



MANUAL DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ICTUS

**Cuidados de enfermería en
la Unidad de Ictus**

**GRUPO DE ENFERMERÍA
NEUROVASCULAR DE ANDALUCÍA**



Cuidados de enfermería en la Unidad de Ictus

Las medidas generales y mínimas que debe llevar a cabo el personal de enfermería de la Unidad de Ictus (UI), desde el ingreso del paciente en la UI al alta, son las siguientes:

ACOGIDA

Acomodar al paciente en el box y entregar del documento de acogida de la Unidad de Ictus. Facilitar un ambiente tranquilo. Retirar las prótesis, objetos metálicos o joyas (entrega a la familia o servicio correspondiente, por ejemplo: seguridad).

VALORACIÓN INICIAL

A través del módulo de cuidados de Diraya, basándonos en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

Se deben realizar planes de cuidados de enfermería individualizados según la valoración inicial del paciente.

CLINIMETRÍA

El registro de escalas en relación con el paciente con ictus se puede dividir en:

- **ESCALAS DE VALORACIÓN NEUROLÓGICA**

ESCALA CANADIENSE O NIHSS. Al ingreso en la unidad, cada 4 horas las primeras 48-72 horas. En casos de pacientes con tratamientos de reperfusión, se aplicará el protocolo específico de valoración neurológica de cada hospital.

Para la detección precoz del deterioro neurológico, se debe avisar a neurología si existe un deterioro significativo según la puntuación de las escalas neurológicas y se debe vigilar la evolución del nivel de conciencia y signos de hipertensión craneal y enclavamiento (reactividad motora, respuestas motoras anormales decorticación o descerebración, cambios pupilares y del patrón respiratorio). Además, se debe realizar una evaluación de crisis convulsivas generalizadas y fundamentalmente focales, de la intensidad de cefalea, rigidez de nuca y afectación meníngea en hemorragias subaracnoideas, con el fin de detectar el resangrado y/o vasoespasmo (evidencia IIb, nivel C).

• ESCALAS DE DEPENDENCIA

Registraremos el **ÍNDICE DE BARTHEL** (autonomía para las actividades de la vida diaria), al ingreso, durante el ingreso, al alta y si hay cambio en el estado.

Al ingreso en la Unidad de ictus se pasará la **ESCALA DE BRADEN**, que mide el riesgo que tiene un paciente de padecer lesiones por presión, la cual se debe reevaluar durante la estancia y medir al alta.

• OTRAS ESCALAS

La **ESCALA DE DOLOR EVA** se pasará por turnos como quinta constante. También al ingreso se evaluará el **RIESGO DE CAÍDAS** del paciente a través del cribado de riesgo de caídas.

Además de estas escalas de enfermería, se deberán cumplimentar todas aquellas escalas que se consideren necesarias durante el ingreso del paciente.

POSICIÓN

Reposo en cama con 30-40% de elevación del cabecero (evidencia IIb, nivel C), salvo los pacientes con estenosis grave y cuadros de origen hemodinámico, en los que se mantendrá a 0º. Cabeza ladeada hacia el lado no afecto para evitar broncoaspiraciones por posible vómito y comprobar que las vías aéreas estén libres.

Reposo absoluto en las primeras 24 horas.

Si el paciente está consciente, comenzar la sedestación el segundo día en pacientes con ictus isquémico y el tercer día en ictus hemorrágicos, salvo si existe una prescripción médica diferente. Si la situación no es grave, sentar la mayor parte del día. Vigilar la aparición de deterioro neurológico o hipotensión durante la movilización. Nunca poner al paciente en posición de Trendelenburg.

ACCESOS VENOSOS Y SUEROTERAPIA

Siempre que sea posible, se canalizará vía venosa en el miembro no parético, puesto que en el brazo con disminución de la movilidad o alteración de la sensibilidad se incrementa el riesgo de flebitis al estar comprometido el retorno venoso.

Si el paciente puede iniciar dieta oral o por sonda nasogástrica (SNG) no es necesaria la administración de sueros, siendo preferible utilizar desde el primer momento la vía enteral para la alimentación y suministro de líquidos. Únicamente se empleará sueroterapia si el aporte de líquidos por vía oral no es suficiente y para corregir trastornos metabólicos graves.

