

Premio Póster Comité Científico.
II Jornada Asturiana de Neurología. Junio 2009
Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias

Unidad de ictus: Avance en el cuidado enfermera / paciente



Autoras: Isabel Curto Prada y Mª Luisa Gómez Gómez

(Enfermeras de Neurología. Hospital de Cabueñes. Gijón)

Introducción

El Ictus es la tercera causa de muerte y primera de incapacidad en países desarrollados (tras las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias), también es la segunda causa de demencia después de la enfermedad de Alzheimer, lo que origina un grave problema social y económico.

El no identificar el ictus como una urgencia médica, de forma similar al infarto agudo de miocardio disminuye la posibilidad de aplicar un tratamiento específico en un corto período de tiempo. Desde hace 12 años se sabe que durante la fase aguda de la isquemia cerebral existe un tratamiento que aplicado en las primeras 6 horas desde el inicio de los síntomas logra la recuperación rápida del tejido isquémico evitando las posibles secuelas.

El 40% de los pacientes que ingresan con un ictus agudo se deterioran en las 48/72 horas

siguientes. Este empeoramiento se asocia a una mayor mortalidad e incapacidad funcional y a un aumento de las complicaciones médicas durante la hospitalización. Por eso la estancia media del paciente en la Unidad de Ictus será durante esas primeras 48-72 horas, pasado ese tiempo los pacientes son trasladados a la Unidad de hospitalización convencional para continuar tratamiento.

No todos los pacientes son candidatos a ingresar en la Unidad de Ictus, ya que su beneficio solo es claro en algunos de ellos existiendo unos criterios de ingreso y otros de exclusión.

El presente trabajo analiza los cuatro primeros meses de funcionamiento de la Unidad de Ictus en el Hospital de Cabueñes y la diferencia en la vigilancia de estos pacientes cuando ingresan en esta unidad respecto a una unidad convencional de neurología.

Objetivos

Los objetivos principales de los cuidados de enfermería en la Unidad de Ictus son:

- Detectar precozmente el deterioro neurológico
- Investigar las causas asociadas a este deterioro neurológico e instaurar las medidas terapéuticas oportunas para evitarlo y solventar las complicaciones
- Conocer las características de los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus.
- Observar su evolución clínica.
- Informar a los profesionales sanitarios de las diferencias en la vigilancia respecto a una unidad convencional de Neurología.

Metodología

Se ha realizado el estudio de 138 pacientes ingresados en la Unidad de Ictus en el período comprendido entre su apertura el 1-10-2008 al 30-1-2009. *Criterios de exclu-*

sión: historias no disponibles.

Para ello se diseñó una hoja de registro con datos referentes al paciente obtenidos de la monitorización continua y de las historias clínicas. De todos ellos se seleccionaron dos parámetros: la tensión arterial (**TA**) y el electrocardiograma (**EKG**) por su importancia vital en esta patología.

También se señalan las diferencias que existen entre la vigilancia de un paciente que ingresa con un Ictus en la unidad de Neurología convencional respecto a la que se realiza en la Unidad de Ictus, en esta última la enfermera responsable valora el estado del paciente a través de la monitorización continua y las escalas:

Escala Canadiense:

Valoración de:

Funciones mentales:

Nivel de conciencia: alerta/somnoliento.

Orientación/desorientación en tiempo/espacio.

Lenguaje: normal / con problemas de expresión / con déficit de comprensión.

Funciones motoras:

Afectación facial, en brazo proximal y distal o en los miembros inferiores.

Se realizará el primer día cada 4 horas, el segundo y tercero cada 8 horas y resto de estancia cada 24 horas.

A menor puntuación - mas afectación (Escala de 1,5 a 10 puntos)

Escala de Barthel:

Valora la dependencia del paciente en las actividades básicas de la vida diaria, nos dice cómo estaba en su domicilio antes del ictus y al alta con las repercusiones de este. Cuanto menos puntuación más dependencia (Escala de 100 puntos/autónomo a menos de 20/dependiente total) Se realiza al ingreso en la Unidad de Ictus y al alta a su domicilio.

