



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3134 - EXPLORACIÓN Y SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Giménez Brisarch^a, M.Á. Manzanero Gualda^b y M. García Galán^c

^aCentro de Salud Jávea. ^bMédico de Familia; ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Xàbia. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 76 años que consultó a su médico de Atención Primaria por malestar general y vómitos de dos días de evolución. Se inició tratamiento sintomático, que no fue efectivo. El día siguiente presentaba empeoramiento, somnolencia y cefalea. Ante la mala evolución fue derivada a Urgencias Hospitalarias para ampliación de estudio con prueba de imagen. Como antecedentes personales: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, y fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física en Centro de Salud: regular estado general, normohidratada. Estable hemodinámicamente. Auscultación cardiorespiratoria dentro de la normalidad, abdomen no doloroso. Neurológicamente: Glasgow 15/15, orientada, somnolienta, bradipsiquia, pares craneales conservados, pupilas isocóricas y reactivas, sin nistagmus, no rigidez de nuca, fuerza y sensibilidad conservadas. También se solicitó estudio analítico sin alteraciones significativas. Una vez en el servicio de Urgencias Hospitalarias se realizó TC de cráneo: hematoma subdural bilateral de evolución subaguda con borramiento de las cisternas basales. Se realizó interconsulta a neurocirugía, coincidiendo el neurocirujano con la exploración física del centro de salud, sospecha clínica para la derivación y diagnóstico final. Decidió tratamiento conservador, ingresando el paciente a su cargo para tratamiento y control evolutivo.

Juicio clínico: Hematoma subdural bilateral.

Diagnóstico diferencial: En este caso debe hacerse principalmente con hemorragia subaracnoidea, tumores troncoencefálicos, yatrogenia (fármacos), migraña, e hipertensión intracraneal de origen tumoral, infeccioso (meningitis), vascular (ACV) y traumático.

Comentario final: Desde Atención primaria debe realizarse el seguimiento pacientes con patologías crónicas y agudas, permitiendo detectar cambios que impliquen mala evolución o patología urgente. La anamnesis y exploración física es fundamental para detectar signos de alarma. Ante aparición de clínica neurológica debe hacerse un diagnóstico diferencial inicial que guíe las pruebas diagnósticas necesarias.

Bibliografía

1. Mayer SA. Hemorrhagic cerebrovascular disease. En: Goldman L, Schafer AI, eds.

Goldman's Cecil Medicine, 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2016.

2. Hansen JM, Lipton RB, Dodick DW, Silberstein SD, Saper JR, Aurora SK, et al. Migraine headache is present in the aura phase. *Neurology*. 2012;79:2044-9.
3. Varela-Hernández A, Cerrón-Rojas V, Herrera O, Infante J, García-Calzada J, Casares F, Morciego C.S. Hipertensión endocraneal. *Rev Neurol*. 2002;34:1152-61.

Palabras clave: *Somnolencia. Vómitos. Cefalea subdural.*