



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

QUINTO SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: **"Traumatismo cerrado de tórax".**

ACTIVIDAD: **Cuadro sináptico**

ASIGNATURA: **Medicina interna**

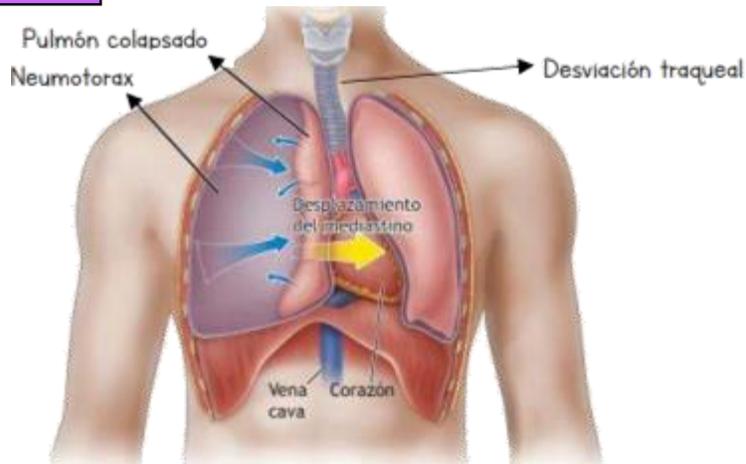
UNIDAD II

CATEDRÁTICO: **Dr. Eduardo Zebadúa Guillén**

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

NEUMOTÓRAX A TENSIÓN

Se filtra aire por medio de una "válvula unidireccional" desde el pulmón o a través de la pared torácica. El aire es forzado al espacio pleural sin vías de escape, colapsando eventualmente al pulmón afectado. Hay un desplazamiento del mediastino al lado opuesto; Disminuye el retorno venoso lo cual lleva a un shock (con frecuencia clasificado como obstructivo) y hay una compresión del pulmón contralateral.



CAUSAS

+ Común: ventilación mecánica con presión positiva en pacientes con lesión pleural visceral.
Complicación de un neumotórax simple posterior a un trauma penetrante o contuso en el cual la lesión del parénquima pleural no sella.
Varios intentos de inserción de catéter subclavio o yugular interno.

SÍNTOMAS

Dolor torácico
Disnea
Taquipnea
Taquicardia
Tráquea y mediastino hacia el lado contralateral
Hipotensión
Ingurgitación yugular
Ausencia unilateral de ruidos respiratorios
Hiperresonancia a la percusión
Cianosis (manifestación tardía)

MANEJO

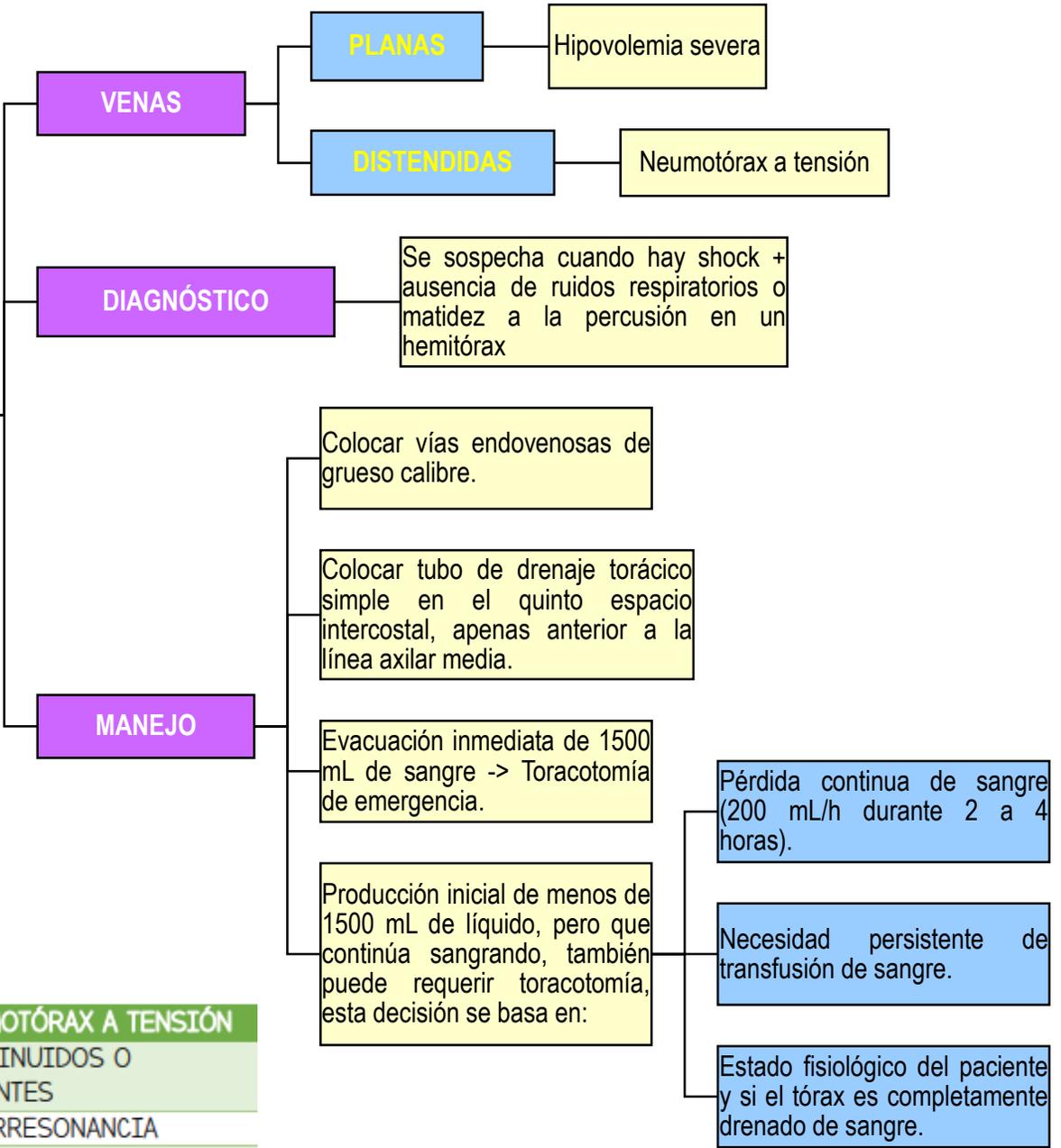
Diagnóstico clínico: No se debe esperar la confirmación radiológica para iniciar tratamiento
Cuando tomografía esté disponible Fast extendida (eFAST).

