



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/62 - INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS DE LOS AINES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

A. León Medina^a, A. Lombardi^b, P. Geraldo Pérez^c, I. López Fernández^d y Á. Iñiguez Castillo^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva. Centro de Salud Enguera. Departamento Xàtiva-Ontinyent. ^bMédico Adjunto. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de Castellón. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ontinyent. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 82 años que acude por mareo, sensación de disnea y aumento de somnolencia diurna y edemas maleolares. No presenta clínica catarral asociada ni fiebre. Como única novedad inicio de celecoxib por coxalgia. Antecedentes personales: HTA, DM, dislipemia, EA moderada, Cr. 2,7 en análisis rutinario.

Exploración y pruebas complementarias: CTES: SatO2: 94%, TA: 130/59 mmHg. T^a 36 °C, FC: 95 lpm. BEG, consciente y orientado, eupneico y sin focalidad neurológica. ACP: hipoventilación de pulmón derecho con crepitantes en hemitórax izquierdo. Abdomen: distendido y globuloso, sin focos de dolor a la palpación, no se aprecian masas ni megalías, maniobras de descompresión negativas y sin signos de irritación peritoneal evidentes. MMII: edemas maleolares, fóvea +, pulsos presentes y simétricos. Hemograma: leucocitos: $6,70 \times 10^9$, HB: 10,40 g/dl. Granulocitos $5,7 \times 10^9$, plaquetas $144,00 \times 10^9$. Bioquímica: Cr. 5,0 mg/dl, urea 221 mg/dl, potasio 7,0 mEq/L, NTPROBNP 3.620 pg/ml. Gasometría venosa: pH 7,166, HCO3 25,40 mmol/L. ECG: RS a 85 lpm, QRS estrecho, sin signos de isquemia aguda. RX tórax: hemitórax derecho opaco en relación a derrame Pleural y atelectasia pulmonar pasiva subyacente. Hemitórax izquierdo sin alteraciones. Cardiomegalia asociada.

Juicio clínico: Insuficiencia renal crónica agudizada por toma de AINEs. Hipertotassemia. Insuficiencia cardíaca. Derrame pleural derecho.

Diagnóstico diferencial: Edema agudo de pulmón: el paciente presentaba crepitantes a la auscultación, aumento de edemas y disminución de diuresis lo que concuerda con esta entidad. SOH: el aumento de la somnolencia y la sensación de disnea son síntomas habituales de esta entidad, Además el paciente era obeso de años de evolución. TEP: la disnea aunque en ésta entidad hace aparición de manera súbita, el postramiento del paciente por la sintomatología presente y los FRCV, podían hacer sospechar de esta como causa del cuadro, aunque la determinación del dímero D fue normal.

Comentario final: El paciente fue diagnosticado de fallo renal en el contexto de una insuficiencia renal no fisiológica que se descompuso por la administración de celecoxib por coxalgia, que conllevo la aparición de una hipertotassemia moderada. La aparición de los síntomas se relacionaban estrechamente con el inicio de este tratamiento. Se inició tratamiento para la hipertotassemia consiguiéndose normalizar cifras de potasio las horas posteriores. Finalmente el paciente falleció 48 horas después por fallo multiorgánico ocasionando PCR.

Cabe destacar la relevancia de los antecedentes personales antes de prescripción de nuevos medicamentos. Revisar posología indicada de cualquier medicamento antes de ser administrado a un paciente nefrótico. Considerar el beneficio-riesgo provocado por nuevos tratamientos.

Bibliografía

1. Julián Jiménez A, coord. Manual de protocolos y actuación en Urgencias del Complejo Hospitalario Toledo, 2016.
2. Schrier RW. Manual de Nefrología.
3. de Miguel Rivas Jiménez. Manual de Urgencias, 4^a ed. Panamericana, 2016.
4. Pablo Hernández C. Manual de Urgencias Geriátricas, 2004.

Palabras clave: Disnea. Insuficiencia renal. Hipertotassemia. AINEs.