

Título

Actuación enfermera ante ICTUS en triaje

Autores

Salud Morales Ríos

M^a José Borrego Graciano

Palabras Clave

Ictus. ACVA. Triage. Enfermería

Resumen

Objetivo: Priorizar la atención enfermera a los pacientes más urgentes y/o graves en triaje.

Método y materiales: Se realizó una búsqueda sistemática de Pubmed, medline de implementación de protocolos coordinados de Ictus que se adaptan a cada región específica, buscándose datos de actuación de enfermería ante Ictus en triaje y cuidados de enfermería. Con el objetivo de una puesta en común de las actuaciones enfermeras actuales para conseguir las aptitudes necesarias y competentes tras los conocimientos y herramientas expuestos en dicho protocolo, en primer lugar realizando una clasificación atendiendo a la prioridad del paciente de acuerdo a sus signos y síntomas manifestados característicos de dicha patología, así como tener en cuenta unos criterios de activación para código Ictus y una valoración mediante escalas neurológicas como Cincinati, Glasgow y Nihss. Se llevará a cabo unas medidas generales de cuidados de enfermería, algunos de ellos permeabilidad de la vía aérea, control de TA, glucemia capilar y temperatura.

Resultado y discusión: Con este protocolo se ha pretendido conocer la importancia de una adecuada actuación enfermera en triaje, posteriores cuidados de enfermería y así poder comprobar la importancia de una atención rápida y eficiente hacia el paciente.

Conclusiones: Gracias a la puesta en marcha coordinada y sincronizada de los diversos colectivos sanitarios que participan en la atención a estos pacientes se mejora el pronóstico de esta enfermedad, que es una de las principales causas de muerte y discapacidad en nuestro entorno.

Introducción y antecedentes

El accidente cerebro vascular agudo (ACVA), también llamado Ictus cerebral, es un proceso frecuente. Presenta una incidencia en España de 100-285/100000 habitantes/año. Tiene una gravedad importante siendo la 3^a causa de muerte en el mundo y la 1^a causa de mortalidad en mujeres en nuestro país. Además sus costes sociales son muy elevados siendo la 1^a causa de invalidez en España. El ACVA se origina por una alteración circulatoria cerebral que da lugar a un trastorno transitorio o definitivo de la función de una o varias partes del encéfalo. Según la naturaleza de la lesión se clasifican en ictus isquémico: AIT , infarto cerebral e ictus hemorrágico: intracerebral y hemorragia subaracnoidea.

Los sistemas de código ictus hospitalarios han demostrado ser efectivos para mejorar el acceso a la atención médica especializada en casos de ICTUS así como el pronóstico.

Cuando un paciente es recibido en el servicio de urgencias pasa a ser clasificado por enfermería en la sala de triaje, donde se procederá a una valoración rápida y establecer prioridad de cuidados.

Se entiende como triaje la actividad de RECEPCIÓN, ACOGIDA y CLASIFICACIÓN en función de síntomas y signos del paciente priorizando ante todo la atención médica y cuidados de enfermería con el fin de adecuar la intensidad de la asistencia.

Objetivos

Objetivo General:

- Priorizar la atención enfermera a los pacientes más urgentes y/o graves en triaje.

Objetivos específicos:

- Identificar a los pacientes en situación de riesgo vital
- Reevaluar a los pacientes durante su tiempo de espera
- Aportar información sobre el proceso asistencial

Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática de Pubmed, medline de implementación de protocolos coordinados de ictus que se adaptan a cada región específica, buscándose datos de actuación de enfermería ante ictus en triaje y cuidados de enfermería.

Los niveles de prioridad de urgencias basándonos en el Sistema de Triaje de Manchester (MTS) son los siguientes:

- P I. Inmediata. (0min). Rojo. Supone una intervención inmediata. Medidas de resucitación. <4-5h evolución. Situación vital previa independiente
- P II. Muy urgente. (10min). Naranja. Ictus al despertar <4,5-24h evolución. Situación vital previa independiente.
- P III. Urgente. (60min). Amarillo. >24h evolución. Situación vital previa dependiente. Elevada comorbilidad
- P IV. Estándar. (120min). Verde.
- P V. No Urgente. (240 min). Azul.

