, COSTE MEDIO Y COSTE TOTAL. CANTABRIA, 2015

NÚMERO TOTAL DE HOSPITALIZACIONES	COSTE POR CADA HOSPITALIZACIÓN	COSTE TOTAL (M€)
1.198	6.963,26	8,34 €

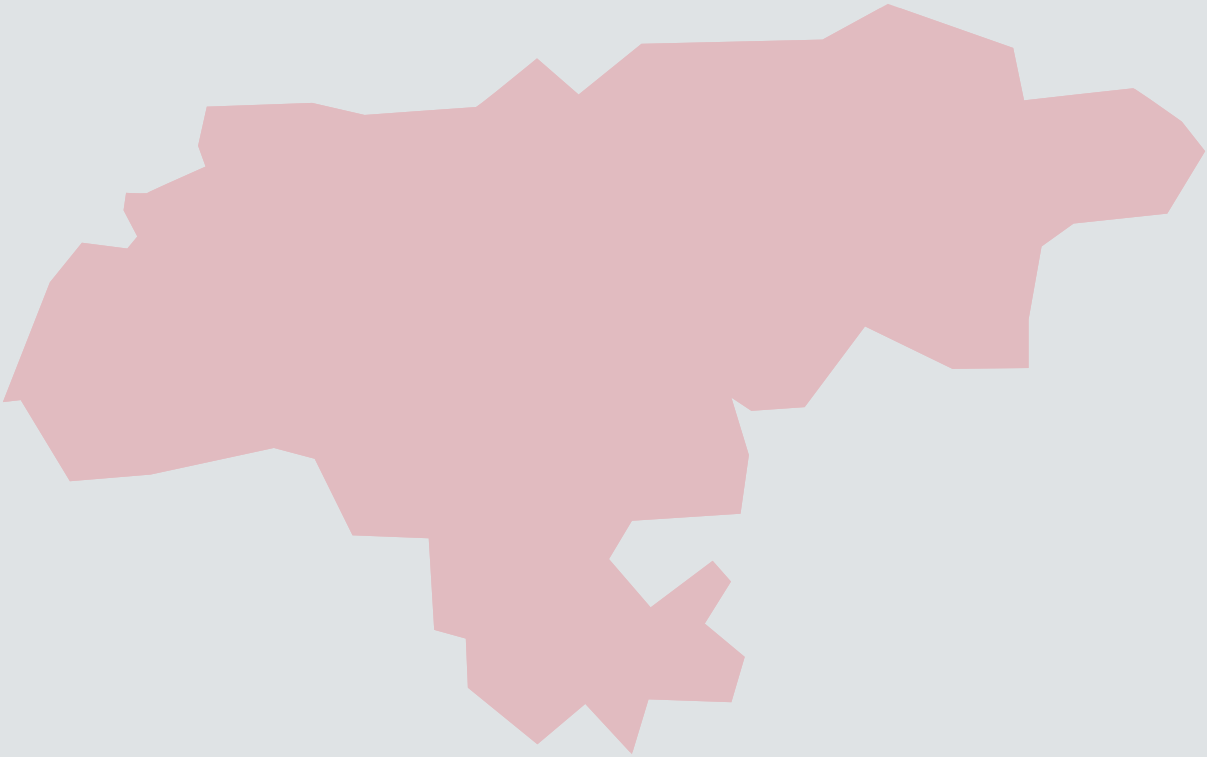
Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalizaciones[23].

4.3 Coste asociado a los cuidados informales

Para calcular el coste de los cuidados informales se ha utilizado como referencia el artículo de Oliva-Moreno et al.[24]. Para realizar la estimación se multiplican las horas de cuidado informal registradas en la EDAD08 para Cantabria por el coste de hora de cuidado informal contemplado en la bibliografía (7,67 €/hora). En Cantabria, el coste total del cuidado informal **equivale a 105 M€**.

EL ATLAS DEL ICTUS

CANTABRIA



5 Situación actual de la anticoagulación

La FA afecta al 4,4% de la población de 40 años o más[30], lo que supone un total de 14.977 personas en Cantabria[17,30]. De éstas, el 85% presentan FANV[31], es decir, 12.730 personas[17,30,31].

Según la población con FANV y las cuotas de uso actuales en Cantabria, se producen un total de 59 ictus y 181 hemorragias mayores asociadas a la antivitamina K, a la vez que se dan 29 ictus y 154 hemorragias mayores asociadas a los ACODs (TABLA 20).

