

ICTUS: ESCALAS DE VALORACIÓN NEUROLÓGICA EN URGENCIAS

AUTORES:

Héctor Barrios Ruano ¹, Silvia Fernández Zapico ²

¹ Enfermero Especialista en Urgencias y Catástrofes por la Universidad de Oviedo

² Enfermera Máster en Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo

RESUMEN

El uso de escalas de valoración neurológica desde hace décadas es una herramienta básica cuando nos encontramos ante un posible accidente cerebrovascular; y su adecuada interpretación es primordial entre el personal de enfermería. Mediante una exhaustiva búsqueda bibliográfica se exponen algunas de las más validadas y utilizadas en España; sobre todo desde la implantación del llamado "Código Ictus". Y que además de ser útiles para la detección de los síntomas de un posible ictus, nos servirán para seguir la evolución del paciente de manera más efectiva.

ABSTRACT

The use of neurological assessment scales for decades is a basic tool when facing with a possible cerebrovascular accident; and its accurate interpretation is primordial among nurses. Through an exhaustive bibliographical search, some of the most validated and used in Spain are exposed; especially since the so-called "Stroke Code" implantation. And, in addition for being useful detecting possible ictus symptoms, they will serve us to follow the patient's evolution in a more effective way.

INTRODUCCIÓN

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) suponen actualmente la segunda causa de muerte en España. La evolución y pronóstico de los afectados depende de la rapidez y eficacia en su detección y actuación por parte de los profesionales sanitarios implicados; razón por la que se ha ido implantando paulatinamente el código Ictus en las diferentes comunidades autónomas de España. Si tenemos en cuenta que en 2012 más del 90% de los afectados por un ictus lo hacían a través de los servicios de urgencias nos daremos cuenta de la importancia que tiene para los profesionales enfermeros poder conocer las escalas más validadas y utilizadas para una adecuada valoración y seguimiento de estos pacientes.

OBJETIVO

Realizar una recopilación de las escalas más utilizadas para la valoración neurológica de los pacientes con un posible ACV que acuden al servicio de urgencias.

MÉTODO

Se ha hecho una revisión sistemática de la bibliografía tanto actual como de referencia; seleccionándose 6 artículos en buscadores médicos digitales como Pubmed, Cuiden, Cochrane y Scielo; así como 4 guías clínicas llevadas a cabo en diferentes Hospitales del territorio español.

Palabras clave: nursing assessment, stroke, stroke scales, emergencias.

RESULTADOS

El código ictus es un protocolo de actuación que empieza en los servicios prehospitalarios, con su consecuente asistencia sanitaria en el hospital de referencia, en casos de sospecha de Ictus. El objetivo es la realización de fibrinólisis o extracción mecánica del trombo en los pacientes candidatos antes de las 4 horas y media desde el inicio de los síntomas. Tratándose de una enfermedad "tiempo-dependiente" es relevante destacar como una mayor formación de los profesionales y la aplicación de herramientas que permiten una mejor coordinación entre ellos ha demostrado ser ampliamente eficaz; reduciendo los tiempos de actuación, y, con ello, el aumento de buenos pronósticos entre los afectados. Por ello, para asegurar una rápida detección y una adecuada notificación, existen una gran variedad de escalas de valoración neurológica.

Actualmente en España, según la literatura consultada y los protocolos de las comunidades autónomas donde se realiza el código ictus, existen unas cinco escalas que son las más extendidas y validadas para evaluar la relación entre el ictus y la necesidad de una atención urgente y pronóstico.

