



Original

Conocimiento y actitudes sobre el ictus de los médicos de atención primaria

María Isabel Egocheaga Cabello^a, María Sanz Almazán^{b,*}, M^a José Peña Mateo^c,
 Carlos Miranda Fernández-Santos^d, María Pilar Rodríguez Ledo^e, en representación del
 Grupo de Cardiovascular de SEMG

^aCentro de Salud Isla de Oza. Madrid. ^bCentro de Salud Riaza. Segovia. ^cCentro de Salud. Cap Sanllehy. Barcelona. ^dCentro de Salud Buenavista. Toledo. ^eHospital Universitario Lucus Augusti (HULA). Lugo.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de noviembre de 2021

Aceptado el 30 de noviembre de 2021

On-line el 14 de enero de 2021

Palabras clave:

Atención primaria

Ictus

Conocimientos, actitudes y práctica

en salud

Prevención primaria

Prevención secundaria

R E S U M E N

Objetivo. Valorar el grado de conocimiento y actitudes sobre ictus, incluyendo prevención primaria y secundaria y cuidados posteriores al alta, entre los médicos de Atención Primaria (MAP).

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal. La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) elaboró un cuestionario sobre abordaje del ictus por los MAP. Se envió a 18.600 direcciones de la base de datos de SEMG (52,34 % de los MAP españoles). Se incluyó a quienes lo cumplimentaron voluntariamente desde el 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2019. Se recogieron las variables: edad, sexo, años de ejercicio profesional, ámbito, lugar y comunidad autónoma de trabajo; variables relacionadas con la prevención primaria y secundaria del ictus y con la atención al paciente tras el alta hospitalaria.

Resultados. N= 916. 63,5 % mujeres. Edad media: 50,30 años (DE 11,45). 73,9 % trabajan en consulta, 65,5 % en ámbito urbano. El 93 % hacen despistaje de los factores de riesgo (FR) vascular y más del 90 % reconocen asociación fuerte con hipertensión arterial (HTA), tabaco, diabetes, fibrilación auricular, dislipemia, estenosis carotídea, hipercoagulabilidad, ictus previo. El 54,3 % conocen que HTA es el FR con mayor asociación. El 49,1 % antiagregarían a pacientes mayores de 75 años con ictus cardioembólico por fibrilación auricular. El 49,3 % dice que la continuidad asistencial al alta es inadecuada; 30,8 % disponen de plan de continuidad asistencial. El 24,1 % considera que su formación sobre cuidados post-ictus es adecuada.

Conclusiones. Los MAP tienen un buen nivel de conocimientos sobre prevención primaria y secundaria del ictus. La atención al paciente al alta hospitalaria no es satisfactoria. Existe inadecuada continuidad asistencial y la mayoría de los encuestados reconoce tener carencias formativas.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: msanzalmazan@semg.es (M. Sanz Almazán).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2021.056>

2254-5506 / © 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Knowledge and attitudes on stroke of primary care physicians

A B S T R A C T

Keywords:

Primary health care
Stroke
Health knowledge, attitudes, practice
Primary prevention
Secondary prevention

Objective. Evaluate the level of knowledge and attitudes about stroke among primary health care physicians (PCP), including primary and secondary prevention and post-discharge care.

Materials and methods. Cross-sectional, descriptive study. SEMG elaborated a survey that was sent to 18,600 emails from SEMG's database (52.34% of Spanish PCP). It was completed voluntarily and anonymously, between September 1st and December 31st 2019. Variables: age, sex, years of professional experience, autonomous community, work area and workplace; primary and secondary stroke prevention and post-discharge patient care related variables.

Results. N= 916. 63.5% women. Average age: 50.30 years old (SD: 11.45). 73.9% worked in consultations and 65.5% in urban areas. 93% of PCP do screen vascular risk factors and more than 90% recognised strong association with: arterial hypertension (AHT), smoking, diabetes, atrial fibrillation, dyslipidemia, carotid stenosis, hypercoagulability and previous stroke. 54.3% know that AHT is the risk factor with the greatest association. 49.1% would antiaggregate patients over age 75 with cardioembolic stroke caused by atrial fibrillation. 49.3% believe that there is no adequate continuity after discharge, 59.7% schedule follow-up visits and only 30.8% actually have a medical care continuity plan. 24.1% reckon that they have adequate training in post-stroke care.

Conclusions. PCP have a solid level of knowledge in regards to primary and secondary stroke prevention. However, the care provided to stroke patients after discharge is not as satisfactory. Moreover, there is an inadequate medical care continuity and the majority of the respondents perceive their own lack of training.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Introducción

El ictus es un problema de primera magnitud en todo el mundo, debido a sus elevados prevalencia, mortalidad, discapacidad y gasto económico¹.

Aunque la tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (ECV) en Europa está disminuyendo, el número de ictus está aumentando debido al envejecimiento progresivo de la población. Se prevé que entre 2015 y 2035 se produzca un aumento del número total de ictus en la UE del 34 %². En España, en 2017 las ECV fueron la segunda causa de muerte en la población general y la primera causa de muerte en las mujeres³.

Al aumentar las tasas de supervivencia, cada vez es mayor el número de personas que viven con secuelas de un ictus y que precisan de recursos sanitarios especializados. Se trata de la primera causa de discapacidad aguda en mayores de 65 años y la segunda causa de demencia tras la enfermedad de Alzheimer⁴.