TABLA 20. EVENTOS TOTALES SEGÚN CUOTAS DE USO ACTUALES. CANTABRIA, 2018.

FÁRMACOS	CUOTAS DE USO ACTUALES	NÚMERO DE PACIENTES	ICTUS 100 PERSONAS-AÑO	ICTUS TOTALES	HEMORRAGIAS MAYORES 100 PERSONAS-AÑO	HEMORRAGIAS MAYORES TOTALES
Antivitamina K	43,3%	5.511	1,07	59	3,28	181
ACODs	56,7%	7.220	0,40	29	2,13	154
TOTAL	**100%**	**12.730**	***No aplica***	**88**	***No aplica***	**335**

Fuente para cuotas de uso en Cantabria: IQVIA, 2018[26].
Fuente para número de pacientes: INE, 2018[17], Gómez-Doblas et al., 2014[30], Zoni-Berisso et al., 2014[31] y IQVIA, 2018[26].
Fuente para eventos 100 personas-año: Anguita Sánchez et al., 2019[25].
Fuente para eventos totales: INE, 2018[17], Gómez-Doblas et al., 2014[30], Zoni-Berisso et al., 2014[31], IQVIA, 2018[26] y Anguita Sánchez et al., 2019[25].

Multiplicando el número de eventos totales de ictus y hemorragias mayores en los pacientes en tratamiento para la FANV por sus precios unitarios (Ver Metodología), se observa que el coste total asociado a su manejo asciende a 4,70 M€ en Cantabria (TABLA 21).

TABLA 21. COSTES ASOCIADOS A EVENTOS TOTALES SEGÚN CUOTAS DE USO ACTUALES. CANTABRIA, 2018.

FÁRMACOS	NUEVOS ICTUS	HEMORRAGIAS MAYORES	TOTAL
Antivitamina K	1.634.045 €	1.225.014 €	2.859.058 €
ACODs	800.269 €	1.042.179 €	1.842.448 €
TOTAL	**2.434.314 €**	**2.267.193 €**	**4.701.507 €**

Fuente para precios unitarios: ictus (Álvarez-Sabín et al., 2017[22]) y hemorragia mayor (Beguiristain et al., 2005[32] y Osakidetza, 2018[38]).
Fuente para coste de los ictus: INE, 2018[17], Gómez-Doblas et al., 2014[30], Zoni-Berisso et al., 2014[31], IQVIA, 2018[26], Anguita Sánchez et al., 2019[25] y Álvarez-Sabín et al., 2017[22].
Fuente para coste de las hemorragias mayores: INE, 2018[17], Gómez-Doblas et al., 2014[30], Zoni-Berisso et al., 2014[31], IQVIA, 2018[26], Anguita Sánchez et al., 2019[25], Beguiristain et al., 2005[32] y Osakidetza, 2018[38].

En un escenario hipotético, a partir de la población con FANV en Cantabria y la equiparación de las cuotas de uso actuales a las de Europa UE-15, se producirían un total de 44 ictus y 134 hemorragias mayores asociadas a la antivitamina K, a la vez que se darían 35 ictus y 184 hemorragias mayores asociadas a los ACODs (TABLA 22).

TABLA 22. EVENTOS TOTALES SEGÚN CUOTAS DE USO EUROPEAS. CANTABRIA, 2018.

FÁRMACOS	CUOTAS DE USO EUROPA UE-15	NÚMERO DE PACIENTES	ICTUS 100 PERSONAS-AÑO	ICTUS TOTALES	HEMORRAGIAS MAYORES 100 PERSONAS-AÑO	HEMORRAGIAS MAYORES TOTALES
Antivitamina K	32,1%	4.086	1,07	44	3,28	134
ACODs	67,9%	8.644	0,40	35	2,13	184
TOTAL	**100%**	**12.730**	***No aplica***	**78**	***No aplica***	**318**

Fuente para cuotas de uso en Europa (UE-15): IQVIA, 2018[29].
Fuente para número de pacientes: INE, 2018[17], Gómez-Doblas et al., 2014[30], Zoni-Berisso et al., 2014[31] y IQVIA, 2018[29].
Fuente para eventos 100 personas-año: Anguita Sánchez et al., 2019[25].
Fuente para eventos totales: INE, 2018[17], Gómez-Doblas et al., 2014[30], Zoni-Berisso et al., 2014[31], IQVIA, 2018[29] y Anguita Sánchez et al., 2019[25].

