

TRAUMA DE TORAX

Universidad del Sureste

Medicina Humana

Dr. Jhovanny Efraín Farrera Valdivieso

PRESENTA:

Karen Paola Morales Morales

GRUPO, SEMESTRE y MODALIDAD:

5to semestre y grupo B, Clínica Quirúrgica.

Comitán de Domínguez, Chiapas

Fecha: 26/10/2020

TRAUMA DE TÓRAX

TRAUMA

Es una entidad patológica eminentemente quirúrgica y es imperioso conocer esas normas y procedimientos que permitan la aplicación de las medidas urgentes que restablezcan o mantengan las funciones vitales del enfermo.

El traumatismo de tórax es una lesión de gravedad que en muchos casos causa discapacidad o incluso la muerte. De hecho es, entre los diferentes traumas físicos, la principal causa de mortalidad tras los traumas a la cabeza y lesiones de la médula espinal.

Las lesiones torácicas se presentan posterior a mecanismos contusos o penetrantes y son la causa primaria o factor contribuyente en más del 75% de las muertes por trauma.

La presencia de:

- ✚ Ansiedad
- ✚ Inquietud
- ✚ Desorientación
- ✚ Polipnea
- ✚ Disnea
- ✚ Estridores y estertores

Revela

Compromiso respiratorio, cuya causa se establecerá al investigar los posibles orígenes

Se debe de realizar la exploración precisa y cuidadosa del tórax mediante:

- ✚ Exposición
- ✚ Auscultación
- ✚ Palpación
- ✚ Percusión

Tipos de trauma de tórax

Tipo de trauma	Concepto
Obstrucción de la vía respiratoria	Se produce cuando las vías respiratorias altas se estrechan o bloquean, dificultando la respiración. Las zonas de las vías respiratorias superiores que pueden resultar afectadas son la tráquea, la laringe o faringe. Se restablecerá de inmediato la funcionalidad de esta vía, sea por intubación endotraqueal o por las técnicas de cricotiroidotomía por punción o quirúrgica
Rotura traqueobronquial	Se manifiesta por estridor, respiración ruidosa, enfisema subcutáneo, crepitación palpable en el lugar de la fractura, hemoptisis procedente de la zona de fractura y neumomediastino o neumotórax por escape del aire en el sitio lesionado.
Neumotórax a tensión	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 (por una herida penetrante) o del mismo pulmón (como en la rotura de una bula enfisematosa o por barotrauma en casos de ventilación mecánica imprudente), pero sin permitir la salida.
Neumotórax abierto	Consiste en una solución de continuidad en la pared del tórax lo suficientemente amplia y que permanece abierta, sin que haya aproximación de los bordes de la herida. En estas condiciones aspira aire de manera permanente con cada movimiento respiratorio, pues en la zona de lesión existe menos resistencia para el paso del aire. Esto causa una marcada alteración de la dinámica ventilatoria.
Tórax inestable	Se produce en caso de fracturas multicotostales, que arrojan como consecuencia pérdida de la rigidez parietal y aparición de la respiración paradójica, 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.
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.
Hemotórax masivo	Es una acumulación de sangre en el espacio existente entre la pared torácica y el pulmón (la cavidad pleural). Ocurre por una lesión en el parénquima pulmonar, vasos hiliares, corazón, grandes vasos, arterias intercostales, arteria mamaria interna.
Taponamiento cardiaco	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. Ello condiciona un cuadro clínico que consiste en un estado de choque cardiogénico
Desgarro aórtico traumático	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.

MANEJO INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

Los antecedentes del trauma son de alta importancia para:

- ✚ Determinar sitio de posibles lesiones
- ✚ Evaluar el mecanismo del accidente
- ✚ El tiempo transcurrido
- ✚ Los signos vitales
- ✚ Estado neurológico.
- ✚ Evolución entre el lugar del accidente y los posibles cambios que haya tenido en el traslado.

Con traumas contusos la especificación de los eventos es muy útil, por ejemplo, en accidentes automovilísticos, es necesario saber la dinámica del accidente, el nivel de deformación del habitáculo si se requirió extricación prolongada, otros lesionados y fallecimientos en el lugar. En el caso de traumatismos penetrantes lo esencial es saber qué tipo de elemento o arma que lo produjo y determinar el recorrido que esta tuvo, evaluando así, las posibles estructuras u órganos lesionados.

