

# ***Atención Integral del Ictus en Atención Primaria***

---

## **Unidad 7. Reconocimiento y manejo del ictus en la fase aguda**

### ***Autores***

García Murillo, Mercedes

*Enfermera. Coordinadora de Cuidados de la UGC Urgencias de Aljarafe. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.*

Muñoz Martínez, Ismael

*Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director UGC Urgencias Sevilla Norte. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.*

El reconocimiento y manejo del Ictus por los profesionales sanitarios es la puerta principal del paciente para una atención sanitaria rápida y efectiva. Se debe realizar de la misma forma tanto en el Centro de Salud o Servicio de Urgencia de Atención Primaria como en el domicilio o la vía pública; sólo cambia el escenario no la atención sanitaria.

### **Reconocimiento**

Para poder reconocer un Ictus debemos de observar la focalidad neurológica actual. En el momento de la exploración tiene que estar presente algunos de los signos o síntomas de alarma de ictus de instauración aguda:

- Entumecimiento, debilidad o parálisis repentina de la cara, el brazo o la pierna de un hemicuerpo.
- Dificultad para hablar o entender.
- Pérdida de visión brusca de uno o ambos ojos.
- Cefalea intensa, repentina y sin causa aparente asociada a náuseas y vómitos (no atribuible a otras causas).
- Dificultad para caminar, pérdida de equilibrio o coordinación.

### **Manejo**

El manejo inicial del Ictus tiene que estar enfocado a tres aspectos muy importantes:

- Recogida de datos fundamentales.
- Evaluación Primaria.
- Estabilización del paciente.

## ***Atención Integral del Ictus en Atención Primaria***

---

Tenemos que recoger una serie de datos fundamentales del paciente, que después nos servirán para poder activar el código ictus, valorar el traslado del paciente, situación previa, etc.

### **Datos fundamentales**

- Datos administrativos: identificación inequívoca: Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y Número Único de Historia de Salud de Andalucía (NUHSA).
- Situación basal del paciente. Rankin previo a la clínica del momento actual.
- Tiempo de inicio de los síntomas o última vez que se vio bien al paciente. Intentar que la familia o testigos sean lo más precisos posible.

Si el/la paciente se encuentra en situación de incapacidad de hecho, en la que no puedan expresar personalmente su voluntad y le impida tomar decisiones por si mismo/a, se consultará el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas (RVVA) y se actuará de acuerdo con lo previsto, respetando los valores e instrucciones sanitarias contenidas en la misma.

### **Evaluación Primaria**

#### **Antecedentes personales**

- Demencia o deterioro cognitivo previo.
- Situación de pluripatología o paciente terminal.
- Ictus previos y factores de riesgo cardiovascular.
- Antecedentes recientes de: Infarto agudo de miocardio, traumatismos, cirugía o sangrado.
- Tratamiento actual: incidiendo en la toma de antiagregantes o anticoagulantes.

#### **Exploración física**

- Valoración de la permeabilidad de la vía aérea.
- Auscultación cardiorrespiratoria: evaluar frecuencia y ritmo cardiaco.
- Exploración neurológica: aplicar la escala de NIHSS.
- Valoración hemodinámica: Tensión arterial (TA), temperatura timpánica o axilar (T<sup>a</sup>), glucosa capilar (GC), saturación de O<sub>2</sub> (Sat O<sub>2</sub>), monitorización cardíaca, frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR).

# ***Atención Integral del Ictus en Atención Primaria***

---

## **Estabilización del paciente**

### ***Normas generales***

- Cama incorporada a 15°- 30°; cabeza hacia el lado no afecto en pacientes con riesgo de obstrucción de la vía aérea o aspiración o sospecha de hipertensión intracraneal.
- Obtener una vía venosa periférica en miembro no parético.
- Extracción de analítica (bioquímica, hemograma y coagulación).
- Realización de un ECG completo.

### **Recomendaciones de “No hacer”**

- No utilizar soluciones glucosadas.
- No realizar punciones arteriales.
- No colocar sonda vesical (salvo retención urinaria o ICC).
- No colocar SNG (salvo deterioro de consciencia o vómitos de repetición).
- No utilizar antiagregantes, heparinas ni otros anticoagulantes antes de realizar TAC.

## **Medidas terapéuticas generales**

### **Saturación de oxígeno**

Si < 94% administrar oxígeno: gafas nasales a 2-4 l/min.

### **Temperatura**

Si > 37.5°C administrar: paracetamol 1 gr iv o metamizol 2gr iv (en 100ml de suero fisiológico (SSF), a pasar en 10-15 minutos).

### **Glucemia**

El objetivo es lograr la normoglucemia:

- <60 mg/dl. Glucosa intravenosa hasta normalizar glucemia.
- 60-150: no tratar.
- >151-200 mg/dl: administrar 0,1 U.I. /Kg.de Insulina de acción rápida sc.
- 201-250 mg/dl: administrar la pauta de 0,1 U.I. /Kg. rápida sc + 2 U.I.
- 251-300 mg/dl: administrar la pauta de 0,1 U.I. /Kg. rápida sc + 4 U.I.
- 301-400 mg/dl: administrar la pauta de 0,1 U.I. /Kg. rápida sc + 6 U.I.

## ***Atención Integral del Ictus en Atención Primaria***

---

- >401 mg/dl Perfusión estándar.

### **Hipertensión arterial**

Como norma general, en la atención extrahospitalaria, las cifras objetivo de tensión arterial del ictus deben ser 185/110. Por debajo de estas tensiones no se tiene que tratar al paciente, y por encima de estas tensiones se tratarán a aquellos pacientes que sobrepasen las cifras 220/120. Como salvedad, podemos diferenciar si el paciente va a recibir fibrinolíticos o no, por lo que actuaremos de la siguiente forma:

- *Pacientes que no van a recibir fibrinolíticos:*
  - Ictus isquémico: no tratar si TA <220/120, solo tratar si coexiste con IAM, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca grave, encefalopatía hipertensiva o disección aórtica.
  - Ictus hemorrágicos: mantener TA < 185/110.
- *Pacientes que pueden recibir fibrinolíticos:*
  - Mantener TA < 185/110 antes de comenzar el tratamiento con rtPA intravenoso.

Evitar descensos de las cifras mayores del 15-20%.

**Fármacos:** Labetalol en bolos de 10-20 mg (2-4ml) a pasar en 1 ó 2 minutos. Se puede repetir la dosis cada 10-20 minutos, hasta un máximo de 200-300 mg.

Urapidil: bolo de 25mg iv, repetir 25mg a los 5 minutos y otros 50mg a los 5 minutos si no hay respuesta.

### **Convulsiones**

Utilizar Midazolan 0,1 mg/Kg iv. en bolos lentos, o Diazepan 10 mg iv. en bolo lento de 2 minutos, que se puede repetir si las crisis no ceden a los 10 minutos.

### **Agitación psicomotriz**

Usar benzodiazepinas como el Midazolan o el Diazepan, o neurolépticos como el Haloperidol, dosis de 5mg iv y repetir cada 30minutos (dosis máxima 50mg en 24h).

### **Codificación Diagnóstica en DIRAYA**

Se usará el CIE-9: 436      Enfermedad Cerebrovascular Aguda Mal Definida

## ***Atención Integral del Ictus en Atención Primaria***

---

### **Cuidados de enfermería**

- NOC 0802 Mantenimiento de signos vitales dentro del rango esperado.
- NOC 1608 Control de síntomas.
- NOC 0909 Estado neurológico.
- NIC 6200 Cuidados en la emergencia
- NIC 6680 Monitorización de los signos vitales.
- NIC 2120 Manejo de la hiperglucemia
- NIC 2620 Monitorización neurológica.
- NIC 2380 Manejo de la medicación.

### ***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>
- Aranda Aguilar F, Borja Padilla J, Ramírez Castillo A, Saldaña Ruiz J.L, Lerma Dorado F.J, et al. Procesos Neurológicos 061 [Internet]. Sevilla: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2012. 39 p. Disponible en: <http://www.epes.es/wp-content/uploads/Procesos-Neurologicos-1.pdf>
- Aranda Aguilar F, Borja Padilla J, Ramírez Castillo A, Saldaña Ruiz J.L, Lerma Dorado F.J, et al. Procesos Neurológicos 061 [Internet]. Sevilla: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2019. Disponible en: [http://www.epes.es/wp-content/uploads/Proceso\\_Neuro\\_web\\_2019.pdf](http://www.epes.es/wp-content/uploads/Proceso_Neuro_web_2019.pdf)
- Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Luis Jiménez Murillo. F. Javier Montero Pérez. 5ª Edición. 2015.
- Ictus. Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2015. Disponible en: <http://tiempoescerebro.com/wp-content/uploads/2017/06/P-21.pdf>