

Unidades de Ictus.

Primera experiencia en Asturias



Autores:

Begoña Calleja García. *Supervisora Unidad de Neurología.*
Jose Luis González-Pola González. *Enfermero Unidad de Neurología.*
Roberto Molero Gómez. *Enfermero Unidad de Neurología.*

Hospital de Cabueñes. Gijón.

Introducción

El ictus es un problema de salud pública de primer orden. En los países desarrollados es una de las primeras causas de muerte, junto con la enfermedad cardiovascular y el cáncer. Además, el ictus es la primera causa de discapacidad permanente en la edad adulta. Muchos de los pacientes que sobreviven sufren secuelas importantes que les limitan en sus actividades de la vida diaria, sin olvidar el elevado coste sociosanitario que genera¹.

Los datos son elocuentes: cada año 15 millones de personas sufren Ictus; de los cuales 5,5 millones mueren y otros 5 millones sufren diversas incapacidades.² En la actualidad las organizaciones sanitarias establecen dos principios fundamentales: El ictus es una *emergencia médica y han de ser tratados en unidades de ictus*.

En 1996, la Organización Mundial de la Salud y el European

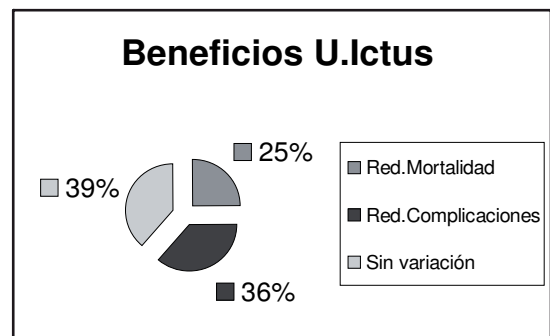
Stroke Council elaboraron la “Declaración de Helsinborg” en la que se señalaba que la Unidad de Ictus ofrece el cuidado más efectivo del ictus agudo, marcando como objetivo para el año 2005 que todos los pacientes con ictus agudo tuvieran fácil acceso a una evaluación y tratamiento especializados en Unidades de Ictus³

¿Qué es una Unidad de Ictus (U.I)?

Es una Unidad de cuidados intermedios no intensivos, caracterizada por una sistematización en la atención al paciente, con personal entrenado, criterios de ingreso preestablecidos y especial atención al tratamiento agudo y a la precoz rehabilitación funcional y social del pacientes que hayan padecido un ictus (infarto o hemorragia cerebral).

Justificación de la Unidad de Ictus:

Gráfico 1.



- *Disminución de la mortalidad.*
- *Disminución de las complicaciones y menor número de secuelas.*
- *Menor morbilidad.*
- *Descenso de la estancia.*
- *Menor coste: disminución de las complicaciones, menor estancia en hospitales de alto nivel menor proporción de traslados a Centros de crónicos.*⁴

La unidad de ictus del Hospital de Cabueñes (Gijón-Asturias) está integrada en la misma planta de

neurología. Para su puesta en marcha fue indispensable la estancia de dos enfermeras del servicio de neurología del Hospital de Cabueñes en la U.I. del Hospital Josep Trueta (Girona). No podemos dejar de agradecerles tanto el trato recibido como sus enseñanzas. Su

de recurrencia (cardioembólico o estenosis carotídea severa).

- La persona puede tener una incapacidad moderada; requerir algún tipo de ayuda pero es capaz de caminar sin asistencia.
- Sin límite de edad.

ORGANIZACIÓN⁵

INFRAESTRUCTURA

- 4-8 CAMAS AGUDOS
- CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN
- MONITORIZACIÓN
- ECO DOPPLER
- TAC
- ECO TSA
- RNM
- LABORATORIO 24 H.
- UCI
- ECOCARDIOGRAFÍA

PERSONAL

- NEUROLÓGO 24H
- ENFERMERÍA
- RADIOLOGÍA 24H
- REHABILITACIÓN
- FISIOTERAPEUTA.
- ASISTENTE SOCIAL
- OTROS ESPECIALISTAS: CARDIOLOGÍA
CIRUGÍA VASCULAR
ENDOCRINOLOGÍA
HEMATOLOGÍA

dilatada experiencia, de más de 10 años de trabajo específico, nos ha servido de base para la puesta en funcionamiento de nuestra U.I. que lleva abierta desde octubre del 2008.

Criterios de inclusión en nuestra UI:

- Ictus isquémico o hemorrágico:
 - < 24h evolución.
 - Hasta 48h de evolución si se trata de un ictus fluctuante o inestable.
- Ictus territorio Vertebro basilar (independiente del tiempo transcurrido).
- Accidentes isquémicos transitorios (AITs) de repetición o AIT único con riesgo elevado

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico previo de demencia
- Déficit severo previo
- Enfermedad concurrente grave o esperanza vida < 3 meses
- Ictus extrema gravedad sin perspectiva terapéutica
- Ictus con criterios de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
- Planteamiento neuroquirúrgico

Código Ictus

El Código Ictus es un sistema que permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con ictus a los servicios de urgencias. De este modo, pue-

de ponerse en marcha el proceso intrahospitalario de diagnóstico y cuidados mientras se traslada al paciente con ictus hasta el Servicio de Urgencias.