Si se equiparasen las cuotas de uso actuales a las europeas, el coste total asociado a los eventos de ictus y hemorragias mayores se reduciría a 4,33 M€ (TABLA 23).

TABLA 23. COSTES ASOCIADOS A EVENTOS TOTALES SEGÚN CUOTAS DE USO EUROPEAS. CANTABRIA, 2018.

FÁRMACOS	NUEVOS ICTUS	HEMORRAGIAS MAYORES	TOTAL
Antivitamina K	1.211.699 €	908.389 €	2.120.088 €
ACODs	958.155 €	1.247.792 €	2.205.948 €
TOTAL	**2.169.854 €**	**2.156.181 €**	**4.326.036 €**

Fuente para precios unitarios: ictus (Álvarez-Sabín et al., 2017[22]) y hemorragia mayor (Beguiristain et al., 2005[32] y Osakidetza, 2018[38]).
Fuente para coste de los ictus: INE, 2018[17], Gómez-Doblas et al., 2014[30], Zoni-Berisso et al., 2014[31], IQVIA, 2018[29], Anguita Sánchez et al., 2019[25] y Álvarez-Sabín et al., 2017[22].
Fuente para coste de las hemorragias mayores: INE, 2018[17], Gómez-Doblas et al., 2014[30], Zoni-Berisso et al., 2014[31], IQVIA, 2018[29], Anguita Sánchez et al., 2019[25], Beguiristain et al., 2005[32] y Osakidetza, 2018[38].

Teniendo en cuenta ambos escenarios, **se conseguirían evitar 10 nuevos casos de ictus, así como 16 hemorragias mayores**, que equivaldrían a un **ahorro total de 375.471 €** en eventos (TABLA 24).

TABLA 24. DIFERENCIA EN NÚMERO DE EVENTOS Y COSTES ASOCIADOS TRAS LA EQUIPARACIÓN DE LAS CUOTAS DE USO ACTUALES A LAS EUROPEAS. CANTABRIA, 2018.

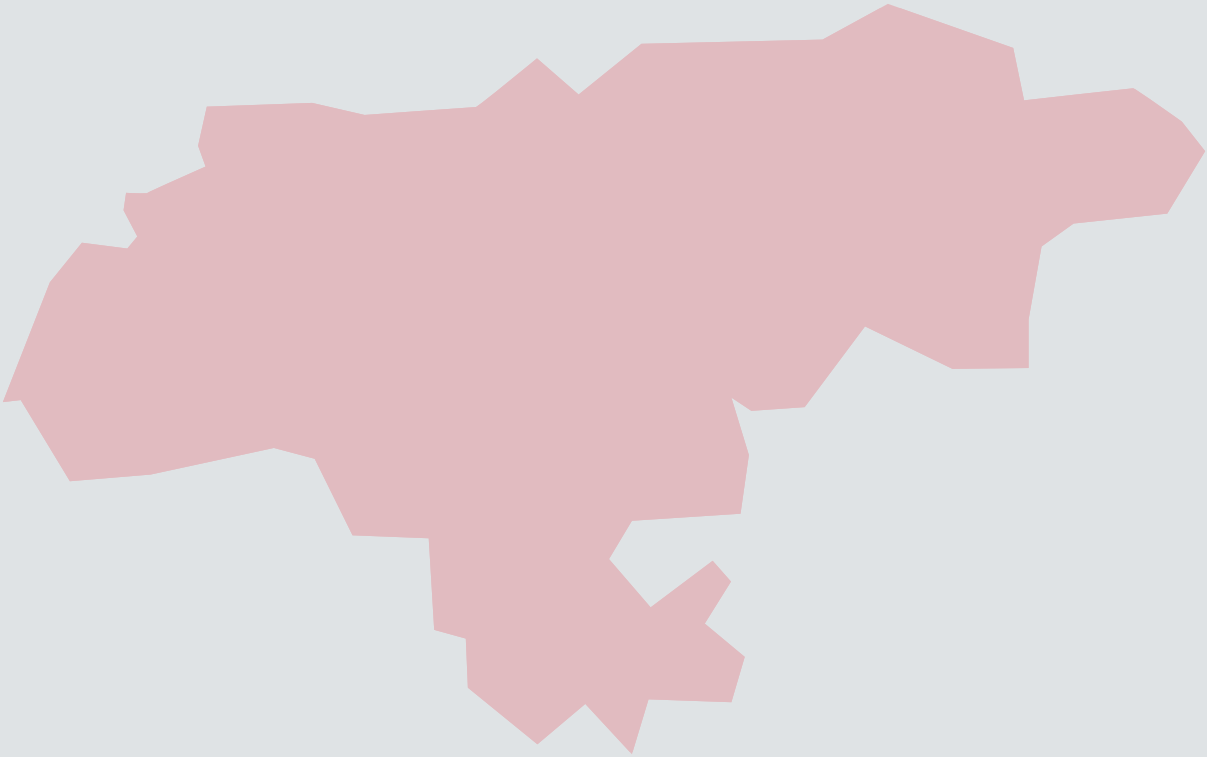
CUOTAS DE USO	NUEVOS ICTUS		HEMORRAGIAS MAYORES		COSTE TOTAL
	NÚMERO	COSTE ASOCIADO	NÚMERO	COSTE ASOCIADO	
Actuales	88	2.434.314 €	335	2.267.193 €	4.701.507 €
Europa UE-15	78	2.169.854 €	318	2.156.181 €	4.326.036 €
DIFERENCIA	**10**	**264.459 €**	**16**	**111.012 €**	**375.471 €**

