CARTA CIENTÍFICA

Título: Atención al Ictus Pediátrico en España: situación actual, carencias y realidades.

Introducción

El ictus pediátrico presenta una incidencia estimada de 1,3 a 13 casos por cada 100.000 niños al año. A pesar de su baja prevalencia relativa frente al adulto, representa una de las diez principales causas de muerte en la infancia y asocia secuelas neurológicas a largo plazo en más del 60% de los supervivientes. El pronóstico funcional de estos niños depende críticamente de la **instauración inmediata** de tratamientos de reperfusión.

Durante los últimos años, y especialmente con el apoyo de las recomendaciones publicadas en la revista *Stroke* en 2019[1] respecto al tratamiento hiperagudo del ictus en pediatría, son numerosas las revisiones que apoyan el éxito de dichos tratamientos en edad pediátrica[2], incluso en una ventana de tiempo hasta las 24 horas para la trombectomía mecánica [3].

El principal factor limitante es el tiempo desde el inicio de la clínica hasta la realización de la neuroimagen que diagnostica el ictus. En el caso de los ictus isquémicos, candidatos a repermeabilización intravenosa en las primeras 4.5 horas, y a trombectomía idealmente en las primeras 6 horas (ampliable a 24 horas según el caso), la prueba que lo diagnostica en el 100% de los casos es la Resonancia Magnética (RM) cerebral. La realización de tomografía computerizada (TC) simple es muy sensible para el diagnóstico de hemorragia, pero será informada como normal en torno a un 30% de los casos de ictus isquémico[4].

Material y métodos

Realizamos una encuesta estructurada dirigida a neuropediatras de hospitales públicos de tercer nivel representativos de las 17 Comunidades Autónomas (CCAA) de España (miembros del Grupo de Trabajo de Ictus de la SENEP (Sociedad Española de Neurología Pediátrica) o en su defecto los responsables de la recogida de casos de Ictus Pediátrico en dicha Comunidad) entre agosto de 2025 y mayo de 2026.

El cuestionario evaluó tres bloques principales:

1. Estructura y coordinación del Código Ictus Pediátrico (CIP) autonómico e intrahospitalario.
2. Accesibilidad a pruebas de neuroimagen (RM y angioTC) y tratamientos de reperfusión urgente las 24 horas.
3. Cobertura pública de neurorrehabilitación tras la fase aguda.

Resultados

Se obtuvo respuesta de neuropediatras referentes de las 17 CCAA respecto a la situación actual del manejo del Ictus Pediátrico en cada una de sus áreas.

En primer lugar, la gestión de la urgencia es variable, ya que un 41,1% de las regiones (7 de las 17 CCAA) **no** tienen un Código Ictus Pediátrico (CIP) de aplicación autonómica funcionante, sino algoritmos de manejo intrahospitalarios o regionales.

Respecto a la coordinación del CIP, Cataluña es la única CCAA que cuenta con un neuropediatra localizado para Ictus Pediátrico 24 horas, que gestiona toda la Comunidad. La asistencia a estos pacientes durante la jornada no- ordinaria se centraliza en el hospital Vall d`Hebron.

Respecto a la neuroimagen, 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 capacidad terapéutica avanzada las 24 horas, en el resto de regiones la situación es muy distinta. En el resto de CCAA la demora es mayor, ya que, según se refiere en la encuesta, solo hay una RM disponible para varias provincias (4 casos) o no hay acceso a la realización de RM, fuera de la jornada ordinaria.

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.

Por otra parte, el acceso a la fibrinolisis intravenosa en pediatría está protocolizado en algoritmos intrahospitalarios en 15 de las 17 comunidades, y a la trombectomía mecánica en 14 de las 17 (con restricciones de edad en algunos casos). Es decir, si diagnosticamos a tiempo, podríamos tratar a estos pacientes en la mayoría de los centros de referencia.

Por último, la inequidad persiste tras la fase aguda. **Solo 5 de las 17 CCAA** (Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana, Navarra y Extremadura) disponen de Unidades de Daño Cerebral Infantil financiadas por la Seguridad Social.

Conclusión

Las mejoras en las técnicas diagnósticas y terapéuticas desarrolladas en los últimos años en el abordaje del Ictus Pediátrico, **no son accesibles** a gran parte de la población pediátrica española.

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, la dispersión geográfica, y la necesidad de protocolos claros y homogéneos en todo el territorio.**

Solo de esta manera sería posible disminuir las secuelas de una patología tan urgente y de muy elevada morbimortalidad.

Bibliografía

1. Ferriero DM, Fullerton HJ, Bernard TJ, Billinghurst L, Daniels SR, DeBaun MR, et al. Management of Stroke in Neonates and Children: A Scientific Statement From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019;50(3): e51-e96. doi:10.1161/STR.0000000000000183.

2. Dicpinigaitis AJ, Gandhi CD, Pisapia J, Muh CR, Cooper JB, Tobias M, et al. Endovascular thrombectomy for pediatric acute ischemic stroke. Stroke. 2022;53(5):1530–9. http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.036361

3. Sporns PB, Psychogios MN, Straeter R, Hanning U, Minnerup J, Chapot R, et al.; Save ChildS Investigators. Clinical Diffusion Mismatch to Select Pediatric Patients for Embolectomy 6 to 24 Hours After Stroke: An Analysis of the Save ChildS Study. Neurology. 2021 Jan 19;96(3):e343-e351. doi: 10.1212/WNL.0000000000011107.

4. Mallick AA, Ganesan V, Kirkham FJ, et al. Diagnostic delays in paediatric stroke. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry 2015;86:917-921. doi:10.1136/ jnnp-2014-309188

5. Mallick AA, Ganesan V, Kirkham FJ, Fallon P, Hedderly T, McShane T, et al. Childhood arterial ischaemic stroke incidence, presenting features, and risk factors: a prospective population-based study. Lancet Neurol. 2014;13(1):35–43. http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(13)70290-4

6. Prabhakaran S, Gonzalez NR, Zachrison KS, Adeoye O, Alexandrov AW, Ansari SA, et al. 2026 guideline for the Early Management of Patients With acute ischemic stroke: A guideline from the American heart association/American stroke association. Stroke. 2026; https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000513