

## Del estudio **DIAPRESIC** al **AGUDICES**

L

a comunidad científica viene dedicando desde hace siglos ingentes esfuerzos personales y materiales a la búsqueda de la evidencia en la que se deberían soportar gran parte de nuestras decisiones clínicas cotidianas. La síntesis del conocimiento alcanzado, fruto de todo este empuje continuado, se ve plasmada en innumerables artículos originales, editoriales, revisiones sistemáticas y críticas de la literatura, metaanálisis, guías de recomendaciones oficiales y tantos otros soportes de información médica cuya misión es devolver el esfuerzo invertido en forma de conocimiento consolidado, con el objetivo de conseguir una práctica clínica cada vez más eficaz, eficiente y segura y con un coste razonable para la sociedad a la que servimos, que promueve y anima la búsqueda del conocimiento.

Pero este marco casi "idílico" no se corresponde, en no pocas ocasiones, con la realidad de nuestro día a día. Por ello, no es sorprendente que nos planteemos con cierta frecuencia invertir una parte de nuestro potencial investigador en averiguar las causas de la rotura de este círculo virtuoso y sus posibles soluciones.

El ictus es una enfermedad que puede ser presentada como paradigma de este planteamiento. Es una enfermedad muy frecuente de la que se espera un incremento en incidencia y prevalencia en los próximos años como consecuencia del envejecimiento de la población. Sus principales consecuencias son la muerte y la discapacidad. En España, el ictus es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda causa de muerte en toda la población tras la cardiopatía isquémica<sup>1</sup>. Tras sufrir un ictus existe un alto riesgo de recurrencia, de incidencia de nuevos eventos coronarios y de muerte por causa vascular<sup>2</sup>. Las medidas de prevención, incluyendo el tratamiento de los factores de riesgo y el tratamiento farmacológico, endovascular y quirúrgico, tienen una eficacia hoy día incuestionable<sup>3</sup>. Las recomendaciones de las guías de práctica clínica, en

cuanto al diagnóstico y al tratamiento, son bien conocidas y están fácilmente disponibles para todos los profesionales relacionados con la enfermedad<sup>4-7</sup>. Sin embargo, los beneficios potenciales en la prevención del ictus se separan del objetivo teórico posible, postulándose como principales explicaciones el inadecuado seguimiento del tratamiento por los pacientes tratados<sup>8-9</sup> o una inadecuada adherencia a las guías terapéuticas y la puesta en práctica de las mismas por los profesionales sanitarios<sup>10-16</sup>.

## El estudio DIAPRESIC

El recientemente publicado estudio DIAPRESIC<sup>17</sup> es un trabajo promovido por el Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (GEECV-SEN) en el marco de su “Proyecto Ictus”, que tuvo como objetivo evaluar tanto la calidad en el proceso del diagnóstico en pacientes hospitalizados por un infarto cerebral como las medidas de prevención secundaria al alta, llevadas a cabo en los hospitales de la red pública sanitaria española.

Se utilizó un diseño multicéntrico, observacional, de carácter transversal, sobre una serie retrospectiva de un total de 1.448 historias de 30 hospitales seleccionados aleatoriamente y pertenecientes a 14 Comunidades Autónomas con tres niveles asistenciales: hospitales con Unidad de Ictus, hospitales con Unidad o Sección de Neurología y hospitales sin Unidad o Sección de Neurología. El trabajo de campo se llevó a cabo a partir de mayo de 2003. Los resultados del estudio han demostrado que la prevención secundaria del ictus está muy lejos de lo deseable. Al alta hospitalaria, entre los pacientes hipertensos sólo se recomendó tratamiento antihipertensivo al 25%; el tratamiento de la diabetes se indicó en un porcentaje similar de diabéticos, y en cuanto a los individuos con hipercolesterolemia, úni-

camente el 6% fueron dados de alta en tratamiento con estatinas. Por último, el 30% de los pacientes que han sufrido un infarto cerebral agudo fueron dados de alta sin ningún tipo de tratamiento antitrombótico, lo que traduce una implicación muy baja en el control y tratamiento de los factores de riesgo vascular por parte del médico hospitalario.

Por otra parte, referidas al proceso diagnóstico se pueden extraer varias conclusiones del estudio DIAPRESIC: una baja constancia en la historia clínica de antecedentes familiares y personales, poca utilización de escalas neurológicas, exploraciones complementarias incompletas y falta de tipificación diagnóstica en una alta proporción (41%) de los pacientes.