Descompresión rápida
Inserción de una aguja grande o angiocateter: de un abbocath N° 18 en el 5to espacio intercostal, línea media axilar en adultos.
Toracostomía con el dedo si falla la descompresión con aguja.

HEMOTÓRAX MASIVO

Rápida acumulación de más de 1500 mL de sangre o de 1/3 o más de la volemia del paciente en la cavidad torácica.

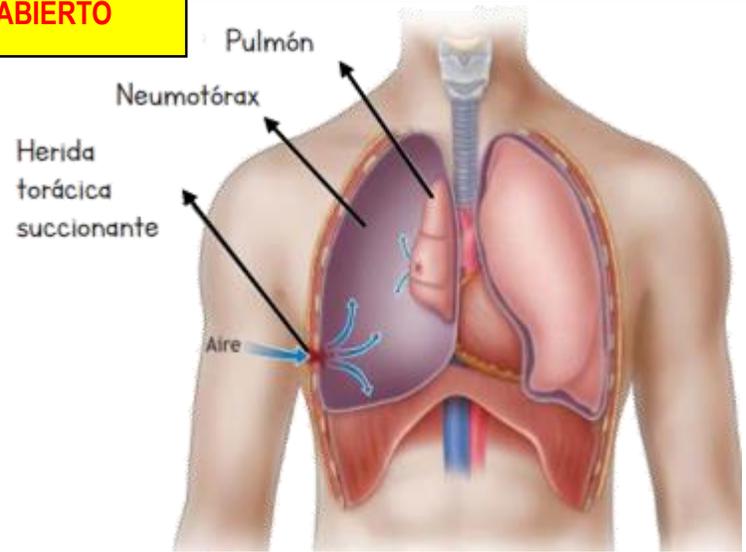
- ¡IMPORTANTE!**
- Heridas penetrantes anteriores del torax medial a la línea del pezón y heridas posteriores, medial a la escápula (la "caja" mediastinal) toracotomía de emergencia.
 - Eso debido a la posibilidad de lesión de grandes vasos, de las estructuras del hilio pulmonar y del corazón, con un potencial taponamiento cardíaco asociad.



HEMOTÓRAX MASIVO		NEUMOTÓRAX A TENSIÓN
DISMINUIDOS O AUSENTES	MURMULLO RESPIRATORIO	DISMINUIDOS O AUSENTES
MATIDEZ	PERCUSIÓN	HIPERRESONANCIA
DISMINUIDOS	MOVIMIENTOS DE TORAX	DISMINUIDOS
LINEA MEDIA	POSICIÓN TRAQUEAL	DESVIADA
COLAPSADA	DISTENCIÓN YUGULAR	DISTENDIDA

NEUMOTÓRAX ABIERTO

Las grandes lesiones de la pared torácica que quedan abiertas pueden causar un neumotórax abierto, también conocido como una herida torácica succionante.



¿CÓMO SUCEDE?

