



Mi Universidad

Ensayo.

Nombre del Alumno: Adriana Zohemy Roblero Ramírez.

Nombre del tema: Traumastismo Torácico.

Nombre de la materia: Enfermería Clínica II

Nombre del profesor: Verónica Lisset Ventura Méndez.

Parcial: Cuarto parcial

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura de Enfermería.

Cuatrimestre: Quinto cuatrimestre. Grupo: A

Los traumatismos torácicos.

Los traumatismos torácicos afectan con mayor frecuencia a las costillas, la parte superior del abdomen, los pulmones, los vasos sanguíneos, el corazón, los músculos, las partes blandas y el esternón. A veces también se lesiona el esófago, la clavícula o la escápula.

En los Estados Unidos, los traumatismos torácicos causan alrededor del 25% de las muertes debidas a un traumatismo grave. Muchas de las lesiones que pueden causar la muerte en los primeros minutos u horas después del traumatismo pueden ser tratadas o estabilizadas en el servicio de urgencias sin necesidad de realizar una intervención quirúrgica mayor.

Comenzamos definiendo al traumatismo torácico, un traumatismo torácico o traumatismo de tórax es una grave lesión en el tórax. Estos pueden afectar diversas zonas entre las que se encuentran: La pared ósea del tórax Los pulmones La pleura El diafragma El contenido del mediastino. Un 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.

El traumatismo torácico es toda aquella lesión de origen traumático que afecta al tórax. Los órganos torácicos se encuentran protegidos por 12 pares de costillas que se disponen perimetralmente entre la columna vertebral, en la parte posterior, y el esternón, en la parte anterior del tórax. Entre la pared muscular y los órganos torácicos hay dos membranas, las pleuras. Una de ellas está en íntimo contacto con la pared muscular (pleura parietal) y otra en contacto íntimo con las vísceras (pleura visceral). Entre ellas hay un espacio virtual irrigado por el líquido pleural que provoca que una se deslice sobre la otra. La parte inferior del tórax protege los órganos abdominales superiores (el hígado, el estómago, el bazo, el páncreas y los riñones). Por esta razón, una lesión torácica puede ser también abdominal y viceversa. Estos órganos se separan de los torácicos por el músculo diafragma.

Durante esta concepción, nos centramos en la siguiente interrogante: ¿Cuáles son sus síntomas? Los síntomas pueden variar según las estructuras o órganos afectados. Existen algunos síntomas recurrentes en todos los traumatismos torácicos que pueden incluir: Dificultad respiratoria Respiración acelerada y superficial Disminución del nivel de conciencia Mareo.

El diagnóstico para un traumatismo de tórax consiste en una evaluación del especialista de los síntomas y signos de la exploración física, además de valorar la historia clínica. Es importante realizar

diversas pruebas complementarias, ya que ayudan a determinar el alcance y las consecuencias de la lesión.

El traumatismo torácico puede ser causado por cualquier impacto sobre el tórax. Según el tipo de lesión se dividen en dos grandes conjuntos: Traumatismo torácico contundente: estos pueden producirse por un golpe o contusión, un caída desde gran altura, una agresión, un accidente automovilístico (el motivo más habitual), etc. Traumatismo torácico penetrante: causado por un arma blanca, una bala, fragmentos de explosiones o cualquier objeto que se introduzca por accidente en el tórax.

Como en todo traumatismo, los datos que se obtienen al valorar el mecanismo lesional ofrecen una información muy importante sobre las posibles lesiones que el paciente tiene o puede desarrollar. La base de la atención a este tipo de traumatismos es extensible al resto: no perder excesivo tiempo en la escena. La principal causa de muerte evitable en el traumatismo abdominal es el retraso en el diagnóstico y en el tratamiento. Se realizará una valoración siguiendo el C-ABCDE, con especial atención en la valoración del estado cardiocirculatorio, ya que es frecuente que esté alterado, bien por dolor, bien por compromiso hemodinámico.

Para evaluar el estado cardiocirculatorio, hay que monitorizar al paciente y asegurarse de que tiene una adecuada perfusión periférica, para lo que se valora el pulso radial. Se valorará el estado de perfusión tisular del paciente viendo el aspecto de su piel, su color y su temperatura, así como el relleno capilar. En cuanto se pueda, se monitorizará la presión arterial. En soporte vital avanzado, se debe canalizar al menos un acceso vascular periférico de gran calibre (intravenoso de elección o intraóseo si el primero no es posible o se retrasa), y se ha de perfundir suero salino fisiológico en función del estado hemodinámico del paciente y de la patología que presente. En general, se buscan cifras de presión arterial sistólica en torno a los 90 mm Hg.

En la exposición, se buscan lesiones que puedan comprometer la vida del paciente y que no se hayan detectado previamente. Al exponer el abdomen, hay que inspeccionarlo y palparlo de forma rápida. Se buscan aéreas dolorosas, signos de abdomen agudo (abdomen duro, no depresible) o distensión. La presencia de signos de irritación peritoneal o dolor a la palpación debe entenderse como indicio de sangrado intrabdominal. Si el paciente presenta una evisceración, se debe cubrir el contenido abdominal expuesto con unas compresas estériles humedecidas en suero fisiológico templado. El contenido nunca se reintroducirá en el interior de la cavidad abdominal.

Existen una serie de técnicas complementarias que pueden ayudar en el manejo de estos pacientes, pero siempre que su uso no implique una demora en el inicio de la evacuación del usuario al centro útil. Entre ellas, está la ecografía, que ha sustituido a la punción de lavado peritoneal en el diagnóstico del hemoperitoneo. En la asistencia prehospitalaria, cada vez son más los servicios que cuentan con ecógrafos en sus ambulancias de soporte vital avanzado. Si bien no son claves para el diagnóstico, sí pueden confirmar la presencia de líquido libre intrabdominal en el contexto de un paciente con un traumatismo abdominal e inestabilidad hemodinámica con signos de shock hemorrágico. En emergencias, se realiza una exploración tipo FAST, en la que se observan cuatro puntos: zona del pericardio (con abordaje subxifoideo), zona perihepática, zona periesplénica y retroperitoneo, en lo que sería el saco de Douglas.

Para concluir debemos de tener en cuenta que la valoración inicial del paciente traumático, cualquiera que sea el origen del traumatismo, se realiza siguiendo el esquema C-ABCDE; así mismo conocer la sintomatología de las patologías incluidas en la docena mortal de lesiones del traumatismo torácico contribuye a identificarlas y manejarlas adecuadamente, comenzar con el manejo del traumatismo torácico va encaminado a mantener una apropiada ventilación y el correcto estado hemodinámico del paciente, al igual que el manejo del neumotórax a tensión incluye la descompresión con aguja del lado afectado. Aunque tradicionalmente se ha recomendado la punción en el segundo espacio intercostal (por encima de la tercera costilla, en la línea media clavicular), la evidencia reciente apoya la colocación de un catéter largo sobre aguja en el quinto espacio intercostal, ligeramente anterior a la línea media axilar.

BIBLIOGRAFIA.

<https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-urgencias-y-emergencias-en-enfermeria/tema-10-traumatismo-toracico>

<https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/traumatismo-toracico?amp=1>