Escala NIH:

La realizan los facultativos diariamente.

Escala de Braden:

Valora el riesgo de úlceras por presión. Se realiza al ingreso en las dos unidades y dependiendo de la puntuación se recogen nuevas valoraciones diaria o semanalmente.

Escala Rankin:

Valora la afectación del Ictus (asintomático, incapacidad ligera, moderada, severa o muerte)

Se realiza al ingreso y al alta en la Unidad.

A más puntuación mas afectación.

Test de deglución:

Se hace una vez por turno hasta tolerancia oral o colocación de SNG para inicio de nutrición lo antes posible.

Existe en la Unidad de Ictus un cronograma diario y específico para un buen control y seguimiento de estos pacientes.

Diferencias

Unidad de neurología:

- 1) Acogida del paciente con hoja de valoración de enfermería.

- 2) Constantes c/8h como máximo.
- 3) Escala de BRADEN (al ingreso).
- 4) Test de deglución al inicio de tolerancia.
- 5) Control de glucemia si diabéticos o debut.
- 6) Control de diuresis S/P.

Unidad de ictus:

- 1) Acogida y valoración del paciente con entrega de hoja informativa de las normas de la unidad y de un tríptico ICTUS.
- 2) Monitorización continua:
 - EKG.
 - TA.
 - Fc.
 - Sat O₂.
- 3) Escalas:
 - Canadiense (C/4h)
 - NIH (escala realizada por el personal médico cada 24 horas)
 - Barthel (al ingreso y alta)
 - Braden (al ingreso).
 - Rankin (al ingreso y alta)
- 4) Test de deglución por turno.
- 5) Control de glucemia c/6 (1er día)
- 6) Control de diuresis y deposiciones por turno.
- 7) Protocolos específicos de actuación (Hipertensión, hipertermia, hiperglucemia.)
- 8) Rehabilitación inmediata.

Resultados

De los 138 pacientes ingresados en la Unidad de Ictus se revisaron 135 historias disponibles. A un

87% (118p.) se les diagnosticó Ictus Isquémico (48% mujeres / 52% hombres) y a un 13% (17p.) Ictus Hemorrágico (49% mujeres / 51% hombres). (*FIGURA 1*).

Se observó que entre mujeres y hombres no había diferencia significativa por lo que no se tuvo en cuenta el sexo a la hora de hacer el estudio.

La estancia media en la Unidad de Ictus es de tres días con monitorización continua. Gracias a ésta se registraron alteraciones en el electrocardiograma (EKG), de las cuales un 15% (19 p.) fueron arritmias en pacientes sin patología previa conocida, precisando revisión por parte del servicio de cardiología y en algunos casos tratamiento.

La Hipertensión Arterial (HTA) es otro factor de riesgo de vital importancia en los Ictus. La mayoría de los pacientes ingresados estaban diagnosticados de HTA y tomaban tratamiento.

En la Unidad de Ictus la Tensión Arterial (TA) se registra cada hora el primer día, el segundo día c/4h. y el resto c/8h., salvo inestabilidad del paciente. Se detectaron

un 16% (21p.) con elevaciones de TA que rebasaron los límites establecidos (220/120 en el Ictus Isquémico y 180/110 para el Ictus Hemorrágico) precisando tratamiento inmediato con *Labetalol* si no hay bradicardia o con *Elgadil*. (*FIGURA 2*)

Del 16% (21p.) que precisaron tratamiento para la HTA el 52% (11p.) fueron diagnosticados de Ictus Isquémico y el 48% (10p.) de Ictus Hemorrágico. Teniendo en cuenta que la mayoría de los Ictus fueron Isquémicos (118) y sólo 17 Hemorrágicos en éstos últimos la incidencia de la HTA es considerable. (*FIGURA 3*)

La franja de edad donde más pacientes rebasaron los límites de la TA se sitúa entre 80-90 años con un 57% (12p) seguido de un 23,8% (5p) entre 70-79 años. (*FIGURA 4*)

