Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1110

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1332 - LAS CREENCIAS DEL PACIENTE NO DIAGNOSTICAN, UNA BUENA ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN SÍ

P. de la Fuente Laso[a], J. Lecumberri Muñoz[a], V. García Faza[b], A. Sánchez Calvo[b], M. Álvarez Calleja[c], M. Martino Blanco[c], M.Á. Álvarez García[d], A. de Antonio Pérez[d], L. González Gómez[e] y S. Yebra Delgado[e]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Contrueces. Gijón. [b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Natahoyo. Gijón. [c]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Coto. Gijón. [d]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Llano. Gijón. [e]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Calzada. Gijón.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 35 años que acude a consulta por clínica de vómitos de 4 días de evolución que relaciona con proceso de gastroenteritis en el ámbito familiar. No presenta otra sintomatología acompañante salvo coloración de orina anaranjada y retraso en el inicio de la micción. Es diagnosticado de viriasis gastrointestinal y se pauta tratamiento sintomático. A las 24 horas, el paciente experimenta persistencia de los vómitos, edemas maleolares con ligero aumento de peso, por lo que acude a Urgencias del Hospital de referencia, donde se realizan diversas pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física en el Centro de Salud es anodina, se realizó tira de orina reactiva, objetivándose discreta leucocitosis y hematuria. Es en el Hospital donde, a las 24 horas, el paciente presenta en el examen físico, leves edemas maleolares bilaterales y cifras de tensión arterial de 170/99. En la analítica presenta valores de creatinina de 9,86 mg/dl y de urea de 209 mg/dl. En el sistemático de orina se aprecia hematuria y proteinuria. Se solicita ecografía abdominal que es normal.

Juicio clínico: Insuficiencia renal aguda.

Diagnóstico diferencial: Deshidratación por gastroenteritis, causas de Insuficiencia renal aguda (glomerulonefritis postinfecciosa, autoinmune, por microangiopatía trombótica, etc.).

Comentario final: En atención primaria, ante la presencia de un cuadro a primera vista “típico” y sin aparentes complicaciones, es recomendable valorar todos los detalles de la clínica y de la exploración, estudiar al paciente como un todo concurrente, no como un conjunto de enfermedades sin relación entre sí, y valorar cada dato que éste nos aporta por muy inconexos que resulten. En este caso, la oliguria y hematuria inicial nos marcaban el origen del cuadro urinario, viéndose despistado por la posible viriasis inicial. Actualmente el paciente se encuentra asintomático tras tratamiento con acidoacetilsalicilico, ramipril, amlodipino y prednisona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guías SEN: Actuación en el Fracaso Renal Agudo. FJ Gainza, F Liaño. http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/guia_fra.pdf?check_idfile = 2876

2. Liaño F, Pascual J, Caramelo C, López Farré A, Rodríguez Puyol D. Fracaso renal agudo. En: Hernando Avendaño L, ed. Nefrología clínica. Madrid: Panamericana; 1997. p. 481-526.

3. Gainza FJ. Diagnóstico del fracaso renal agudo. En: Maynar J, Sánchez-Izquierdo JA. Fallo renal agudo y técnicas de reemplazamiento extracorpóreo. Edikamed. Barcelona 2001. pp: 31-41.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.