



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

## 242/3559 - EL ROL DEL MÉDICO DE FAMILIA

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

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Santomera. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>º</sup> 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 conciencia, 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.