

## 4. Aplicación del código ictus

### STROKE CODE APPLICATION

#### Igone Imaz Argüelles

Enfermera en la Unidad de Pool, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

#### RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 64 años, que sufre un accidente cerebro vascular en su domicilio. En él se describe la actuación inmediata del servicio de urgencias y emergencias al activar el código ictus. A continuación, se presenta el caso, junto con un plan de cuidados desarrollado mediante los patrones de enfermería de Virginia Henderson. Además, se demuestra mediante la reciente evidencia científica la importancia de la activación del código ictus, pudiendo reducir la morbimortalidad de los pacientes que sufren ictus.

**Palabras clave:** Código ictus, aplicación, anamnesis, plan cuidados, diagnóstico, evaluación.

#### ABSTRACT

*We present the case of a 64-year-old patient who suffers a stroke at home. It describes the immediate action of the emergency service when activating the code ictus. Below is the case, along with a care plan developed using Virginia Henderson nursing patterns. In addition, the recent scientific evidence demonstrates the importance of the activation of the ictus code, being able to reduce the morbidity and mortality of patients suffering from strokes.*

**Keywords:** Code ictus, application, anamnesis, care plan, diagnosis, evaluation.

#### HISTORIA CLÍNICA

##### Anamnesis

Se activa código ictus en paciente de 64 años que comienza hacia las 9:00AM con sensación de pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo y cefalea holocraneal; previamente asintomático. Atendido por el equipo de atención primaria de zona y la ambulancia de soporte vital básico, quienes activan el Código Ictus y solicitan ambulancia de servicio vital avanzado. Antecedentes personales de HTA, DLP, DM tipo II y exfumador.

#### Exploración física en domicilio

- TAS: 160 mm Hg TAD: 90 mm Hg Pulso: 85 x' Temperatura axilar: 35,9 °C. Frecuencia respiratoria: 28 resp/min. Glucemia: 109 mg/dl. Sat.O<sub>2</sub>: 95 %.
- *Glasgow*: Apertura de ojos: 4 {Espontánea} Verbal: 5 {Orientado} Motor: 6 {Obedece órdenes verbales} Total *Glasgow*: 15
- Pupilas: Ambas están mióticas, simétricas y reactivas. Relleno capilar: acortado. Estado general: Buen estado general. bien perfundido. Hidratación: Buen estado de hidratación. Piel: Buena coloración de piel y mucosas. Cuello: Movilidad normal. Carótidas: Laten simétricas y sin soplos. Yugulares: No ingurgitación yugular.
- Tórax: Auscultación cardiaca: sin ruidos patológicos. Auscultación pulmonar: sin alteraciones patológicas significativas.
- Extremidades: Pulsos periféricos: Se palpan pulsos periféricos simétricos.
- Exploración neurológica: Nivel de consciencia: *Glasgow* (O4-3 M6 paresia izquierda V5) 15-14. Lenguaje normal. Rigidez de nuca: No rigidez de nuca. Pares craneales: Parálisis facial central izquierda, mirada conjugada a la derecha, hemianopsia izquierda. Tono muscular disminuido en hemicuerpo izquierdo. Fuerza muscular: Paresia de hemicuerpo izquierdo. Sensibilidad: Hipoestesia de hemicuerpo izquierdo.

#### Exploración física en urgencias

- TAS: 214 mmHg / TAD: 119 mm Hg. Pulso: 75 x'. DTX 116mg/dl. INR 1.1
- Estado general: Consciente y orientado, déficit motor y sensitivo hemicorporal izquierdo con disartria asociada. Dudosa hemianopsia izquierda.

#### Otros estudios complementarios

E.C.G: RS a 75 lpm, PR constante normal, QRS estrecho, no alteraciones de la repolarización. ASx3, ECG, PCR covid, TAC craneal.

#### PLAN DE CUIDADOS DESARROLLADO

##### Valoración/ diagnóstico/planificación/ejecución

1. *Percepción / Control de la salud*: Sin alergias conocidas. Como antecedentes personales padece HTA, DLP, DM tipo II. Antecedentes familiares: cáncer próstata padre, tío materno Ictus. Cirugías anteriores: hernia inguinal. No hábitos tóxicos. No ha tenido ninguna hospitalización en el último año.

2. *Nutricional / Metabólico:* Alimentación vía oral. Buenas ingestas con dieta triturada, presenta disfagia. No presenta náuseas o vómitos. Buena dentición. Mucosa oral no alterada. Mantiene la integridad cutánea sin lesiones. Elevado riesgo de UPP. Portador acceso vascular periférico en mano izquierda. Tª 35,6 °C. Dependiente para ingestas.