Cadena asistencial al ictus

- Asistencia prehospitalaria: sospecha y transporte rápido con estabilización.
- Servicio de urgencias hospitalario: diagnóstico y control de funciones vitales.

Objetivos del código ictus

1. Aumentar el conocimiento de la enfermedad entre la población
2. Disminuir tiempo acceso a diagnóstico y tratamiento especializado
3. Incrementar número pacientes:
 - Tratados con el fibrinolítico R-TPA
 - Acceso cuidados especializados (Unidad ictus)

Acogida y valoración del paciente

Actividades de Enfermería

- Monitorización
- Control TA
- Control T^a
- Control glucemia capilar
- Test de deglución
- Recogida datos según protocolo de ingreso.
- Valoración de niveles (escalas):
 1. Dependencia
 2. Funcional
 3. Conciencia

Cronograma.

Indica cada cuanto tiempo se deben realizar los controles específicos.

Ha sido elaborado conjuntamente con la coordinadora médica de la U.I.

Escalas

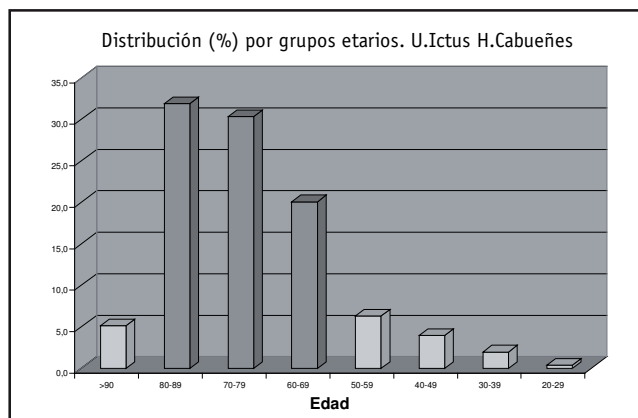
- RANKIN
- BARTHEL
- CANADIENSE
- NIHSS

Las escalas de valoración son herramientas útiles para intentar cuantificar de forma fiable y precisa, la gravedad del ictus su progresión y su desenlace.

Las escalas neurológicas nos permiten detectar empeoramientos o mejorías del déficit en las funciones neurológicas básicas, se deben aplicar de forma sistemática al ingreso y en intervalos establecidos.⁶

Distribución por edad en la Unidad de Ictus del Hospital de Cabueñes (Gijón - Asturias)

El gráfico adjunto hace referencia a los primeros seis meses de funcionamiento de la U.I del Hospital de Cabueñes: Período Octubre 2008- Mayo 2009.
n= 254 pacientes.



Programas de educación/investigación

En las U.I son susceptibles de realizarse múltiples tareas relacionadas con la educación e investigación sanitaria relativa al Ictus:

- a. Educación comunitaria
- b. Prevención comunitaria
- c. Educación profesional
- d. Educación de los pacientes
- e. Programas propios de investigación en enfermedades

- f. Programa de formación especializada
- g. Publicaciones y presentaciones en Congresos

Rehabilitación en el Ictus

Objetivos:

- Prevenir complicaciones
- Minimizar el déficit
- Conseguir la máxima capaci-

dad funcional posible en cada caso

- Equipo multidisciplinario de rehabilitación:
 - Medico rehabilitador
 - Fisioterapeutas
 - Terapeutas ocupacionales
 - Logopedas
 - Neuropsicólogos
 - Personal de enfermería
 - Trabajadores sociales.

Fases y ámbitos de asistencia en la rehabilitación de personas con ictus

1. Fase de hospitalización en fase aguda
2. Ámbitos de rehabilitación en fase subaguda:
 - a) Rehabilitación ambulatoria
 - b) Rehabilitación hospitalaria
 - c) Atención domiciliaria
 - d) Centro o Residencia de larga estancia
3. Fase crónica ante secuelas estabilizadas⁷

Bibliografía

1. Vivancos J, Gil Núñez A, Mostacero E. *Situación actual de la atención al ictus en fase aguda en España*. En: Gil Núñez A (coordinador). Organización de la asistencia en fase aguda del ictus. GEECV de la SEN. 2003: 9-26.
2. Organización Mundial de la Salud. [2007]. Atlas de enfermedades cardiovasculares e ictus.
3. The European ad Hoc Consensus Group: European strategies for early intervention in stroke A report of ad hoc consensus group meeting Cerebrovascular Diseases.1996; 6: 315-324.
4. Fuentes Gimeno B, Díez Tejedor E. Sociedad española de neurología. ISSN: 0213-4853, 2007; (Vol. 22. 7): 456-466.
5. Díez-Tejedor E, Lara M, Frank A, Barreiro P. Unidad de ictus; modalidades, estructura, organización y utilidad. Rev Neurol 2001; 23: 377-80.
6. Larracochea J, Garamendi I. Escalas de valoración. En: JL. Martí-Vilalta (ed). *Enfermedades vasculares cerebrales*. 2ªed. Prous Science, Barcelona 2004; 235-247.
7. Monográfico. *¿Rehabilitación de pacientes tras Accidente Cerebrovascular?* Rehabilitación (Madrid) 2000; 34 (6): 393-518.