



4. IMPULSO Y CONTROL DE LA ACCIÓN DE GOBIERNO

470. Propositiones No de Ley

PNL/000393-01

Proposición No de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, relativa a la ampliación de la red asistencial de Unidades de Ictus, para su tramitación ante el Pleno.

PRESIDENCIA

La Mesa de las Cortes de Castilla y León, en su reunión de 12 de febrero de 2016, ha admitido a trámite las Propositiones No de Ley, PNL/000392 a PNL/000394.

De conformidad con el artículo 163 del Reglamento se ha ordenado su publicación y acordado su tramitación ante el Pleno.

Los Grupos Parlamentarios podrán presentar enmiendas hasta seis horas antes del comienzo de la Sesión en que dichas Propositiones No de Ley hayan de debatirse.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena su publicación en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, de conformidad con el artículo 64 del Reglamento.

En la sede de las Cortes de Castilla y León, a 12 de febrero de 2016.

EL SECRETARIO DE LAS CORTES DE CASTILLA Y LEÓN,
Fdo.: Óscar Reguera Acevedo

LA PRESIDENTA DE LAS CORTES DE CASTILLA Y LEÓN,
Fdo.: Silvia Clemente Municio

A LA MESA DE LAS CORTES DE CASTILLA Y LEÓN

EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA de las Cortes de Castilla y León, al amparo de lo establecido en los artículos 162 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente PROPOSICIÓN NO DE LEY para su debate y votación ante el Pleno:

ANTECEDENTES

El ictus es un cuadro clínico generado por la interrupción repentina del flujo sanguíneo en una región del cerebro. Pueden ser hemorrágicos (hemorragias cerebrales, que se producen cuando un vaso sanguíneo se rompe en el cerebro) o isquémicos (infartos cerebrales, ocurren cuando una vena se obstruye por la presencia de un coágulo de sangre). Hasta el 78 % de los casos de Daño Cerebral Adquirido (DCA) se deben a un ictus, convirtiéndose en la principal causa de esta discapacidad y la segunda causa de muerte en España.

El ictus tiene un gran impacto en nuestra sociedad. En España es actualmente la segunda causa de muerte en la población general y la primera causa de muerte en la mujer. Además supone la primera causa de discapacidad y genera un gasto muy elevado para los servicios sanitarios y sociales. Está comprobado que una de las claves para el



éxito en la atención del ictus es la rapidez con la que se detectan los síntomas iniciales y se contacta con los sistemas de emergencias médicas para comenzar a actuar con la mayor celeridad posible y acortar el tiempo que transcurre desde que el paciente sufre un ictus hasta que se toman las medidas adecuadas en cada caso. Para ello es importante incidir en la prevención e información a los ciudadanos sobre los factores de riesgo y los síntomas de alarma, así como disponer de una buena coordinación entre los servicios de urgencia y los centros sanitarios mediante la activación del llamado "código ictus".

Otra cuestión importante a la hora de abordar el ictus es la necesidad de contar con un plan integral de actuaciones desde el inicio del tratamiento que asegure la máxima recuperación del paciente, ya que está comprobado que la actuación sistematizada sobre el ictus, tanto desde el punto de vista médico como de enfermería son de vital importancia para minimizar dentro de lo posible las secuelas que ocasiona esta enfermedad.

El ictus es la causa más importante de invalidez o discapacidad a largo plazo en el adulto y la segunda causa de demencia. A los 6 meses del ictus, el 26,1 % de los pacientes han fallecido, el 41,5 % están independientes y el 32,4 % son dependientes, estimándose de forma global que entre los supervivientes del ictus el 44 % quedan con una dependencia funcional.

Los principales déficit, discapacidades y complicaciones observables después de un ictus son: parálisis, desequilibrio, trastorno del habla/lenguaje, trastornos visuales, déficit cognitivos, alteraciones emocionales, fatiga física y psíquica, crisis epilépticas y dolor. El ictus recurrente es el principal responsable de discapacidad y muerte después de un ictus. Así, la mortalidad pasa de un 20,1 % a un 34,7 % (incremento de un 73 %) y la dependencia funcional de un 36,7 % a un 51 % (aumento del 39 %), dependiendo de si se trata de un primer ictus o de un ictus recurrente. Por ello, la prevención de la recurrencia del ictus es fundamental para evitar la discapacidad.