Cuando se analizaron estas variables en los diferentes niveles asistenciales auditados<sup>18</sup> se pudo comprobar que los niveles asistenciales de una mayor especialización (hospitales con Unidad de Ictus y hospitales con Unidad o Sección de Neurología) realizaban un proceso diagnóstico de mayor calidad; por el contrario, la práctica clínica en prevención secundaria, en general, ofrecía mejores indicadores en el nivel supuestamente menos especializado (hospitales sin Unidad o Sección de Neurología). Así, con respecto a esto último, el tratamiento específico al alta de la HTA y de la diabetes se especificaba con mayor frecuencia en los informes emitidos en los hospitales sin Unidad o Sección de Neurología que en los que disponían de ella y no disponían de Unidad de Ictus, y lo que resultó más sorprendente, el tratamiento de la hiperlipemia y la prescripción de antitrombóticos aparecía con una significativa diferencia a favor de estos hospitales menos especializados en comparación con las Unidades de Ictus y Servicios de Neurología.

## El estudio AGUDICES

La observación de los resultados y de las conclusiones del estudio DIAPRESIC han



llevado al GEECV-SEN a pensar que las guías oficiales, y en concreto las de la propia SEN, son seguidas en escasa proporción por los profesionales que manejan el ictus. Por lo tanto, la SEN consideró necesario buscar una estrategia para adecuar las prácticas de los neurólogos, u otros especialistas implicados en el manejo del ictus, a las recomendaciones de las guías de práctica clínica habituales. Así se gestó el estudio AGUDICES<sup>19</sup>.

Por tanto, el estudio AGUDICES tiene como objetivo principal mejorar la adherencia a las guías de práctica clínica sobre el manejo de ictus. Para ello, tras la identificación de los indicadores de calidad susceptibles de mejora, de acuerdo con los conocimientos adquiridos en estudios previos como DIAPRESIC, se diseñó y ejecutó una intervención para mejorar el manejo hospitalario del ictus y las medidas de prevención secundaria recomendadas al alta, de acuerdo con la guía oficial de recomendaciones de la SEN y posteriormente se realizó una evaluación de la eficacia de esta intervención.

AGUDICES es un estudio experimental, realizado en hospitales españoles que atienden ictus agudos y controlado con medidas antes-después. Se incluyeron pacientes que habían sufrido y sobrevivido a un ictus, ingresados en cuatro hospitales integrados en el grupo de intervención y cuatro hospitales en el grupo control, todos ellos seleccionados y clasificados de forma aleatoria. Cada grupo contemplaba un hospital con Unidad de Ictus, un hospital con Unidad o Servicio de Neurología y dos que no tienen ni Unidad de Ictus ni Unidad o Servicio de Neurología, aunque ingresan pacientes con ictus. En cada hospital se designó un médico coordinador del estudio.

En función de los resultados obtenidos en el estudio DIAPRESIC y la información recogida de la revisión de la literatura sobre la implantación de las guías de práctica clínica se diseñaron las herramientas y la estrategia de su implantación. La intervención se diseñó extrayendo los componentes clave de las estrategias de más éxito para mejorar

la adherencia a las guías de práctica clínica (hojas resumen de recomendaciones, versión bolsillo de las guías *-pocket guidelines-*, pósters, formularios con información para los pacientes y formulario al alta y etiquetas adhesivas para las historias clínicas. Junto a estos materiales se ha diseñado la estrategia para introducir y promover el empleo de las herramientas en cada hospital, supervisada por el médico coordinador de cada centro del grupo de intervención.

Se analizaron 783 historias clínicas, 390 de la fase preintervención, entre enero y julio de 2007, y 393 de la fase postintervención, entre marzo y mayo de 2008.

La implantación de la intervención mejoró ocho indicadores. La mejora se centró fundamentalmente en las recomendaciones en el informe de alta. De los ocho indicadores que mejoraron cinco pertenecían a este apartado, principalmente las medidas de prevención secundaria recomendadas al alta recogidas en la guía de práctica clínica del manejo del ictus isquémico. De igual forma, de los siete objetivos terapéuticos de prevención secundaria al alta mejoraron cuatro.

Si valoramos la eficacia de la intervención por el número total de indicadores que mejoraron, ésta es modesta, ya que sólo mejoraron el 22% de los indicadores, pero cualitativamente no lo fue tanto, ya que el 38% de los indicadores que experimentaron una mejora pertenecían al apartado de las medidas de prevención secundaria especificadas en el informe de alta.

En general, se puede decir que la intervención mejoró básicamente la prevención secundaria, uno de los aspectos más necesarios, puesto que su situación de partida era peor que la de otros indicadores. Si bien es cierto que la intervención no resultó todo lo efectiva de lo que *a priori* se planteó, los autores lo explican, al menos en una buena parte, ya que identificaron algunas deficiencias metodológicas en el plan de ejecución de la intervención que podrían justificar esta falta parcial de eficacia.

En cualquier caso, podemos afirmar que los materiales (tríptico, póster y hoja resumen) y la estrategia de intervención aplicados en el estudio AGUDICES pueden resultar útiles para la implementación de futuras intervenciones, ya que sintetizan los principales indicadores de calidad que aparecen

en las guías de práctica clínica del manejo de ictus, siendo este uno de los caminos posibles (aunque no el único) para “blindar” nuestro círculo virtuoso de búsqueda de la evidencia científica, consolidación de conocimiento y su aplicación sistemática y generalizada a la práctica clínica.

## Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2007, (publicado 6 de abril de 2009). <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&=>.
2. Adams RJ, Chimowitz MI, Alpert JS, Awad IA, Cerquería MD, Fayad P, et al. Coronary Risk Evaluation in Patients With Transient Ischemic Attack and Ischemic Stroke: a Scientific Statement for Healthcare Professionals From the Stroke Council and the Council on Clinical Cardiology of the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2003; 34: 2310-22.
3. Rothwell PM, Coull AJ, Giles MF, Howard SC, Silver LE, Bull LM, et al. Oxford Vascular Study. Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity, and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study). *Lancet*. 2004; 363: 1925-33.
4. Guías Oficiales de la Sociedad Española de Neurología. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Comité ad hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. E. Díez Tejedor, editor. Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Barcelona: Prous Science; 2006.
5. Adams HP Jr, Del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A, et al. American Heart Association; American Stroke Association Stroke Council; Clinical Cardiology Council; Cardiovascular Radiology and Intervention Council; Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Stroke*. 2007; 38: 1655-711.
6. Klijn CJM, Hankey GJ. Management of acute ischemic stroke: new guidelines from the American Stroke Association and European Stroke Initiative. *Lancet Neurol*. 2003; 2: 698-791.
7. Leys D, Kwicinski H, Bogousslavsky J, Bath P, Brainin M, Diener HC, et al. for the EUSI Executive Committee and the EUSI Writing Committee. *Prevention*. *Cerebrovasc Dis*. 2004; 17(Suppl 2): 15-29.
8. Sappok T, Faulstich A, Stuckert E, Kruck H, Marx P, Koennecke HC. Compliance With Secondary Prevention of Ischemic Stroke: A Prospective Evaluation *Stroke*. 2001; 32: 1884-9.
9. Hamann G, Weimar C, Glahn J, Busse O, Diener HC. Adherence to secondary stroke prevention strategies—results from the German Stroke Data Bank. *Cerebrovasc Dis*. 2003; 15: 282-8.
10. Rudd AG, Lowe D, Hoffman A, Irwin P, Pearson M. Secondary prevention for stroke in the United Kingdom: results from the National Sentinel Audit of Stroke. *Age Ageing*. 2004; 33: 280-6.
11. Volpato S, Maraldi C, Blè A, Ranzini M, Atti AR, Domínguez LJ, et al. Prescription of Antithrombotic Therapy in Older Patients Hospitalized for Transient Ischemic Attack and Ischemic Stroke: The GIFA Study. *Stroke*. 2004; 35: 913-7.
12. Filippi A, Bignamini AA, Sessa E, Samani F, Mazzaglia G. Secondary prevention of stroke in Italy: a cross-sectional survey in family practice. *Stroke*. 2003; 34: 1010-4.
13. Hillen T, Dundas R, Lawrence E, Stewart JA, Rudd AG, Wolfe CD. Anti-thrombotic and antihypertensive management 3 months after ischemic stroke: a prospective study in an inner city population. *Stroke*. 2000; 31: 469-75.
14. Amar J, Cambou JP, Touzé E, Bongard V, Jullien G, Vahanian A, et al. On behalf of ECLAT1 Study Investigators. Comparison of Hypertension Management After Stroke and Myocardial Infarction: Results From ECLAT1-A French Nationwide Study. *Stroke*. 2004; 35: 1579-83.
15. Joseph LN, Babikian VL, Allen NC, Winter MR. Risk Factor Modification in Stroke Prevention. The Experience of a Stroke Clinic. *Stroke*. 1999; 30: 16-20.
16. Mouradian M, Majumdar SR, Senthilselvan A, Khan K, Shuaib A. How well are hypertension, hyperlipidemia, diabetes, and smoking managed after a stroke or transient ischemic attack? *Stroke*. 2002; 33: 1656-9.
17. Gil Núñez A, Vivancos J, Gabriel R, en nombre del Proyecto Ictus del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Diagnóstico y prevención secundaria del infarto cerebral en España. *Estudio Diapresic*. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 765-9.
18. Reig Roselló G, Gil Núñez, Vivancos Mora J. Proyecto Ictus del GEECV-SEN. Estudio DIAPRESIC: diferencias en la actuación diagnóstica y en prevención secundaria del infarto cerebral según el nivel asistencial. *Neurología*. 2006; 21: 529.
19. Gil Núñez J, Vivancos Mora P, Lázaro Mercado N, Alfaro Oliver, Álvarez Sabín J, Díaz Otero F, et al. Aplicación de guías clínicas para mejorar el manejo del ictus en España. *Estudio Agudices*. *Neurología*. 2008; 23: 830.