<b>NANDA</b>	<i>Deterioro de la deglución:</i> "Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica".
<b>NOC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados personales: comer</li> <li>Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales</li> <li>Control de aspiración</li> </ul>
<b>NIC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia de deglución</li> <li>Aspiración de vías aéreas</li> <li>Precauciones para evitar aspiración</li> </ul>

3. *Eliminación:* Porta sonda vesical. No ostomías. Sudoración normal y no drenajes.

4. *Actividad / Ejercicio:* TA: 160/86 mmHg FC: 84lpm SATO<sub>2</sub>: 95% basal. Movilidad alterada. Alto riesgo de caídas. Presenta deterioro de la capacidad funcional tras episodio. Dependencia para el aseo. Barthel: 0-5/100. Mantiene bipedestación, existe marcha inestable. Precisa ayuda.

<b>NANDA</b>	<i>Deterioro de la deambulación:</i> "Limitación del movimiento independiente a pie o en el entorno".
<b>NOC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deambulación: caminata</li> <li>Nivel de movilidad</li> <li>Cuidados personales: "actividades instrumentales de la vida diaria"</li> <li>Conducta de seguridad: "prevención de caídas"</li> </ul>
<b>NIC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fomento del ejercicio</li> <li>Terapia de ejercicios: deambulación</li> </ul>

5. *Reposo / Sueño:* Necesita medicación para conciliar el sueño: Prescrito hipnótico para dormir. Presenta desorientación nocturna y duerme menos de 6 horas. Somnolencia durante el día.

<b>NANDA</b>	<i>Deterioro del patrón de sueño:</i> "Trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo".
<b>NOC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Descanso</li> <li>Sueño</li> </ul>
<b>NIC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manejo de medicación</li> <li>Manejo ambiental</li> <li>Confort</li> </ul>

6. *Cognoscitivo / Perceptual:* Por las noches desorientación temporo-espacial. Déficit sensorial: hemianopsia izquierda. Audición normal. Comunicación verbal alterada, responde a órdenes verbales básicas. Dificultad para comprender, presenta lenguaje disártrico pero coherente.

<b>NANDA</b>	<i>Deterioro de la comunicación verbal:</i> "Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos".
<b>NOC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidad cognitiva</li> <li>Capacidad de comunicación</li> </ul>
<b>NIC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escucha activa</li> <li>Fomento de la comunicación: "déficit del habla"</li> </ul>

7. *Autopercepción / Autoconcepto:* Sin alteraciones.

8. *Rol / Relaciones:* Casado con dos hijos de 35 y 37 años.

9. *Sexualidad / Reproducción:* Sin alteraciones.

10. *Afrontamiento / Tolerancia al estrés:* Apoyado por la pareja e hijos. Manifiestan querer cuidarlo en domicilio tras alta.

11. *Valores / Creencias:* católico, se apoya en la religión. Precisa de servicio religioso.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Paciente que ingresa en la unidad de ictus por Hemorragia capsulotalámica derecha de probable etiología hipertensiva.

### DIAGNOSTICO FINAL O JUICIO CLÍNICO

- Juicio clínico: Ictus del despertar. Hemorragia intracerebral etiología: Hipertensiva
- Destino: Traslado interno a la unidad del ictus.

### EVOLUCIÓN

A su llegada a urgencias, pasa a la unidad de reanimación y es valorado por el servicio de neurología. Durante su estancia en urgencias, TA mantenida en torno a 214/119 por lo que se administra antihipertensivo endovenoso. Se traslada a la unidad del ictus donde su evolución es favorable, mejorando neurológicamente. Presenta fluctuación del nivel de consciencia, por lo que es valorado por Neurocirugía. Presenta dificultad para mirar hacia la izquierda, pero vence línea media, no presenta déficit campimétrico. Facial izdo leve. Hipoestesia. No anosognosia. Con el paso de los días, más consciente y orientado. PICNR. MOEs conservados. CV normal. PFC izq. Responde correctamente órdenes. Disartria leve-moderada. Déficit motor en ESI 0/5 y EII 2/5 con déficit sensitivo asociado. RCP flexor bilateralmente. NIHSS: 0-0-0-0-0/ 1-4-3-0-0/0-1-0-1-0= 10 puntos. Test de disfagia: tolera dieta triturada y líquidos con espesante tipo néctar. Durante el sueño presenta episodios de desorientación e inquietud y realiza apneas prolongadas sin desaturar. Se solicita interconsulta a neumología por SAHS. Se pauta hipnótico. Se iniciar tratamiento antihipertensivo oral para facilitar el control de presión arterial. Se ponen medias de compresión neumática con posterior retirada e inicio de pauta heparina de bajo peso molecular para profilaxis.

## DISCUSIÓN

El ictus es una enfermedad cerebrovascular y se produce por la disminución u obstrucción del flujo sanguíneo. Según la Sociedad Española de Neurología (GEECV-SEN) en España mueren 40.000 personas al año, detectándose unos 120.000 casos nuevos anuales.