El ahorro generado por el uso de ACODs podría ser mayor, ya que solamente se han considerado los costes directos sanitarios de las hemorragias mayores y no los costes indirectos.

Este trabajo, sin embargo, presenta una limitación a la hora de evaluar el ahorro en términos absolutos asociado a los anticoagulantes directos, dado que el sangrado cerebral podría estar incluido en ambos grupos, tanto en los ictus hemorrágicos como en las hemorragias mayores.

EL ATLAS DEL ICTUS

CANTABRIA



PUNTOS CLAVE

Cada año se generan 914 nuevos casos de ictus en Cantabria[5,17], con su consecuente carga social (expresada en discapacidad y dificultades en la vida diaria) y económica (expresada en consumo de recursos sanitarios y pérdidas de productividad laboral por discapacidad y mortalidad).

Al año mueren aproximadamente 404 personas a causa de las enfermedades cerebrovasculares, siendo ésta la tercera causa básica de defunción en ambos sexos, la segunda en mujeres y la quinta en hombres[19]. Esto implica una carga social expresada en años de vida perdidos.

Dos de cada tres personas que sobreviven a un ictus presentan algún tipo de secuela, en muchos casos discapacitantes, lo que incrementa notablemente la necesidad de recibir asistencia o cuidados.

En comparación con otros enfermos crónicos y con la población sana, el consumo de recursos sanitarios es mayor entre las personas que han padecido un ictus, principalmente respecto al uso de urgencias y la hospitalización[18].

El estado de salud autopercibido por las personas que han padecido un ictus es peor que el de otros enfermos crónicos y que la población sana. Por otro lado, presentan mejor estado de salud mental que otros enfermos crónicos y una mayor afectación en las distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente la movilidad, el autocuidado y las actividades cotidianas[18].

