



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Clínica cotidiana

Abordaje de la proteinuria en atención primaria

Laura Mateos Sánchez

Centro de Salud Garrido Norte. Sisinio de Castro, Salamanca.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de diciembre de 2025

Aceptado el 26 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Proteinuria

Hematuria

Cólico renal

Keywords:

Proteinuria

Hematuria

Renal colic

R E S U M E N

La proteinuria es un hallazgo frecuente en atención primaria que puede representar desde una alteración transitoria y benigna hasta la manifestación inicial de una enfermedad renal significativa. Su detección obliga a confirmar su persistencia, cuantificarla y orientar su etiología mediante una evaluación clínica y analítica adecuada. Se presenta el caso de un varón joven con proteinuria significativa detectada de forma incidental, secundaria a hiperfiltración, en el contexto de litiasis renal y alteraciones metabólicas urinarias. El caso ilustra la importancia del abordaje sistemático de la proteinuria en atención primaria y de la derivación oportuna a Nefrología para completar el estudio etiológico y establecer un seguimiento adecuado.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Approach to proteinuria in Primary Care

A B S T R A C T

Proteinuria is a common finding in Primary Care and may range from a transient benign condition to the initial manifestation of significant kidney disease. Its detection requires confirmation of persistence, quantification, and etiological assessment through appropriate clinical and laboratory evaluation. We present the case of a young male with significant proteinuria incidentally detected, secondary to hyperfiltration, in the context of renal lithiasis and urinary metabolic abnormalities. This case highlights the importance of a systematic approach to proteinuria in Primary Care and timely referral to Nephrology for etiological assessment and appropriate follow-up.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Descripción del caso clínico

Varón de 29 años, sin alergias medicamentosas conocidas, hábitos tóxicos ni antecedentes quirúrgicos. Como antecedentes personales, destaca sospecha de temblor esencial en estudio, episodios autolimitados de cólico renal en la adolescencia y un episodio aislado de hematuria no estudiado. En tratamiento habitual con propranolol 10 mg/24 horas.

Acude a consulta de atención primaria para revisión de resultados de una analítica sanguínea solicitada en el contexto del estudio del temblor. En dicha analítica, se objetiva una función renal con creatinina de 1,16 mg/dl y filtrado glomerular estimado de 85 ml/min/1,73 m², así como elevación de transaminasas y una tirotrópina discretamente elevada. En el sistemático de orina, se detecta proteinuria de 100 mg/dl, con sedimento urinario sin alteraciones relevantes salvo la presencia de escasos cristales de oxalato cálcico dihidratado. La exploración física es normal salvo la presencia de temblor fino de predominio distal, con tensión arterial dentro de la normalidad y sin edemas periféricos.

Ante el hallazgo de proteinuria, se repite la analítica sanguínea y urinaria, ampliando el estudio con bioquímica en orina y recogida de orina de 24 horas. Los resultados confirman la persistencia de la proteinuria, con un cociente albúmina/creatinina elevado y una proteinuria cuantificada de 3,27 g/24 horas, con albúmina sérica normal y función renal conservada. El estudio inmunológico resulta negativo y el proteinograma no muestra alteraciones significativas. La ecografía renal no evidencia hallazgos patológicos.

Ante la confirmación de proteinuria, se realiza interconsulta a Nefrología para completar el estudio etiológico. Tras la valoración especializada, se establece el diagnóstico de proteinuria secundaria a hiperfiltración, con hipercalciuria e hiperuricosuria en estudio, iniciándose tratamiento con medidas dietéticas (dieta baja en calcio y sodio) y diuréticos (hidroclorotiazida/amilorida). En el seguimiento posterior se objetiva litiasis renal derecha de 6 milímetros (diagnóstico por Urología) y persistencia de proteinuria en torno a 2,5 g/24 horas y detección de niveles elevados de urato, calcio y sodio en orina de 24 horas e inmunoglobulina G elevada (1.620 mg/dl), encontrándose el paciente pendiente de nuevos controles analíticos.

Comentario

La proteinuria, definida como la presencia de proteínas en orina, se considera patológica cuando supera los 150 mg/dl.

Su estudio es fundamental para establecer un diagnóstico y tratamiento precoz, y puede tener origen glomerular, tubular o ser secundaria a sobrecarga de proteínas filtradas^{1,2}.

La proteinuria persistente y patológica requiere una evaluación sistemática para identificar la causa subyacente y prevenir daño renal progresivo. Entre las causas más comunes se incluyen glomerulopatías primarias (glomerulonefritis, nefropatía por inmunoglobulina A), enfermedades sistémicas (nefritis lúpica, diabetes mellitus, hipertensión arterial) y procesos de sobrecarga proteica secundaria a hiperfiltración glomerular¹.

El abordaje inicial debe ser integral y puede realizarse en atención primaria, incluyendo historia clínica dirigida, exploración física completa y pruebas básicas de laboratorio y de imagen, como análisis de sangre, sistemático de orina, proteinuria en orina de 24 horas, aclaramiento de creatinina y ecografía renal². La determinación de proteinuria mediante la relación albúmina/creatinina en orina de micción aislada permite una primera aproximación rápida y fiable, que puede guiar la necesidad de derivación a Nefrología².

Es fundamental filiar la proteinuria y diferenciarla de hallazgos transitorios o fisiológicos, que pueden presentarse tras ejercicio intenso, fiebre o estados de deshidratación¹. La identificación precoz de la proteinuria persistente permite instaurar medidas terapéuticas adecuadas, como control de presión arterial, ajuste dietético y fármacos específicos, y programar seguimiento estrecho con el especialista hospitalario².

La derivación a Nefrología está indicada cuando la proteinuria es persistente, elevada o se acompaña de alteraciones en la función renal o hallazgos de laboratorio sugestivos de glomerulopatía. La colaboración entre atención primaria y Nefrología asegura un manejo seguro, oportuno y eficiente del paciente, optimizando recursos y favoreciendo la prevención de complicaciones a largo plazo^{1,2}.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Regunathan-Shenk R, Nobakht E, Cohen SD. Approach to the patient with non-nephrotic proteinuria. *Chronic Renal Disease*. 2020;961-73.
2. Haq K, Patel DM. Urinalysis: interpretation and clinical correlations. *Med Clin*. 2023;107(4):659-79.