

# EDEMAS DE CAMES D'ORIGEN CARDIAC

## DIAGNÒSTIC I ENFOC TERAPÈUTIC

**Joan Manuel Roca i Catalán**  
**Cardiologia. Hospital Plató**

**20 de Febrer de 2015**

# FISIOPATOLOGIA

Los edemas como manifestación de una insuficiencia cardíaca congestiva son por aumento de la presión hidrostática sobre el territorio venocapilar.

## Motivo de la consulta

*“Disnea de esfuerzo progresiva de días o semanas hasta la DPN y la ortopnea”*

Pueden preceder o acompañar a la aparición de edemas bilaterales que progresan con rapidez (**pocos días**).

El aumento de peso >2 kgs./semana o disminución de peso corporal en pocos días con diuréticos, también es característico.

# Antecedentes

- Cardiopatía isquémica
- HTA
- Miocardiopatías
- Valvulopatías
- Arritmias
- Fármacos

# FÁRMACOS

- La aparición de edema es un efecto secundario **común con los calcio-antagonistas** (amlodipino, nifedipino, nimodipino, verapamil y diltiacem).
- Antidepresivos, incluso inhibidores MAO (como fenelzina y tranilcipromina) y tricíclicos (como nortriptilina, desipramina y amitriptilina).
- Hormonas como el estrógeno (en las pastillas anticonceptivas y la hormonoterapia) y testosterona.
- Esteroides.

# CARACTERÍSTICAS

- Simétricos fríos, cianóticos, blandos, indoloros y bilaterales de predominio vespertino, sin pigmentaciones o úlceras, excepto en casos muy evolucionados y/o plurietiológicos.
- Aparición en zonas declives: Pies y tobillos progresivamente ascendentes que mejoran con el decúbito; porque se redistribuyen hacia zona sacra y cara posterior de los muslos y del tórax (mas evidente en pacientes encamados, por tanto).
- No suele afectar a la cara como en la Insuficiencia Renal Crónica terminal, excepto si existe una Anasarca.

## Signos de **congestión orgánica**:

Edemas en EE II.

RHY (IC Derecha poco importante).

Ingurgitación yugular y “signo de Kussmaul”.

Hepatomegalia.

Dilatación, sin colapso inspiratorio de la vena cava inferior por ecografía.



# Signo de Kussmaul



# Exploración Física Cardiorrespiratoria

- AR: crepitantes basales o semiología de derrame pleural derecho o bilateral.
- AC: bradicardia  $<40/\text{min.}$  o taquicardia regular o irregular  $>100/\text{min.}$   
cadencia de galope o soplos patológicos.

