



Clínica cotidiana

Incidente crítico: procedimiento valioso para la práctica clínica diaria

Jorge Luis Orihuela de la Cal*, Arminda Castro Vega

Centro de Salud El Doctoral. Santa Lucía de Tirajana, Las Palmas de Gran Canaria.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de abril de 2021

Aceptado el 31 de octubre de 2023

On-line el 26 de enero de 2024

Palabras clave:

Riesgo cardiovascular

Glomerulopatía

Proteinuria

Keywords:

Cardiovascular risk

Glomerulopathy

Proteinuria

R E S U M E N

Un incidente crítico (IC) constituye una herramienta docente de aprendizaje muy útil, que permite perfeccionar la práctica clínica y contribuye a mejorar la formación de médicos residentes y estudiantes de Medicina.

Presentamos un caso que generó un contratiempo entre los profesionales, ya que no se interpretaron adecuadamente y en tiempo pruebas complementarias indicadas con anterioridad, por lo que necesitó de soluciones inmediatas y acertadas para restablecer su estado de salud.

Mediante la formulación del IC se logra identificar, reflexionar y asimilar las contradicciones y desaciertos. Se enfatiza en la necesidad de evitar la reiteración de situaciones desfavorables similares y reducir sufrimientos innecesarios.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Critical incident: valuable procedure for the daily clinical practice

A B S T R A C T

A critical incident (CI) constitutes a very useful teaching learning tool that allows for the improvement of clinical practice and contributes to improving the training of medical interns and medical students.

A case is presented whose health problem was a setback among the treating professionals since complementary test previously indicated were not properly interpreted and in time, requiring immediate and accurate solutions to restore their health status.

Through the formulation of the CI, it is possible to identify, reflect and assimilate the setbacks and mistakes. Emphasizing the need to avoid the repetition of similar unfavorable situations and reduce unnecessary suffering.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgeorihu1969@gmail.com (J.L. Orihuela de la Cal).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2023.064>

2254-5506 / © 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 36 años de edad, que acude para recoger resultados de analítica recientemente realizada en el centro de salud. Manifiesta preocupación por otros datos anteriores alterados que, en algún momento, habían sido relacionados con “ingestión de batidos proteicos”, algo siempre negado por el paciente. Comenta la presencia de orinas espumosas desde hace varios meses.

Antecedentes personales: fumador 5-10 cigarrillos/día. Niega consumo habitual de alcohol; no toxicomanía ni tampoco ingestión de medicamentos nefrotóxicos; no afecciones crónicas conocidas; intolerancia a metamizol. Antecedentes familiares: padre con quiste renal y hermano con uréter corto.

Durante la exploración física solo se encuentran cifras de presión arterial en grado normal alto (135/85 mmHg); resto sin alteraciones. Índice de masa corporal 22,5 y perímetro abdominal 90 cm.

En la analítica se halló hemograma normal; en la bioquímica es apreciable la elevación de creatinina, urea y ácido úrico, proteinuria y reducción del filtrado glomerular (FG) hasta 41,3 ml/min/1,73 m²; orina de 24 horas: albuminuria (1.839,6 mg/dl).

Cálculo del riesgo cardiovascular (RCV): moderado. Sin embargo, al existir una lesión de órgano diana, hay que tener en cuenta el valor del filtrado glomerular (FG), lo que convierte esta situación en RCV alto (FG 59-30 ml/min/1,73 m²) o muy alto (< 30 ml/min/1,73 m²)^{4,6}.

Se realiza una revisión y comparación con exploraciones efectuadas en años anteriores. Se detectan alteraciones desde 7 años atrás, que definen cambios progresivos (tabla 1), sin que aparentemente se hayan adoptado decisiones adecuadas.

En la ecografía abdominal se observan ambos riñones de tamaño reducido, algo compatible con atrofia bilateral (figura 1).

El electrocardiograma es normal.

Juicio clínico: proteinuria de larga data a filiar y enfermedad renal crónica (ERC) estadio 3.