Por todo ello, la ECV genera una gran carga socioeconómica en forma de costes directos de asistencia sanitaria y de costes indirectos secundarios a los cuidados informales de estos pacientes por familiares, la pérdida de productividad secundaria a la morbilidad o los años de vida perdidos por

muerte prematura². Las secuelas derivadas de los ictus varían en función de la gravedad del episodio, la atención precoz y el seguimiento posterior⁵. Para minimizar estas secuelas y garantizar una atención de calidad de los pacientes que sufren un ictus es necesario un abordaje multidisciplinar y coordinado entre los diferentes profesionales: atención primaria (AP), servicios de urgencias extrahospitalarios (SUEH) y hospitalarios (SUH), neurología, rehabilitación, fisioterapia, logopedia, trabajo social...⁵.

Los profesionales de AP tienen un papel clave en el abordaje de los pacientes que sufren enfermedades crónicas. Las tareas en el caso de la ECV abarcan la prevención primaria y secundaria de la enfermedad, la atención al ictus agudo y la continuidad de cuidados a los pacientes y sus cuidadores tras el alta hospitalaria¹.

Por ello es necesario potenciar la formación de los profesionales sanitarios en este ámbito; sin embargo, para establecer mejoras primero hay que detectar dónde se encuentran los puntos débiles en la atención sanitaria a los pacientes con ictus. Existen diferentes estudios que valoran el nivel de conocimientos sobre detección de ictus en población general^{6,7}; sin embargo, son pocos los que valoran estos aspectos en los profesionales sanitarios^{8,9}.

El objetivo de este estudio fue valorar el grado de conocimiento y actitudes sobre el ictus, incluyendo prevención pri-

maria y secundaria y los cuidados posteriores al alta, entre los médicos de AP.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, en el que se incluyeron los médicos generales y especialistas en medicina familiar y comunitaria que recibieron el cuestionario "Conocimientos y actitudes sobre el ictus por los médicos de Atención Primaria" por vía telemática y decidieron participar en el estudio respondiendo a las preguntas de forma voluntaria y anónima.

El cuestionario se envió a 18.600 direcciones de correo electrónico de la base de datos de socios y alumnos de actividades de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), en su mayoría médicos de familia, independientemente del lugar de trabajo, procedentes de todo el territorio nacional. Previamente se solicitó el permiso de los mismos para la utilización de sus datos personales, según marca la legislación vigente en materia de protección de datos. En la actualidad, el número de médicos que trabajan en los equipos de AP es de 35.534, según datos del Ministerio de Sanidad^{10,11}; por ello el cuestionario fue enviado a un 52,34 % de los médicos de AP. La encuesta se mantuvo activa desde el 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2019.

Varios miembros del Grupo de Cardiovascular de SEMG, en colaboración con la Federación Española de Ictus, elaboraron un cuestionario que incluyó preguntas relacionadas con todas las vertientes en las que se ven implicados los médicos de AP en la atención al ictus. Para su elaboración se tuvo en cuenta la estructura y contenidos de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria⁵ y la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus¹², entre otras guías de práctica clínica (GPC)^{13,14}. Se modificaron los datos o conceptos obsoletos en el momento actual.

Se recogieron variables sociodemográficas: edad, sexo, años de ejercicio profesional, ámbito de trabajo (rural/urbano), lugar de trabajo, comunidad autónoma en que desempeña su trabajo y variables relacionadas con la prevención primaria y secundaria del ictus y con la atención al paciente tras el alta hospitalaria.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.18.0. Para la obtención de los resultados se realizó un análisis descriptivo uni y bivalente. Las variables cuantitativas continuas se describen como media \pm desviación estándar (DS) en caso de distribución normal, o como mediana y rango si la distribución no fue normal. Las variables cualitativas se describen mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi cuadrado con test exacto de Fisher o razón de verosimilitud dependiendo de sus condiciones de aplicación. Se ha considerado significativo en todos los test realizados un nivel de confianza del 95 % ($p < 0,05$).

Este proyecto cumple con los requisitos éticos y legales vigentes incluidos los derivados de la protección de datos de carácter personal, como son el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de

estos datos, así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. La gestión de datos fue anonimizada desde el inicio con imposibilidad de reidentificación.

Resultados

Un total de 916 médicos respondieron al cuestionario, lo que supone una tasa de respuesta del 4,9 % y representa al 2,6 % de los médicos que actualmente trabajan en AP en España. El 63,5 % de los participantes fueron mujeres. La edad media fue de 50,30 años (DE 11,45) y el grupo de edad con mayor participación fue el de mayores de 50 años, con un 58,19 %. La media de años de ejercicio profesional fue de 22,56 años (DE 11,16). El 65,5 % de los médicos que respondieron a la encuesta trabajaban en el ámbito urbano y el 73,9 % en una consulta de AP. Las comunidades autónomas con mayor representación fueron: Madrid (16,2 %) Cataluña (14,1 %) y Andalucía (12 %). Las mujeres participantes tenían una edad media menor que los varones ($p < 0,001$): 47,96 años (DE 11,19) frente a 54,39 (DE 10,73); menos años de experiencia laboral ($p < 0,001$): 20,18 años (DE 10,57) frente a 26,71 años (DE 10,98) y trabajaban con mayor frecuencia en el ámbito urbano ($p < 0,033$): 66,8 % vs 63,2 %. El perfil de los médicos participantes se especifica con mayor detalle en la [tabla 1](#).

