

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

Unidad 10. Traslado y transferencia al hospital

Autores

Coserria Sánchez, Laura

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Los Alcores. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.

Montero Rodríguez, María Gracia

Enfermera. UGC Alcalá del Río. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.

Introducción

Tratándose de una patología tiempodependiente que resulta ser, el primer motivo de discapacidad grave en edad adulta y la segunda causa de muerte en España y Andalucía, tras la Cardiopatía Isquémica, es importante garantizar una respuesta rápida y eficaz ante la sospecha de un posible ictus con una coordinación potenciada con la implicación de los diferentes niveles asistenciales. Adecuar la oferta a las necesidades de la población de manera eficiente y efectiva incluyendo el uso de las nuevas tecnologías.

Partiendo de que en el 80% de los casos activados de Ictus suelen ser de naturaleza isquémica quienes son susceptibles de reperfusión, el 20% restante suelen ser hemorrágicos, y que, un 40% de los pacientes que han sufrido un ictus tienen riesgo de repetición en los 5 años siguientes con una alta probabilidad de mayor secuela y mayor mortalidad, es de carácter prioritario, que se garantice el abordaje integral en cada una de las fases de la enfermedad y una disminución de las inequidades que se puedan producir durante su detención precoz, atención y traslado. Por todo esto, es importante, la movilización de los recursos más acertados, que aseguren una derivación rápida al hospital útil con una Neuroprotección adecuada, si fuera posible sin causar un detrimento significativo en el tiempo de traslado.

Traslado.

Desde el primer momento que se procede a activación de un posible Código Ictus, el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCUE) con los datos disponibles, organizará el traslado del paciente en el medio de transporte más rápido y acertado a cada caso, en función de la distancia al hospital receptor, de los recursos disponibles y de la situación clínica del paciente (situación previa al ICTUS, tiempo transcurrido presenciado por testigos, coma, otros criterios; edad, embarazo, medicación antitrombótica previa, etc.) , con el fin de reducir el impacto (discapacidad y mortalidad) y favorecer, en la medida de lo posible, el mayor grado de autonomía funcional y social posible.

El CCUE tomará la decisión sobre el hospital de destino, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

- Tipo de terapia de reperfusión indicada.
- Área geográfica según la ubicación del paciente.
- Llegada del paciente al hospital de destino dentro de la ventana terapéutica recomendada, en el menor tiempo posible.
- Hospital de referencia vs hospital útil.

El traslado será preferentemente con personal sanitario, pero primando siempre el tiempo como factor esencial. LEMA CEREBRO, es un principio básico. El tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas hasta la reperfusión no debe ser superior a 6 horas (ictus del despertar o inicio desconocido).

🏥 Hospital de referencia:

Aquel hospital al que corresponde la zona donde se encuentra el paciente.

🏥 Hospital útil:

Aquel que puede realizar la técnica/intervención que precisa el paciente.

Traslado según patología

➤ ICTUS con activación de CÓDIGO ICTUS:

- Traslado de forma precoz, en el menor tiempo posible.
 - Será trasladado por equipo sanitario, preferentemente.
 - Traslado terrestre o aéreo, según crona más corta y disponibilidad climatológica de la zona.
- Signos de gravedad:
 - Coma o bajo nivel de conciencia
 - Inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria
 - Crisis convulsivas y vómitos con trastornos deglutorios.

Condiciones del traslado

Una vez realizado el abordaje del paciente, instaurando las medidas terapéuticas generales y aplicando los cuidados necesarios para estabilizar el paciente, se procederá al traslado en la situación clínica más adecuada. No se debe olvidar que, durante el traslado, se debe continuar con las medidas terapéuticas y los cuidados adecuados que aseguren el traslado del paciente en las condiciones clínicas más acertadas según cada caso. Es importante a nivel general, el desarrollo de estrategias de formación, para que los recursos sanitarios dispongan de una formación adecuada para el manejo del ICTUS, en todas y cada una de las fases de la historia natural de la enfermedad, así como en cada una de las fases desde su activación hasta la recuperación del paciente.

