



**BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA**  
**DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA**  
**ATENCIÓN PRIMARIA**

## **TAPONAMIENTO CARDÍACO (A PROPÓSITO DE UN CASO)**

### **Introducción**

El taponamiento cardíaco es una emergencia médica vital en la que podemos distinguir las siguientes características:

#### **1.- Etiología:**

a) Traumatismos torácicos cerrados o abiertos: Son la causa más frecuente.

- Accidentes de tráfico.
- Heridas por arma blanca o de fuego.
- Otros traumatismos.

b) Causas médicas:

- Neoplasias infiltrante.
- Disección aortica.
- Rotura cardíaca secundaria a infarto agudo de miocardio.

#### **2.- Diagnóstico clínico:**

a) De sospecha: estará basado en los puntos siguientes.

- Localización anatómica de la lesión penetrante: habrá lesión cardíaca si el paciente presenta clínica de shock, y tiene una herida en el tórax entre la línea medio clavicular derecha y axilar anterior izquierda, por debajo de las clavículas y encima de los rebordes costales.

- Triada de Beck:

- Ingurgitación de las venas yugulares: se produce por un aumento de la presión venosa central.
  - Hipotensión Arterial.
  - Ruidos cardíacos apagados en la auscultación: se produce cuando el derrame es superior a 200 ml.
- Signo de Kussmaul: consiste en un aumento de la distensión de las venas yugulares durante la inspiración.
- Pulso paradójico: se caracteriza por un descenso de la tensión arterial sistólica mayor de 10 mmHg durante la inspiración.
- Disminución del tamaño de los complejos en el ECG.

b) De certeza: Mediante ecocardiografía urgente.

#### **3.- Tratamiento**

El tratamiento tiene el fin de mejorar el gasto cardíaco, y consiste en:

- Administración de líquidos por vía intravenosa para conseguir un aumento de la presión venosa.
- Pericardiocentesis:  
En medio hospitalario se puede hacer de forma guiada por ecocardiografía.

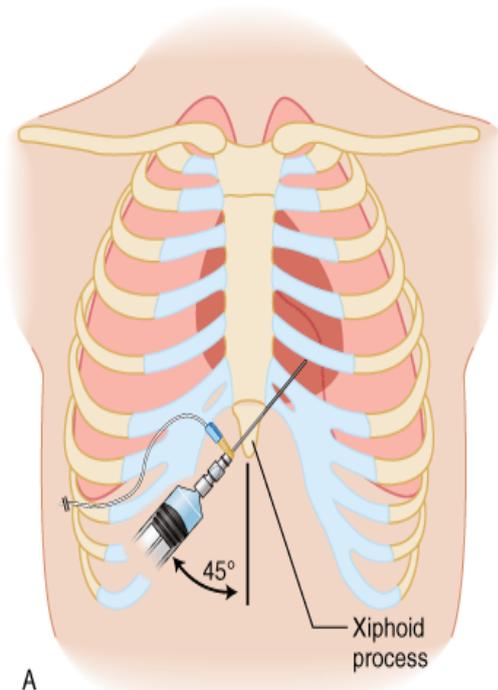
Se realiza con una aguja del número 18, conectada a una llave de tres pasos y a una jeringa de 20 ml. Conectaremos la aguja a la derivación V5 del electrocardiograma y así podremos apreciar una deflexión en el complejo QRS cuando la aguja contacte con el ventrículo derecho.

El lugar de punción será a 2-3 centímetros a la derecha del ángulo de unión de la apófisis xifoides del esternón con el reborde costal izquierdo.

Introduciremos la aguja con un ángulo de 45° en dirección hacia el hombro o escápula izquierdos.

Durante la introducción es necesario que vayamos aspirando con la jeringa de forma constante.

Si la pericardiocentesis es positiva (se evidencia sangre) habrá que realizar una toracotomía / esternotomía urgente en la mayoría de los casos.



A

## Caso Clínico

Nuestro CCU recibe una llamada de la Policía Nacional en la que se nos demanda ayuda sanitaria debido a la presencia de un herido por arma blanca como resultado de una reyerta en vía pública.

Nuestra UME se desplaza con rapidez al lugar del incidente y allí se encuentran con un varón de edad mediana que presenta una herida incisa de 3 cm de longitud, situada 1 cm por debajo de la mamila izquierda.

El herido presenta los siguientes signos y síntomas en la exploración física:

- Frecuencia Cardíaca: 140 lpm.
- Tensión Arterial: 60/40 mmHg.
- Piel pálida y fría.
- Agitación.
- Saturación de oxígeno: 92 %
- Venas yugulares distendidas con aumento de la distensión durante la fase de inspiración del paciente.
- Disminución de la intensidad de los ruidos cardíacos durante la auscultación.
- Amplitud disminuida de los complejos cardíacos en la monitorización electrocardiográfica.

Debido al estado clínico del paciente decidimos tomar las siguientes medidas terapéuticas:

- Limpieza, desinfección y oclusión de la herida con gases estériles.
- Oxigenación con mascarilla al 50 % a 12 litros.
- Se toman dos vías venosas periféricas (en las dos extremidades superiores) y se infunden tres cargas de 300 ml de suero fisiológico con lo que conseguimos elevar la tensión arterial a 95/75 mmHg.
- Sedación del paciente con 7,5 mg de Midazolam intravenoso.
- Analgesia mediante la administración intravenosa de 0,15 mg de Fentanilo.

- Realización de Pericardiocentesis con la que conseguimos evacuar 175 ml de sangre desde la cavidad pericárdica.
- Traslado del paciente al hospital para que se le realice de forma urgente una toracotomía.

### **Conclusión**

- El taponamiento cardíaco es una emergencia vital debido a la acumulación de sangre en la cavidad

pericárdica y que está causado de forma más frecuente por traumatismos torácicos abiertos.

- Se caracteriza clínicamente por la triada de Beck, el signo de Kussmaul y el pulso paradójico.
- El tratamiento no se debe demorar, y consiste en la administración de líquidos por vía intravenosa para mejorar la presión venosa y posteriormente realizar una pericardiocentesis evacuadora.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Reyes Parras JA, Gómez Gómez M. Atención inicial al paciente politraumatizado. En Protocolos clínico-terapéuticos en urgencias extrahospitalarias. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2012. pp. 31-37.
- Fraile Alonso I, Lesaga Llopis J. Traumatismo torácico. En: Julián Jiménez A, coordinador. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Madrid: Nilo Gráficas; 2014. pp. 1201-1208.
- Campbell JE, Stevens JT. Evaluación y manejo inicial del paciente de trauma. En: Basic Trauma Life Support. 2ª Ed. Romero. pp. 31-62.
- Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, et al. Atención inicial al paciente politraumatizado. Ed, Elsevier. pp. 734-746.
- Programa avanzado de apoyo vital en Trauma para médicos. ATLS. Trauma torácico. pp. 107-123.

**AUTOR:**

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

**COORDINADOR:**

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

**Recordatorio:**

*Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia Extrahospitalaria.*



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA  
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.  
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.  
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 687-16-002-X  
Catálogo de publicaciones de la Administración del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>