



## 242/4983 - PACIENTE DE 51 AÑOS CON DISNEA INTENSA Y OBNUBILACIÓN

J. Ranchal Soto<sup>a</sup> y E. Sánchez Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. UGC Leganitos. Marbella. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 51 años sin alergias conocidas con antecedentes de: obesidad mórbida, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica moderada, fibrilación auricular permanente, síndrome de apnea y bronquitis crónica grave que precisa oxigenoterapia 12 horas diarias, fumador activo. Diagnosticado de carcinoma microcítico pulmonar (T2N0MO) que recibió tratamiento con quimioterapia (platino-etopósido) y radioterapia posteriormente pendiente de revisión por oncología. En tratamiento con carvedilol, fenofibrato, omeprazol, rosuvastatina, acenocumarol, metformina, olmesartan, doxazosina, broncodilatadores. Independiente para las actividades diarias, su hermana le ayuda en las tareas domésticas. Desde hace 2 días presenta cuadro de tos y expectoración blanquecina con aumento de su disnea basal sin fiebre, por lo que avisan a su médico de familia para valoración domiciliar que a su llegada lo encuentra con tendencia al sueño y cianosis por lo que activa al servicio de urgencias que lo traslada al hospital.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada al box de críticos presenta taquipnea intensa con cianosis distal e hipoventilación generalizada, obnubilación con desorientación temporoespacial, hipotenso con saturación de oxígeno del 40%, por lo que se pauta oxigenoterapia al 100%, aerosoles y medidas de soporte pasando a área de observación. Radiografía de tórax: cardiomegalia con infiltrado en lóbulo inferior y medio derechos con atelectasia importante. Analítica: destaca leucocitosis con desviación a la izquierda y proteína C reactiva 217. Gasometría venosa: acidosis respiratoria. Electrocardiograma: fibrilación auricular a 110 latidos. Antigenuria negativo. Se pauta tratamiento empírico con levofloxacino. El paciente no responde a medidas de soporte y entra en encefalopatía hipercápnica por lo que se ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos precisando intubación orotraqueal y drogas vasoactivas. Se informa a la familia del mal pronóstico siendo exitus.

**Juicio clínico:** Insuficiencia respiratoria crónica descompensada. Coma hipercápnico.

**Diagnóstico diferencial:** Tromboembolismo pulmonar. Neumonía.

**Comentario final:** Ante una clínica respiratoria, en un paciente con antecedentes de patología pulmonar es importante reconocer los signos de alarma que condicionan nuestra actitud terapéutica a seguir.

## **Bibliografía**

1. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. Arch Bronconeumol. 2014;50(Supl.1):1-16.

**Palabras clave:** Carcinoma Pulmonar. Disnea. Bronquitis.