Se prefieren los cristaloides frente a coloides por una menor tasa de complicaciones (edema agudo de pulmón). Aunque no hay evidencia del suero más conveniente dentro de los cristaloides, el fisiológico es el más usado.

La aportación de líquidos debe incrementarse si hay incremento de las pérdidas (fiebre, diarrea) y restringirse si existe insuficiencia cardíaca. No se emplearán sueros glucosados o glucosalinos en ninguna circunstancia (excepto si existe una hipoglucemia severa hasta llegar a normoglucemia, siguiendo el protocolo de corrección de hipoglucemia del hospital).

MONITORIZACIÓN

Se debe monitorizar de forma continua el ritmo y la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno:

• **TENSIÓN ARTERIAL (TA)**

Se programará en el monitor el control de TA cada 2 horas durante las primeras 24 horas y posteriormente cada 4-6 horas hasta salida de la Unidad de Ictus, excepto en los pacientes tratados con tratamientos de reperfusión en los que se aplicará un protocolo específico de control de TA. La primera toma de TA se realizará en ambos brazos.

No emplear fármacos antihipertensivos en los pacientes con Ictus Isquémicos o AIT salvo que la TAS > o = 220 mmHg o la TAD > o = 120 mmHg, teniendo en cuenta que no es recomendable bajar más del 15% la tensión arterial. Estos límites se establecen en 180 mmHg de sistólica en pacientes con ictus hemorrágicos, tratamiento fibrinolítico y cuando existan condiciones especiales como disección de la aorta, infarto agudo de miocardio, fallo cardíaco o renal y encefalopatía hipertensiva.

La hipotensión es rara en un ictus, se debe valorar otra patología concomitante.

• **MONITORIZACIÓN Y FRECUENCIA CARDÍACA**

La finalidad de la monitorización cardíaca es detectar precozmente posibles alteraciones tanto del ritmo como de la frecuencia cardíaca.

El control de la función cardíaca nos ayuda a conocer la etiología del ictus, siendo el hallazgo más relevante en cuanto a alteración del ritmo la fibrilación auricular (FA). Complicaciones derivadas de la frecuencia a destacar serían la bradicardia y la taquicardia excesivas.

Realizar electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones al ingreso si no lo trae de urgencias y continuar según prescripción médica. En caso de sospecha de FA paroxística, además, se realizará un ECG si se produce un cambio del ritmo y se avisará al neurólogo.

• TEMPERATURA (Tª)

Registrar la Tª al ingreso y cada 4 horas durante las primeras 48 horas y por turno durante los días siguientes hasta la salida de la Unidad de Ictus.

Si la Tª axilar > 37.5º C se emplearan antitérmicos, por mayor riesgo de muerte hospitalaria en comparación con normotermia (evidencia I, nivel C) y se extraerán hemocultivos/urocultivos si precisa y PCR. La hipertermia es un factor crítico y un retraso en la actuación durante las primeras 24 horas puede empeorar el daño neuronal.

El equipo de enfermería debe observar y prevenir infecciones relacionadas con la atención sanitaria, incidiendo en la manipulación de catéteres, retirada de dispositivos innecesarios y la retirada precoz de accesos.

• GLUCEMIA

Determinar la glucemia capilar (BMtest) al ingreso y cada 6 horas durante las primeras 48 horas (en pacientes que reciban dieta oral, se evaluará la glucemia capilar antes del desayuno, almuerzo y cena). Si existen cifras superiores a 120 mg/dl, se continuarán los controles durante toda la estancia en la Unidad de Ictus y se aplicará un protocolo de tratamiento de la hiperglucemia. Si BMTest > 140-180 mg/dl se administra insulino terapia en menos de 1 hora de la detección (evidencia IIa, nivel C). El objetivo debe ser mantener la glucemia entre 140-180, y monitorizarla estrechamente para prevenir hipoglucemia (evidencia IIa, nivel C). La hipoglucemia menor de 60, debe ser tratada por vía oral o intravenosa según situación del paciente y protocolo del hospital.