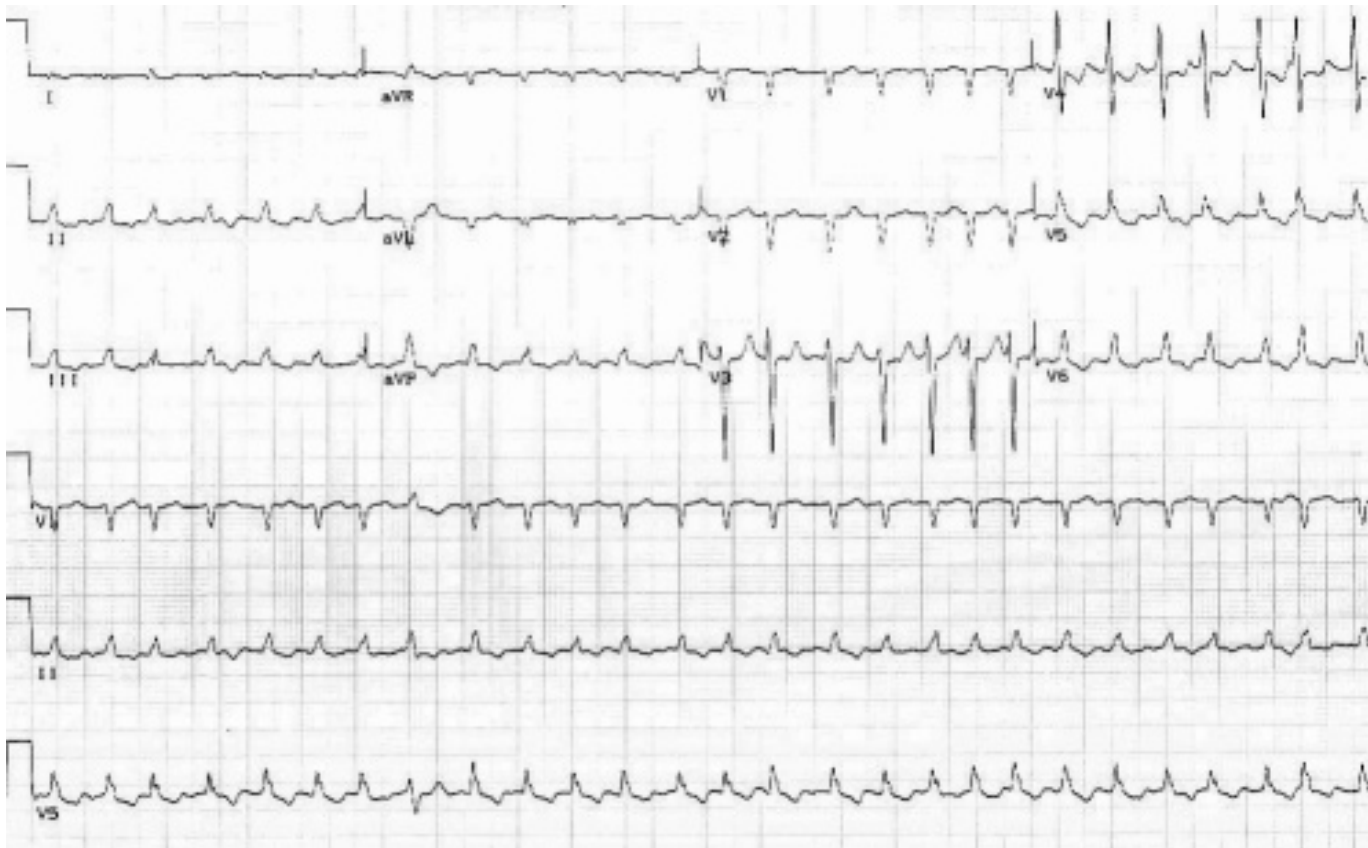
# Exploraciones complementarias

## Recomendaciones