Prevención primaria del ictus

El 93 % de los encuestados realiza despistaje de factores de riesgo (FR) de ictus en la práctica clínica diaria y el 96,6 % suele pensar en la prevención del ictus cuando aborda los FR vascular. Se interrogó sobre cuáles se consideraban FR relevantes de sufrir un ictus y el grado de asociación con el ictus: fuerte, débil o sin asociación ([Fig. 1](#)). Más del 90 % de los médicos reconocían asociación fuerte con hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, diabetes mellitus (DM), fibrilación auricular (FA), dislipemia, estenosis carotídea, estados de hipercoagulabilidad y antecedente de ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos. El 54,26 % de los participantes consideraban que el FR modificable con mayor asociación con el ictus era la HTA; 28,06 % tabaquismo; 11,90 % FA; 4,04 % dislipemia y 1,75 % DM. El 30 % de las mujeres creían que el FR más importante era el tabaquismo frente al 24,6 % de los varones ($p = 0,032$).

El 43,3 % de los participantes consideraba insuficiente su formación sobre el ictus y cómo prevenirlo, sobre todo entre los menores de 35 años (54,4 %), entre los que tenían una experiencia laboral menor de 10 años (54,4 %), así como los MIR (60 %) y los médicos que trabajaban en centros sociosanitarios (60 %) ($p = 0,02$) ([Tabla 2](#)).

Prevención secundaria del ictus

Se efectuaron una serie de afirmaciones en relación con la prevención secundaria del ictus; más del 90 % de los médicos encuestados contestaron de forma correcta todos los ítems ([Fig. 2](#)), salvo el concepto relacionado con la actitud a seguir ante el ictus cardioembólico por FA en mayores de 75 años, ya que el 49,1 % antiagregarían a estos pacientes.

El lugar de trabajo influye en la decisión de antiagregar o no, de manera que antiagregarían el 80 % de los médicos

Tabla 1 – Perfil de los médicos de familia participantes en el cuestionario de conocimientos sobre ictus

		N	%			N	%
Sexo	Varón	334	36,5	Comunidad Autónoma donde desempeña su trabajo	Andalucía	110	12,0
	Mujer	582	63,5		Aragón	39	4,3
Grupo de edad (años)	<35	114	12,5		Asturias	32	3,5
	35-49	269	29,4		Baleares	6	0,7
	50-65	506	55,3		Canarias	34	3,7
	66 o más	26	2,8		Cantabria	9	1,0
Años de experiencia profesional	0-9	147	16,1		Castilla La Mancha	51	5,6
	10-19	198	21,6		Castilla y León	86	9,4
	20-29	238	26,0		Cataluña	129	14,1
	30 o más	332	36,3		Comunidad Valenciana	89	9,7
Ámbito de trabajo	Urbano	600	65,5		Extremadura	13	1,4
	Rural	292	31,9		Galicia	92	10,0
Lugar de trabajo	Consulta AP	677	73,9		La Rioja	6	0,7
	SUEH	78	8,5		Madrid	148	16,2
	SUH	42	4,6		Melilla	1	0,1
	112	10	1,1		Murcia	27	2,9
	MIR	50	5,5		Navarra	20	2,2
	CSS	10	1,1		País Vasco	24	2,6
	Otro	49	5,3				

AP: Atención Primaria; SUEH: Servicio de Urgencias Extrahospitalarias; SUH: Servicio de Urgencias Hospitalarias; MIR: médico interno residente; CSS: centro sociosanitario.