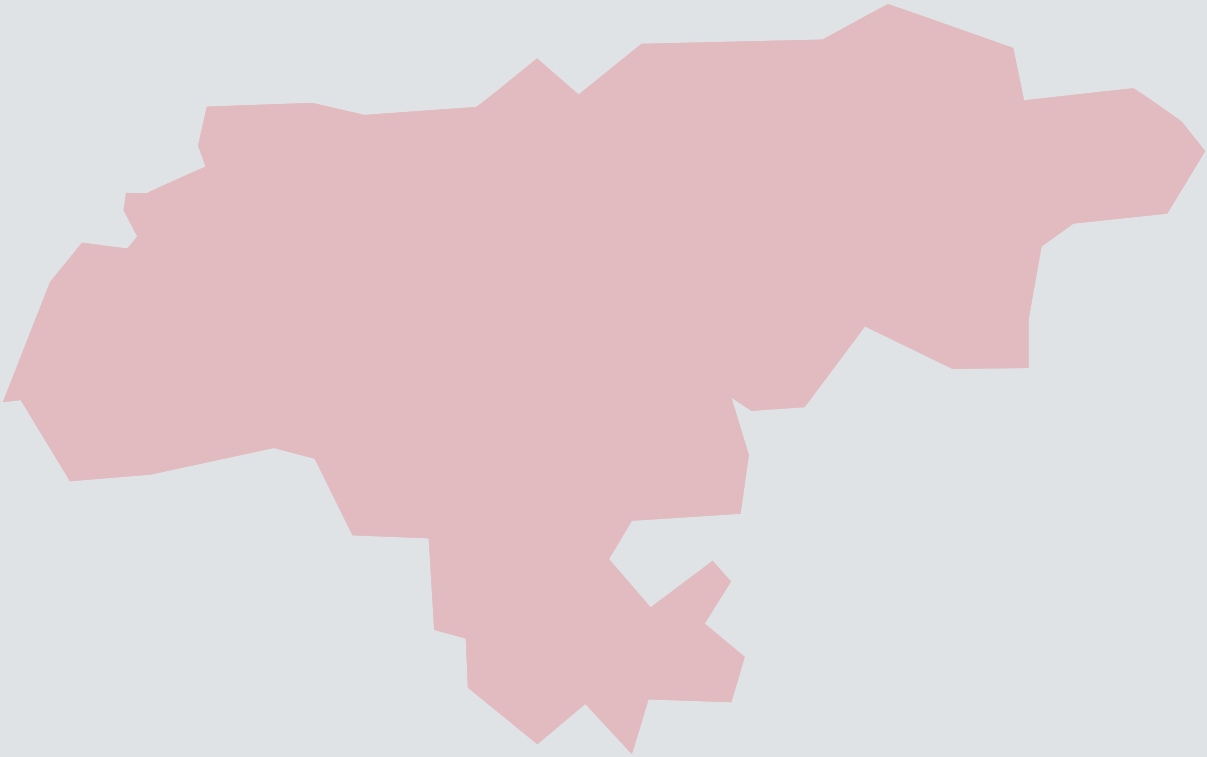
Cuatro de cada cinco personas que padecieron un ictus en Cantabria tienen 65 años o más[18], con lo que la edad unida al evento de ictus se traduce en mayores dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria, así como en una mayor necesidad de cuidado.

Los datos aportados justifican la necesidad de optimizar la asignación de recursos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con ictus para reducir el impacto de esta enfermedad.

La prevención relacionada con el tratamiento de los factores de riesgo modificables es la medida más efectiva en la reducción de eventos. Uno de los factores de riesgo modificables de mayor peso, por su prevalencia y por ser causa de ictus más graves es la fibrilación auricular no valvular, cuyo adecuado manejo repercute muy favorablemente en la reducción del impacto del ictus.

EL ATLAS DEL ICTUS

CANTABRIA



REFERENCIAS

1. Ruíz-Giménez N, González Ruano P, Suárez C. Abordaje del accidente cerebrovascular. Inf Ter Sist Nac Salud. 2002;26(4).

2. Stevens E, Emmett E, Wang Y, McKevitt C, Wolfe CD. El impacto del ictus en Europa. Resumen. London: Stroke Alliance for Europe; 2017.

3. Boix R, del Barrio JL, Saz P, Reñé R, Manubens JM, Lobo A, et al. Stroke prevalence among the Spanish elderly: an analysis based on screening surveys. BMC Neurol. 2006;6:36, doi: 10.1186/1471-2377-6-36.

4. Díaz-Guzmán J, Bermejo-Pareja F, Benito-León J, Vega S, Gabriel R, Medrano MJ. Prevalence of Stroke and Transient Ischemic Attack in Three Elderly Populations of Central Spain. Neuroepidemiology. 2008;30(4):247-53, doi: 10.1159/000135643.

5. Díaz-Guzmán J, Egido J-A, Gabriel-Sánchez R, Barberá-Comes G, Fuentes-Gimeno B, Fernández-Pérez C, et al. Stroke and Transient Ischemic Attack Incidence Rate in Spain: The IBERICTUS Study. Cerebrovasc Dis. 2012;34(4):272-81, doi: 10.1159/000342652.

6. Stevens E, Emmett E, Wang Y, McKevitt C, Wolfe CD. The burden of stroke in Europe. Appendix. London: Stroke Alliance for Europe; 2017.

7. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Portal estadístico. Área de inteligencia de gestión. Mortalidad por causa de muerte. España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; s. f.

8. McKevitt C, Fudge N, Redfern J, Sheldenkar A, Crichton S, Rudd AR, et al. Self-Reported Long-Term Needs After Stroke. Stroke. 2011;42(5):1398-403, doi: 10.1161/STROKEAHA.110.598839.

