



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Clínica cotidiana

Traumatismo secundario a ictus hemorrágico

Laura Núñez Caminero^{a,*}, Marisabel Torres Baietti^b

^aServicio de Hospitalización a Domicilio y Cuidados Paliativos. A Coruña. ^bServicio de Urgencias. Hospital Universitario. A Coruña

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de enero de 2026

Aceptado el 30 de abril de 2026

On-line el 27 de octubre de 2026

Palabras clave:

Ictus

Hipertensión arterial

Traumatismo

R E S U M E N

El accidente cerebrovascular es una de las principales causas de muerte y la principal causa de discapacidad en todo el mundo. Constituye una urgencia médica en la que el tratamiento precoz es clave.

La mayoría de los ictus son isquémicos, mientras que los hemorrágicos se asocian principalmente a hipertensión arterial y malformaciones vasculares, sobre todo en personas mayores.

La exploración física exhaustiva es fundamental para evitar errores diagnósticos y descartar patologías tiempo-dependientes, teniendo en cuenta las limitaciones del entorno asistencial.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Trauma secondary to hemorrhagic stroke

A B S T R A C T

Stroke is a leading cause of death and disability worldwide and constitutes a medical emergency where early treatment is crucial.

Most strokes are ischemic, while hemorrhagic strokes are primarily associated with hypertension and vascular malformations, especially in older adults.

A thorough physical examination is essential to avoid diagnostic errors and rule out time-dependent conditions, considering the limitations of the healthcare setting.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Keywords:

Stroke

High blood pressure

Trauma

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laura.nunez.caminero@outlook.com (L. Núñez Caminero).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.038>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 91 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipemia, en tratamiento habitual con ramipril (5 mg) y atorvastatina (20 mg).

Es atendido de forma urgente tras sufrir una caída desde una altura aproximada de 2 m mientras realizaba labores de poda en una finca. Ha permanecido en decúbito lateral sobre el hemicuerpo derecho durante aproximadamente 3 horas.

En el momento de la valoración inicial, presenta dolor en el miembro inferior derecho y en el hombro derecho, lo que le impide la bipedestación. Niega dolor torácico, palpitaciones, mareo u otra sintomatología previa a la caída.

A la llegada del equipo sanitario, el paciente se encuentra inmovilizado con collarín cervical y en decúbito supino. Presenta presión arterial de 157/95 mmHg, frecuencia cardíaca de 75 lpm y temperatura corporal de 35,5 °C. Se encuentra consciente, orientado y colaborador, normohidratado, normoperfundido y normocoloreado. Está eupneico en reposo. En la auscultación cardiopulmonar no hay hallazgos patológicos. El abdomen está blando y no es doloroso con la palpación. El miembro superior derecho no presenta deformidades ni lesiones cutáneas evidentes, aunque existe imposibilidad para la elevación por dolor. Presenta dolor con la palpación en la región proximal del muslo derecho e imposibilidad para la movilización. En la exploración neurológica se observan pupilas isocóricas y normorreactivas; el resto de la exploración de pares craneales se encuentra limitada. Se objetiva discurso coherente, con habla farfullante, posiblemente producida por el uso del collarín cervical.

Ante la sospecha inicial de fracturas en el miembro superior e inferior derechos, el paciente es trasladado al Servicio de Urgencias del hospital para la realización de pruebas complementarias.

La tomografía axial computarizada cerebral evidencia hallazgos compatibles con ictus hemorrágico en el territorio cerebral izquierdo, de probable etiología hipertensiva. Finalmente, se establece el diagnóstico de traumatismo secundario a ictus hemorrágico de probable origen hipertensivo.

Comentario

El accidente cerebrovascular constituye la tercera causa de muerte y la primera causa de discapacidad en todo el mundo¹. Se trata de una urgencia médica en la que el tratamiento precoz resulta fundamental para minimizar el daño cerebral y reducir la aparición de complicaciones. Aproximadamente, el 85 % de los ictus son de origen isquémico y el 15 % hemorrágicos; en estos últimos, la hipertensión arterial y las malformaciones vasculares cerebrales representan las causas más frecuentes, especialmente en pacientes de edad avanzada^{2,3}.

La realización de una exploración física exhaustiva es esencial para descartar patologías tiempo dependientes y evitar errores diagnósticos, teniendo en cuenta las posibles

limitaciones derivadas del ámbito asistencial y del entorno en el que se desarrolla la actividad profesional.

El presente caso clínico pone de manifiesto la importancia de sospechar el ictus como posible causa subyacente de caídas aparentemente traumáticas, especialmente en pacientes de edad avanzada con factores de riesgo cardiovascular^{2,3}. La ausencia de sintomatología neurológica florida o la coexistencia de lesiones traumáticas puede retrasar el diagnóstico y el inicio del tratamiento específico^{1,2}.

Asimismo, deben tenerse en cuenta las dificultades añadidas derivadas del entorno asistencial en el que se presta la atención sanitaria. En contextos rurales o extrahospitalarios, la disponibilidad limitada de recursos diagnósticos y el mayor tiempo hasta el acceso a pruebas de imagen pueden reducir la identificación precoz del ictus¹. A ello se suman posibles barreras socioculturales y lingüísticas; por ejemplo, cuando el paciente se comunica en un dialecto local muy cerrado, como el gallego en determinadas áreas rurales, lo que puede dificultar la detección de síntomas neurológicos sutiles como la disartria o las alteraciones del lenguaje.

En el ámbito de la atención urgente y extrahospitalaria, resulta fundamental mantener un alto índice de sospecha clínica, realizar una valoración completa del paciente e integrar los hallazgos clínicos, el contexto del suceso y los antecedentes personales². La capacitación del personal sanitario para reconocer estas limitaciones, junto con una anamnesis y exploración neurológica sistemáticas, permite optimizar el abordaje inicial, reducir complicaciones y mejorar el pronóstico funcional del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giménez Serrano S, Piera Fernández M. ¿Qué es el ataque cerebral, ictus cerebral o ACV agudo y cómo podemos prevenirlo? [Internet]. Fistera; 24 mar 2023 [citado 28 dic 2025]. Disponible en: <https://www.fistera.com/ayuda-en-consulta/informacion-para-pacientes/ataque-cerebral-ictus-cerebral-acv-agudo/>.
2. Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, Dowlatshahi D, Francis B, Goldstein JN, et al. Guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2022;53(7):e282-361. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000407>.
3. Unnithan AKA, Das JM. Hemorrhagic stroke. 2025 Dec 13. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559173/>.