



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/1272 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA MIXTA EN ADULTO

J. Moreno Obregón<sup>1</sup>, L. Moreno Obregón<sup>1</sup>, S. Jiménez Ortega<sup>2</sup> y F. Moreno Obregón<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro Salud Estepa. Sevilla. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Marinaleda. Sevilla.

<sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cartaya. Huelva.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes personales: Fumador activo y exbebedor de alcohol. Hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, dislipemia, cardiopatía isquémica crónica, bloqueo trifascicular, EPOC GOLD II, cirrosis hepática enólica, hipertensión portal. Tratamiento actual con metformina, ácido acetilsalicílico, omeprazol, ramipril, atorvastatina glicopirronio bromuro y indacaterol maleato. Anamnesis: Acudió por disnea y tos seca de 48 horas de evolución con empeoramiento progresivo. Afebril. Negaba palpitaciones o dolor torácico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Mal estado general. Consciente, orientado e inquieto. Taquipneico. Tensión arterial: 140/80 mmHg, frecuencia cardiaca: 93 lpm. Auscultación cardiaca normal y auscultación respiratoria con roncus bilaterales. Varices abdominales. En miembros inferiores edemas con fóvea. Analítica: hemoglobina 9,5 g/dL, hematocrito 29,3%, leucocitos 13,27 mil/mm<sup>3</sup> (62% neutrófilos), plaquetas 183.000 mil/mm<sup>3</sup>, bilirrubina total 2,46 mg/d, troponina: 79 ng/mL. Gasometría venosa: pH 7,19, pCO<sub>2</sub> 56 mmHg. Tratamiento: oxigenoterapia, mórficos y diuréticos. Evolución: se trasladó al hospital con ventilación mecánica no invasiva modo BiPAP. En sala de críticos colocan gafas nasales con caída de la saturación entrando en parada pautó respiratoria. En la monitorización se objetivó taquicardia monomorfa a 150 lpm con QRS ancho y ondas T negativas en aVR, aVL y V1. Se administró amiodarona en perfusión consiguiéndose reversión a ritmo sinusal. En la radiografía de tórax se observaba índice cardiorrespiratorio aumentado de tamaño, redistribución a vértices y cisuritis derecha. En las primeras 24 horas en Observación se constató curva de troponinas, mala tolerancia a VMNI, agitación nocturna y empeoramiento analítico (función renal, hepática y coagulación) junto con oligoanuria, por lo que se trasladó a la Unidad Cuidados Intensivos. Avisaron desde Microbiología por gripe A positiva. Se aisló y se oseltamivir y levofloxacino.

**Orientación diagnóstica:** Fracaso respiratorio agudo. Síndrome coronario agudo. EPOC agudizado.

**Diagnóstico diferencial:** Infección respiratoria.

**Comentario final:** El paciente presentaba una insuficiencia respiratoria mixta: reagudización de EPOC/neumonía por gripe A e infarto agudo de miocardio Killip III. Además de insuficiencia renal aguda y una agudización hepática de origen enólico.

## **Bibliografía**

1. Wedzicha JA, Miravitlles M, Hurst JR, Calverley PM, Albert RK, Anzueto A, et al. Management of COPD exacerbations: An European Respiratory Society/American Thoracic Society (ERS/ATS) guideline. *Eur Respir J.* 2017;49(3):pii.1600791.

**Palabras clave:** Tos. Insuficiencia respiratoria. Neumonía.