

EDEMA AGUDO DE PULMÓN EN EMERGENCIA DE ADULTOS HOSPITAL ROOSEVELT

Dra. Nuria María Chavez¹, Dr. Gustavo SotoMora²

Resumen:

El Edema Agudo de Pulmón (EAP) consiste en la acumulación de líquido en el pulmón, que impide la normal oxigenación de la sangre y ocasiona hipoxia tisular. Constituye una frecuente y dramática urgencia médica.

Métodos: Revisamos los Registros Médicos de los pacientes ingresados con diagnóstico clínico de EAP de la emergencia de adultos del Hospital Roosevelt, en el periodo de 1 de marzo de 2005 al 31 de marzo de 2006. **Resultados:** Encontramos 127 pacientes, el sexo más frecuente fue masculino 53%, la edad más frecuente fue en el rango de 14-23 años; la enfermedad de base más frecuente fue Insuficiencia Renal, seguida de Cardiopatías, siendo el Infarto Agudo del Miocardio el más frecuente. El síntoma más frecuente fue disnea, y el signo más frecuente fue diaforesis. 69% no tenían tratamiento previo a la consulta. (*Rev Guatem Cardiol Vol.24, No 2, 2014, pag: 09-10*)

Palabras Clave: Edema Pulmonar Agudo. Insuficiencia Renal Aguda. Cardiopatías. Infarto Agudo del Miocardio. Disnea. Diaforesis.

Abstract:

Acute Pulmonary Edema (EAP) is the accumulation of fluid in the lungs, which prevents normal oxygenation of the blood and causes tissue hypoxia. It is a frequent and dramatic medical emergency. Methods: We reviewed the medical records of patients admitted with a clinical diagnosis of EAP from adult emergency room of Roosevelt Hospital, from March 1st, 2005 to March 31, 2006. Results: We found 127 patients, 53% were male, age range 14-23 years; Acute Kidney Disease followed by heart diseases, as Acute Myocardial Infarction were the most frequent associated diseases. The most common symptom was dyspnea, and the most frequent sign was sweating. 69% had no previously treated. (*Rev Guatem Cardiol Vol.23, vol 2, 2014, pag:09-10*)

Keywords: Acute Pulmonary Edema. Acute Kidney Disease. Heart Diseases. Acute Myocardial Infarction. Dyspnea. Sweating.

El edema agudo de pulmón se define como: un movimiento de exceso de líquidos hacia el alveolo resultando en una alteración de una o más de las fuerzas de Starling.⁽¹⁾ La distinción entre las causas cardiogénicas y no cardiogénicas no siempre es posible, desde que el síndrome clínico puede representar una combinación de desordenes severos diferentes. El diagnóstico es de suma importancia debido a que el tratamiento varía considerablemente dependiendo de los mecanismos fisiopatológicos desencadenantes.^(2,3)

El edema agudo de pulmón no cardiogénico se conoce como Síndrome de Distress Respiratorio del adulto por sus siglas SDRA. En general se piensa que la incidencia del SDRA ha disminuido debido a la mejor y más rápida detección clínica del síndrome y a la mejoría global en el tratamiento de los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos.^(2,3,5,15,17)

En nuestro país no contamos con datos que nos indiquen la prevalencia de esta patología, igualmente no contamos con datos que nos orienten en cuanto a la causa que lo desencadena más frecuentemente. Con esta investigación intentamos conocer más a fondo las causas que mas producen edema agudo del pulmón en los paciente que acuden a nuestra emergencia con lo cual se

podrá proporcionar a corto plazo un mejor tratamiento.

OBJETIVOS

El objetivo general fue, determinar el perfil epidemiológico y la prevalencia de las diferentes patologías que causan EAP y que consultaron a nuestro hospital

MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, que incluyó a todos los pacientes que acudieron a la emergencia del Hospital Roosevelt durante período de tiempo establecido, con signos y síntomas de edema agudo del pulmón y que cumplieron con los criterios de inclusión, utilizamos una boleta de recolección de datos, que incluía datos generales, descripción de las enfermedades de base, manifestaciones clínicas y el tratamiento, posteriormente a la recolección de datos, Se procedió al análisis por frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS:

Evaluamos 127 pacientes 53% fueron hombres. El rango de edad más afectado fue 14 a 23 años, documentamos 5 pacientes >74 años y la edad media fue 34 años. La insuficiencia renal aguda fue encontrada, en 79% sin embargo debe aclararse muchos pacientes presentaron más de 3 enfermedades asociadas. La Insuficiencia Cardíaca descompensada e

1.- Médico Internista, 2.- Jefe Unidad Cardiología, Hospital Roosevelt



Infarto del miocardio fueron las enfermedades cardiacas más frecuentes, seguidas de Diabetes Mellitus; dentro de las manifestaciones clínicas encontradas la disnea es la mas frecuente en 123 pacientes (96.85%) seguida de diaforesis. La manifestación menos frecuente fue cianosis. Los pacientes que tenían tratamiento actual como tratamiento antihipertensivo, tratamiento hemodialítico o tratamiento para Diabetes Mellitus se documentaron en 58%, 69% no tenían o habían abandonado el mismo.

Enfermedad de Base pacientes con EAP

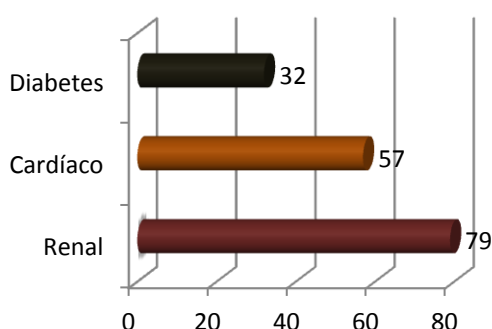


Tabla 1
Distribución por grupos etarios

Grupos Etarios	n(%)
14 – 23	25 (19.68%)
24 – 33	21 (18.54%)
34 – 43	23 (18.11%)
44 – 53	22 (17.32%)
54 – 63	17 (13.39%)
64 – 73	13 (10.24%)
>74	5 (3.93%)

DISCUSIÓN

La enfermedad de base por la que consultan los pacientes con EAP es principalmente Insuficiencia Renal Aguda. El Sexo Masculino fue el mas frecuentemente afectado. Como era de esperarse, por la enfermedad de base que mas frecuentemente ocasiona el EAP, el grupo etario más frecuentemente afectado, fue el de 14-23 años de edad. La mayoría de los pacientes que consultó con Edema Agudo de Pulmón no se encontraba bajo ningún tratamiento. La manifestación clínica con la cual se presentaron a la emergencia fue disnea en un total de 123 pacientes (96.85%), seguida de diaforesis en 68 pacientes (53.54%).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Alvarez Suarez et al .Evaluacion Clinica de la Disnea. Medicina General .2002;47:713-715.
2. Colucci M, No cardiogenic pulmonary edema up to date vol 11 2002.
3. Colucci M, up to date, Cardiogenic edema vol 11, 2002.
4. Chan J, Sanderson J, Chan W, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in diastolic heart failure. Chest 1997; 111 :1488-1493.
5. Debra G. Noncardiogenic Pulmonary Edema. Emergency Medicine Clinics of North America, Mayo 2003 vol 21 (2)256-270.
6. Fraser. et al; Simposio de enfermedades del torax 1996.
7. Fajardo Reyes, Edema Agudo del Pulmon, Clinicas medicas .2003 (2).
8. Fajardo Perez.et al. Edema Agudo del Pulmon. Guías Clinicas 2003;3(3) .
9. Gowda R.et al. Acute Pulmonary edema after Cardioversion of Cardiac arrhythmias. Int J Cardiology 2003 ;92(2-3):271-4.
10. Gabry Andre.Hight Altitude, Pulmonary Edema, Chest,2003;enero,vol123, (1)265-270.
11. Gandhi S; et al, The Pathogenesis of Acute Respiratory Síndrome Asociated with Hipertensión NEJM January 4 2001. vol 344(1): 17-22.
12. Gehlbach Brian et al. The Pulmonary Manifestations of left Heart Failure. Chest Noviembre 2002 (13) 2040-2045.
13. Ghofrani H, Pulmonary Edema; Internist (Berl) 2004 mayo;45 (5) 565-572.
14. Geerts WH, Heit JA, Clagett GP, et al. Prevention of venous thromboembolism. Chest 2001; 119: 132S-175S
15. Kirov,et al. Monitoring of extravascular Lung water in patients with severe sepsis. Anesthesiology reanimatology.2003 Jul-Aug;(4):41-5
16. Lofaso F, Verschueren P, Rande JLD, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in patients on a heart transplant waiting list. Chest 1994; 106:1689-1694
17. Lund Kely. Swimming Induced Pulmonary Edema. Annals of European 2003 february ,vol 41 number 2
18. Martín Greg ;Finding on the portable chest radiograph correlates with fluid. Chest;vol122 number 6 december 2002,
19. Matthay M. Clinical Measurement of Pulmonary Edema.Chest Diciembre 2002 vol 122 (6)2050-2060.
20. Nuckton T. et al Pulmonary dead-space fraction as a risk factor for death in the acute respiratory distress syndrome. NEJM 2002;346: 1281-1286.
21. Rosemberg A. Fluid Management in Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. Resp Care Clinics of North America 2003 Diciembre; 9(4):481-93.
22. Sans Alvarez . Edema Agudo de Pulmon. Revista Medica General .2002.47; 473.
23. Teofilo,et al. Drug induced pulmonar edema and acute respiratory distress Chest Marzo 2003 vol 125 (11) 2034-2040.
24. Va san R. Diastolic Heart Failure BMJ 327:1181-1182.
25. Ware L et al.The acute Resrairatory Distress Syndrome. NEJM 2000;342:1334-1349.
26. Ziliene V.et al,Etiology and Patogénesis of acute Respiratory Failure. Medicina (Kaunas) 2004;40(3):286-94.