9. Crichton SL, Bray BD, McKevitt C, Rudd AG, Wolfe CDA. Patient outcomes up to 15 years after stroke: survival, disability, quality of life, cognition and mental health. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2016;87(10):1091-8, doi: 10.1136/jnnp-2016-313361.

10. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. The Lancet. 2016;388(10046):761-75, doi: 10.1016/S0140-6736(16)30506-2.

11. American Stroke Association. Stroke Risk Factors You Can Control, Treat and Improve. Www.Strokeassociation.Org. [accedido 21 febrero 2019]. Disponible en: https://www.strokeassociation.org/en/about-stroke/stroke-risk-factors/stroke-risk-factors-you-can-control-treat-and-improve.

12. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1-160.e78, doi: 10.1016/j.recesp.2018.12.005.

13. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. 2.ª edición corregida. 8 de abril de 2011. Rev Esp Cardiol. 2010;63(12):1483, doi: 10.1016/S0300-8932(10)70275-X.

14. Freedman B, Potpara TS, Lip GYH. Stroke prevention in atrial fibrillation. The Lancet. 2016;388(10046):806-17, doi: 10.1016/S0140-6736(16)31257-0.

15. Cowan JC, Wu J, Hall M, Orlowski A, West RM, Gale CP. A 10 year study of hospitalized atrial fibrillation-related stroke in England and its association with uptake of oral anticoagulation. Eur Heart J. 2018;39(32):2975-83, doi: 10.1093/eurheartj/ehy411.

16. Roldán Rabadán I, Esteve-Pastor MA, Anguita-Sánchez M, Muñiz J, Camacho Siles J, Quesada MA, et al. Relation of quality of anticoagulation control with different management systems among patients with atrial fibrillation: Data from FANTASIIA Registry. Eur J Clin Invest. 2018;48(5):e12910, doi: 10.1111/eci.12910.

17. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población. Series detalladas desde 2002. Resultados por Comunidades Autónomas. Población residente por fecha, sexo y edad. Datos de población residente a 1 de enero de 2018. [accedido 27 noviembre 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9681&L=0.

18. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2017. Cuestionario de Adultos. [accedido 30 octubre 2017]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadisticas/microdatos.do.

19. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2016. Defunciones por comunidad y ciudad autónoma de residencia, causas (lista reducida), sexo y edad. [accedido 25 octubre 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=02001.px.

20. Goldberg D. A User's Guide to the General Health Questionnaire. NFER-NELSON; 1988.

21. Ramos-Goñi J, Pinto Prades J, Oppe M, Cabasés Hita J, Rivero-Arias O. Estimación del conjunto de valores para los estados de salud del EQ-5D-5L basados en las preferencias de la población española. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2014.

22. Alvarez-Sabín J, Quintana M, Masjuan J, Oliva-Moreno J, Mar J, Gonzalez-Rojas N, et al. Economic impact of patients admitted to stroke units in Spain. Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care. 2017;18(4):449-58, doi: 10.1007/s10198-016-0799-9.

23. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Portal estadístico. Área de inteligencia y gestión. Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-CMBD. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [accedido 30 octubre 2018]. Disponible en: http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=6386.

24. Oliva-Moreno J, Aranda-Reneo I, Vilaplana-Prieto C, González-Domínguez A, Hidalgo-Vega A. Economic valuation of informal care in cerebrovascular accident survivors in Spain. BMC Health Serv Res. 2013;13:508, doi: 10.1186/1472-6963-13-508.

25. Anguita Sánchez M, Bertomeu Martínez V, Ruiz Ortiz M, Cequier Fillat Á, Roldán Rabadán I, Muñiz García J, et al. Anticoagulantes orales directos frente a antagonistas de la vitamina K en pacientes del «mundo real» con fibrilación auricular no valvular. Estudio FANTASIIA. Rev Esp Cardiol. 2019, doi: 10.1016/j.recesp.2019.02.003.

26. IQVIA. Tratamientos por día para la fibrilación auricular. Octubre 2018, promedio cuatrimestre móvil. Comunidades Autónomas. 2018.

27. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. Rev Esp Cardiol. 2017;70(1):50.e1-50.e84, doi: 10.1016/j.recesp.2016.11.014.

28. January CT, Wann LS, Calkins H, Chen LY, Cigarroa JE, Cleveland JC, et al. 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. Circulation. 2019:CIR0000000000000665, doi: 10.1161/CIR.0000000000000665.

