Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3234

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3559 - EL ROL DEL MÉDICO DE FAMILIA

R. García Madrid[a], V. Nicolás García[a], C. Saavedra Menchón[b], N. Martín Díaz[c], A. Marco Berná[d] y J. Pérez Fernández[b]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. [b]Médico de Familia. Centro de Salud de Santomera. Murcia. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años que acude a nuestro centro de salud en dos ocasiones con traslado posterior urgente al hospital de referencia con diagnóstico de AIT y fallo renal agudo. Primera visita: Acude al centro de salud por sensación de mareo no rotatorio y dificultad para el habla con sudoración profusa, sin pérdida de consciencia, con crisis presenciada. Segunda visita: Acude para ver resultados de analítica tras el primer episodio; presenta creatinina 5,75 mg/dl, por lo que se vuelve a remitir a hospital. Capítulo final: En el tratamiento encontramos furosemida, espironolactona e hidroclorotiazida que justifican la descompensación renal. Ajustamos tratamiento. Antecedentes personales: HTA, hiperuricemia, insuficiencia mitral (IM) moderada. Dolor centrotorácico anginoso con inversión de T mientras se realizaba eco-transesofágica por IM, en 2016. Antecedentes quirúrgicos: anuloplastia mitral + triple by-pass aortocoronario (03/2017). Tratamiento crónico: acenocumarol 4 mg, aas 100 mg, omeprazol 20 mg, furosemida 40 mg espironolactona 25 mg, bisoprolol 2,5 mg, enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg, colchicina, diclofenaco 50 mg, paracetamol 1 g.

Exploración y pruebas complementarias: 1. Tensión arterial: 170/99, Glucosa: 168 mg/dl, FC: 90 lpm. ECG: ritmo sinusal, q en cara inferior y QT largo. En la exploración: Disartria con parálisis facial central y desviación comisural izquierda. Presenta pérdida de sensibilidad en miembro superior izquierdo. 2: Creatinina 5,75 mg.

Juicio clínico: 1. Ictus. 2. Insuficiencia renal aguda (AINEs y diuréticos).

Diagnóstico diferencial: 1. Migraña con aura, hipoglucemia, Trastorno conversivo, encefalopatía hipertensiva, convulsiones. 2. Ateroembolia, insuficiencia suprarrenal, necrosis túbulo intersticial aguda, insuficiencia cardiaca.

Comentario final: El médico de atención primaria debe tener visión global. En ocasiones actuar con rapidez y en otras con calma revisando el tratamiento prescrito para adecuarlo a la situación del paciente. Así nos encontramos un paciente joven que tras triple by-pass se remite de urgencia hasta en dos ocasiones en un mes con pronóstico grave, encontrándose actualmente sin deterioro respecto a su estado basal previo.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Políticas Exteriores. Guía de práctica clínica para el manejo de ictus 2009. Madrid.
2. Tenorio MT, Galeano C, Rodríguez N, Liaño F. Diagnóstico diferencia de la insuficiencia renal aguda. NefroPlus. 2010;3(2):16-32.

Palabras clave: Ictus. Insuficiencia renal aguda. Atención primaria.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.