



**Hellen Gissele Camposeco Pinto.**

**Dr. Dagoberto Silvestre Esteban.**

PASIÓN POR EDUCAR

**Resumen**  
**Clínica quirúrgica**

**5“A”**

Comitán de Domínguez Chiapas a 28 de junio de 2024

## Trauma torácico

Consecuencias fisiológicas-Hipoxia, hipercapnia y acidosis.

Contusión, hematomas y colapso alveolar-impresión intratorácica.

Lesiones que comprometen la vida:

Importante tratamiento:

- Buen control de la vía aérea
- Colocación de tubo de tórax
- Descompresión con aguja

**Revisión primaria:** Siempre seguir inspección, palpación, percusión y auscultación-ABC

Problemas más graves corregir inmediatamente.

**1. Neumotórax a tensión:** Aire a presión en cavidad torácica con colapso pulmonar.

Etiología y fisiopatología: Mecanismo de válvula unidireccional

Clínica: Dificultad respiratoria ingurgitación yugular, ausencia de movimientos y ruidos respiratorios y timpanismo.

Diagnóstico: Clínico y Rx.

Tratamiento: Descompresión con aguja 5cm/8cm (quinto espacio intercostal línea medio axilar).

Definitivo-Colocación de tubo de tórax.

**2. Hemotórax masivo:** >1500 ml de sangre en cavidad torácica.

Etiología y fisiopatología: Heridas penetrantes con lesión de vasos sistémicos.

Clínica: Choque, matidez y ausencia de ruidos respiratorios.

Diagnóstico: Clínico, Rx.

Tratamiento: Tubo torácico 28-32 french (quinto espacio intercostal a nivel del pezón, línea media axilar).

Definitivo-Toracotomía si drena >1500 o >200 en 2 hrs.

**3. Taponamiento cardíaco:** Pericardio lleno de sangre.

Etiología y fisiopatología: Trauma penetrante.

Clínica: Triada de Beck.

Diagnóstico: Clínico y ECO FAST

Tratamiento: Pericardiosentesis aguja 15 cm.

Definitivo-Cirugía

**4. Neumotórax abierto:** Tórax abierto

Etiología y fisiopatología: Equilibrio de presión torácica y atmosférica.

Clínica: Orificio en tórax y dificultad respiratoria.

Diagnóstico: Clínico

Tratamiento: Cerrar con apósito fijado por 3 lados.

Definitivo-Tubo de tórax

### **Revisión secundaria**

Lesiones potencialmente mortales:

**1. Neumotórax simple:** Aire en cavidad torácica.

Etiología y fisiopatología: Laceración pulmonar con salida de aire.

Clínica: Dificultad respiratoria moderada, timpanismo y disminución de movimientos y ruidos respiratorios.

Diagnóstico: Clínico y radiografía

Tratamiento: Tubo torácico 28.32 french.

**2. Hemotórax:** <1500 ml de sangre

Etiología y fisiopatología: Laceración pulmonar, de vasos intercostales o mamaria interna.

Clínica: No choque, matidez y disminución de ruidos respiratorios.

Diagnóstico: Clínico y radiografía.

Tratamiento: Tubo torácico 28-32 french.

Toracotomía si drena >1500 o 2000 en 2-4 hrs.

**3. Tórax inestable:** Dos o más costillas fracturadas adyacentes en dos sitios o más.

Etiología y fisiopatología: Segmento afectado móvil e inestable con contusión pulmonar y dolor.

Clínica: Movimientos respiratorios pobres y descoordinados y crepitación.

Diagnóstico: Clínico y radiografía.

Tratamiento: Ventilación, oxigenación y analgesia.

**4. Contusión pulmonar:** Trauma costal con fractura en adultos.

Etiología y fisiopatología: Traumatismo de tórax directo.

Clínica: Insuficiencia respiratoria e hipoxemia.

Diagnóstico: Monitoreo estrecha.

Tratamiento: Ventilación, oxigenación y analgesia.

**5.Ruptura traumática de aorta:** Muerte súbita frecuente, solo sobreviven si el hematoma se contiene en mediastino.

Etiología y fisiopatología: Hematoma.

Clínica: Inespecífica.

Diagnóstico: Clínico, radiografía, TAC.

Tratamiento: Quirúrgica.

**6.Ruptura traumática de diafragma.**

Etiología y fisiopatología: Normalmente izquierdo.

Clínico: Inespecífica

Diagnóstico: Radiológico.

Tratamiento: Reparación quirúrgica directa.

**Cita bibliográfica.**

ATLS Apoyo Vital Avanzado en Trauma (Décima edición). (2018). American College of Surgeons.