La Escala NIHSS - National Institute of Health Stroke Score - (Tabla 1) es una escala neurológica usada para evaluar el efecto del infarto cerebral agudo, que consta de los siguientes ítems: nivel de conciencia, teniendo en cuenta el nivel de alerta y la respuesta a órdenes motoras; pérdida del campo visual y valoración de la mirada conjugada. Ataxia y pérdida de fuerza motora, tanto facial como en miembros superiores e inferiores; pérdidas sensoriales; déficit en el lenguaje y la presencia o no de disartria; y por último la presencia de negligencia, extinción o inatención al enfrentarse a estímulos visuales, táctiles, espaciales o corporales. Esta escala, que ha sido ampliamente validada, siendo eficaz prediciendo el pronóstico de los pacientes, no sólo ayuda a cuantificar el grado de déficit neurológico, sino que facilita la comunicación entre profesionales, no requiriendo, además, más de 10 minutos para ser completada. Las puntuaciones van de 0 a 42; siendo <4 de gravedad leve, <16 moderado, <25 grave y >25 muy grave. La necesidad de un tratamiento revascularizador suele plantearse en pacientes que han obtenido puntuaciones entre 5 y 25. Esta escala es repetida a intervalos regulares, o si el paciente ha sufrido algún cambio, ayudando a monitorizar la efectividad de los tratamientos aplicados.

1.Nivel de Conciencia		
1a.Alerta	Alerta con respuestas normales	0
	No alerta, pero responde a mínimos estímulos verbales	1
	No alerta, pero responde a estímulos repetidos o dolorosos	2
	No responde o solo con movimientos reflejos	3
1b. Preguntas orales (mes actual y edad)	Ambas son correctas	0
	Sólo un respuesta correcta	1
	Ninguna es correcta	2
1c. Órdenes motoras (cerrar-abrir ojos y manos)	Ambas respuestas son correctas	0
	Sólo una respuesta correcta	1
	Ninguna es correcta	2
2.Mirada conjugada	Normal	0
	Paresia parcial de la mirada	1
	Paresia total o desviación forzada de la mirada conjugada	2
3.Campos visuales por confrontación	Visión no alterada	0
	Hemianopsia parcial o extinción visual	1
	Hemianopsia completa	2
	Ceguera total	3
4.Paresia facial	Movimiento normal	0
	Mínima asimetría	1

	Parálisis de la zona inferior de una hemicara	2
	Parálisis de las zonas inferior y superior de una hemicara	3
5.Paresia del brazo	Mantiene la posición durante segundos	0
	Claudica en menos de 10 segundos sin tocar la cama	1
	Claudica en < 10 segundos y toca la cama	2
	Hay movimiento pero no aguanta la posición	3
	Parálisis de la extremidad	4
6. Paresia de la pierna	Mantiene la posición durante 5 segundos, amputación proximal o inmovilización	0
	Claudica en menos de 5 segundos sin tocar la cama	1
	Claudica en menos de 5 segundos y la extremidad toca la cama	2
	Existe movimiento pero no alcanza la posición o cae inmediatamente	3
	Parálisis de la extremidad	4
7.dismetria	Ausente, amputación, déficit motor o fusión de la articulación	0
	Ataxia en una extremidad	1
	Ataxia en dos extremidades	2
8.sensibilidad	Normal	0
	Leve hipoestesia	1
	Anestesia o paciente en coma	2
9. lenguaje	Normal	0
	Afasia leve o moderada	1
	Afasia grave	2
	Comprensión nula o en coma	3
10.disartria	Normal o IOT	0
	Leve o moderada	1
	Grave, ininteligible o mudo	2
11. Extinción e Inatención, Negligencia	Sin alteraciones	0
	Inatención o extinción en una modalidad (visual, táctil, espacial o corporal)	1
	Inatención o extinción en más de una modalidad. No reconoce su propia mano o sólo reconoce una parte del espacio	2

Tabla 1.Escala

Las dos siguientes escalas son abreviaciones de la escala NIHSS, preferentemente usadas en la atención prehospitalaria, o ante el primer contacto con el posible afectado. Ambas han demostrado ser eficaces en la detección de ictus, completándose en 3-4 mins, y reduciendo la variabilidad interobservador. La más inmediata es la CPSS - Cincinnati Prehospital Stroke Score - o Escala de Cincinnati, que consta de tres ítems a valorar entre normalidad o anormalidad: asimetría facial, pérdida de fuerza en un miembro superior, alteración del habla. Otra de estas adaptaciones sería la Escala Motora de Los Angeles -LASS-, que también evalúa la debilidad facial, de los miembros superiores, y la prensión de las manos. En

ambas, la presencia de al menos un signo de anormalidad ya se consideraría sospecha de ictus.

