



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2127 - ¡MI PADRE ESTÁ MUY DORMIDO!

Y. Sánchez Mejía<sup>a</sup>, C. de Jesús Pérez<sup>b</sup>, E. Muñoz Herrera<sup>c</sup> y M. García Hervás<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mariano Yago. Hospital Virgen del Castillo. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Manlleu. Barcelona. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 89 años con antecedentes de diabetes mellitus tratada con ADO, hipertenso, con prostatismo, fibrilación auricular, e insuficiencia venosa. Nos avisa su hija para valoración del paciente en domicilio, refiriendo que desde hace 15 días está presentando cuadro de hipoglicemia intermitente, diarrea sin productos patológicos y retención aguda de orina, por lo que ha acudido a urgencias los días previos. Comenta la hija que el paciente desde hace tres días ha empeorado presentando temblores, dolor abdominal generalizado, cambios en el hábito intestinal e hipoglucemia más marcada hasta el punto de presentar varios síncope. Debido a las hipoglucemias sus familiares no le dieron los antidiabéticos el día de la consulta, tras la exploración y objetivando tendencia a la somnolencia en el domicilio derivamos al paciente a Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general con tendencia a la somnolencia. Sequedad de mucosas. NRL: normal. AC: rítmico y sin soplos. Resto de exploración normal. Analítica de urgencias: glucosa: 118,00 mg/dl (70-110), urea: 122,00 mg/dl (10-50), creatinina: 1,76, mg/dl (0,50-1,05), prot. C reactiva alta sens: 12,29 (0,0-0,50).

**Orientación diagnóstica:** Insuficiencia renal aguda de origen mixto (prerrenal y obstructiva). Hipoglucemia secundaria a sulfonilureas y fracaso renal. Gastroenteritis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Shock séptico urinario, embolia- trombosis de la arteria renal, glomerulonefritis aguda grave, insuficiencia cardiaca congestiva.

**Comentario final:** La insuficiencia renal aguda prerrenal debe ser sospechada en situaciones de depleción de volumen verdadera (hemorragias, pérdidas gastrointestinales, urinarias o cutáneas excesivas) o, en disminución del volumen circulante eficaz. En los pacientes con apariencia de salud, hay que descartar insulinooma, hipoglucemia facticia por insulina o sulfonilureas, etc. En nuestro caso teníamos un paciente pluripatológico en el que tuvimos que detectar cual era la causa de la somnolencia, llegando a la conclusión de que podría ser por fallo renal y los hipoglucemiantes.

## Bibliografía

1. Hung AM, Siew ED, Wilson OD, et al. Riesgo de hipoglucemia después del alta hospitalaria en

pacientes con diabetes y lesión renal aguda. Revista Cuidado de la diabetes.  
2018;41(3):503-12.

**Palabras clave:** Hipoglucemia. Diabetes mellitus. Epidemiología de la Insuficiencia renal aguda.