El aire entra por la abertura en la pared ($\geq 2/3$ de diámetro de tráquea) torácica en una inspiración, Se forma una gran bolsa de aire que no permite expandir el pulmón, hay una ventilación inadecuada y esto lleva a una hipoxia e hipercapnia.

DIAGNÓSTICO

PIEDRA ANGULAR

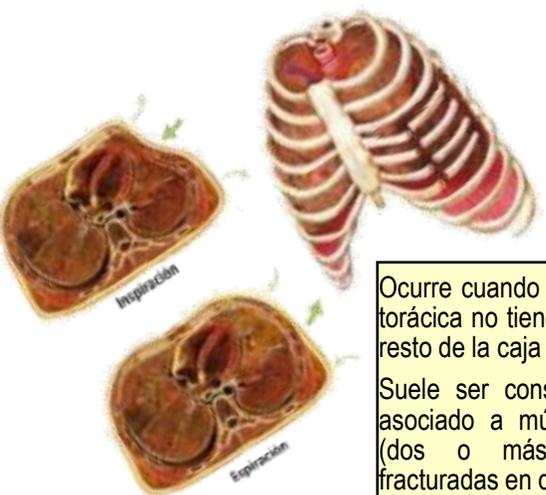
Antecedente de herida penetrante en hemitórax.

Hipersonoridad en hemitórax afectado

MANEJO

Cierre rápido con un apósito oclusivo estéril.
Fijar el apósito solamente por 3 de sus lados, para permitir un efecto de válvula unidireccional.
TTO definitivo: Colocar tubo torácico alejado del sitio de la herida para volver a expandir el pulmón y el cierre quirúrgico por defecto





Ocurre cuando un segmento de la pared torácica no tiene continuidad ósea con el resto de la caja torácica.

Suele ser consecuencia de un trauma asociado a múltiples fracturas costales (dos o más costillas adyacentes, fracturadas en dos o más partes).

Separación costocondral de una sola costilla del tórax. Presenta movimiento paradójico del segmento afectado durante el proceso de inspiración/ espiración

TÓRAX INESTABLE O VOLET COSTAL

EPIDEMIOLOGÍA

Complicación potencialmente mortal del traumatismo torácico grave y ocurre en hasta el 15 % de las lesiones de la pared torácica, con una mortalidad del 10 % al 15 %.

CLÍNICA

Taquipnea, dolor, compromiso hemodinámico, movimientos irregulares de la pared torácica. Cianosis: **signo tardío**

EXAMEN FÍSICO

Inspección
Movimientos de la parrilla costal durante la respiración.

Identificar asincronía de segmentos.

Palpación
Crépitos, gradas óseas y dolor.

Identificar fracturas costales o separaciones costo - condrales y/o costo - esternales.

Auscultación
Ausencia o disminución del murmullo vesicular.

Descartar concomitancia de neumotórax o hemotórax.

Percusión
Descartar hipersonoridad o matidez.

Hemitórax comprometido y contralateral.

TRATAMIENTO

1) **Analgesia oral:** Aines y/o narcóticos- Casos leves a moderados con paciente que no presenta dificultad para respirar por su cuenta.

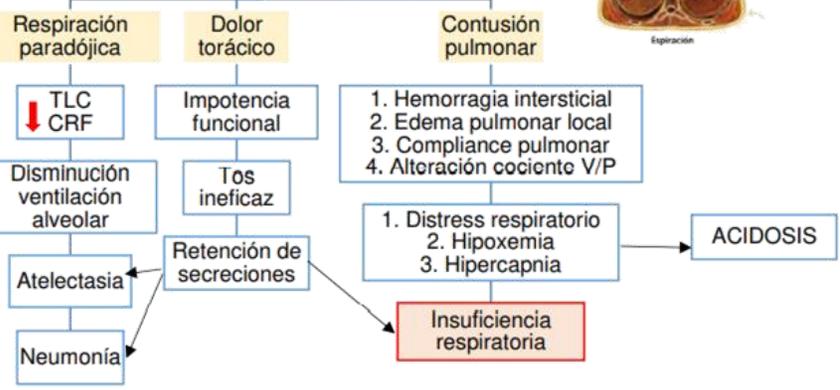
2) **Bloqueo costal, paravertebral o epidural:** Casos moderados a severos con paciente próximo a requerir VMA

3) **Ventilación Mecánica asistida(VMA).**

4) Fijación/ Reducción Qx de fracturas costales

Fisiopatología

TORAX INESTABLE



En la VMA debe evitarse lo siguiente

PaO2 < 60 mmHg respirando aire ambiente	PaO2 < 70 mmHg con oxígeno suplementario
pH < 7.10	PCO2 > 55 mmHg
Frecuencia respiratoria > 35 rpm o < 8 rpm	Uso de músculos accesorios u otros signos de claudicación respiratoria