Clase I

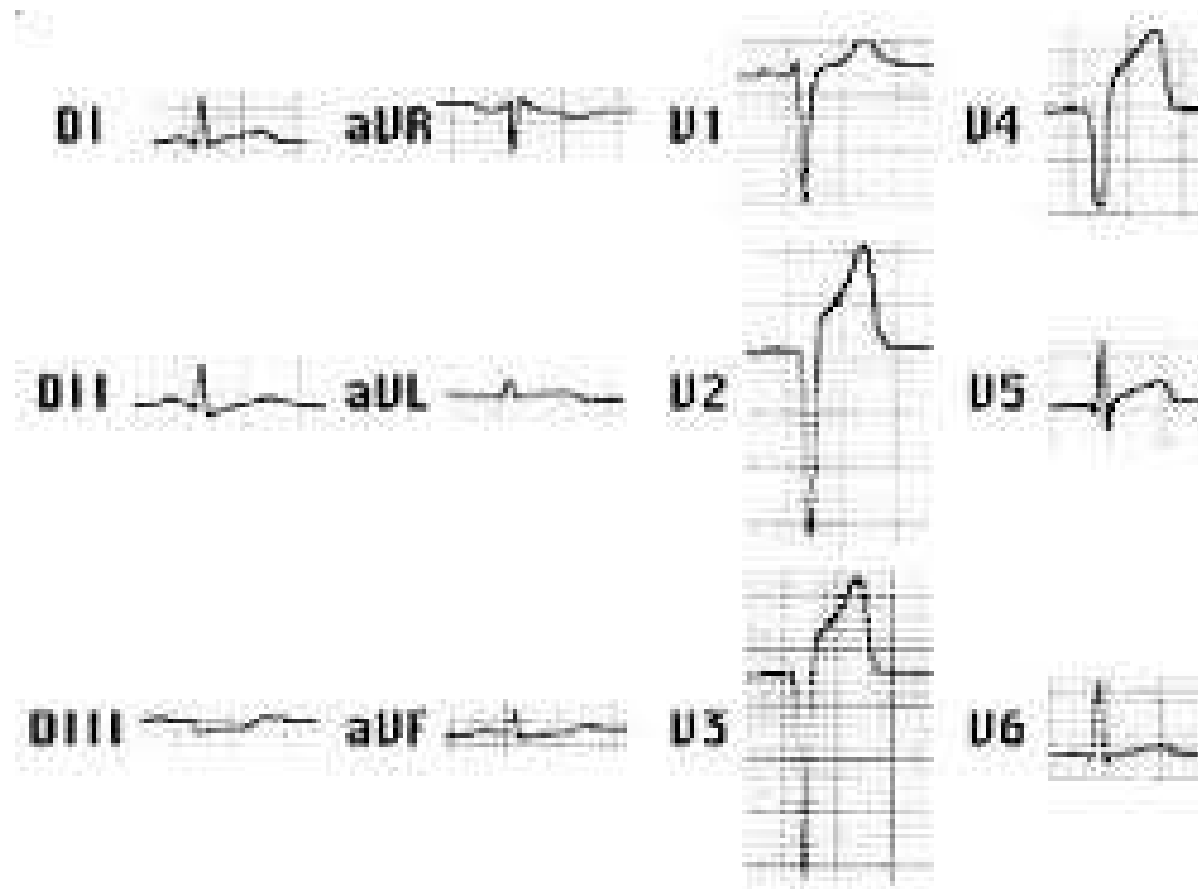
(Se recomienda o está indicado)

