

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
ESCUELA DE MEDICINA**

“TRAUMA DE TORAX”

**MATERIA:
CLINICA QUIRURGICA**

**DOCENTE:
DR. FARRERA VALDIVIESO JHOVANNY EFRAIN**

**ALUMNO
ALAN DE JESÚS MORALES DOMINGUEZ**

5° “A”

OCTUBRE/2020

- **DEFINICIÓN**

La presencia de ansiedad, inquietud, desorientación, polipnea, disnea, estridores y estertores revela en gran medida compromiso respiratorio, cuya causa se establecerá al investigar los posibles orígenes. Esto significa analizar primero el tránsito aéreo por la vía respiratoria (se escuchará el movimiento de aire a través de nariz y boca, y se evaluará la bucofaringe en busca de obstrucción por cuerpos extraños), así como alteraciones de la mecánica en la caja torácica (retracción muscular intercostal, tiros supraclaviculares, subcostales, etc.) que pudieran comprometerla, como dolor por fracturas costales.

- **VALORACIÓN PRIMARIA DEL TRAUMA DE TÓRAX EN BUSCA DE LESIONES QUE AMENAZAN LA VIDA**

A continuación se mencionan y se describen las lesiones consecutivas al trauma de tórax que ponen en riesgo inminente la vida del paciente y que deben atenderse con extrema urgencia; se sigue la misma secuencia AVC relativa a Aire, Ventilación y Circulación.

- A
 - Obstrucción de vía respiratoria o rotura traqueobronquial
- V
 - Neumotórax a tensión
 - Neumotórax abierto o herida aspirante de tórax
 - Tórax inestable
 - Contusión pulmonar
- C
 - Hemotórax masivo
 - Contusión cardíaca
 - Taponamiento cardíaco
 - Desgarro aórtico traumático

TIPOS DE Tx DE TORAX	MANEJO INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
<u>Obstrucción de la Vía Respiratoria</u>	Se restablecerá de inmediato la funcionalidad de esta vía, sea por intubación endotraqueal o por las técnicas de cricotiroidotomía por punción o quirúrgica
<u>Rotura traqueobronquial</u>	Manifiestado por estridor, respiración ruidosa, enfisema subcutáneo, crepitación palpable en la fractura, hemoptisis procedente de la fractura y neumomediastino o neumotórax por escape aerio en la lesionado. No es común y se halla en 2 a 3% de los casos de trauma de tórax grave, pero representa un riesgo vital
<u>Neumotorax a Tensión</u>	Es de las más frecuentes y graves lesiones que se observan en el trauma de tórax y se debe a la producción de un mecanismo de válvula unidireccional que permite la entrada de aire hacia el espacio pleural, sea proveniente de la pared costal (herida penetrante) o pulmonar (como en la rotura de una bula enfisematosa o por barotrauma en casos de ventilación mecánica imprudente), pero sin permitir la salida.

<u>Neumotorax abierto</u>	También llamado herida aspirante de tórax, consiste en una solución de continuidad en la pared del tórax lo suficientemente amplia (se calcula en un diámetro aproximado equivalente a 66% del de la tráquea) y que permanece abierta, es decir, sin que haya aproximación de los bordes de la herida
<u>Tórax Inestable</u>	Se produce en caso de fracturas multicostales, que arrojan como consecuencia pérdida de la rigidez parietal y aparición de la respiración paradójica, es decir, un grave trastorno de la mecánica ventilatoria con movimiento asimétrico e incoordinado del tórax que introduce poco aire hacia el parénquima pulmonar para la oxigenación sanguínea, que de este modo se vuelve deficiente.
<u>Contusión Pulmonar</u>	Prácticamente todo paciente con trauma de tórax cursa en mayor o menor grado con contusión pulmonar, en la cual el parénquima pulmonar afectado resulta incapaz de realizar la hematosis, lo que provoca hipoxemia e hipoxia tisular que son directamente proporcionales a la extensión del área pulmonar contusa
<u>Hemotorax Masivo</u>	La mayor parte de los casos de hemotórax (80 a 85%) se resuelve con la inserción de una sonda de pleurostomía a nivel del quinto o sexto espacio intercostal en la intersección con la línea axilar media. Sin embargo, existen casos de hemotórax masivo en que se acumulan más de 1 500 ml de sangre en la cavidad pleural, que al momento de colocar el sello de agua y medirlo invalidan el procedimiento; en estos casos, se indica urgentemente la necesidad de explorar mediante toracotomía con objeto de encontrar la fuente de la hemorragia para realizar la hemostasia.
<u>Tamponade Cardíaco</u>	Es uno de los trastornos que pone en peligro inminente la vida del paciente, por lo que es necesario efectuar con urgencia una pericardiocentesis. La acumulación de sangre en el espacio pericárdico no alcanza por fuerza un gran volumen y hay casos en que bastan 20 ml para limitar por compresión la actividad diastólica y sistólica.
<u>Desgarro Aórtico Traumático</u>	Esta lesión ocurre con frecuencia en pacientes que sufren caída de gran altura o en los golpes de la cara anterior del tórax contra el volante del automóvil en choque de frente. Muchas veces ocasiona la muerte inmediata y sólo cuando la lesión se encuentra cerca del ligamento arterioso hay posibilidades de recuperación.
<u>Desgarro del Diafragma</u>	Por lo general ocurre como consecuencia de un impacto abdominal (50% de los casos), como el que se produce en el conductor de un vehículo al golpear contra el volante al sufrir una desaceleración, pero también puede originarse por efecto de un golpe más distante, incluso a nivel del hipogastrio.
<u>Desgarro Esofágico</u>	Son raros pero muy graves o letales cuando pasan inadvertidos por la mediastinitis que ocasionan. Por lo general se producen en el esófago torácico y comúnmente a causa de heridas penetrantes.
<u>Lesiones parietales (fracturas costales y de la escápula)</u>	Las fracturas costales son frecuentes y no es raro que sean de importancia, tanto por la sintomatología que ocasionan (dolor fundamentalmente) como por la alteración de la dinámica ventilatoria, que puede afectarse al grado de provocar hipoxia, que se agrava por la retención de secreciones traqueobronquiales, causando atelectasia e incluso neumonía y abscesos pulmonares.

BIBLIOGRAFIAS:

1. Martínez Dubois, S., & Valdés González Salas, R. Quinta edición (2013). Quinta Cirugía: bases del conocimiento quirúrgico y apoyo en trauma.
2. Enseñanza De La Técnica Quirúrgica Sobre La Base De Evidencias - Profesor Titular de Cirugía, Cátedra de Técnica Quirúrgica. Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela
URL. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692005000100004&script=sci_arttext. fecha de acceso 09/11/2011 [[Links](#)]
3. Educación Médica. Torres R.A., Orban R. D., Serra E. Emilio, Marécos María C. Argentina. 2003. URL. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132003000500007 fecha de acceso 09/11/2011

