



Caso clínico: Taponamiento cardiaco en el Postoperatorio de Cirugía Cardíaca

Carlos-Santos Molina Mazón, Rubén López Muñoz, Cristian Utrilla Tamargo.
Enfermeros. Unidad Postoperatoria Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.
Dirección de contacto: molinamazon@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

El taponamiento cardiaco se define como el incremento en la presión intrapericárdica, con compresión cardíaca secundaria a la acumulación de líquido dentro del espacio pericárdico con un "continuum" en cuanto a graduación de severidad que puede llegar hasta un cuadro de severo bajo gasto cardíaco y muerte.



FISIOPATOLOGÍA:

En el taponamiento como consecuencia del aumento de presión intrapericárdica hay un aumento e igualación de las P diastólicas, con colapso de las cavidades cardíacas y restricción de los flujos de llenado. Como mecanismos compensadores se va a dar una hiperestimulación adrenérgica y del sistema RAAS (renina-angiotensina-aldosterona).

Las manifestaciones clínicas van a darse como consecuencia del bajo gasto cardíaco y aumento de las resistencias vasculares periféricas (RVP).

CLÍNICA:

- **Disnea** inicialmente de esfuerzo y progresiva hasta hacerse de reposo, con Rx de tórax sin datos de insuficiencia cardíaca.
- **Debilidad**, anorexia.
- Obnubilación, inconsciencia, síncope.
- En ocasiones, debut con la complicaciones: insuficiencia renal (oligoanuria); insuficiencia hepática, isquemia mesentérica...

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Triada de Beck: **hipotensión arterial + pulso paradójico + ingurgitación yugular!!**

El **drenaje torácico** es una técnica que pretende drenar y liberar de manera continuada la cavidad pleural de la presencia anómala de aire o líquido excesivo restaurando así, la presión negativa necesaria para una adecuada expansión pulmonar; o bien, permitir el drenaje de la cavidad mediastínica que permita el correcto funcionamiento del corazón en los **postoperados de cirugía cardíaca**.

CONCLUSIONES:

El clampaje de los tubos torácicos debe quedar limitado a: cuando se cambie el equipo, para intentar localizar una fuga aérea, para valorar la retirada del tubo torácico (en caso de neumotórax). **No se deben pinzar en ningún otro caso!!**

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Varón intervenido de anuloplastia valvular mitral y triple *bypass* bajo CEC. Sangrado (400 ml 1.^a hora), a las 2 horas nuevo sangrado (200 ml). Se avisa CCV que sugiere clampar drenajes. A las 12 h. persiste situación de *shock* secundario a taponamiento cardiaco. Se procede a abrir el pericardio y colocar drenajes retroesternales.



PLAN DE CUIDADOS:

Cuidados de drenajes torácicos:

Observar signos y síntomas de neumotórax.

Asegurarse de que todas las conexiones de los tubos están firmemente fijadas. Mantener el recipiente del drenaje por debajo del nivel del pecho.

Proporcionar un tubo lo suficientemente largo como para permitir libertad de movimiento al paciente si procede.

Fijar el tubo firmemente.

Observar periódicamente la salida de los tubos torácicos y las fugas de aire.

Observar si hay burbujas en la cámara de aspiración del sistema de drenaje de los tubos torácicos.

Observar si hay crepitación alrededor de la zona de inserción de los tubos torácicos.

Observar si hay signos de acumulación de líquido intrapleurales.

Observar y registrar el volumen, color y consistencia del drenaje horario.

Observar si hay signos de infección.

Ayudar al paciente a toser, respirar profundamente y girarlo cada 2 h.

Limpiar la zona alrededor del sitio de inserción de los tubos.

Cambiar el apósito alrededor del tubo al realizar la primera cura de la herida quirúrgica (esternotomía), cada vez que esté manchado o cada 24 h.

Asegurarse de que el sistema de aspiración (pleur-evac) se mantiene en una posición vertical.

Cambiar el pleur-evac, cuando sea necesario.



DISCUSIÓN:

El cuidado de los drenajes radica en saber si éstos son permeables, conocer si hay fuga aérea y valorar las características y cantidad del drenaje pleural obtenido.

BIBLIOGRAFÍA:

• Gil Alba L, Carmona Simarro JV, Montañez Aguilera FJ. Cuidados de enfermería del drenaje mediastínico en cirugía extracorpórea. *Enfermería Integral* 2007; 72:3-7.

• Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases. *European Heart Journal* (2004).

• Rufilanchas Sánchez, JJ, Otero E. Riesgo y complicaciones en cirugía cardíaca. Ed. Médica Panamericana SA. Madrid. 2004.

• Sagristà Sauleda J, Almenar L, Ángel J, Bardají A, Bosch X, Guindo J, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología para patología pericárdica. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 394-412.