
Edema Agudo de Pulmón (EAP)

AUTORES: FREDY ALEXANDER LEON LOPEZ, SOLEDAD ARREGUINE, JUAN BOURBOTTE
1º Cátedra de Medicina Interna. Hospital de Clínicas "José de San Martín" U.B.A.
ASESOR MÉDICO: DR. RICARDO BARCIA.

DEFINICIÓN

Desarrollo rápido de signos y síntomas por acumulación de líquido en el intersticio pulmonar y en los alvéolos, secundaria a la claudicación aguda del ventrículo izquierdo o al incremento agudo del volumen intravascular.

A. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN INICIAL

Considerar diferentes causas (Hipertensión arterial, arritmias, enfermedad valvular, isquemia, hiperhidratación iatrogénica) y **diagnósticos diferenciales** (enfermedades del pericardio, tromboembolismo de pulmón (TEP), neumotórax, asma bronquial, EAP no cardiogénico).

BUSCAR: Arritmias, Problema Mecánico Agudo, Síndrome Coronario Agudo.

B. INICIAR TRATAMIENTO

Oxígeno, Evaluación Clínica Global, Diuréticos, Vasodilatadores, Opiáceos (MORFINA IV 2.5–5 MG).

Si hay hipoxemia persistente → Ventilación mecánica

(no invasiva o intubación orotraqueal)

B1. Tensión arterial sistólica (TAS) >100 (mmHg): Vasodilatadores Diuréticos.
Eventual inotrópico (si hay hipoperfusión).

B2. TAS <100: Considerar hipovolemia. Inotropicos y/o vasopresores. Suspender β -bloqueantes e inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA).

¿BUENA RESPUESTA?

Etapas de estabilización. Tratamiento oral: Furosemida, IECA, bloqueantes, otros.

¿MALA RESPUESTA?

Internación en cuidados intensivos – Derivación a centro especializado.

- Considerar otros inotrópicos o usarlos en combinación.
- Vasopresores (Noradrenalina, dopamina en dosis alta).
- Monitorización hemodinámica (catéter de Swan Ganz).
- Eventual asistencia mecánica respiratoria o circulatoria o ambas.

TRATAMIENTO

DIURÉTICOS:

- **Furosemida:** 0.5-1 mg/kg en bolo. Infusión continua (5-40 mg/H) si se requieren dosis altas (500-1000 mg/día).

VASODILADORES:

- **Nitroglicerina (NTG):** 10-20 µg/min hasta 200 µg/min. Indicada en especial para crisis hipertensiva y para síndrome coronario agudo.
- **Nitroprusiato de sodio:** 0.1-5 µg/kg/min. Potente efecto hipotensor. Indicado en crisis hipertensiva, insuficiencia mitral grave o falta de respuesta a NTG. Precaución en infarto agudo de miocardio (robo coronario).
- **Dinitrato de isosorbide:** 5 mg SL, luego dosis c/20 min hasta 40 mg/día.

INOTRÓPICOS Y VASOACTIVOS:

- **Dopamina:** <2 µg/kg/min = facilita diuresis; 2-7 µg/kg/min = inotrópico +; >7 µg/kg/min = vasopresor.
- **Dobutamina:** 2-20 µg/kg/min. Inotrópico y cronotrópico +.
- **Milrinona:** 0.375-0.75 µg/kg/min.
- **Levosimendan:** 0.05-2 µg/kg/min.
- **Noradrenalina:** 0.2-1 µg/kg/min. Indicado en shock cardiogénico refractario a tratamiento inotrópico y a expansión o en shock séptico.

C. RECOMENDACIONES AL EGRESO

- Asegurar seguimiento ambulatorio.
- Control de peso y régimen dietético eficaz.
- Establecer un régimen diurético estable.
- Titulación de IECA, beta- γ -bloqueantes y toda la medicación antes del alta.

Bibliografía:

- Consejo de Insuficiencia Cardíaca. SAC. Consenso de Insuficiencia Cardíaca Aguda y Avanzada. Rev Argent Cardiol 2010. May-Jun.78,3. 264-81
- Nohria A. y col. Medical Management of Advanced Heart Failure. JAMA, February 6, 2002, Vol 287, No. 5
- Goldman L., y col. Cecil. Tratado de Medicina. Insuficiencia cardíaca. Cap. 57 y 58. 23ª ed. 2009
- Nieminen MS y col. Executive summary of the guidelines on the diagnosis and treatment of acute heart failure. Task Force of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J.2005;26:384-416