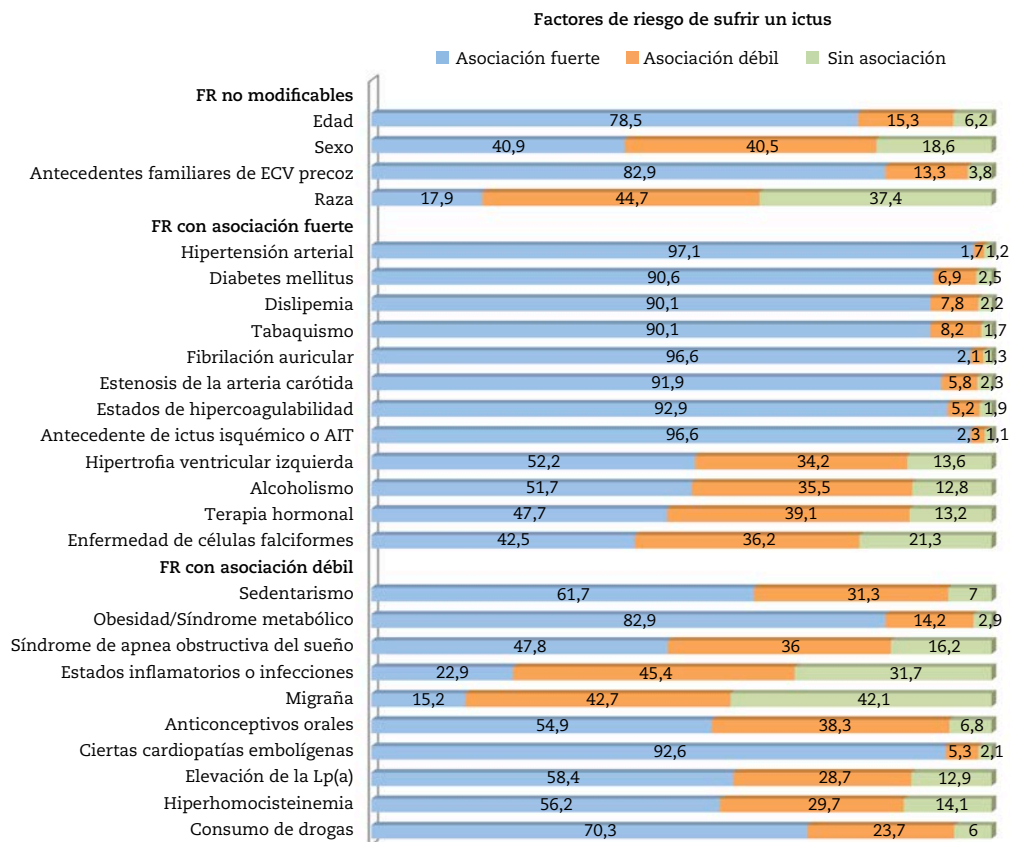


Figura 1 – Percepción de los participantes en la encuesta en relación a los principales factores de riesgo de padecer ictus y su grado de asociación.

Lp: lipoproteína; AIT: ataque isquémico transitorio; ECV: enfermedad cardiovascular; FR: factores de riesgo.

*Ciertas cardiopatías embolígenas: infarto de miocardio, miocardiopatías, valvulopatías

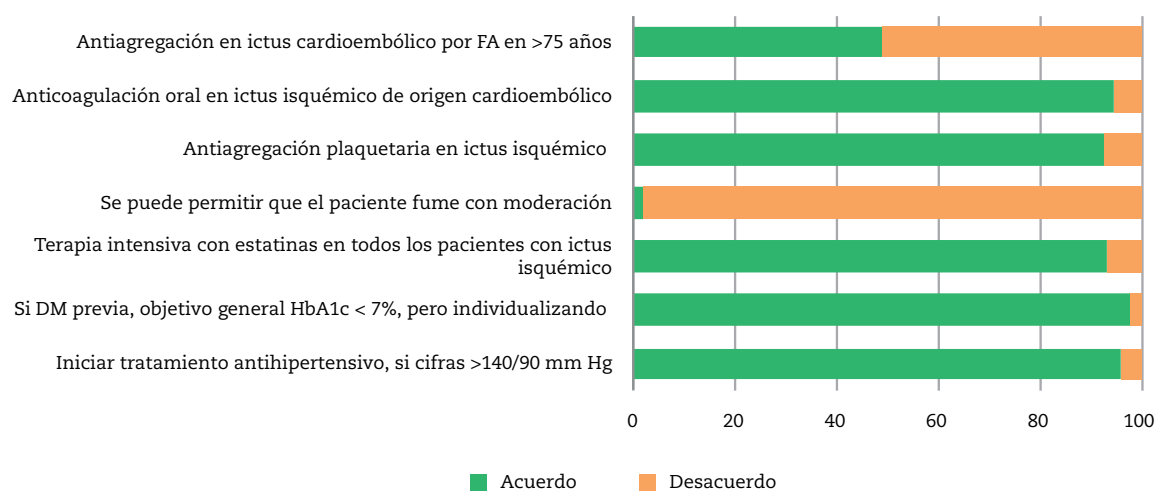
Los datos incluidos en el diagrama de barras representan el porcentaje de respondedores en cada una de las opciones.

Tabla 2 – Influencia de las variables sociodemográficas en la percepción de necesidades formativas.

		Formación actualizada sobre el ictus y cómo prevenirlo			Formación adecuada sobre los cuidados/tratamiento posteriores a un ictus		
		No	Sí	Otro	No	Sí	Otro
Sexo	Varón	149 (44,6)	173 (51,8)	12 (3,6)	229 (68,6)	83 (24,9)	22 (6,6)
	Mujer	248 (42,6)	310 (53,3)	24 (4,1)	423 (72,7)	138 (23,7)	21 (3,6)
	p		0,8		0,1		
Ámbito de trabajo	Urbano	253 (42,2)	324 (54)	23 (3,8)	425 (70,8)	149 (24,8)	26 (4,3)
	Rural	131 (44,9)	149 (51)	12 (4,1)	208 (71,2)	68 (23,3)	16 (5,5)
	Otro	13 (54,2)	10 (41,7)	1 (4,2)	19 (79,2)	4 (16,7)	1 (4,2)
	p		0,7		0,8		
Lugar de trabajo	Consulta AP	274 (40,5)	372 (54,9)	31 (4,6)	472 (69,7)	170 (25,1)	35 (5,2)
	SUEH	38 (48,7)	37 (47,4)	3 (3,8)	58 (74,4)	16 (20,5)	4 (5,1)
	SUH	16 (38,1)	26 (61,9)	0	33 (78,6)	8 (19)	1 (2,4)
	112	4 (40)	6 (60)	0	9 (90)	1 (10)	0
	MIR	30 (60)	20 (40)	0	43 (86)	7 (14)	0
	Centro SS	6 (60)	4 (40)	0	8 (80)	2 (20)	0
	Otro	29 (59,2)	18 (36,7)	2 (4,1)	29 (59,2)	17 (34,7)	3 (7)
	p		0,02		0,1		
Grupo de edad	< 35	62 (54,4)	52 (45,6)	0	101 (88,6)	13 (11,4)	0
	35-49	119 (44,2)	136 (50,6)	14 (5,2)	197 (73,2)	58 (21,6)	14 (5,2)
	≥ 50	216 (40,5)	295 (55,3)	22 (4,1)	18 (69,2)	6 (23,1)	2 (7,7)
	p		0,003		< 0,001		
Años de experiencia laboral	0-9	80 (54,4)	66 (44,9)	1 (0,7)	123 (83,7)	24 (16,3)	0
	10-19	81 (40,9)	102 (51,5)	15 (7,6)	144 (72,7)	40 (20,2)	14 (7,1)
	20-29	98 (41,2)	134 (56,3)	6 (2,5)	170 (71,4)	59 (24,8)	9 (3,8)
	≥ 30	138 (34,8)	180 (54,2)	14 (4,2)	214 (64,5)	98 (29,5)	20 (6)
	p		0,004		< 0,001		