Una atención especializada en enfermedades cerebrovasculares mejora la evolución de los pacientes con ictus y reduce los costes del proceso. Diversos estudios realizados en nuestro país demuestran que una atención especializada y urgente al ictus se asocia a menor riesgo de mala evolución, reduce la mortalidad y las complicaciones intrahospitalarias, incrementando el porcentaje de pacientes que quedan independientes después de haber sufrido un ictus. Estos buenos resultados se mantienen después de 6 meses, período durante el cual se observa que los pacientes que han sido atendidos por un profesional especializado tienen una mejor situación funcional y una menor probabilidad de sufrir una recurrencia de ictus u otro episodio vascular. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios internacionales.

En 1996, la OMS y el European Stroke Council elaboraron la «Declaración de Helsinborg» en la que se señalaba que la Unidad de Ictus, entendida como unidad específica de cuidados agudos no intensivos para el tratamiento del paciente con ictus, ofrece el cuidado más efectivo del ictus agudo, apuntando como objetivo para el año 2005 que todos los pacientes con ictus agudo tuvieran fácil acceso a una evaluación y tratamiento especializados en Unidades de Ictus. Las Unidades de Ictus son unidades hospitalarias situadas en áreas geográficas bien definidas, integradas por un equipo multidisciplinar coordinado, especializado, entrenado en el cuidado de los pacientes con ictus y que dispone de protocolos de actuación y manejo del paciente basado en la mejor



evidencia científica disponible. Las Unidades de Ictus han demostrado que reducen la estancia media hospitalaria, la mortalidad y la dependencia, así como las complicaciones sistémicas y las neurológicas. Además disminuyen los costes por paciente y los costes globales.

Concretamente en Castilla y León el ictus ocasiona unas dos mil muertes al año y cerca de 5000 ingresos hospitalarios. Por ello, es necesario que el paciente llegue lo antes posible a un hospital donde haya Unidad de Ictus. Una Unidad de Ictus es una zona del Hospital con una media de cuatro o seis camas dedicadas exclusivamente a la atención del ictus. Con la activación del Código ictus, a la llegada del paciente al hospital el equipo de profesionales ya está listo para realizar un diagnóstico y una intervención de urgencia para, a continuación, iniciar un seguimiento neurológico. Las Unidades de Ictus se instauraron en nuestro Sistema Nacional de Salud a raíz de la aprobación en 2008 de la Estrategia del Ictus. En Castilla y León existen Unidades de Ictus en los hospitales de Burgos, León, el Clínico Universitario de Valladolid y el de Salamanca.

El resto de provincias no disponen de dichas Unidades con lo que se genera una desigualdad en la atención a los enfermos a pesar de la implicación y el buen hacer de los profesionales.

Según la Sociedad Española de Neurología (SEN) "la relevancia de estas unidades es clara porque la mortalidad al final del seguimiento para aquellos pacientes ingresados en una unidad de ictus se reduce significativamente frente a otros cuidados, concretamente un 45 %".

La magnitud del problema socio-sanitario, el mejor conocimiento de la fisiopatología de la isquemia cerebral, los avances tecnológicos en el ámbito del diagnóstico y la aparición de medidas terapéuticas eficaces han requerido forzosamente la organización de equipos multidisciplinares entrenados en unidades funcionales cerebrovasculares o Unidades de Ictus.

Por lo expuesto, se formula la siguiente

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

"Las Cortes de Castilla y León instan a la Junta de Castilla y León a ampliar la red asistencial de Unidades de Ictus en Castilla y León en la presente legislatura".

Valladolid, 9 de febrero de 2016.

EL PORTAVOZ,
Fdo.: Luis Tudanca Fernández