



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

242/1685 - ¿ACTIVAMOS CÓDIGO ICTUS?

C. Rodríguez Adame^a y E. Pina Martínez^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alamillo. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Vamos a un aviso a domicilio de un varón de 92 años que ha presentado hace media hora, mientras comía, cuadro brusco de desconexión con el medio seguido de pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho, alteración del habla y desviación de la comisura bucal. Antecedentes: deterioro cognitivo senil en estadio inicial con buena calidad de vida (vive solo, activo e independiente para ABVD) y claudicación intermitente. Tratamiento: ácido acetilsalicílico y memantina. RANKIN 1.

Exploración y pruebas complementarias: A nuestra llegada: consciente, confuso. Bien hidratado y perfundido. Eupneico. Glucemia capilar 123 gramos decilitro, frecuencia cardiaca 78 latidos minuto, tensión arterial 120/80 miligramos de mercurio, afebril. Saturación de oxígeno 98%. Auscultación cardiaca: arritmia a buena frecuencia, sin soplos; auscultación pulmonar y abdomen: normal. Neurológico: facial supranuclear derecho, pérdida de fuerza en miembro superior e inferior derechos y disartria (tres síntomas de la escala de Cincinnati). Establecemos sospecha clínica de ictus. Derivamos rápidamente al hospital en ambulancia medicalizada prioritaria, monitorizado, cabecero elevado 35°, vía periférica en brazo no parético con suero fisiológico y electrocardiograma realizado. En hospital activan Código Ictus.

Juicio clínico: Ictus en arteria cerebral media izquierda (probable origen cardioembólico).

Diagnóstico diferencial: Ictus hemorrágico, tumor cerebral.

Comentario final: Este caso muestra la importancia del reconocimiento y actuación precoz del Código Ictus desde la primera asistencia. La duda surge por su antecedente de deterioro cognitivo inicial. Los nuevos criterios de activación de Código Ictus incluyen: paciente independiente (Rankin ≤ 2), focalidad neurológica presente en el momento del diagnóstico y tiempo de inicio de los síntomas menor de 6 horas o ictus del despertar o de inicio desconocido (si disponibilidad de TC multimodal, el tiempo se amplía a 8 horas); y ante la duda, activar. La tendencia es a tratar cada vez a más pacientes.

Bibliografía

1. Escudero Martínez I, Pérez Sánchez S, De la Torre Laviana FJ, Gamero García MA, Quesada García MA, Mochiche Álvarez F, et al. Protocolos de neurología vascular. Sevilla: Hospitales

Universitarios Virgen del Rocío y Virgen Macarena; 2016.

2. Aranda Aguilar F, Borja Padilla J, Pérez Toscano S, Lobato Martínez R, Martín Pérez P, Fernández Saldaña A, et al. Ictus. Procesos Neurológicos 061. Campanillas, Málaga: Empresa pública de emergencias sanitarias; 2012. p. 2-13.

Palabras clave: Código Ictus. Activación.