29. IQVIA. Tratamientos por día para la fibrilación auricular. Noviembre 2018. Unión Europea UE-15. 2018.

30. Gómez-Doblas JJ, Muñiz J, Martin JJA, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P, et al. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. Rev Esp Cardiol. 2014;67(04):259-69, doi: 10.1016/j.recesp.2013.07.015.

31. Zoni-Berisso M, Lercari F, Carazza T, Domenicucci S. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. Clin Epidemiol. 2014;6:213-20, doi: 10.2147/CLEP.S47385.

32. Beguiristain JM, Mar J, Arrazola A. Coste de la enfermedad cerebrovascular aguda. Rev Neurol. 2005;40(7):406-11.

33. País Vasco. Acuerdo de 25 de enero de 2018, del Consejo de administración del ente público Osakidetza, por el que se aprueban las tarifas por prestación de servicios sanitarios y docentes a terceros obligados al pago durante el ejercicio 2018. 2018.

34. Schulman S, Kearon C, on behalf of the subcommittee on control of anticoagulation of the Scientific and Standardization, committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Definition of major bleeding in clinical investigations of antihemostatic medicinal products in non-surgical patients. J Thromb Haemost. 2005;3(4):692-4, doi: 10.1111/j.1538-7836.2005.01204.x.

35. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Portal estadístico. Área de inteligencia y gestión. Mortalidad por causa de muerte. Tasa de Mortalidad ajustada 2016. [accedido 28 marzo 2019]. Disponible en: https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/Comun/Informe.aspx?IdNodo=5012.

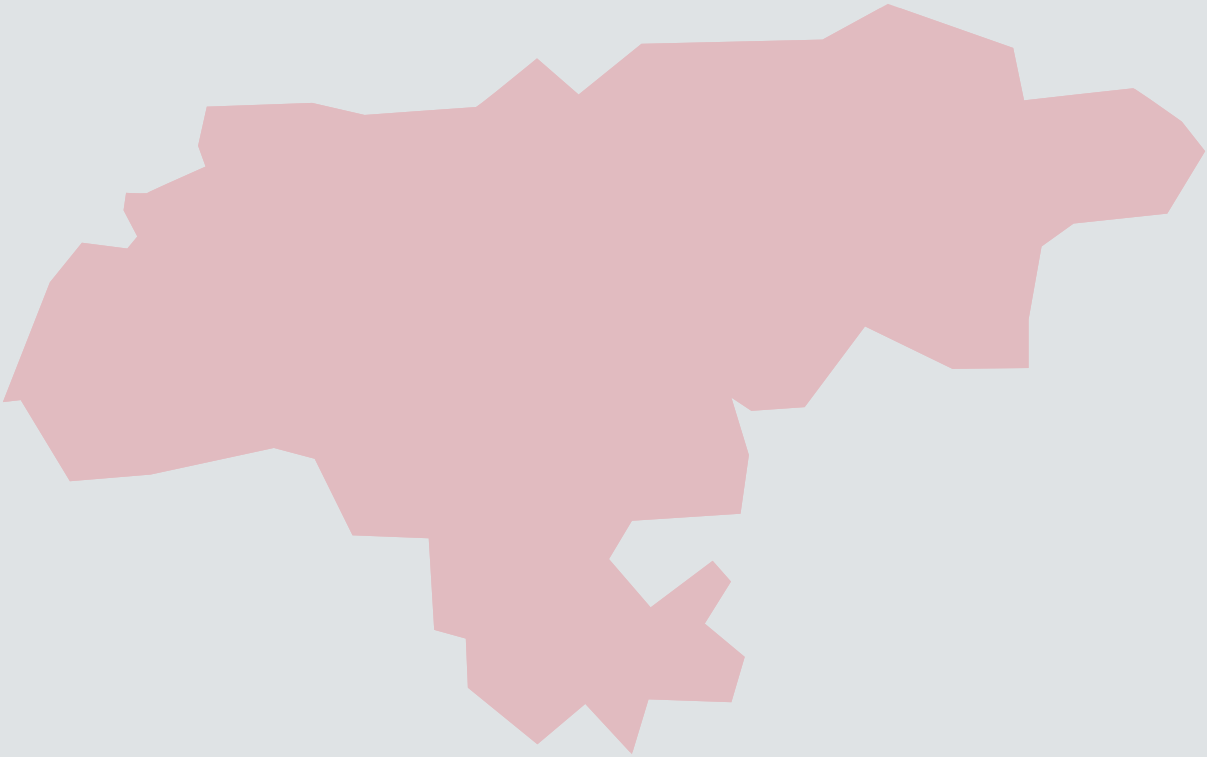
36. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Cuestionario de Adultos. [accedido 30 octubre 2018]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadisticas/microdatos.do.

37. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia 2008. Instituto Nacional de Estadística/INEbase. [accedido 30 octubre 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736195313&idp=1254735573175.

38. Consejo de Administración Osakidetza. Tarifas para facturación de servicios sanitarios y docentes de Osakidetza para el año 2018. 2018.

EL ATLAS DEL ICTUS

CANTABRIA



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Grupos de enfermedades comparados en la ENSE 2017. 12

Tabla 2. Información extraída de la ENSE 2017. 13

Tabla 3. Apartados de la ENSE 2017 a partir de los que se ha evaluado el estado de salud y las limitaciones en la realización de actividades de la vida cotidiana en pacientes con ictus. 14

Tabla 4. Información extraída de la EDAD08. 15

Tabla 5. Grupos de enfermedades comparados en la EDAD08. 15

Tabla 6. Número de altas hospitalarias por ictus según sexo. Cantabria, 2015. 19

Tabla 7. Número de altas hospitalarias por ictus según intervalos de edad. Cantabria, 2015. 20

Tabla 8. Posición del ictus en las causas básicas de defunción (lista reducida) según CIE-10. Cantabria, 2016. 20

Tabla 9. Perfil sociodemográfico. Cantabria, 2017. 21

Tabla 10. Tipo de alta hospitalaria por ictus. Cantabria, 2015. 22

Tabla 11. Visitas médicas, urgencias y hospitalizaciones. Cantabria, 2017. 22

Tabla 12. Nivel de salud mental según el cuestionario GHQ-12 por grupos de población. Cantabria, 2017. 26

Tabla 13. Nivel de calidad de vida según el cuestionario EQ-5D-5L (dimensión movilidad) por grupos de población. Cantabria, 2012. 26

Tabla 14. Nivel de calidad de vida según el cuestionario EQ-5D-5L (dimensión autocuidado) por grupos de población. Cantabria, 2012. 27

Tabla 15. Nivel de calidad de vida según el cuestionario EQ-5D-5L (dimensión actividades cotidianas) por grupos de población. Cantabria, 2012. 27

Tabla 16. Nivel de calidad de vida según el cuestionario EQ-5D-5L (dimensión dolor o malestar) por grupos de población. Cantabria, 2012. 28

Tabla 17. Nivel de calidad de vida según el cuestionario EQ-5D-5L (dimensión ansiedad o depresión) por grupos de población. Cantabria, 2012. 28

Tabla 18. Coste total de nuevos casos de ictus al año. Cantabria. 33

Tabla 19. Hospitalizaciones por ictus, coste medio y coste total. Cantabria, 2015. 33

Tabla 20. Eventos totales según cuotas de uso actuales. Cantabria, 2018. 35

Tabla 21. Costes asociados a eventos totales según cuotas de uso actuales. Cantabria, 2018. 35

Tabla 22. Eventos totales según cuotas de uso europeas. Cantabria, 2018. 36

Tabla 23. Costes asociados a eventos totales según cuotas de uso europeas. Cantabria, 2018. 36

Tabla 24. Diferencia en número de eventos y costes asociados tras la equiparación de las cuotas de uso actuales a las europeas. Cantabria, 2018. 37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Visitas a otros especialistas durante los últimos 12 meses por grupos de población. Cantabria, 2017. 23

Figura 2. Servicios asistenciales de ayuda domiciliaria en los últimos 12 meses por grupos de población. Cantabria, 2017. 24

Figura 3. Estado de salud autopercibido en los últimos 12 meses por grupos de población. Cantabria, 2017. 25

Figura 4. Dificultades para realizar actividades básicas diarias por grupos de población*. Cantabria, 2017. 29

Figura 5. Dificultades para realizar actividades relacionadas con el hogar por grupos de población*. Cantabria, 2017. 30

Figura 6. Tipo de subsidio económico recibido por discapacidad, por grupos de población. Cantabria, 2008. 31

Figura 7. Tipo de prestación monetaria no periódica recibida por discapacidad, por grupos de población. Cantabria, 2008. 32

EL ATLAS DEL ICTUS

2019

CVEP1906348-02 / ATLASINFCAN

weber

Bristol-Myers Squibb

Pfizer