Una vez que pase la fase aguda del ictus, valorar los controles si normoglucemia.

• SATURACIÓN DE OXÍGENO (SatO₂)

Con esta medición detectamos precozmente situaciones de hipoxia, mediante pulsioximetría continua o cada 4 horas para controlar los niveles de oxígeno y mantener un uso eficaz de la oxigenoterapia cuando esta sea necesaria. No debemos administrar de una manera rutinaria oxígeno a los pacientes con ictus.

El objetivo de la SatO₂ es del 94-98% en pacientes sin patologías respiratorias y del 88-92% en pacientes con riesgos de insuficiencia respiratoria hipercápnica.

Esta medición intentaremos realizarla en el brazo que no tenga el manguito de la presión arterial. Se puede medir en dedos de la mano o el pie y en lóbulo de la oreja. Registrar en la gráfica cada 2 horas durante las primeras 24 horas y posteriormente cada 4 horas hasta salida de la unidad (evidencia I, nivel C)

• DIETA

Se mantendrá dieta absoluta durante las primeras 6-8 horas hasta valoración posterior de la disfagia, según protocolo del hospital. En pacientes con tratamiento de reperfusión, el ayuno será de 24 horas.

Se realizará vigilancia de deglución por el equipo de enfermería en todas las tomas y se irá adaptando la dieta según tolerancia del paciente. Importante en pacientes con disfagia compensar el aporte de líquidos con agua gelificada o uso de espesantes.

Si hay bajo nivel de consciencia, se iniciara pauta de alimentación enteral por SNG en infusión continua.

• VÍA RESPIRATORIA

Está indicada la oxigenoterapia en los Ictus a 2-4 l/min, con gafas nasales o mascarillas, cuando exista hipoxemia (PO₂ <80 mm Hg en gasometría arterial o SatO₂ <94% por pulsioxímetro), y en bronquíticos crónicos y roncodores conocidos, durante la noche (gafas a 2 lpm).

Utilizar inhaladores en caso necesario con cámara espaciadora. Cuando exista retención de secreciones o bajo nivel de consciencia, realizar clapping coincidiendo con los cambios posturales, seguidos de aspiración. La inmovilización facilita la atelectasia y retención de secreciones. Por ello, debe realizarse movilización y fisioterapia respiratoria, especialmente del lado pléjico, donde la movilización está disminuida.

• CAMBIOS POSTURALES

Realizar cambios posturales y colocar almohadas bajo miembros para evitar lesiones por presión (LPP). Para evitar el desarrollo de un hombro doloroso, los cambios posturales deben ser cuidadosos, no traccionando los miembros paréticos y aprovechando la existencia de sábanas, entremetidas, etc. Nunca poner al paciente en posición de Trendelenburg.

• COMUNICACIÓN VERBAL

Hablar lentamente con claridad, con órdenes cortas y simples. A la hora de comunicarnos con el paciente debemos ponernos por el lado que tenga más atención (de frente, en el lado no afecto, etc.) para que pueda vernos por completo, estableciendo contacto ocular. De igual modo debe ocurrir cuando se realiza la valoración neurológica.

• ELIMINACIÓN

En caso de incontinencia urinaria se utilizarán colectores externos y empapadores que se renovarán frecuentemente. Sonda vesical solo en casos de que exista retención urinaria o sea necesario control estricto de la diuresis y siempre durante el menor tiempo posible. Todos los pacientes deben ser examinados para comprobar incontinencia urinaria, retención, incontinencia fecal o estreñimiento, (evidencia III Harm Nivel c).

Ante agitación del paciente, comprobar la existencia de globo vesical.

El paciente con ictus tiene un alto riesgo de estreñimiento, por lo que es importante seguir un protocolo para su prevención.