- ✓ ECG
- ✓ Ecocardiograma-doppler o **Ecocardioscopia**
- ✓ Analítica de sangre

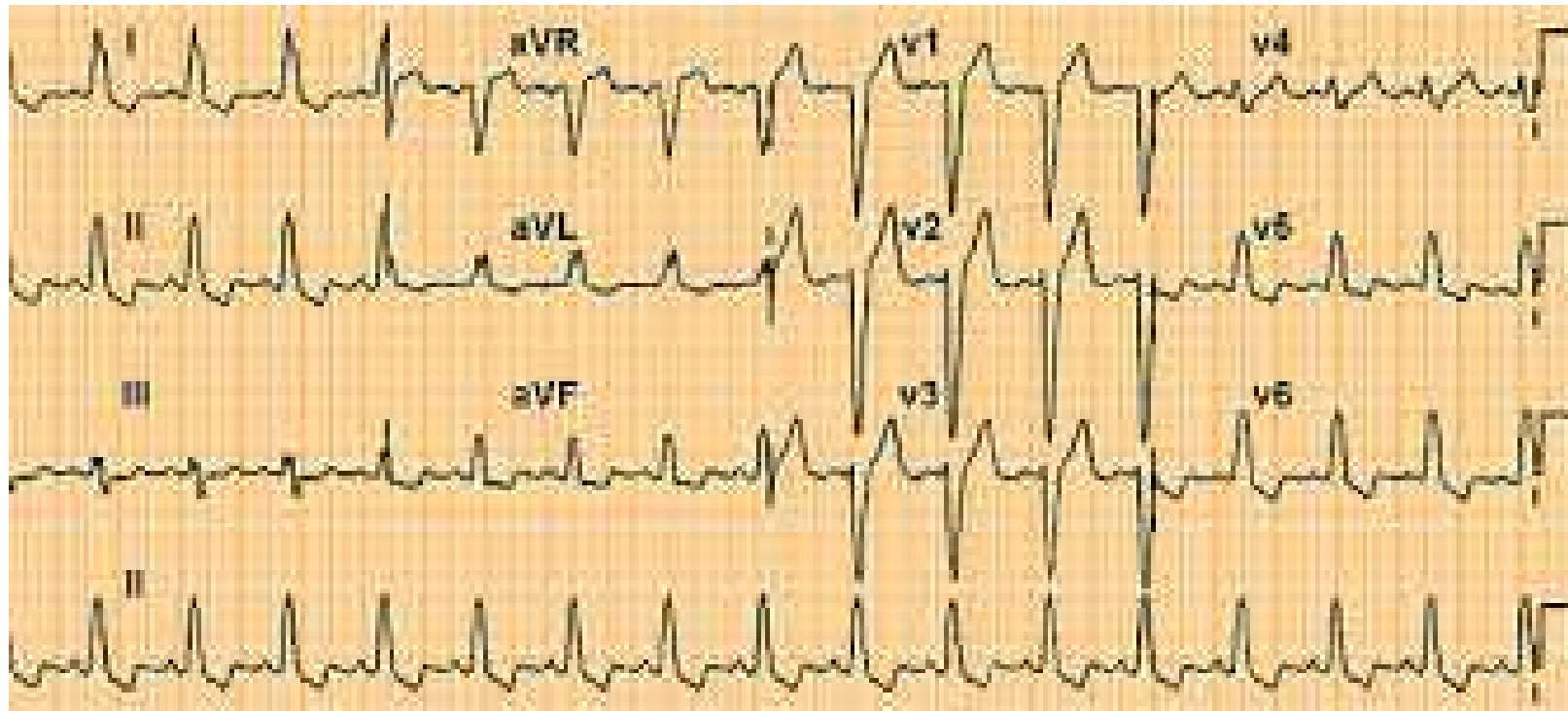
# FA rápida



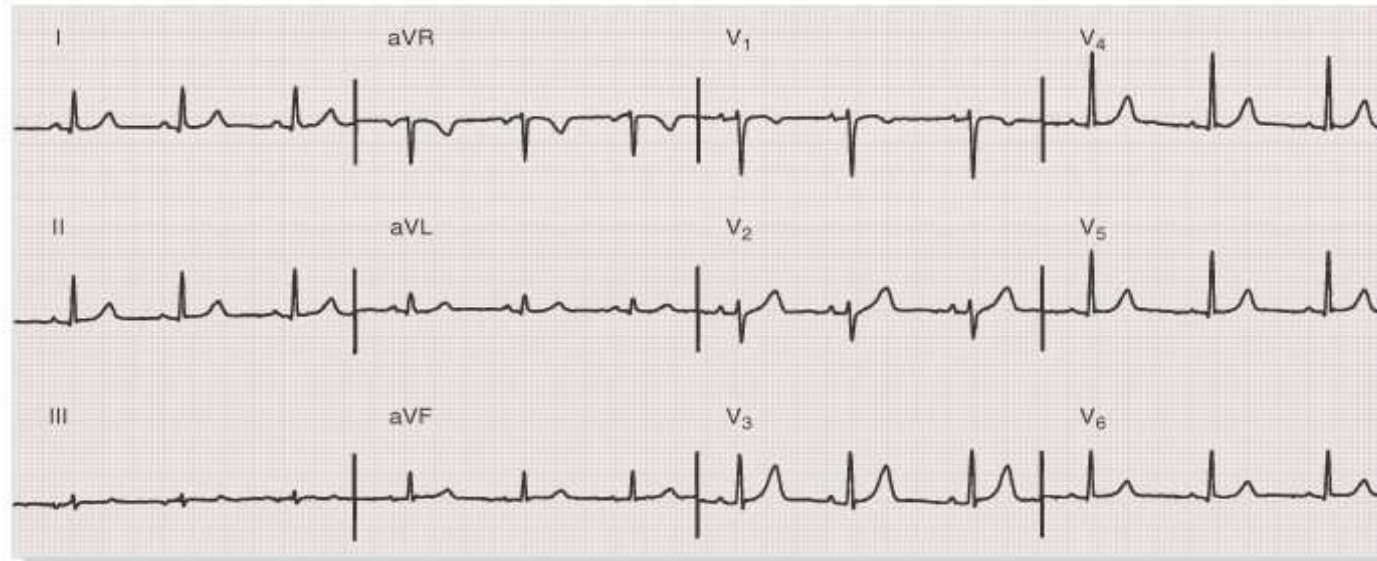
# Necrosis anterior



# BRI y/o crecimiento izquierdo



# ECG



La IC es muy improbable (< 2%) en pacientes con presentación aguda y un ECG completamente normal.

En pacientes con presentación no aguda, un ECG normal tiene un valor predictivo negativo algo menor (probabilidad, 10-14%).

QJM. 1997;90:335-9

Health Technol Assess. 2009;13:1-207, iii.

BMJ. 1996;312:222. Am J Med. 2002;112:437-45.