*Los datos se expresan en n (%) AP: Atención Primaria; SUEH: Servicio de Urgencias Extrahospitalarias; SUH: Servicio de Urgencias Hospitalarias; MIR: médico interno residente; SS: sociosanitario.

Prevención secundaria del ictus



*DM: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular.

Figura 2 – Respuestas a las preguntas relacionadas con la prevención secundaria del ictus.

Tabla 3 – Actuaciones tras el alta hospitalaria según los años de ejercicio profesional.

Actuación tras el alta hospitalaria	Total	Años de ejercicio profesional				p
		0-9	10-19	20-29	> 30	
Programa visitas de seguimiento	547 (59,7)	74 (50,3)	113 (57,1)	143 (60,1)	216 (65,1)	< 0,001
Revisa si tiene pautado tratamiento rehabilitador	674 (73,6)	86 (58,5)	138 (69,7)	175 (73,5)	274 (82,5)	< 0,001
Indaga sobre problemas de adaptación en su entorno habitual y sus necesidades	653 (71,3)	87 (59,2)	127 (64,1)	184 (77,3)	254 (76,5)	< 0,001
Examina capacidades motoras, sensoriales, visuales y del lenguaje	744 (81,2)	118 (80,3)	152 (76,8)	189 (79,4)	284 (85,5)	0,16
Comprueba la presencia de disfagia	703 (76,7)	102 (69,4)	146 (73,7)	192 (80,7)	262 (78,9)	0,069
Valora el riesgo de caídas	783 (85,5)	110 (74,8)	165 (83,3)	204 (85,7)	303 (91,3)	< 0,001
Realiza cribado para los trastornos del ánimo (depresión, ansiedad, labilidad emocional)	682 (74,5)	89 (60,5)	146 (73,7)	185 (77,7)	261 (78,6)	< 0,001
Evalúa la presencia de deterioro cognitivo	727 (79,4)	101 (68,7)	148 (74,7)	186 (78,2)	291 (87,7)	< 0,001
Recomendaría la psicoterapia a pacientes con trastornos del ánimo post-ictus	771 (84,2)	129 (87,8)	162 (81,8)	204 (85,7)	275 (82,8)	0,097
Informa de la normativa sobre conducción de vehículos	355 (38,8)	37 (25,2)	74 (37,4)	86 (36,1)	157 (47,3)	< 0,001
Pregunta a los pacientes y sus parejas sobre sus preocupaciones y problemas en relación a su vida sexual	198 (21,6)	11 (7,5)	44 (22,2)	53 (22,3)	89 (26,8)	< 0,001
Aporta información a pacientes y familiares que han sufrido un ictus sobre su patología, tratamiento, secuelas, complicaciones	677 (73,9)	95 (64,6)	140 (70,7)	171 (71,8)	270 (81,3)	0,002

del 112 que contestaron la encuesta; el 73,5 % de los de otros lugares de trabajo; el 60 % de los de centros sociosanitarios; el 55,8 % de los SUEH; el 47,2 % de los de consulta de AP; el 46,3 % de los SUH; y el 33,3 % de los MIR ($p=0,001$).

Otras variables asociadas a indicar antiagregación en pacientes ancianos con FA son el grupo de edad del médico y los años de experiencia profesional: antiagregarían el 34,8 % de los menores de 35 años, el 47,9 % de los de 35-49 años y el 52,7 % de los de al menos 50 años ($p=0,002$); también el 56,4 % de los que tienen una experiencia laboral de 30 años o más; el 46,8 % de los de 20-29 años, el 49 % de los de 10-19 años y el 36,8 % de los de 0-9 años ($p<0,001$).

Atención tras el alta hospitalaria al paciente que ha sufrido un ictus

El 49,3 % de los médicos encuestados consideran que no existe una adecuada continuidad asistencial tras el alta de los pacientes que han sufrido un ictus y el 30,8 % disponen de un protocolo o plan de continuidad asistencial en la atención al ictus en sus ámbitos de trabajo (26,1 % lo desconocen). Las actuaciones de los médicos en el abordaje de los pacientes tras el alta hospitalaria se resumen en la [tabla 3](#).