Medidas terapéuticas generales

❖ ABCDE:

- Vigilar el nivel de conciencia. Valoración del Glasgow. (el estado de coma no invalida la activación del Código ICTUS, se procede de forma semejante, adoptando las medidas adecuadas).
- Permeabilidad de la vía aérea: Guedel. Mascarilla Laríngea. IOT.
- Canalización vía venosa periférica, preferentemente en miembro no parético (catéter nº18, al menos).
- No administrar suero glucosado, excepto en hipoglucemia.
- Control de constantes cada 10-15 minutos: mantener T.A. no elevadas (>220/120 mmHg) realizar descenso cauteloso, aporte de oxígeno si la Saturación de O₂ es inferior a 94%. Control de glucemia capilar <180 y >50 mg/dl). Control de la temperatura. Evitar la hipertermia por encima de 37,5 °C, utilizar en el traslado si es preciso, paracetamol IV, para control de la hipertermia.
- Decúbito supino: cabecera elevada entre 15° a 30°.
- Monitorización de ritmo cardiaco, FC y EKG de 12 derivaciones, para preveer cambios en la respuesta cardiaca durante su traslado.
- Pulsioxímetro.
- No sondaje vesical, salvo globo vesical.
- Evaluar la presencia de disfagia para prevenir aspiraciones en el traslado.
- Reevaluación continua cada 10-15 minutos para preveer, detectar deterioro en la estabilidad hemodinámica del paciente, aplicando de nuevo durante el

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

traslado las escalas existentes para ello como son la escala de NIHSS y escala RANKIN modificada.

Durante el traslado del paciente hay que controlar los tiempos: desde la hora de inicio de los síntomas hasta la llegada al hospital útil o de referencia. No debe superarse los 90 minutos en el traslado desde el inicio de los síntomas y 60 minutos desde su transferencia hasta el inicio de la reperusión.

Transferencia

“Es la comunicación entre profesionales sanitarios de las urgencias extrahospitalarias y las intrahospitalarias, donde de forma horizontal, médico – médico, enfermera – enfermera, se transmite la información clínica del paciente, y se traspasa la responsabilidad del ciudadano de un profesional...a otro profesional sanitario o grupo de profesionales”.

Se trata de un proceso ágil, que da comienzo desde la llegada del equipo sanitario a urgencias y donde todos los implicados deben de haber sido alertado tras la activación del Código Tiempodependiente.

Independientemente del origen de procedencia, desde el área de triage se pondrán en marcha las medidas necesarias para una transferencia acertada:

- La ubicación adecuada del paciente según el protocolo.
- Completar el diagnóstico si fuera necesario, en los tiempos correctos.
- La estabilidad clínico-hemodinámica (reiniciando o continuando las medidas terapéuticas y cuidados).
- La valoración y toma de decisiones en relación a la terapia de reperusión.

Lugar de la transferencia

Dentro del hospital la transferencia debe hacerse preferentemente en el TAC, salvo excepciones, en las que, se realizará la transferencia en el lugar que reúna las medidas de calidad asistencial y de seguridad del paciente más óptimas.

El lugar de ubicación del TAC permite un proceso multidisciplinar por parte de los equipos de atención extrahospitalaria, neurología, radiología y si se precisa de urgencias hospitalarias. En este lugar se podrá obtener la imagen que nos haga decidir cuál es el tratamiento requerido. Así evitaremos demoras en la atención urgente dentro de los circuitos hospitalarios.

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

Hay que señalar con especial énfasis la importancia de:

- Activación del Código Ictus desde extrahospitalaria al CCUE.
- Activación del CCUE al hospital receptor.
- Comunicación intrahospitalaria por los diferentes equipos intervinientes.
- Comunicación entre los sanitarios y el paciente/familiares.