La distribución de arritmias no conocidas según el tipo de Ictus es de un 94,7% en el Ictus Isquémico (18p.) sobre un 5,3 % (1p.) en el Ictus Hemorrágico. Es clara la importancia de las arritmias cardíacas en los Ictus Isquémicos de carácter tromboembólico. (*FIGURA 5*)

En las arritmias cardíacas según la edad, la mayor incidencia se aprecia claramente entre 70-79 años siendo de un 66,4% (13p.) con respecto al siguiente entre 80-90 años que es de un 15,8%. (*FIGURA 6*)

Conclusión

La función de la Unidad de Ictus es proporcionar una vigilancia continua de las constantes vitales, unos cuidados de enfermería frecuentes y una atención médica especializada las veinticuatro horas del día.

Tanto la monitorización como las escalas durante las primeras horas de un paciente con Ictus nos permiten detectar de inmediato posibles complicaciones que aumentan el riesgo de repetición de éste y de sus secuelas, aplicando tratamiento en un corto período de tiempo.

El adecuado manejo terapéutico en las primeras 48-72h disminuye la mortalidad y mejora la calidad de los pacientes con Ictus agudo.

De ahí la importancia de la creación de las Unidades de Ictus.

FIGURAS

Figura 1

INGRESOS EN UNIDAD DE ICTUS (U.I.)