El 99,6 % considera que la rehabilitación precoz tras sufrir un ictus puede mejorar los resultados y el 73,6 % revisa si el paciente tiene pautado tratamiento rehabilitador al alta hospitalaria. El 46,4 % de los encuestados opinan que la rehabilitación tras haber sufrido un ictus debe mantenerse hasta que no se identifiquen objetivos funcionales que lograr; el 35,2 % hasta que el paciente recupere su funcionalidad; 5,5 % durante un año; 3,4 % indefinidamente; 9,6 % no sabe/no contesta.

El 73,9 % de los médicos aporta información a pacientes y familiares que han sufrido un ictus sobre su patología, tratamiento, secuelas, complicaciones, etc., a través de diferentes medios: 84,5 % verbal; 26 % por escrito; 19,3 % remiten a asociaciones de ictus; 12,2 % ofrecen recursos electrónicos; 11 %

recomiendan grupos de apoyo; 3,8 % charlas informativas; 1,1 % otros. El 21,4 % conocen alguna asociación de pacientes con ictus y el 15 % sabe qué tipo de actividades realizan. El 35 % sabía que las asociaciones de ictus pueden ayudar a los pacientes a conocer cuáles son sus derechos sociales como enfermos crónicos y les proporcionan información sobre la obtención de asesoramiento legal. El 55,5 % considera que las asociaciones de ictus facilitan la relación médico-paciente.

El 24,1 % de los encuestados considera que tiene una adecuada formación sobre los cuidados/tratamiento posteriores a un ictus; la percepción es peor en cuanto a la formación en este aspecto en los profesionales de menor edad y menos años de ejercicio profesional ([Tabla 2](#)).

Discusión

Son muy escasos los estudios que indagan sobre los conocimientos y actitudes de los profesionales de AP ante una patología tan prevalente como es el ictus y que aborden todas las fases de la enfermedad^{8,9}; por ello, los resultados obtenidos son de gran interés para conocer la forma de proceder de los médicos de familia y detectar los aspectos en los que se pueden establecer cambios que mejoren la atención de los pacientes con ECV.

En general, los médicos de AP que participaron en el cuestionario tienen un buen nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención del ictus, teniendo en cuenta que las preguntas formuladas se basaban en las GPC actuales; a pesar de ello, casi la mitad consideran que su formación al respecto no es suficiente.

La atención al paciente con ictus tras el alta hospitalaria no es tan satisfactoria, pues existe una inadecuada continuidad asistencial y la mayoría de los encuestados reconocen tener carencias formativas.

El perfil de los participantes concuerda con el de los médicos de AP en el momento actual^{10,11}: predominio de mujeres, con una edad media en torno a los 50 años y más de 20 años de experiencia profesional; dos terceras partes desempeñan su actividad en el ámbito urbano y tres cuartas partes trabajan en una consulta de AP.

La mayoría de los encuestados están concienciados con la prevención del ictus, ya que piensan en los FR vascular asociados y realizan despistaje de los mismos. Se observa que los FR principales asociados al ictus son bien conocidos (HTA, tabaquismo, DM, dislipemia); sin embargo, la mitad de los encuestados no reconoce asociación fuerte con otros FR (la anemia falciforme, la terapia hormonal sustitutiva, el alcohol y la hipertrofia de ventrículo izquierdo) y la mitad no identificaban la migraña y los estados inflamatorios/infecciones como factor de ECV^{12,13}.

El FR más importante para sufrir un ictus es la HTA, la única asociada tanto a ictus isquémico como a hemorrágico; el resto de FR se asocian de forma más moderada¹²⁻¹⁵. Este dato sólo lo conocía la mitad de los médicos participantes; una tercera parte, sobre todo las mujeres, pensaban que el FR más importante era el tabaquismo. Para prevenir el ictus, hay que actuar sobre todos los FR y el estilo de vida de los pacientes, pero se debería incidir y dar a conocer los FR menos reconocidos, pero no por ello menos frecuentes e importantes^{16,17}.

Los profesionales encuestados parecen actuar según marcan las GPC en cuanto a prevención secundaria, ya que casi todos indicarían anticoagulación oral en caso de ictus isquémico cardioembólico, antiagregación en ictus isquémico no cardioembólico, prohibirían el tabaco, pautarían terapia intensiva con estatinas en pacientes con ictus isquémico, individualizarían los objetivos de control de la DM e iniciarían tratamiento antihipertensivo en caso de cifras de presión arterial mayores de 140/90 mmHg¹²⁻¹⁴. En el caso de la prevención secundaria de la ECV asociada a FA no valvular, el tratamiento antitrombótico de elección para reducir el riesgo cardioembólico es la anticoagulación oral, independientemente de la edad, que muestra un beneficio superior a la antiagregación. Solo está indicado antiagregar en caso de que estuviera contraindicada la anticoagulación^{18,19}. A pesar de que esta recomendación está presente en las GPC desde hace más de 10 años, la mitad de los encuestados presentan dudas sobre dicha actuación, ya que antiagregarían en el caso de pacientes mayores de 75 años, sobre todos los médicos de mayor edad, con más años de experiencia laboral y que trabajan en 112, centros sociosanitarios y SUEH.

