



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

242/1562 - ¡DOCTOR, ESTOY PEOR DE LA DIFICULTAD RESPIRATORIA!

Y. Sánchez Mejía^a, P. Vidal Navarro^a, C. de Jesús Pérez^a, M. García Hervas^b y E. Muñoz Herrera^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manlleu. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 53 años que acude a consulta por aumento de su disnea basal hasta hacerse de mínimos esfuerzos y ocasionalmente de reposo, de unas 2 semanas de evolución. También ha presentado tos productiva con expectoración de color marronáceo, picos febris (máx. 39,5 °C) y dolor en hemicárdia izquierdo irradiado a tórax posterior, sin cortejo vegetativo. Niega sibilantes, clínica digestiva o síndrome miccional por lo que la derivamos a urgencias. Antecedentes Personales: exfumadora de 15-20 cigarrillos/día desde hace 6 meses. Asma bronquial extrínseco corticodependiente, cardiopatía isquémica (SCASEST tipo IAM inferior), epilepsia, hipercortisolismo iatrogénico (síndrome de Cushing), fibromialgia, lumbalgia y artralgias crónicas. Osteoporosis con aplastamientos vertebrales.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36 °C, TA: 109/68 mmHg, FC: 25 RPM, SatO₂ 92%. Auscultación cardio pulmonar: rítmica, sin soplos ni extratonos. Crepitantes de predominio en hemicárdia izquierdo, roncus dispersos en ambos campos pulmonares. Abdomen: anodino. MMII: no edemas, no signos de trombosis venosa profunda. Exploración neurológica: ligera tendencia a la somnolencia, pero consciente. Analítica de urgencias: Hemograma: hemoglobina y plaquetas normales, leucocitos $20.800 \times 10^3/\text{L}$ (N 90,4%, L 4,4%). Bioquímica: glucosa 184 mg/dl, NT-ProBNP 670, PCR 1,76. Gasometría arterial: pH 7,15, pO₂ 50 mmHg, pCO₂ 67 mmHg. Radiografía de tórax: Sin infiltrados neumónicos.

Juicio clínico: Insuficiencia respiratoria global. Infección respiratoria en paciente con asma bronquial intrínseco reagudizado.

Diagnóstico diferencial: Neumonía adquirida en la comunidad, insuficiencia cardíaca congestiva, síndrome coronario agudo.

Comentario final: La paciente tras ser derivada de nuestra consulta a Urgencias por el trabajo respiratorio que presentaba, ingresó a UCI permaneciendo en mala situación clínica durante las primeras 48 horas precisando intubación orotraqueal, por hipoxemia, importante trabajo respiratorio, inestabilidad hemodinámica y pérdida de conciencia. Mejorando posteriormente por lo que se pasó VMNI, se continuó con antibioterapia (levofloxacino hasta el alta y meropenem (3d), metilprednisolona IV (60 mg) y broncodilatadores.

Bibliografía

1. Burns KE, Meade MO, Premji A, Adhikari NK. Ventilación no invasiva de presión positiva como una estrategia de destete para adultos intubados con insuficiencia respiratoria. The Cochrane Database of

Palabras clave: Hipoxemia. Depresión respiratoria. Fallo respiratorio.