Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):52

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1423 - BUENOS DÍAS, LE VEO MAL ASPECTO

M.A. Ardura González[a], M.B. García Menéndez[b], M. Prado Fernández[c], C. Campa García[a], M.T. Manzano Llaneza[d], I. García Suárez[e] y F.J. Martínez Rodríguez[f]

[a]Médico de Familia; [b]Enfermera de Familia; [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sama. Langreo. [d]Médico. Centro de Salud Riaño. Asturias. [e]Médico de Urgencias. Centro de Salud La Felguera. Asturias. [f]Médico de Familia. Área Sanitaria I. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 77 años conocido en consulta a seguimiento por HTA, dislipemia y claudicación intermitente. Realiza tratamiento con atorvastatina 20, enalapril 20, omeprazol 20, AAS 100, Pletal. Vive solo, autónomo. Acude a consulta a recetar, y al tratarse de un paciente conocido, se objetiva una dificultad expresiva, motora y bradipsiquia, que no presentaba previamente. Interrogado, refiere malestar general, decaimiento, episodio hace 48h de diarrea y vómitos que actualmente han mejorado. Niega dolor u otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado y colaborador. Lentitud motora y disfasia expresiva. Bradipsiquia. TAS: 60. Cianosis y frialdad distal. Eupneico. SO2: 96%. AC: RsCsAs rápidos. AP: Subcrepitantes en bases. Abdomen blando, depresible, no doloroso. Vias largas conservadas. EEII sin edemas ni signos flebíticos. EKG: ACxFA rápida a 150x´ (no conocida). Se coloca vía venosa para aporte de volumen, y oxigenoterapia. Aviso a SAMU, con por sospecha diagnóstica de ACxFA, bajo gasto, y/o ictus. Se traslada a Hospital de referencia. Analítica con 15.400 leucos. TP. 83%. D-dímero 480. CPK 1.800. Tpl 0. Creatinina 14,6. Urea 307. Eco abdominal: sin hallazgos. Rx: no condensaciones ni signos de fallo. Coprocultivos, hemocultivo y urinocultivos: negativos.

Juicio clínico: El paciente ingresa en UVI con diagnóstico de shock hipovolémico e insuficiencia renal aguda con necrosis tubular. Rabdomiolisis. Gastroenteritis. Tras tratamiento, presenta una mejoría progresiva de su función renal, no llegando a precisar diálisis. Reversión a ritmo sinusal.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca. Sepsis. Diagnóstico diferencial con causas de fallo renal agudo. AIT.

Comentario final: La importancia de éste caso va más allá de la mera clínica, para recalcar el papel que debemos ejercer como conocedores, no sólo de la práctica médica, sino de la faceta familiar y comunitaria, para desde el conocimiento cercano del individuo, podamos entrever datos más allá de los meramente referidos por nuestros pacientes, y que para cualquier otro profesional, podrían pasar desapercibidos.

Bibliografía

1. Tovar JL, Pascual J, Liaño F. Diagnóstico diferencial del fracaso renal agudo. En: Liaño F, Pascual J, eds. Fracaso Renal agudo. Barcelona: Masson S.A., 2000;103-25.
2. Manatsathit S, Dupont HL, Farthing M, et al. Guideline for the management of acute diarrhea in adults. J Gastroenterol Hepatol. 2002;17(Suppl):S54-71.

Palabras clave: *Shock. Hipovolemia. Fracaso renal agudo. Necrosis tubular aguda.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.