Es conocido que el ictus representa la primera causa de discapacidad física en personas adultas y es un problema que afecta tanto a la persona con la incapacidad como a familiares y cuidadores⁴; por ello, los cuidados de estos pacientes deben continuarse a largo plazo tras el alta hospitalaria con el fin de minimizar las secuelas y mejorar su calidad de vida, lo que constituye una prioridad dentro de los planes sanitarios²⁰⁻²². Las GPC^{5,20-22} indican que al alta hospitalaria debe asegurarse la continuidad asistencial por los equipos de AP y coordinarse con el resto de profesionales implicados; solo la mitad de los médicos encuestados consideran que existe esa adecuada continuidad y programan visitas de seguimiento, y únicamente un tercio de ellos dispone de protocolos o planes de continuidad asistencial que faciliten esta tarea.

Los pacientes que han sufrido un ictus pueden experimentar una gran variedad de limitaciones y complicaciones que

dificultan su recuperación, por lo que es importante que al alta hospitalaria se recomiende un contacto inmediato con AP. El médico de AP debe realizar una primera evaluación clínica (en la que revise y concilie los todos los tratamientos del paciente, no sólo los relacionados con el ictus), reevaluar los objetivos de prevención secundaria, asegurar la comprensión de las medidas terapéuticas, comprobar posibles efectos adversos de la medicación y la correcta adhesión, así como establecer un plan individualizado de cuidados y de rehabilitación (domiciliaria, ambulatoria), en función de las secuelas neurológicas y las complicaciones frecuentes tras un ictus^{5,20-24}. Un elevado porcentaje de los profesionales participantes indaga sobre estos problemas secundarios al ictus y ofrecen información a pacientes y familiares, sobre todo los que trabajan en consulta de AP y los que tienen mayor experiencia profesional. Sin embargo, existen dos aspectos que son valorados por pocos médicos y que impactan de forma sustancial en la calidad de vida de los pacientes: la conducción de vehículos y los problemas relacionados con su vida sexual, hecho que también se ha observado en otros estudios²⁵⁻²⁷.

Se ha demostrado que el inicio precoz de la rehabilitación en las primeras semanas tras el ictus mejora el resultado funcional, consigue menor grado de discapacidad y mayor calidad de vida e independencia a largo plazo^{5,28-30}; este hecho es conocido por la mayoría de los encuestados, pero solo dos terceras partes comprueban si los pacientes tienen pautado el tratamiento rehabilitador tras el alta hospitalaria. La rehabilitación tras un ictus es un proceso continuado desde el ingreso hasta la estabilización de la enfermedad. El mayor grado de recuperación neurológica se consigue en los tres primeros meses y la recuperación funcional en los seis primeros meses; el proceso de adaptación a la discapacidad y reintegración a la comunidad puede ser más prolongado. Se considera finalizado el proceso de rehabilitación cuando no existen expectativas de cambios funcionales, teóricamente al año tras el ictus, pero depende de las características del paciente, el alcance de la lesión y los recursos disponibles^{5,28-30}. Menos de la mitad de los encuestados conoce que se debe mantener hasta que no se identifiquen objetivos funcionales que lograr y una tercera parte considera que se debe mantener hasta que se recupere la funcionalidad; pero hay que tener en cuenta que no todos los pacientes alcanzan una recuperación funcional completa⁵.

Las asociaciones de familiares y pacientes³¹⁻³³ ofrecen ayuda e información en múltiples aspectos relacionados con el ictus, pero muchos profesionales sanitarios desconocen de su existencia y las actividades que realizan. Sería interesante un acercamiento entre los profesionales de la salud y las asociaciones de pacientes, lo que mejorará la coordinación y comunicación de cara al mayor beneficio de los pacientes y familiares afectados.

Se deben de establecer mejoras en la atención post-ictus (optimizar la continuidad asistencial, introducir protocolos o planes de acción que lo faciliten y fomentar la formación de los médicos de AP), ya que la mayoría de los encuestados se consideran poco formados al respecto, sobre todo los más jóvenes y con menor experiencia laboral.

Las principal limitación de este estudio es que, aunque se ha contado con la participación de cerca del 3 % de los médicos de AP, con un perfil muy similar al de los médicos de familia en el momento actual y con representación de todas las comunidades autónomas, no se puede asegurar que la muestra sea representativa de la población global de médicos de familia de

España. La selección de las preguntas y la forma de interpretarlas por los participantes también puede suponer un sesgo; que la respuesta no sea la adecuada en este cuestionario, no implica necesariamente que no se tengan los conocimientos o que la actuación no sea la correcta en la práctica diaria.

Como conclusión, los datos obtenidos en este trabajo han puesto de manifiesto que existe un nivel de conocimientos sobre ictus por parte de los médicos de familia bastante adecuado; sin embargo, siempre se pueden establecer puntos de mejora, sobre todo en la atención posterior al ictus, y para ello es necesario facilitar la coordinación entre los profesionales implicados, mediante planes de actuación, y fomentar la formación continuada al respecto.

Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a la Federación Española de Ictus, en particular a su presidenta Carmen Aleix Ferrer, por su colaboración en la elaboración del cuestionario al aportar el importante punto de vista de los pacientes que han sufrido un ictus.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/estrategias_ictus_SNS.pdf
2. El impacto del ictus en Europa. Resumen King's College London para la Alianza Europea contra el Ictus (SAFE). [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://ictusfederacion.es/wp-content/uploads/2018/11/Informe-completo-compressed.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2018. [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf
4. Durán MA. Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ictus (Informe ISERIC, 2004). Madrid: Editorial Luzán; 2004.
5. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf
6. Oró M, Sanahuja-Montesinos J, Hernández L, Setó E, Purroy F. Grado de conocimiento del ictus entre población de área rural en la provincia de Lleida. *Rev Neurol*. 2009; 48(10): 515-9.
7. Jiménez Gracia MA, Amarilla Donoso J, Güesta Guerra E, Leno Díaz C, Portilla Cuenca JC. Conocimiento y actitud de la población general frente al ictus. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2015; 41(1): 15-21
8. Purroy F, Cruz Esteve I, Galindo Ortego MG, Marsal Mora JR, Oró M, Plana A. Encuesta sobre el conocimiento y manejo de los pacientes con ataque isquémico transitorio entre médicos y enfermería de Atención Primaria. *Neurología*. 2011; 26(4): 200-7.
9. Roebbers S, Wagner M, Ritter MA, Dornbach F, Wahle K, Heuschmann PU. Attitudes and current practice of Primary Care physicians in acute stroke management. *Stroke*. 2007; 38: 1298-303.
10. Número de profesionales de la medicina que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en los Equipos de Atención primaria, en los Hospitales, en los Servicios de urgencias y emergencias (112/061) y Especialistas en formación según comunidad autónoma. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2018. [Internet]. [citado 25 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla13.htm>
11. Redacción médica. 6 de febrero de 2019. Médicos en España: cuántos hay, qué edad tienen y cuál es su género. [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/la-revista/noticias/medicos-en-espana-cuantos-hay-que-edad-tienen-y-de-que-genero-son-6865>
12. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2009. [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_442_Prevencion_Ictus.pdf
13. Diener HC, Hankey GJ. Primary and Secondary Prevention of Ischemic Stroke and Cerebral Hemorrhage: JACC Focus Seminar. *J Am Coll Cardiol*. 2020; 75(15): 1804-18.
14. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014; 45(7): 2160-236.
15. Kjeldsen SE, Julius S, Hedner T, Hansson L. Stroke is more common than myocardial infarction in hypertension; analysis based on 11 major randomized trials. *Blood Press*. 2001; 10: 190-2.
16. Sánchez-Larsen A, García-García J, Ayo-Martín O, Hernández-Fernández F, Díaz-Maroto I, Fernández-Díaz E et al. ¿Se ha producido un cambio en la etiología del ictus isquémico en las últimas décadas? Análisis y comparación de una base de datos de ictus actual frente a las históricas. *Neurología*. 2018; 33(6): 369-77.
17. Fuentes B, Gállego J, Gil-Núñez A, Morales A, Purroy F, Roquer J, et al. Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (I). Actuación sobre los factores de riesgo y estilo de vida. *Neurología*. 2012; 27(9): 560-74.
18. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021; 42(5): 373-498.
19. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee. ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis*. 2008; 25: 457-507.
20. Norrving B, Barrick J, Davalos A, Dichgans M, Cordonnier C, Guekht A, et al on behalf of the Action Plan for Stroke in Europe Working Group. Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030. *Eur Stroke J*. 2018; 3(4): 309-36.
21. Sacco RL, Sandercock P, Endres M, Feigin V, Pandian J, Shinohara Y, et al. Review and prioritization of stroke research recommendations to address the mission of the World Stroke Organization: a call to action from the WSO Research Committee. *Int J Stroke*. 2015; 10 Suppl A100: 4-9.
22. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Chorney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guide-

- line for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016; 47: e98-169.
23. Philp I, Brainin M, Walker MF, Ward AB, Gillard P, Shields AL on behalf of the Global Stroke Community. Development of a Poststroke Checklist to Standardize Follow-up Care for Stroke Survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2013; 22(7): e173-80.
 24. Plan de atención a los pacientes con ictus Comunidad de Madrid 2019. Dirección General de Coordinación de Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud; Mayo 2019.
 25. Batool S, Roberts AP, Kalra L, Manawadu D. Health professionals' knowledge of driving restrictions following stroke and TIA: experience from a hyperacute stroke centre. *Postgrad Med J*. 2014; 90: 370-6.
 26. Nilsson MI, Fugl-Meyer K, von Koch L, Ytterberg C. Experiences of sexuality six years after stroke: A qualitative study. *J Sex Med*. 2017; 14: 797-803.
 27. McGrath M, Lever S, McCluskey A, Power E. How is sexuality after stroke experienced by stroke survivors and partners of stroke survivors? A systematic review of qualitative studies. *Clin Rehabil*. 2019; 33(2): 293-303.
 28. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke. 3rd ed. London: Royal College of Physicians; 2008.
 29. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke*. 2016; 11(4): 459-84.
 30. Duarte E, Alonso B, Fernández MJ, Fernández JM, Flórez M, García Montes I, et al. Rehabilitación del ictus: modelo asistencial. *Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*, 2009. *Rehabilitación*. 2010; 44(1): 60-8.
 31. Federación Española del Ictus. Disponible en: <https://ictusfederacion.es/>
 32. Asociación de familiares y enfermos de ictus. Disponible en: <https://www.neuroafeic.org/web/index.php>
 33. Federación Española de Daño Cerebral. Disponible en: <https://fedace.org/>