Rev Clin Esp. 2023;224(Supl 2):S974

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1719 - TAPONAMIENTO CARDIACO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS ECOCARDIOGRÁFICOS

Iratxe Martínez Bermejo, *Aitor Vázquez Barrios, Rafael Daroca Pérez, Alba Gil Arcija, Miriam Díez Sáez, Cristina Gay Gónzalez, Beatriz Dendariena Borque y Germán Daroca Bengoa*

Hospital San Pedro, Logroño, España.

Resumen

Objetivos: Describir las características ecocardiográficas del taponamiento cardiaco en una serie de paciente en un solo centro hospitalario.

Métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo, realizado en un hospital de segundo nivel. Se seleccionaron a partir de los datos de documentación clínica de nuestro hospital los pacientes con el código CIE 10 I31.4 que codifica “taponamiento cardiaco” como diagnóstico, durante los años 2021 y 2022 completos y enero y febrero de 2023. Se recogieron a partir de la historia clínica electrónica datos sobre características ecocardiográficas de los pacientes. Se obtuvo el correspondiente permiso para revisar la base de datos del hospital. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital.

Resultados: Se registraron 25 pacientes con datos ecocardiográficos de taponamiento, de los cuales se descartaron 3 por no presentar clínica de inestabilidad hemodinámica. De los 22 pacientes restantes el 68% eran hombres; la media de edad de fue 71 ± 11,8 años. Todos los pacientes requirieron tratamiento intervencionista, en su mayoría pericardiocentesis. Los ecocardiogramas fueron realizados por un cardiólogo en todos los casos. De las características ecocardiográficas seleccionadas, las más frecuentemente descritas fueron: dilatación fija de la vena cava superior (VCS) 59,09% (n = 13), colapso diastólico precoz del ventrículo derecho (VD) 36,36% (n = 8), y de la aurícula izquierda (AI) 27,27% (n = 6), movimiento septal anómalo 27,27% (n = 6), bamboleo cardíaco 18,18% (n = 4), variación respiratoria del tamaño ventricular y del flujo en el tracto de salida ventricular izquierdo (VI) 9,09% respectivamente (n = 2). En ningún paciente se describió disminución ni aumento del flujo diastólico venoso pulmonar anterógrado. En un 31,82% de los casos no se describe ninguno de los signos mencionados o no se realiza una ecografía. Del total de los pacientes analizados, el diagnóstico de taponamiento se realizó mediante ecocardiografía reglada en un 45,45% (n = 10) de los casos y por ecocardioscopia en el 54,55% (n = 12); de estos, en un 83,33% (n = 10) el diagnóstico se realizó mediante criterios cualitativos o subjetivos ecocardiográficos a criterio del cardiólogo responsable del examen. En el resto de los casos (16,66%; n = 2) se define alguno de los criterios antes mencionados. Los milímetros de espesor del derrame pericárdico se midieron en el 63,63% de los casos (n = 14). La media fue de 26,99 mm, con una mediana de 31,50 mm (10-50 mm).

Conclusiones: En la mitad de los casos de nuestro estudio el diagnóstico de taponamiento cardíaco se realizó mediante ecocardioscopia, utilizándose principalmente criterios cualitativos y la experiencia del ecografista para determinar el diagnóstico; pese a ello, el diagnostico sindrómico fue correcto en todos los casos, indicando por si mismo el tratamiento intervencionista. Destacamos con esto la importancia de las técnicas ecográficas a pie de cama en las decisiones médicas diarias, así como la importancia de la experiencia previa para una correcta tipificación de la patología.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.