Una comunicación eficaz entre los profesionales constituye un eslabón esencial en la cadena de transferencia del paciente. Un sistema de información acertado facilita la ausencia de problemas derivados de errores que se generen en la comunicación en la transferencia. Para corregir dichos errores se debe:

- Dar información clara y correcta.
- Lugar: adecuado, con las mínimas interferencias posibles.
- Usar la técnica **ISOBAR** entre los sanitarios.
- Hablar a los pacientes y familiares con un lenguaje sencillo y sin tecnicismos.

Técnica ISOBAR

La comunicación entre los profesionales sanitarios debe ser ordenada y consensuada. A este respecto la OMS recomienda hacer la transferencia con la técnica **ISOBAR**, que se describe a continuación.

I. Identificación

- Identificación del paciente: Nombre y apellidos, fecha de nacimiento, DNI y NUHSA.
- Sería deseable que este un familiar presente, debido a los posibles problemas de lenguaje del paciente.
- Identificación del personal Sanitario, del que transfiere como el que recibe al paciente.

S. Situación

- Motivo de la asistencia sanitaria. Dejar claro si se trata o no de Código ICTUS.
- Hora de inicio de los síntomas, escalas empleadas (Rankin, NIHSS), edad.
- Intervenciones para estabilizar al paciente: Manejo y tratamiento. Cambios en el estado del paciente, posibles complicaciones y aspectos a vigilar.

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

O. Observación

- Signos vitales recientes.
- Últimas constantes: Tensión arterial, glucemia, temperatura al menos dos tomas.
- Frecuencia cardíaca. Frecuencia respiratoria, saturación de O₂.
- Electrocardiograma de 12 derivaciones.
- Otras pruebas realizadas.
- Evolución del paciente: otros diagnósticos o problemas secundarios.

B. Background

- Aportar información de antecedentes personales clínicos de interés, alergias, medicación que toma el paciente, factores de riesgo para trombolisis.

A. Acordar un plan

- Dada la situación del paciente, ¿qué hacer o se ha hecho para normalizarla?
- Tratamientos que se han realizado, medicación y hora de administración, perfusiones, vía de administración (preferible vía venosa periférica en miembro no patético), medidas terapéuticas, comprobaciones.

R. Read-Back

- Confirmar que la transferencia del paciente se ha realizado correctamente, en el lugar indicado, a las personas de contacto y establecer responsabilidades.
- Una vez realizada esta transferencia, el equipo finaliza su asistencia, quedando el paciente bajo responsabilidad del personal sanitario del hospital.

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

Bibliografía

- Moniche Álvarez F., Gamero García M.A., Escudero Martínez I., et al. Protocolo de Neurología Vascular, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío y Virgen Macarena. (pág. 5-6).Fénix Editora; Edición: 1 (10 abril de 2018). Disponible en: <file:///C:/Users/usuarioLocal/Desktop/NEUROurg.pdf>
- Abad Requejo P., Benavente Fernández L., Calleja Puerta S. et al. Código Ictus. Dirección general de planificación sanitaria. Consejería de sanidad, Programa Clave de Atención Interdisciplinar Ictus. Gobierno del Principado de Asturias, Oviedo 2017. Disponible en: <http://www.samuasturias.es/modulgex/workspace/docs/apartados/15/C%C3%B3digo%20Ictus%20Asturias%202017.pdf>
- Jiménez Hernández MD., Lama Herrera CM., Moniche Álvarez F, Morales Serna JC., Ras Luna J., Sanz Amores R., Ictus, Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1957075765_pai_ictus_abril_2015.pdf
- Jiménez Hernández MD., Alcázar Romero PP., Alés Otón E., et al. Plan Andaluz de Atención al Ictus 2011/2014. Consejería de Salud, 2011. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af0653484d4a_Plan_ICTUS_16_03_2011.pdf