El enfrentamiento inicial se rige por:



Es necesario evaluar las posibles lesiones concomitantes, neurológica, intrabdominales, vasculares. Evaluar la ingurgitación yugular, desviación traqueal, enfisema subcutáneo, inestabilidad de pared costal, ausencia de murmullo pulmonar otorgará información importante para el enfrentamiento inicial.

En el manejo inicial es requisito la monitorización constante de la función cardiopulmonar mediante, al menos, saturación, presión arterial y frecuencia cardiaca. El estudio de las imágenes comienza con la radiografía de tórax que nos aportara información sobre pared torácica, parénquima y el espacio pleural con su posible ocupación. La ecografía FAST nos determinara la presencia de líquido libre intrabdominal, pericárdico y en recesos controfrenicos. Cualquier otra imagen que

se requiera dependerá de la estabilidad del paciente y de los hallazgos del examen físico, laboratorio o imágenes.

Las lesiones en trauma de tórax las podemos dividir de acuerdo a los compartimientos a evaluar, de pared torácica, parénquima pulmonar, mediastino, grandes vasos y cardiacas.



A: vía aérea permeable, con control de columna cervical.

Evaluar la permeabilidad de la vía aérea, la no presencia de cuerpos extraños, incluyendo sangre o secreciones, que impidan un buen y adecuado movimiento de aire a través de la nariz y la boca del paciente.

Un paciente combativo y poco colaborador, está hipóxico hasta que se demuestre lo contrario.



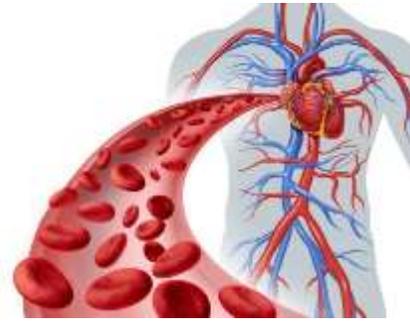
B: adecuada respiración

Los movimientos respiratorios y la calidad de la respiración se deben evaluar observando, palpando, escuchando y percutiendo. Los signos como la frecuencia respiratoria y cambio en su modalidad, con una tendencia a ser más superficiales de manera progresiva.

La auscultación de los ruidos cardíacos es muy importante, para la detección de anomalías en la frecuencia, ritmo y calidad. La presencia de sonidos intestinales en el tórax, puede ser la primera manifestación de un compromiso del diafragma.

C: Circulación

El pulso del paciente debe ser valorado para determinar calidad, frecuencia y regularidad. El último pulso que se pierde es el carotideo, ya que por hipovolemia que lleva a una hipotensión arterial, puede no palparse los pulsos periféricos incluyendo el radial y el mismo femoral.



El paciente debe estar conectado a un monitor cardíaco, y tener la medición de la oximetría de pulso, como parte de los anexos de la revisión primaria.

D: Déficit neurológico

El paciente con trauma de tórax es necesario evaluar el déficit neurológico del sujeto con trauma ante la posibilidad de traumatismo craneoencefálico, lo que se puede efectuar incluso en unos segundos preguntando al lesionado “cómo se siente”. Para



esto se utiliza la Escala del coma de Glasgow, que se obtiene por la exploración de tres áreas:

- a) abertura ocular
- b) respuesta verbal
- c) respuesta motora

Interpretación:

- Trauma grave: escala de Glasgow igual o menor de 8 puntos
- Trauma moderado: escala de Glasgow de 9 a 12 puntos
- Trauma menor: escala de Glasgow entre 13 y 15 puntos

E: Exposición

Se refiere a descubrir el cuerpo del lesionado en su totalidad con el fin de facilitar la exploración física, de la cabeza a los pies, y revisar minuciosamente todo el cuerpo desde cráneo y cara, hasta cuello, tórax, abdomen y extremidades, sin pasar por alto las regiones dorsales y la columna vertebral, que también son susceptibles de lesiones.



Bibliografía:

Martínez, S. (2013). Cirugía Bases del conocimiento quirúrgico y apoyo en trauma. México: McGraw-Hill INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.

Undurraga, F. (2011). Trauma de tórax. Recuperado de:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trauma-torax-S0716864011704734>