• PROFILAXIS CONTRA LA TROMBOSIS VENOSA

Se emplearán medias de compresión neumática al ingreso, sobre todo en caso de ictus hemorrágico (precaución en pacientes con trombosis venosa profunda, insuficiencia venosa crónica severa o insuficiencia cardíaca congestiva; contraindicados ante heridas abiertas). No se recomiendan las medias de compresión graduada. Si no existe disponibilidad, se administrará heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas. No se define una fecha exacta para su inicio, a realizar en función del riesgo hemorrágico. Como norma general, a partir del primer día en los ictus isquémicos no complicados y a partir del tercer día en los ictus hemorrágicos (evidencia IIa, nivel A), excepto si existe orden médica diferente.

Contraindicaciones para el uso de la media de compresión neumática intermitente: dermatitis, edemas graves, estasis venosa, enfermedad vascular periférica grave, postoperatorio de ligadura venosa o injerto o presencia de inflamación u otros signos de sospecha de trombosis venosa.

• PREVENCIÓN DE LESIONES GÁSTRICAS

Es recomendable el empleo profiláctico de protector gástrico durante la fase aguda, especialmente en aquellos pacientes con antecedentes de úlcera péptica o que reciban tratamiento antiagregante, anticoagulante o fibrinolítico.

• RIESGO DE CAÍDAS

La seguridad del paciente es clave en la calidad asistencial. La prevención de caídas es un indicador de calidad en los cuidados enfermeros. Se aplicará un protocolo de prevención de caídas en función de cada hospital, en el cual se deben tener en cuenta la valoración de los factores intrínsecos: estado cognitivo, déficit sensorio-perceptivo, estado físico, dependencia, movilidad, dificultad de comprensión, déficit visual, etc. (evidencia IIb, nivel C).

Usar sujeción mecánica solo cuando esté prescrita por un neurólogo. El comité de Bioética de España recomienda disminuir su prevalencia para que solo se instauren las imprescindibles; antes de llegar a indicar las contenciones se deben buscar alternativas.

• APOYO PSICOLÓGICO

Especialmente a aquellos pacientes con déficit severos. Dialogar con el paciente en cada turno, señalarle las posibilidades de recuperación y potenciar la recuperación de las actividades de la vida diaria. Es muy importante integrar a la familia en este proceso.

• HIGIENE Y CUIDADOS DE LA PIEL

Realizar higiene oral para reducir el riesgo de neumonía por aspiración (evidencia IIb, nivel C). Realizar movilizaciones regulares, buena higiene de la piel, hidratación adecuada y evitar la humedad excesiva. Uso de ácidos grasos hiperoxigenados (evidencia I, nivel C). Minimizar o eliminar la fricción de la piel. Se debe fomentar la autonomía del paciente.



MANUAL DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ICTUS

Cuidados de enfermería en la Unidad de Ictus

Los cuidados de enfermería aplicados a pacientes con ictus agudo son determinantes para su mejor pronóstico y evolución clínica. Asimismo, es fundamental la estandarización de estos cuidados en fase postaguda (primeras 72 horas), donde la mejor indicación es que los pacientes reciban estos cuidados en Unidades de Ictus especializadas. A modo de ejemplo de respuesta para la estandarización de cuidados en fase postaguda y siendo una iniciativa de innovación en cuidados de enfermería en el ictus agudo, se propone el Proyecto Flecha asociado a la vía clínica de cuidados en Unidad de Ictus.



BIBLIOGRAFÍA

1. Bardají Fandos T, Navarro Gómez MV, Lucio Criado MJ, Barrachina Bellés L. Enfermería medico-quirúrgica: necesidad de movimiento. 2a. ed. Barcelona: MASSON; 2000.
2. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2018;49. <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000158>.
3. Steiner T, Salman RA-S, Beer R, Christensen H, Cordonnier C, Csiba L, et al. European Stroke Organisation (ESO) Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. International Journal of Stroke 2014;9:840–55. <https://doi.org/10.1111/ijis.12309>.
4. Middleton S, Pfeilschifter W. International translation of Fever, Sugar, Swallow Protocols: The Quality in Acute Stroke Care Europe Project. Int J Stroke. 2020 Aug;15(6):591-594. doi: 10.1177/1747493020915130. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32299312.
5. López López MT, de Montalvo Jääskeläinen F, Alonso Bedate C, Bellver Capella V, Cadena Serrano F, de los Reyes López M et al. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Informe Contenciones 2016 (Jun). <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>