

URGENCIAS MEDICAS

DR: ALFREDO LÓPEZ

ALUMNO(A): ITZEL VALERIA ESPINOSA SARAUS

MEDICINA HUMANA

8vo SEMESTRE

10-OCTUBRE -2020

TAPONAMIENTO CARDIACO

El taponamiento cardíaco es un síndrome clínico hemodinámico potencialmente mortal, que resulta de la compresión del corazón por la acumulación de líquido en el espacio pericárdico, el cual genera una elevación de la presión intrapericárdica (PIP) que rebasa la presión de las cavidades ventriculares impidiendo su llenado.

Las tres características principales del taponamiento son la elevación de las presiones intracardíacas, la limitación del llenado ventricular y la reducción del gasto cardíaco. Se ha descrito la triada de Beck, caracterizada por hipotensión arterial con presencia de pulso paradójico, ingurgitación yugular por elevación de la presión venosa central con signo de Kussmaul (expansión en vez de colapso de las venas sistémicas en inspiración), y ruidos cardíacos amortiguados. El taponamiento cardíaco representa un continuo, desde un derrame que produce mínimos efectos o hasta un colapso circulatorio. Desde el punto de vista clínico, el punto más crítico se produce cuando un derrame reduce el volumen de las cavidades cardíacas de modo que el gasto cardíaco empieza a disminuir.

CAUSAS

Pericarditis idiopática o infecciosa

Sepsis

Neoplasia (metástasis: mama, pulmón, linfoma, melanoma)

Enfermedades del tejido conectivo

Traumatismo cerrado

Cirugía cardíaca reciente

Diseccción de aorta

Infarto de miocardio (sd. postpericardiotomía, rotura cardíaca)

Tratamiento anticoagulante, trombolítico

Catéteres en cavidades derechas

Insuficiencia renal

Ciclosporina

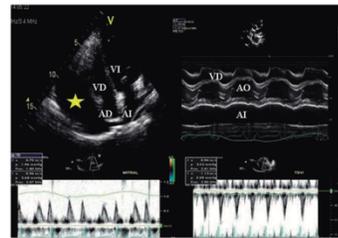
Hipotiroidismo

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La presentación clínica depende del tiempo que dura el líquido o fluido en el pericardio en acumularse. Basado en el tiempo se presentan dos tipos de taponamiento cardíaco agudo y sub agudo. El taponamiento pericárdico agudo, se desarrolla en minutos, puede ser debido al trauma, ruptura del corazón o la aorta, o complicación de un procedimiento diagnóstico o terapéutico. Generalmente se genera un shock cardiogénico, con hipotensión, frialdad distal, cianosis periférica y bajo gasto urinario; que requiere de forma urgente la liberación de la presión pericárdica. Su forma de presentación súbita se puede asociar con dolor torácico, disnea, taquipnea. La forma subaguda de taponamiento se presenta en días a semanas, es una forma más leve y menos dramática. Puede estar asociado con neoplasias, trastorno urémico, o etiología idiopática.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de un taponamiento cardíaco, se realiza basado en los hallazgos del examen físico e historia clínica, como dolor torácico, síncope o presíncope, disnea o taquipnea, hipotensión, taquicardia, edema periférico, presión venosa



yugular elevada y pulso paradójico. Estos signos y síntomas asociados con cambios en ecocardiograma como derrame pericárdico, evidencia de colapso de cámaras cardíacas, variación de flujo, dilatación de vena cava inferior; es consistente y muy sugestivo de taponamiento cardíaco. Sin embargo el diagnóstico definitivo de esta patología se hará cuando se confirme la mejoría hemodinámica y buena respuesta clínica al drenaje de líquido pericárdico.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los diagnósticos diferenciales del taponamiento cardiaco se analizan basado en la cronicidad de los síntomas del paciente. En el taponamiento cardiaco agudo, el paciente presenta por lo general presión venosa yugular elevada e hipotensión; en este caso se deberá distinguir entre infarto agudo del miocardio (sobretudo de ventrículo derecho), trombo embolismo pulmonar, o disección de aorta. En ninguna de estas patologías se presenta con pulso paradójico, lo cual ayudaría a diferenciarla del taponamiento cardiaco.

TRATAMIENTO

ACTITUD TERAPÉUTICA EN URGENCIAS

DRENAJE PERICÁRDICO (a poder ser en una UCC/UCI):
pericardiocentesis con aguja

(apical, subxifoidea), en ocasiones drenaje quirúrgico.

Hasta realizar el drenaje: mantener la TA con volumen e inotrópicos,
corregir la acidosis

metabólica, O₂ y evitar la PEEP en pacientes intubados.

Si hay DEM: maniobras de RCP y drenaje emergente