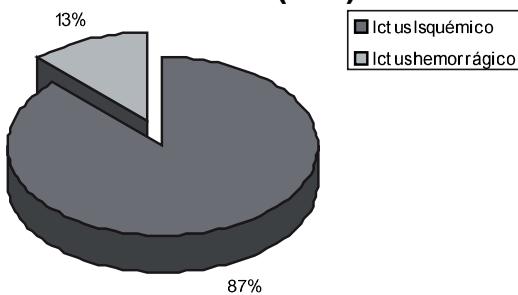


Figura 2

PACIENTES CON ARRITMIAS NO CONOCIDAS E HTA

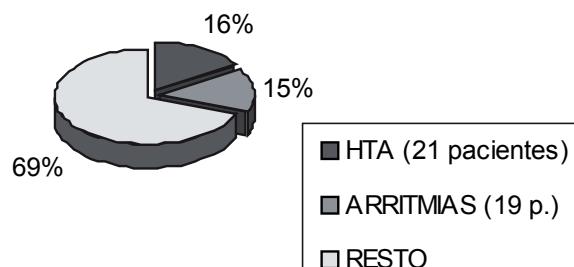


Figura 3

DISTRIBUCIÓN DE HTA SEGÚN TIPO DE ICTUS

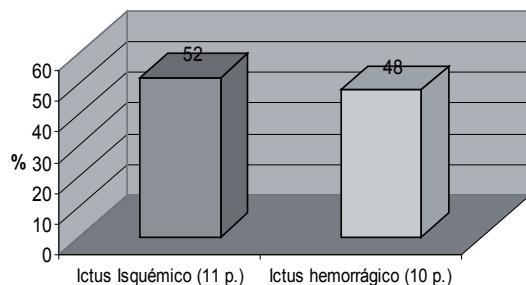


Figura 4

DISTRIBUCIÓN DE HTA SEGÚN EDAD

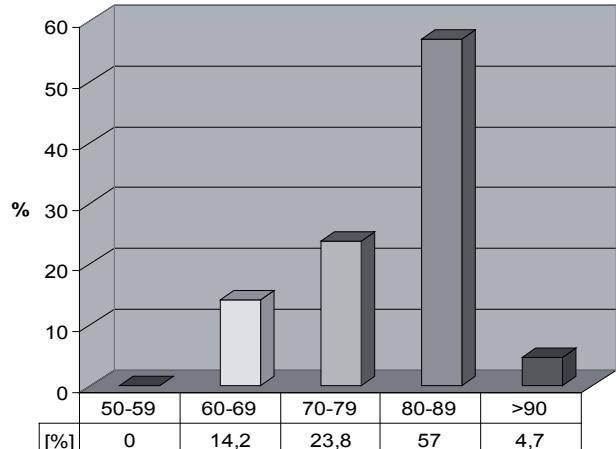


Figura 5

DISTRIBUCIÓN DE ARRITMIAS SEGÚN TIPO DE ICTUS

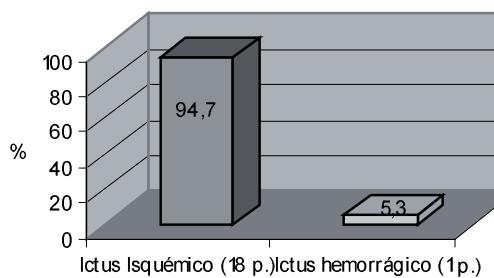
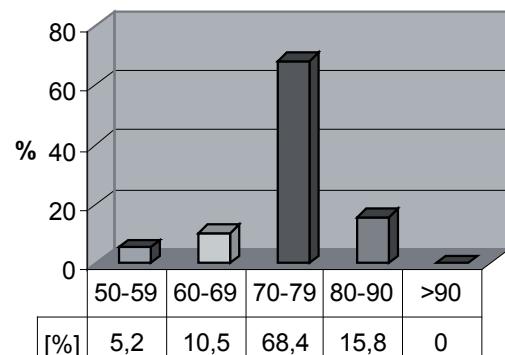


Figura 6

DISTRIBUCIÓN DE ARRITMIAS SEGÚN EDAD



Bibliografía consultada

- *Protocolos de Diagnóstico y Tratamiento en las Unidades de Ictus.* Hospital Universitari Doctor Joseph Trueta. Girona. Hospital Universitari Germans Trías I Pujol, Badalona. Edición 2006.
- *Tratado de Enfermería Neurológica. "La persona la enfermedad y los cuidados".*, Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Barcelona. 2ª Edición noviembre 2008.
- *Delay in Neurological Attention and Stroke Outcome.* Dávalos A, Castillo J, and Martínez-Vila E. *Stroke* 1995; 26: 2233-2237.
- *Beneficios clínicos de la implantación de un sistema de atención especializada y urgente del ictus.* Álvarez-Sabín J, Molina C, Montaner J, Arenillas J, Pujadas F, Huertas R, Mouriño J et al. *Med Clin (Barc)* 2004; 122 (14):528-31
- Díez-Tejedor E. (ed.). *Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus.* Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona: Prous Science, 2006.
- Matías-Guiu J. *La investigación en epidemiología del ictus en España. ¿Estudios de base poblacional outilización de aproximaciones a partir del CMBD?* *Rev Esp Cardiol.* 2007;60(6):563-4
- Álvarez-Sabín J. *Patología cerebrovascular.* En: Rodés J, Carné X, Trilla A, ed. *Manual de Terapéutica Médica.* Barcelona: Masson, 2002; p. 527-41.
- IASIST. *Análisis de la variabilidad en la asistencia hospitalaria en el Ictus.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Pinedo Otaola S, Miguel de la Vila F. *Evolución y pronóstico de la discapacidad en pacientes con hemiplejia.* *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 487-92
- Domínguez Sardiña M, García Soidán FJ, Lago Deibe FI. *Enfermedad cerebrovascular (I): prevención primaria y diagnóstico.* *FMC.* 2005;12(supl 1).
- E. Palomeras Soler, P. Fossas Felip, M. Quintana Luque, R. Monteis Cahis, M. Sebastián Salvatierra, C. Fábregas Casarramona, A. Ciurana Ortells, A. T. Cano Orgaz, P. Sanz Cartagena, M. Floriach Robert, J. Álvarez Sabín. *Reconocimiento de los síntomas del ictus y respuesta frente a ellos en la población.* *Neurología* 2007;22(7):434-440
- Rodrigo L. *Los diagnósticos enfermeros.* 3ª edición. Barcelona; Editorial Masson; 2005