La prioridad asignada a los pacientes con CODIGO ICTUS no podrá ser inferior a prioridad II (naranja), requiere atención urgente y vigilancia activa del paciente. En caso de inestabilidad hemodinámica y precisara cuidados de reanimación pasará a prioridad I (rojo)

Para identificar el conjunto de signos y síntomas de sospecha de Ictus en triaje nos ayudaremos de una herramienta fundamental la escala de Cincinnati (sencilla de aplicar y poco restrictiva)

El National Institutes of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) americano establece cinco signos/ síntomas que deben advertirnos de la presencia de ICTUS.

Principal característica en triaje es aparición súbita y brusca que manifiesta el paciente.

1. Debilidad (paresias) o imposibilidad de movimiento (plejias), de una parte del cuerpo. Llamativo mismo lado del cuerpo. Parestesias (hormigueos)
2. Confusión repentina y/o dificultad para hablar (afasia, disartria)
3. Cefalea intensa acompañada de náuseas y vómitos
4. Alteración visión (campo visual ciego, hemianopsia)
5. Alteración de la marcha y/o equilibrio. Incoordinación de movimiento.

Tener en cuenta que aisladas pueden no ser sugestivas de Ictus.

Atendiendo a los signos y síntomas manifestados por el paciente y una visión multifactorial para tomar la decisión de en que prioridad clasificarlo y si entra o no en código Ictus. En el caso de sospechar de un posible Ictus, se realizarán una serie de evaluaciones que a continuación se detallarán y conforma el triaje avanzado del ictus.

Las guías clínicas recomiendan el uso de escalas, por aumentar la precisión del diagnóstico, siendo la nombrada con anterioridad Escala de Cincinnati, cuya aplicación es la valoración de presencia de uno o varios síntomas de fácil y rápida detección en el paciente, siendo los siguientes:

- Debilidad facial: distinta movilidad en hemicara al sonreír.
- Fuerza en los brazos, tras 10 segundos con brazos estirados uno se levanta el otro cae.
- Trastorno del lenguaje: emite palabras pero no las pronuncia bien, usa palabras incorrectas o no puede hablar

Cuando el cribado para Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS) confirma 1 o más de estos 3 signos es positivo para ICTUS

Si un signo es anormal la probabilidad de Ictus es del 72%

Si los tres signos son anormales la probabilidad de Ictus es >85%

Otras escalas de valoración neurológica encontradas tras contrastar bibliografía son Escala de Glasgow y Escala de Nihss la cual para activar código ictus debe ser >4 y <25.

Los criterios de activación para código ictus, son los siguientes:

- Edad < 80 años. (A valorar individualmente este límite en cada caso, en función de la situación previa, antecedentes, médicos, comorbilidad y grado de autonomía)
- Inicio de los síntomas < 4,5 horas
- Situación basal del paciente previa al Ictus
 - Ausencia de demencia. Autosuficiente labores comida aseo y control de esfínteres (rankin modificada < 2)
 - Ausencia de enfermedades terminales de cualquier origen.
 - Ausencia de Ictus previos con secuelas permanentes.
 - Ausencia de enfermedad hepática (cirrosis, hepatitis).
- Déficit neurológico actual presente en el momento del diagnóstico.
 - Presencia de algunos de los síntomas de sospecha de Ictus:
 - Entumecimiento, debilidad o parálisis repentina de la cara, brazo, pierna de un hemicuerpo.
 - Confusión repentina
 - Dificultad para hablar o entender
 - Pérdida de visión brusca de uno o varios ojos
 - Cefalea intensa, repentina y sin causa aparente asociada a náuseas y vómitos (no por otras causas)
 - Dificultad repentina para caminar, pérdida de equilibrio o coordinación
- La situación de coma no invalida el Código Ictus
- El embarazo contraindica la fibrinólisis

Se iniciarán los cuidados de enfermería, una vez comprobados el nivel de conciencia y la estabilidad hemodinámica del paciente mediante la secuencia ABC se realizarán unos cuidados generales:

- Reposo en cama. Posición semi-fowler a unos 35- 45°. Barreras laterales
- Canalización vía venosa periférica (gran calibre 18G). Canalizar brazo no parético, ya que el brazo con disminución de la movilidad o alteración de la sensibilidad se incrementa el riesgo de flebitis al estar comprometido el retorno venoso. Evitar punciones arteriales o venosas repetidas. Administración Suero Fisiológico (Contraindicado Glucosado, excepto ante situación de hipoglucemia)
- Realización de electrocardiograma y glucemia capilar
- Monitorización constantes (TA, FC, temperatura, saturación O₂ cada 15 min)
- No administrar antiagregantes ni anticoagulantes
- Comunicación verbal: frente a él al comunicarnos, contacto ocular y pueda vernos. Hablar lentamente y con claridad dar tiempo a procesar comunicación. Mensajes cortos y simples, respuestas sí/no. Mantener la calma en todo momento.
- Apoyo emocional paciente y familia.
- Obtención de muestras sanguíneas básicas (hemograma, bioquímica y coagulación).
- Dieta absoluta
- Medidas prevención UPP en especial miembros paréticos

Permeabilidad de la vía aérea

1. Si saturación O₂ < 92% : Oxígeno terapia suplementaria
2. Si Glasgow < 8: Intubación orotraqueal
3. Si riesgo de aspiración, vómitos o bajo nivel de conciencia: Sondaje nasogástrico

Control de Tensión Arterial. Tratar:

- Síntomas de emergencia hipertensiva
 - Sospecha de ICTUS isquémico: TA >220/120 mmHg
 - Sospecha de ICTUS hemorrágico: TA >180/110 mmHg

Fármacos: IECA (Captopril 25mg, SL). LABEALOL IV (bolo lento de 10-20mg en 20 min). Repetir si precisa cada 10 o 20 min. Máximo 300mg

Control de glucemia capilar

1. Hipoglucemiam (<60mg/dl): Glucosa hipertónica 50% iv
2. Hiperglucemia (>140 mg/dl): Insulina regular (Bolo 0,1 UI/Kg)

Control de la temperatura (Si > 37,5°C)

1. Paracetamol 1gr: vo/iv
2. Metamizol: vo (500mg a 2 gr) o iv (1 vial-2gr en 50 ml. Suero Fisiológico o glucosado 5 % . administrar en 5min)

Resultados

Con este protocolo se ha pretendido conocer la importancia de una adecuada actuación enfermera en triaje y posteriores cuidados de enfermería y así poder comprobar la importancia de una atención rápida y eficiente hacia el paciente dentro del periodo temporal, conocido como ventana terapéutica durante el cual todavía es posible revertir o aminorar los efectos de la isquemia cerebral. Esto puede dar como resultado un mayor número de pacientes que reciben atención temprana, así como también tratamientos de revascularización.

Discusión y aplicaciones prácticas

Tras recordar los objetivos marcados para conseguir una actuación enfermera de calidad en triaje llegamos a la conclusión de que tenemos las herramientas necesarias para adquirir los conocimientos y competencias adecuados ante este proceso tan frecuente y con una gravedad de 1ª causa de muerte en mujeres en España. Gracias a la puesta en marcha coordinada y sincronizada de los diversos colectivos sanitarios que participan en la atención a estos pacientes se mejora el pronóstico de esta enfermedad, que es una de las principales causas de muerte y discapacidad en nuestro entorno.

Bibliografía

Acosta Ramírez P, Alegria Barrero E, Álvarez Rodríguez et al. El paciente con Ictus. Desde la urgencia hasta el alta hospitalaria. En Oyanguren Rodeño, editor. Atención hospitalaria del paciente con Ictus. M&MC. Hospital Torrejón de Ardoz. Madrid ; 2015 pag 63-78

Ferrer Ferrer I, Marin Fernández M, Santana Palma J, et al. Manual de Protocolos y Procedimientos de Actuación de Enfermería en Urgencias. En GM, editor. Código Ictus. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada; 2014 pag 99-112

BOJA. Informe de fiscalización del Plan Andaluz de Atención Ictus (2011-2014) (Internet); 9 febrero 2016 (Consultado 10 octubre 2017) Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/boja/2016/33/BOJA16-033-00085-2487-01_00085127.pdf

García-Cabo C, Benavente L, Martínez-Ramos J, Pérez-Álvarez Á, Trigo A, Calleja S. Neurología. 2016 Jul 25