Causas de proteinuria^{5,6}:

- Funcional: fiebre, insuficiencia cardiaca congestiva.
- Tubular: nefritis tubulointersticial, tubular aguda.
- Rebosamiento: mielodisplasia, leucemia, mieloma múltiple.
- Ortostática: origen desconocido.
- Glomerular: primaria o secundaria a afecciones autoinmunes, tóxicos, fármacos...^{5,6}.

Se inicia abordaje no farmacológico y tratamiento médico nefroprotector. Es conveniente la ingestión adecuada de líquidos, dieta hiposódica y baja en proteína animal y evitar tomar antiinflamatorios no esteroideos. Es primordial el abandono

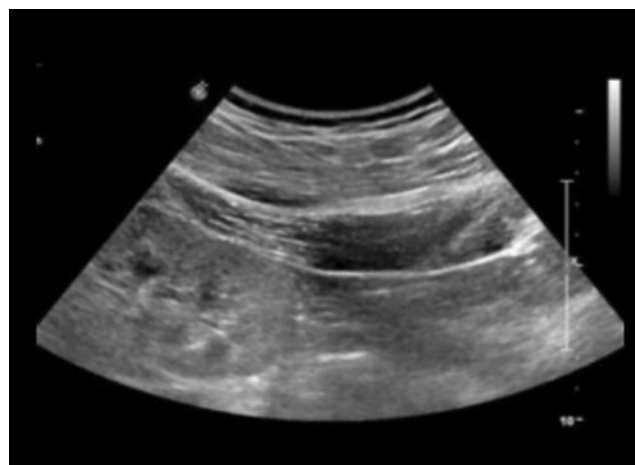


Figura 1 – Atrofia renal.

del consumo tabáquico y para ello se añade terapia sustitutiva de nicotina: chicles de 2 mg más terapia cognitivo-conductual. Se indica enalapril (20 mg/día) y control ambulatorio de la presión arterial. Además, se le cita para nueva valoración al cabo de 1-2 semanas.

El paciente requirió derivación preferente al Servicio de Nefrología, apoyada en la aplicación tecnológica aprobada y de utilidad en atención primaria: NefroConsultor⁷.

Quedó ingresado en el hospital y se ampliaron los estudios: patrón electroforético con proteinuria glomerular, constatado déficit moderado de vitamina D, PTH intacta, marcadores tumorales y autoinmunidad negativos.

Biopsia percutánea renal con resultado confirmado tras estudio histopatológico.

Diagnóstico definitivo: glomeruloesclerosis focal y segmentaria (ERC 3 A).

Se indicó terapia suplementaria con vitamina D. Fue añadida prednisona (40 mg/día). El control de la presión arterial no fue óptimo y necesitó sustitución del medicamento antihipertensivo por irbersartán (150 mg/día). Se le citó al cabo de 8 semanas.

Además, se continúa el seguimiento y control por médico y enfermera de cabecera, incluyendo cuidados del perfil cardio-renal, factores de riesgo cardiovascular y cumplimiento terapéutico^{8,9}. Ha logrado dejar de fumar.

En los últimos análisis persiste la eliminación incrementada de proteína por la orina y reducción del FG (tabla 1).

Tabla 1 – Evolución de resultados de analíticas.

Evolución	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Cr (mg/dl)	1,25	1,37	1,25	1,51	1,63	1,85	1,86
Ur (mg/dl)	57	48	44	46	57	69	70
FG (ml/min/1,73 m ²)	> 60	59,8	> 60	52,8	48,1	41,3	40,8
Pr orina (mg/dl)	50	50	50	200	100	150	200
Ht en orina	1-5	1-5	1-5	1-3	5-10	1-5	5-10
Coc A/C	18	26	462	125	252	339	643

Cr: creatinina (VN 0,67-1,17); Ur: urea (VN 10-50); FG: filtrado glomerular (MRD4 IDMS); Pr: proteínas en orina (VN < 30 mg/dl); Ht: hematíes por campo (VN 0-5); Coc A/C: cociente albúmina/creatinina (VN < 30 mg/g Cr).
Fuente: Historia clínica.