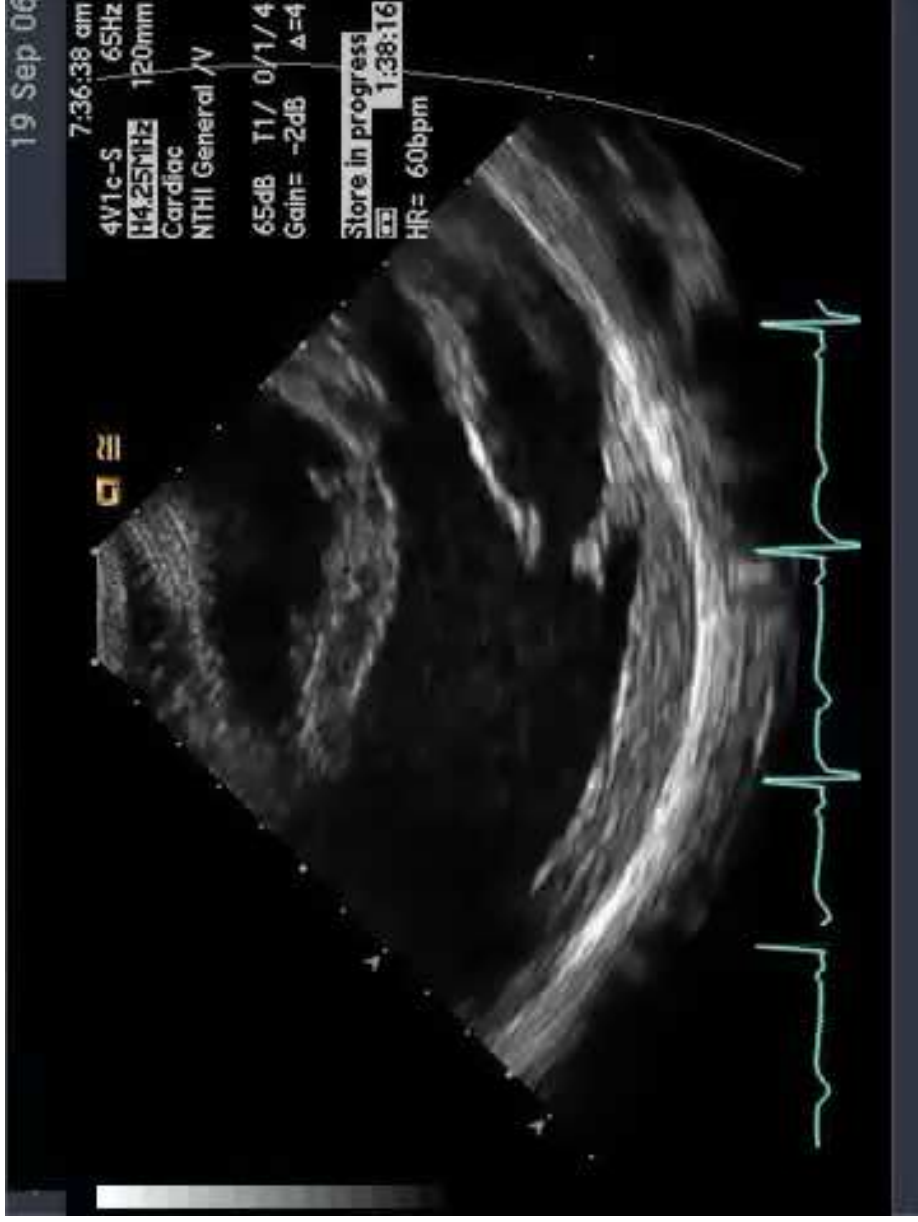
Eur J Heart Fail. 2004;6: 571-6.

Pacing Clin. Electrophysiol. 2011;34:963-7.