La Escala de Rankin modificada (Tabla 2), utilizada desde la década de los 80, sirve para medir el resultado funcional tras un ictus, comparándolo con la situación anterior del afectado, y que nos dará también una idea del grado de cuidados que requerirá el afectado tras su alta. Ampliamente utilizada, ha sido criticada por las diferencias detectadas entre observadores y entre las respuestas dadas entre el propio paciente y sus familiares o cuidadores. Su puntuación irá desde 0, no presentando síntomas ni limitaciones; hasta 6, categorizado como la muerte del paciente.

0	Sin Síntomas	
1	Sin incapacidad significativa	Puede realizar actividades cotidianas
2	Incapacidad leve	Incapaz de realizar actividades previas, puedes realizar algunas con asistencia
3	Incapacidad moderada	Requiere ayuda, pero capaz de caminar sin ayuda
4	Incapacidad moderadamente severa	Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria
5	Incapacidad severa	Totalmente dependientes
6	Defunción	

Tabla 2. Escala Rankin

Modificada.

Por último, y como ante todo paciente al que queremos valorar neurológicamente, y del que sospechamos un cambio en su nivel de conciencia, la escala de coma de Glasgow sería la más utilizada. Publicada en 1974, y de uso generalizado, esta escala nos ayudará a medir el nivel de alerta en base a una puntuación, desde 3 (coma profundo) hasta 15 (normalidad). Se calcula tras valorar la respuesta de la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

CONCLUSIÓN

Entender el significado de los resultados que nos ofrecen las escalas más validadas para poder valorar neurológicamente a un paciente con un posible ACV ayudaría a actuar de una manera más eficiente en los servicios de urgencias, con grandes beneficios para estos pacientes, en una enfermedad tan “tiempo-dependiente” como son considerados los ictus.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute of Neurological Disorders and Stroke | [Internet]. Ninds.nih.gov. 2017 [consultado el 20 April 2017]. Available from: <https://www.ninds.nih.gov/>
2. García-Cabo C, Benavente L, Martínez-Ramos J. Análisis del primer año del nuevo protocolo de código ictus en Asturias. Experiencia de un único centro. Neurología. 2016; 1-6.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La salud y el sistema sanitario en 100 tablas. Datos y Cifras España. Madrid: Sanidad; 2016.
4. Katz B, McMullan J, Sucharew H. Design and Validation of a Prehospital Scale to Predict Stroke Severity: The Cincinnati Prehospital Stroke Severity Scale. Stroke. 2015;46(6):1508-1512.

5. Abdul-Rahim A, Fulton R, Sucharew H. National Institutes of Health Stroke Scale Item Profiles as Predictor of Patient Outcome. *Stroke*. 2014;46(2):395-400.
6. Cheng B, Forkert N, Zavaglia M. Influence of Stroke Infarct Location on Functional Outcome Measured by the Modified Rankin Scale. *Stroke*. 2014;45(6):1695-1702.
7. Red de ictus madrid. Atención a los pacientes con ictus en la comunidad de madrid. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2014.
8. Unidad de coordinación del programa marco de atención a urgencias y emergencias sanitarias. Tratamiento prehospitalario del ictus en el principado de asturias. Código ictus. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2013.
9. Fearon P, McArthur K, Garrity K. Prestroke modified Rankin Stroke Scale has moderate interobserver reliability and validity in an acute stroke setting. *Stroke*. 2012;43(12):3184-3188.
10. Hospital de San Eloy. Guía para el manejo del ictus en urgencia. Bizkaia: Osakidetza; 2012.
11. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2009.
12. Adams Jr. H, David P, Leira E. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke