CURSO DE RAZONAMIENTO - TALLER DE DISCUSIÓN CLÍNICA PARA RESIDENTES CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA INTERNA (NOVIEMBRE 2026)

Presenta: Hospital Nacional de Clínicas
Discute: Hospital San Juan Bautista

DATOS FILIATORIOS

Sexo: Femenino
Edad: 66 años
Origen: Córdoba, Argentina
Estado civil: Soltera
Ocupación: Fábrica de zapatos
Fecha de Ingreso: 13/06/2026

MOTIVO DE CONSULTA : Hipotensión arterial intradiálisis

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente es derivada a guardia central desde área de hemodiálisis por presentar hipotensión arterial y depresión del sensorio durante la intervención, acompañada de elevación de parámetros inflamatorios en laboratorio. Refiere episodios (2 por día) de diarrea acuosa sin productos patológicos y fiebre de 38°C en su domicilio, cuadro de 72 hs de evolución. Negando otros síntomas asociados.

ANAMNESIS SISTÉMICA

Síntomas generales:
Fatiga e hiporexia de 2 semanas con pérdida de peso de 17kg en el último mes bajo un régimen de homeopatía.

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos: Enfermedad renal crónica con indicación de diálisis desde 2022, inicia primera sesión de diálisis 12/05/26, Obesidad GI (IMC 31.89), Arritmia no filiada, Anemia crónica, Úlcera gástrica, Hernia de hiato GI.
Epidemiológicos: Enfermedad de Chagas (-), Toxoplasmosis (-). Transfusiones (-)
Medicación habitual: Carvedilol 3,125 mg c/12 hs, Furosemida 40 mg c/24 hs , Omeprazol 20 mg/dL /24 hs, Bromazepam 3 mg c/24 hs

Alérgicos: Dipirona (manifestaciones dérmicas).
Inmunizaciones: vacunación completa
Quirúrgicos: Osteosíntesis tibia peroné derecha
Gineco-obstétricos: Niega embarazos. Ciclos menstruales irregulares.
Tóxicos: Ex tabaquista 50 paquetes/año (abandonó hace 26 años). Niega alcohol u otras sustancias.
Heredo-familiares: Madre con HTA, obesidad e infarto agudo de miocardio a los 56 años; Padre con obesidad, fallecido por Infarto agudo de Miocardio a los 70 años.

EXAMEN FÍSICO
Signos vitales: TA 80/60 - FC 95 - FR 18 - T 36 C - SAT 88% AA. HGT 70
Neurológico: Soporosa, comprende y responde órdenes. No foco neurológico ni meningeo.
Cardiovascular: R1 R2 hipofonéticos, no impresiona soplo. No IY. Edemas +. Pulsos periféricos simétricos
Respiratorio: Buena mecánica, MV+, Hipoventilación bibasal, no ruidos sobreagregados.
Abdomen: RHA+, abdomen blando globuloso, no doloroso a la palpación, no defensa, ni reacción peritoneal.
Genitourinario: Puntos renoureterales medios dolorosos. PPRD +, Orina purulenta.
Piel, mucosas y partes blandas: Mucosas semihúmedas, palidez generalizada. Escara sacra grado I, 2 x 2 cm aproximadamente, sin signos de flogosis.

MÉTODOS COMPLEMENTARIOS
ECG: Ritmo sinusal FC 80 lpm, Bajo voltaje, extrasistoles supraventriculares y ventriculares aisladas con alteraciones inespecíficas de la repolarización ventricular
IMAGEN DE TÓRAX: SIN PARTICULARIDADES
LABORATORIO:
Leucocitos 23,10 * 10^9/L
Hemoglobina 7.8 g/dL
Urea 37 mg/dl
Creatinina 2,40 mg/dL
GSA 7,48 / 35 / 89 / 27
PCR 29,6 mg/dL
Lactato 1,9 mmol/L
Potasio 2.4 mmol/L
Fósforo 0,6 mg/dL
Calcio 7,7 mg/dL
Magnesio 1,6 mg/dl
Albúmina 1.5 g/dL

Se solicitó Urocultivo + Hemocultivo + Retrocultivo de catéter YD de hemodiálisis + Coprocultivo
Ingresa a unidad de terapia crítica desde el 13/06 al 20/06 para tratamiento y compensación, con requerimiento de vasopresores. Inician tratamiento empírico con Imipenem + vancomicina ajustado a FG pero el día 18/06 se obtienen resultados con hemocultivos y retrocultivos positivos por E. coli + KPN sensibles a ceftriaxona por lo que se rota esquema antibiótico cumpliendo 7 días. Por mejoría clínica se decide pase a sala de Clínica Médica, donde cursó internación con tendencia a la hipotensión, hipoglucemias y anemia, con requerimiento de soporte nutricional UGRS, reanimación con fluidos, alimentación enteral y parenteral; con complicaciones en los accesos vasculares y con múltiples intercurrencias infecciosas.

Se solicita biopsia renal: informa de las 13 estructuras glomerulares que se observan

- 12 globalmente esclerosadas, con incremento del componente de matriz mesangial.
- A nivel intersticial se aprecia de moderada a severa fibrosis y atrofia tubular.
- Membranas basales glomerulares engrosadas de manera homogénea y difusa, conservan su textura y con algunos plegamientos periféricos de manera focal.
- Se visualizan depósitos de tipo complejos inmunes a dicho nivel.
- Podocitos conservados, con algunas gotas de reabsorción proteica en sus citoplasmas.
- No se identifican inclusiones túbulo-reticulares en citoplasmas de células endoteliales.

Se solicitan metodos complementarios arribandose al diagnostico, se realiza tratamiento oportuno y la paciente es dada de alta.