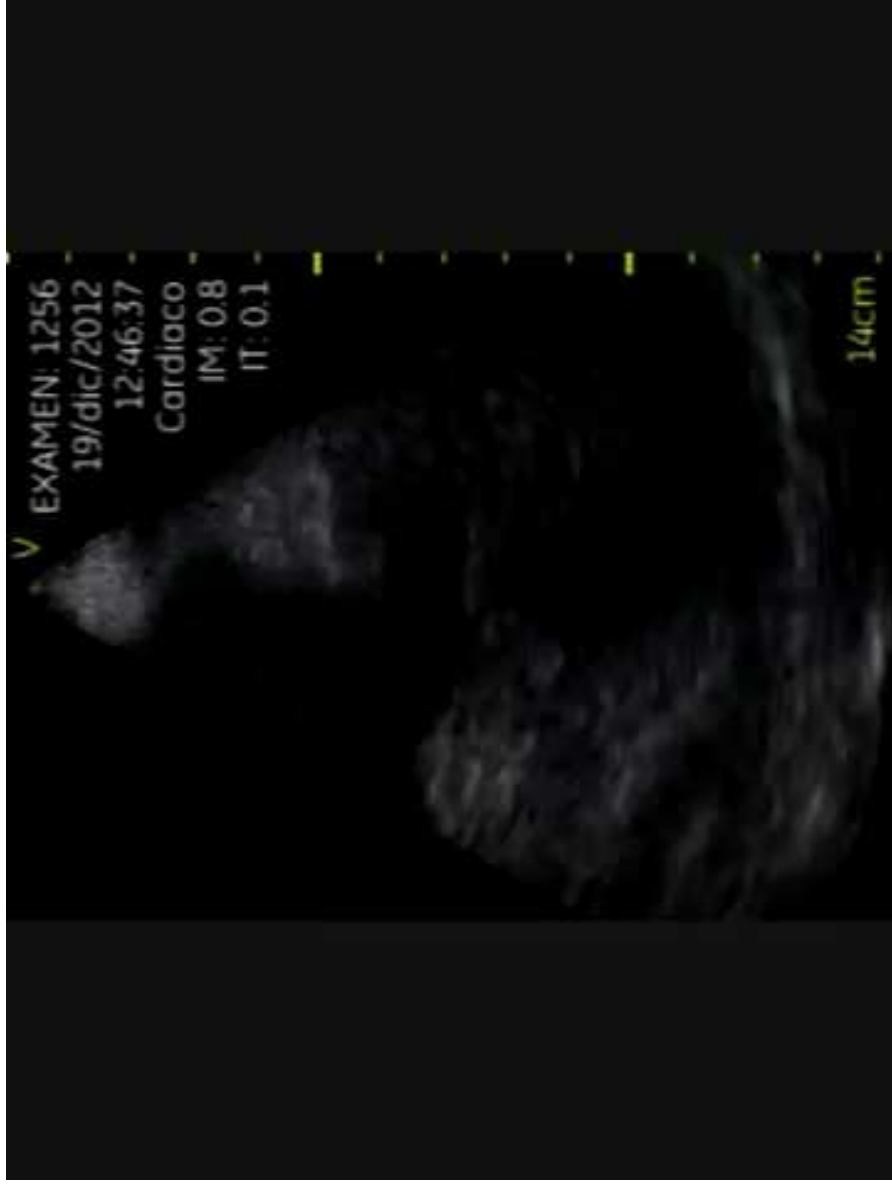
# Ecocardioscopia











# Analítica de sangre

Se recomiendan:

Hemograma completo, Pruebas de coagulación.

F. Renal, sodio, potasio, calcio. Glucemia

Bioquímica hepática, F. Tiroidea

1. Evaluar si el paciente es apto para tratamiento diurético, antagonista del sistema renina-angiotensina-aldosterona y un anticoagulante (y controlar el tratamiento)
2. Detectar causas reversibles/tratables de la IC (p. ej., hipocalcemia, disfunción tiroidea) y comorbilidades (p. ej., déficit de hierro o diabetes)
3. Obtener información pronóstica

# Recomendaciones Clase IIa

(Se debe considerar)

- Péptidos natiuréticos
- RX de tórax

# Péptidos natriuréticos

(BNP, NT-proBNP o MR-proANP)

Su determinación se debe considerar, **si no disponemos de ecocardiografía**, para:

1. Excluir causas de disnea alternativas (si la cifra esta por debajo del punto de corte de exclusión, la IC es muy poco probable)
2. Obtener informacion pronóstica