El código ictus, es un procedimiento que se basa en actuar de manera prehospitalaria reconociendo de manera temprana los signos y síntomas de un ictus, consiste en priorizar los cuidados y trasladar de manera temprana al paciente a un hospital cercano, para así poderse beneficiar de unos cuidados especializados como puede ser la re-perfusión (1). La activación del código supone, en primer lugar, notificar el ictus y trasladar de manera urgente al afectado. Del mismo modo, facilitar la coordinación intrahospitalaria del equipo de neurología, pudiendo reducir el tiempo de llegada al centro hospitalario y agilizar el diagnóstico y la terapia indicada para cada paciente con infarto cerebral (2).

La puesta en marcha de la secuencia del código ictus permite reducir el tiempo entre el comienzo del ictus y un diagnóstico y tratamiento especializado, disminuyendo tiempos en diferentes puntos de la cadena asistencial, y así incrementando el número de pacientes con ictus tratados con trombólisis o cuidados especializados, pudiendo reducir las complicaciones (3). Enfermería es fundamental, teniendo que valorar frecuentemente al paciente hemodinámico y neurológicamente. Además, su labor es manejar técnicas de enfermería y administrar medicación adecuada para mantener estables las constantes vitales del paciente, asegurándose de valorar el patrón respiratorio y circulatorio (4). En relación con el patrón urinario, se debe controlar el balance hídrico y electrolítico, mediante un control de diuresis. Es esencial también valorar el patrón neurológico, evaluando el estado de consciencia mediante la escala de Glasgow (respuesta motriz, respuesta verbal y respuesta ocular). Por último, se considera necesaria la escala US National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), puntuando de manera numérica la gravedad del ictus (5).

## BREVE COMENTARIO

La evidencia científica demuestra que la activación del código ictus disminuye la morbimortalidad de pacientes atendidos en los servicios de urgencias y emergencias. Por lo que, queda demostrado que la difusión del procedimiento y su utilización deben considerarse prioritarios en el sistema sanitario. El código ictus disminuye la morbimortalidad asociada, mejorando la calidad asistencial y reduciendo costes en la atención. Al mismo tiempo disminuye complicaciones y maximiza los recursos. Tras demostrar la reciente evidencia científica que la activación del código ictus es efectiva, pudiendo reducir la morbimortalidad del paciente con infarto cerebral y disminuir las complicaciones asociadas, es imprescindible para un uso adecuado del procedimiento, una educación comunitaria para detectar de manera precoz el ictus, también la creación de equipos especializados capacitados para responder a la situación de urgencia y posteriormente poder tratar al paciente en una unidad de ictus dentro del servicio de neurología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hadagali M, Chua L. Consenso de las ratios de ictus pre hospitalario y hospitalario por región. BMJ [Internet]. 1 de diciembre de 2014 [citado 06 de setiembre del 2019]; 149(6):83-94. Disponible en: <http://www.agree-trusttevice.org/about-agree/introduction0/>
2. Mayoral C. Avance Internacional de estándares evaluativo para la atención de pacientes con ictus. BMJ [Internet]. 29 de mayo de 2014 [citado 06 de setiembre del 2019]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22158773437>
3. Norman G, Christie J, Liu Z, Westby M, Jefferies J, Hudson T, et al. Efectos de la evaluación del accidente cerebrovascular en el ámbito pre hospitalario y hospitalario. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas [Internet]. 12 de 43 julio de 2017 [citado 06 de setiembre del 2019]; Disponible en: <https://www.cochrane.org/es/CD0256982586365859/efectos-de-la-auditoria-y-laretroalimentacion-feedback-en-la-practica-profesional-y-las-medidas>
4. Choudhary K, Choudhary K, Mohanty S, Soni P. La evaluación en los casos de ictus isquémicos complicados con comorbilidades del paciente. Revista Internacional de Investigación y Revisión Médica [Internet]. 31 de enero de 2016 [citado 06 de setiembre de 2019]; 4(01). Disponible en: <https://www.cochrane.org/es/C0580021509/visitas-de-extension-educativa-sefectos-sobre-la-practica-profesional-y-los-resultados-de-salud>
5. Heyneman A, Hoekserna H, Vandekerchhove D, Pirayesh A, Monstrey S. Facilitadores y Barreras en la aplicación estrategias para la adecuada atención de pacientes con ictus isquemico. YCD [Internet]. 11 de diciembre de 2014 [citado 07 de setiembre de 2019]; 65(11):592-6. Disponible en: [https://www.who.int/publications/guidelines/WHO\\_hb\\_for\\_guideline\\_development\\_22557ed\\_Spanish.pdf](https://www.who.int/publications/guidelines/WHO_hb_for_guideline_development_22557ed_Spanish.pdf)