



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

## 242/1197 - ABORDAJE DEL CÓDIGO ICTUS EN ATENCIÓN PRIMARIA: TIEMPO ES CEREBRO

M. Rengel Boada<sup>a</sup>, J. Sabater Pont<sup>a</sup>, M. Jiménez García<sup>b</sup>, A. Salvador Mateo<sup>a</sup>, A. Escribano García<sup>a</sup> y M. Vila Soler<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Singuerlin. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. <sup>b</sup>Enfermera. Centro de Atención Primaria Singuerlin. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 60 años acude a urgencias Atención Primaria (AP) por cefalea súbita de una hora de evolución que se inicia mientras se lavaba la cabeza. Antecedente TBC extrapulmonar que finalizó tratamiento en enero 2017. Sin otros antecedentes relevantes. No hábitos tóxicos. No tratamiento actual.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada a urgencias AP Glasgow 14 (4+4+6), glucemia 150 mg/dL, TA 206/98 mmHg, SaO<sub>2</sub> (FiO<sub>2</sub> 21%) 92%, afebril, bradicardia sinusal 55 lpm. Durante la anamnesis presenta empeoramiento clínico, obnubilación, dificultad para responder órdenes simples y vómitos en escopetazo, Glasgow 10 (2+4+4), anisocoria con midriasis derecha, ptosis palpebral derecha y hemiparesia facioobraquiorcral izquierda, exploración cardiorrespiratoria normal, RANCOM negativo. Ante la sospecha de ictus de probable etiología hemorrágica se activa código ictus para traslado a hospital de tercer nivel en ambulancia medicalizada. Se mantiene vía aérea permeable, se administra oxigenoterapia y se canaliza vía periférica, revaloración neurológica y de constantes vitales. Durante su traslado presenta caída de Glasgow hasta 5 precisando sedoanalgesia e IOT. TC craneal hemorragia parenquimatosa aguda parieto-occipital derecha (62 × 47 × 55 mm) con signos de herniación uncal y subfancial derechas. Evacuación quirúrgica emergente vía craneotomía parietal derecha. Angiografía cerebral completa sin signos o imágenes que sugieran aneurismas, malformaciones u otras lesiones vasculares.

**Juicio clínico:** Hemorragia intracerebral (HIC).

**Diagnóstico diferencial:** Ictus isquémico. Ictus hemorrágico. Meningitis. Encefalitis. Absceso. Neoplasia. Pseudotumor cerebral. Traumatismo craneal. Hidrocefalia.

**Comentario final:** La HIC representa el 10-15% de los ictus y tiene elevada tasa de morbimortalidad. La cefalea aparece como síntoma hasta en un 40% en HIC y un 17% en ictus isquémicos. El ictus es una emergencia neurológica vital, por lo que es prioritario el reconocimiento precoz de sus signos y síntomas para poder ofrecer un tratamiento lo más rápido posible, prevenir complicaciones y mejorar el pronóstico funcional del paciente. El objetivo principal en la asistencia extrahospitalaria es la activación precoz de código ictus, así como el mantenimiento de las funciones cardiorrespiratorias y constantes vitales del paciente a la espera de su traslado.

### Bibliografía

1. Escudero Augusto D, Marqués Álvarez L, Taboada Costa F. Actualización en hemorragia cerebral espontánea. *Med Intensiva*. 2008;32(6):282-95.
2. Ustrell Roig X, Serena Leal J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:753-69.

**Palabras clave:** Hemorragia intracerebral. Código ictus. Cefalea.