## RX de tórax

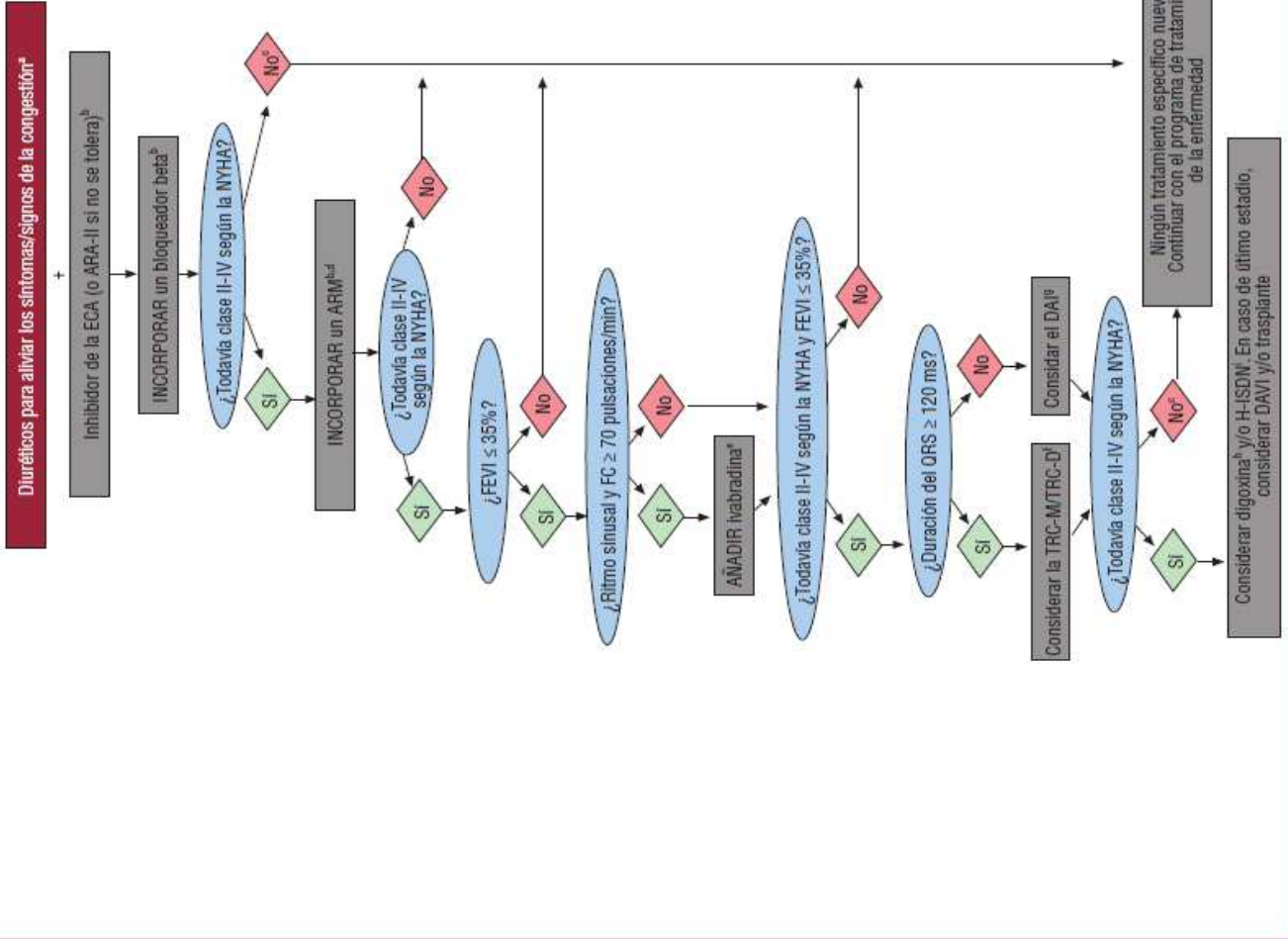
Puede revelar congestión venosa pulmonar, edema intersticial o derrame pleural en un paciente con IC.

Es importante tener en cuenta que puede haber una disfunción sistólica significativa del VI sin cardiomegalia.

Patología pulmonar.

# Enfoque terapéutico

*Artículo especial / Rev Esp Cardiol. 2012;65(10):938.e1-e59*



# Conclusiones

- Las características y los antecedentes en la presentación de los edemas de EE II orientan hacia el origen cardíaco
- Un ECG basal normal tiene un elevado valor predictivo negativo.
- La ecocardiografía-doppler/ecocardioscopia es la exploración más útil para confirmar el diagnóstico y definir la etiología
- La Eplerenona y la Ivabradina han mejorado la morbimortalidad de los pacientes con insuficiencia cardíaca por disfunción sistólica

Gràcies



[www.hospitalplato.com](http://www.hospitalplato.com)







































