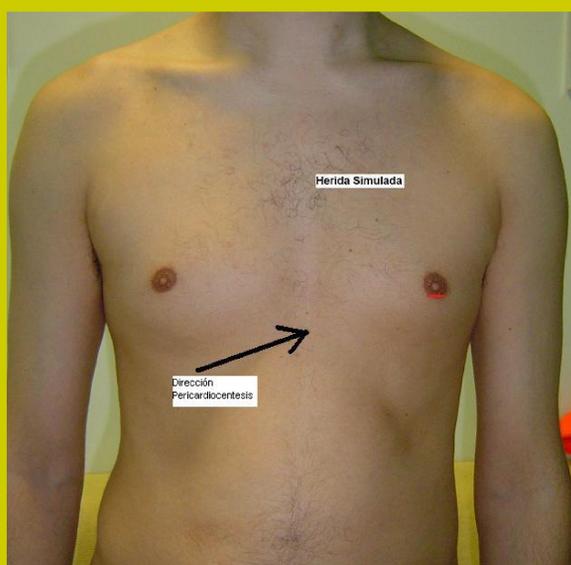


# Pericardiocentesis exitosa en un paciente con herida por arma blanca en hemitórax izquierdo

Autores: Rodríguez Martín LJ; Estacio Migallón C; Yébenes Zapata C; Blanco Ochoa J; Pino Jiménez M.  
Subdirección General SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid

**Introducción:** Las heridas por arma blanca que comprometen el hemitórax izquierdo tienen alta probabilidad de afectar alguna cámara cardiaca con el riesgo de taponamiento pericárdico que ello conlleva. Hasta un 50% de las pericardiocentesis bien ejecutadas pueden resultar negativas, momento en el que estaría indicada la toracotomía.

**Objetivo:** Presentar un caso de taponamiento pericárdico que produjo una parada cardio-respiratoria (PCR) atendido por una unidad de soporte vital avanzado (USVA) del SAMUR P.C. de Madrid, cuya evacuación exitosa produjo el ingreso hospitalario con vida tras una PCR de menos de 19 minutos.



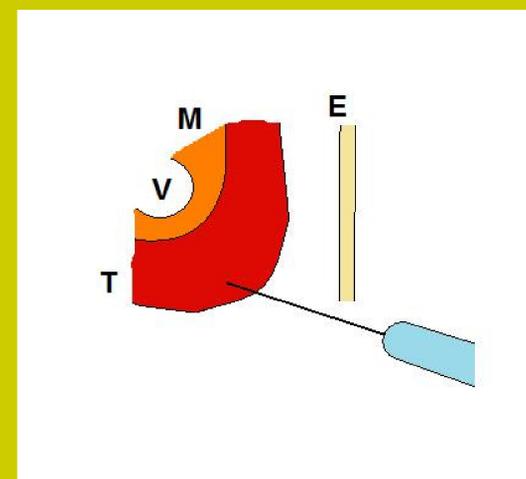
**Descripción del Caso:** A las 19:28:13 se comunica al 112 la agresión de un varón de 17 años con una posible herida por arma blanca en tórax. A las 19:29:37 llega el aviso a la unidad de soporte vital avanzado, y un segundo mas tarde se pone en activación (el equipo estaba dentro de la USVA).

A las 19:33, cinco minutos después del aviso, la ambulancia llega hasta el paciente, que se encuentra inconsciente pero con pulso radial (80 de Tensión Arterial Sistólica), 15 respiraciones por minuto y 70 latidos por minuto. Presenta una herida por arma blanca de 1,5-2 cm de anchura y profundidad desconocida en aproximadamente 4º espacio intercostal (en areola mamaria izquierda). Al poco, el paciente entra en actividad eléctrica sin pulso (AESP), iniciándose medidas de soporte vital avanzado.

El paciente presenta ingurgitación yugular bilateral y ritmo de AESP por lo que se procede a efectuar una pericardiocentesis con catéter largo montado sobre aguja (14G) unido a llave de tres pasos y jeringa. La técnica se ejecuta con control electrocardiográfico.

Se efectúan dos extracciones de 10 y 5 cc de sangre consiguiéndose pulso espontáneo a 110 latidos/minuto (taquicardia sinusal) a los 19 minutos de soporte vital avanzado, tras lo cual se inicia traslado (19:52), llegando cuatro minutos después al hospital (19:56).

Durante el traslado, el paciente comienza a luchar contra el tubo orotraqueal por lo que tiene que ser sedo-analgesiado y relajado, llegando al hospital sin ningún tipo de apoyo inotrópico y con frecuencia de respirador, 110 latidos por minuto, tensión arterial de 130-70 mm de Hg y saturación de Oxígeno del 99% (FiO<sub>2</sub> de 1).



Posteriormente en puerta de quirófano el paciente vuelve a sufrir otra PCR con signos de taponamiento, efectuándose una toracotomía en la que se objetiva que la herida interesa al tronco coronario izquierdo, y ante la gravedad de la misma se decide no reanimar.

**Conclusiones:** No obstante la mala evolución del caso, éste nos sirve para concluir que la pericardiocentesis es una técnica rápida y sencilla que cuando tiene éxito produce resultados que pueden ser muy positivos para la supervivencia del paciente y que es factible de ejecutar en el medio extrahospitalario.