Se ha constatado corticorresistencia y ha precisado la prescripción de terapia biológica con anticuerpo monoclonal (rituximab).

El pronóstico actual es favorable, aunque no puede descuidarse, pues pudiera precisar, en caso de empeorar la funcionalidad renal, diálisis y trasplante renal.

Comentario

Un incidente crítico (IC) es un suceso de la práctica clínica desagradable e inesperado que provoca extrañeza o inquietud por su ausencia de lógica o por generar resultados imprevistos y conlleva una respuesta creativa y con celeridad¹⁻³.

La situación generada, con perjuicio para el enfermo, pudo haberse evitado si se hubieran interpretado adecuadamente y en tiempo los resultados de las pruebas diagnósticas y realizado las comparaciones oportunas que habrían permitido valorar su evolución y adoptar las decisiones adecuadas.

Las escalas más utilizadas para la estimación de episodios y muerte cardiovascular (SCORE y Framingham, respectivamente), así como la evaluación del RCV a 10 años (ACC/AHA 2013), no tienen en cuenta la población con enfermedad renal crónica (ERC), cuya causa más prevalente de fallecimiento, sobre todo en paciente trasplantado, es la cardiovascular^{4,5}.

La reducción del FG en adultos es un factor de riesgo cardiovascular independiente. La proteinuria es predictor de afectación renal, con valor pronóstico; su persistencia incrementa el riesgo de morbilidad cardiovascular⁴⁻⁶.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almendro C, Costa A. Análisis de incidentes críticos: una herramienta para aprender de los errores. *Educ Med.* 2018; 19(1): 60-3.
2. Flanagan JC. The clinical incident technique. *Psychol Bull.* 2016; 51(4): 327-58. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/h0061470>.
3. FritzGerald K, Seale N, Kerins C, McElvaney R. The critical incident technique: a useful Tool for conducting qualitative research. *J Dent Educ.* 2008; 72(3): 299-304.
4. Subiza AK, Odriozola M, Ríos P, Lamadrid V, Mazzuchi N, Gadola L. Riesgo cardiovascular en la enfermedad renal crónica. *Rev Urug Cardiol.* 2016; 31(2): 206-18.
5. Cedeño S, Goicochea M, Torres E, Verdalles Ú, Pérez A, Verde E, et al. Predicción del riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica. *Nefrología.* 2017; 37(3): 293-300.
6. Gil N, Cerain MJ, Subirana I, Rodríguez L, Cunillera O, Meestre J, et al. Riesgo cardiovascular en la disminución leve-moderada de la tasa de filtrado glomerular, diabetes y enfermedad coronaria en un área del sur de Europa. *Rev Esp Cardiol.* 2020; 73(3): 212-8.
7. Oliva Dámaso E, Oliva Dámaso N, Payán López JJ, Rodríguez Pérez JC. Nefroconsultor: desarrollo e implantación de una aplicación móvil dirigida a profesionales médicos para mejorar la atención a pacientes con ERC. Premios Profesor Barea 13ª ed. [Internet]. 2015 [citado 17 Abr 2022]. Disponible en: https://www.fundacionsigno.com/premio_noticia.php?id=20150611121156
8. Langham R, Kalantar K, Bonner A, Balducci A, Hsiao L, Kumaraswani L, et al. Kidney health for all: Bridging the gap in kidney health education and literacy. *Nefrología.* 2022; 42: 113-21.
9. Gaona ML, López JM. Atención al fumador. En: Abanades Herranz JC, Aburrea Ortiz MP, Abouhiais Fernández S, Abreu Galán MA, Admetla Batle J, Aguar Fernández M, et al., eds. *Guía de actuación en Atención Primaria.* Vol II. 4ª ed. Barcelona: semFYC; 2011. p. 567-72.