29 DE OCTUBRE: DÍA MUNDIAL DEL ICTUS

LA SENEP URGE LA IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS PEDIÁTRICO EN TODAS LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS: "LAS PRIMERAS 24 HORAS SON CLAVE"

- **El ictus pediátrico es una de las 10 principales causas de muerte en la infancia, y asocia secuelas neurológicas en el largo plazo en el 60% de supervivientes.**
- **En el caso del ictus pediátrico, el diagnóstico y el tratamiento más eficaces han de realizarse antes de 24 horas.**
- **Actualmente, el Código Ictus Pediátrico está establecido en: Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana, País Vasco, Navarra, La Rioja, Aragón, Extremadura, Murcia, y Baleares.**

28 octubre de 2026.- La **Sociedad Española de Neurología Pediátrica** (SENEP) urge la implantación del código ictus pediátrico (CIP) en todas las comunidades autónomas (CCAA), ya que actualmente **sólo está en marcha en 10**, y se trata de un protocolo determinante a la hora de afrontar un fenómeno con una incidencia estimada de **1,3 a 13 casos por cada 100.000 niños al año**, que representa **una de las 10 principales causas** de **muerte en la infancia**, y que asocia **secuelas neurológicas** en el largo plazo en más del **60% de los supervivientes**, coincidiendo con la celebración este próximo jueves, día 29, del *Día Mundial del Ictus*.

"Los niños también sufren ictus, aunque **su causa difiere a la de los adultos**. En los menores no es por obesidad, por colesterol alto, o por hipertensión, sino fruto de arteriopatías congénitas o adquiridas, de cardiopatías, o en relación a una infección. Además, en estos casos el diagnóstico y el tratamiento han de realizarse **antes de 24 horas**, tal y como recogen las últimas recomendaciones internacionales", destaca en este sentido la neuropediatra y miembro de la SENEP **Cristina Villar**.

En concreto, recuerda que el pronóstico funcional de estos niños depende críticamente de la **instauración inmediata** de **tratamientos de reperfusión**, algo que actualmente no se está llevando a cabo en muchas CCAA españolas, y que se recoge en los protocolos marcados por el Código Ictus Pediátrico.

Según explica, el CIP establece un sistema de **alerta clínica y asistencial** coordinado y de urgencia, en el que, ante la sospecha clínica por un facultativo, se activan los diferentes sistemas de transporte, así como de diagnóstico radiológico, y de tratamiento urgentes,

Para más información: Patricia Erroz Ferrer · Responsable de Comunicación de la SENEP
prensa@senep.es · 679878989

coordinados y eficientes, para poder minimizar las secuelas que se puedan producir a corto, medio, y largo plazo en el paciente.

DESIGUALDADES EN LA ATENCIÓN A LOS MENORES

Desde la SENEP alertamos así de que en la actualidad el Código Ictus Pediátrico **no está implantado en todas las CCAA**, un aspecto que genera **desigualdades en la atención** a estos menores según el lugar en el que vivan. Para poder solventar esta situación, la doctora Villar, integrante del Grupo de Trabajo de Ictus Pediátrico de la SENEP, ha realizado --entre agosto de 2025 y mayo de 2026-- una encuesta estructurada a neuropediatras de hospitales públicos de referencia de las 17 CCAA, con la que ha podido elaborar una 'radiografía' detallada de la situación actual que se da en España en la atención de estos casos.

Tal y como ha podido saber esta representante de la SENEP a partir del trabajo científico elaborado, el Código Ictus Pediátrico **está establecido** en: Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana, País Vasco, Navarra, La Rioja, Aragón, Extremadura, Murcia, y Baleares. "**Falta** en Galicia, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, y en Canarias. **Andalucía** está a punto de aprobar el código ictus a nivel de CCAA", precisa.

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO A TIEMPO

Señala que la existencia del Código Ictus a nivel autonómico es el primer paso necesario para un **buen diagnóstico y tratamiento** de estos casos: "Sin su instauración, estos pacientes verán retrasado su **diagnóstico**, y para cuando éste se consiga es posible que ya no se esté en tiempo para tratar a los menores. No es justo que esto cambie porque no vivas en una ciudad con un hospital de referencia de ictus, o que en el año 2026 no se pueda realizar una resonancia magnética (RM) urgente a un niño con una alteración neurológica aguda".

No obstante, sí afirma que esto ha de ir acompañado de **medios suficientes** para desarrollarlo eficientemente como son: profesionales suficientes y formados de guardia para su manejo, sistemas de transporte disponibles, y medios técnicos eficaces para el diagnóstico (idealmente RM cerebral), y tratamiento hiperagudo.

Precisamente, los neuropediatras encuestados coinciden unánimemente en que las **principales dificultades** para implantar y sostener el CIP radican en la **falta de medios técnicos** y **personales**, en la **dispersión geográfica**, y en la **necesidad de protocolos claros y homogéneos** en todo el territorio. "Sólo de esta manera sería posible disminuir las secuelas de una patología tan urgente y de muy elevada morbimortalidad", advierte.

Por ejemplo, de esta encuesta se extrae que, respecto a la coordinación del CIP, **Cataluña** es la única CCAA que cuenta con un neuropediatra localizado para ictus pediátrico las 24 horas del día, y que además gestiona toda la comunidad autónoma.

LA FALTA DE NEUROIMAGEN Y DE NEUROREHABILITACIÓN

Respecto a la **neuroimagen**, se observa igualmente que en cuatro comunidades uniprovinciales (Madrid, Navarra, Cantabria y La Rioja), el paciente tiene acceso en menos de una hora a un centro con RM y a capacidad terapéutica avanzada las 24 horas; mientras que en el resto de regiones, la situación es muy distinta y la demora es mayor, o

ni siquiera hay una RM disponible durante las horas de guardia. “Incluso, el acceso a la realización de un angioTC (TC con angiografía) urgente, no está prevista en muchos hospitales comarcales o se encuentra a más de una hora de desplazamiento”, sostiene la miembro del GT de Ictus Pediátrico de la SENEP.

A su vez, la doctora Villar pone de relieve la **falta de neurorrehabilitación financiada** para estos pacientes en muchas comunidades, “otra piedra angular del tratamiento los primeros 6-12 meses tras el ictus”. Respecto a este tema, lamenta la inequidad persiste tras la fase aguda, ya que sólo 5 de las 17 CCAA (Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana, Navarra y Extremadura) disponen de **Unidades de daño cerebral infantil financiadas** por la Seguridad Social.

EL PAPEL DEL NEUROPEDIATRA EN EL MANEJO DEL ICTUS

“En el manejo del ictus pediátrico, el neuropediatra tiene tanto la experiencia desde Pediatría, que ayuda en la exploración del niño y a conocer los diagnósticos diferenciales pediátricos más importantes, como la formación en patología vascular del sistema nervioso, para la toma de decisiones junto al radiólogo y al resto de especialistas implicados”, destaca esta portavoz de los neuropediatras.

Es en este contexto, asimismo, donde la SENEP considera imprescindible avanzar en el reconocimiento oficial de la Neuropediatría mediante la creación de un **Área de Capacitación Específica** (ACE), ya que el ictus infantil requiere conocimientos específicos sobre el cerebro en desarrollo, sus causas, y las enfermedades que pueden presentar síntomas similares, así como sobre las particularidades del tratamiento y del seguimiento del niño.

Para más información: Patricia Erroz Ferrer · Responsable de Comunicación de la SENEP
✉ prensa@senep.es · ☎ 679878989