



**Mi Universidad**

## **Resumen**

*Gabriela Montserrath Pulido Padilla*

*Trauma de Torax*

*Parcial 4*

*Clínica quirúrgica*

*Dr. Dagoberto Silvestre Esteban*

*Medicina Humana*

*5to Semestre*

*Comitán de Domínguez, chis a 28 de junio del 2024*

## **TRAUMA DE TORAX**

Las consecuencias fisiológicas de trauma torácico son la hipoxia, hipercapnia y acidosis. Contusión, hematoma, y el colapso alveolar, o cambios en las relaciones de presión intratorácica (por ejemplo, neumotórax a tensión y neumotórax abierto) causan hipoxia y conducen a la acidosis metabólica. Hipercapnia causa acidosis respiratoria y lo más a menudo sigue a una ventilación inadecuada causada por los cambios en las relaciones de la presión intratorácica y disminución del nivel de conciencia.

### **EVALUACION PRIMARIA**

La vía aérea resultados de obstrucción de inflamación, hemorragia o vómito que se aspira en la vía aérea, interferir con el intercambio de gases.

Durante la valoración primaria, buscar evidencia de falta de aire, tales como intercostal y supraclavicular musculares retracciones. Inspeccionar la orofaringe por obstrucción cuerpo extraño. Escuchar el movimiento del aire en los campos de la nariz, la boca y los pulmones del paciente.

### **Lesiones árbol traqueobronquial**

Los pacientes típicamente se presentan con hemoptisis, enfisema subcutáneo cervical, neumotórax a tensión, y / o cianosis. Expansión incompleta del pulmón y la continua pérdida de aire grande después de la colocación de un tubo de pecho sugiere una lesión traqueobronquial, y la colocación de más de un tubo pecho pueden ser necesarias para superar la fuga de aire importante.

El tratamiento inmediato puede requerir la colocación de una vía aérea definitiva. Intubación de los pacientes con lesiones traqueobronquiales es con frecuencia difícil debido a la distorsión anatómica de un hematoma paratraqueal, lesiones de la orofaringe asociados, y / o la lesión traqueobronquial en sí. habilidades avanzado para vía aérea, tales como la colocación del tubo endotraqueal de fibra-ópticamente asistida allá del sitio desgarró o intubación selectiva del bronquio no afectado,

pueden ser requeridos. Para estos pacientes, la intervención quirúrgica inmediata se indica. En los pacientes más estables, el tratamiento quirúrgico de las lesiones traqueobronquiales puede ser retrasado hasta que la inflamación y el edema agudo determinación.

### **Tensión neumotoraxica**

Los pacientes que respiran de manera espontánea a menudo se manifiestan extrema taquipnea y aire hambre, mientras que los pacientes con asistencia respiratoria mecánica colapso hemodinámico manifiesto.

La evidencia sugiere que un 5-cm catéter sobre la aguja alcanzará el espacio pleural > 50% del tiempo, mientras que un 8-cm exceso de la aguja de catéter alcanzará el espacio pleural > 90% del tiempo.

### **El neumotórax abierto**

Para el manejo inicial de un neumotórax abierto, cerrar rápidamente el defecto con un apósito estéril suficientemente grande como para solapar los bordes de la herida. Cualquier vendaje oclusivo (por ejemplo, una envoltura de plástico o una gasa de vaselina) puede utilizarse como medida temporal para permitir la evaluación rápida para continuar. La cinta de forma segura en solamente tres lados para proporcionar un efecto flutter-válvula.

### **hemotórax masivo**

La acumulación de > 1500 ml de sangre en un lado del pecho con un hemotórax masivo puede reducir significativamente los esfuerzos respiratorios de compromiso por la compresión de los pulmones y prevenir la oxigenación adecuada y ventilación demento. Insertar un tubo en el pecho para mejorar la ventilación y oxigenación, solicitar emergente acción consul- quirúrgica, y comenzar la reanimación adecuada. acumulación aguda masiva de sangre produce hipotensión y shock y se discutirá más adelante en la sección de abajo.

## **hemotórax masivo**

hemotórax masivo es administrado inicialmente mediante la restauración al mismo tiempo el volumen de sangre y descompresión de la cavidad torácica. Establecer líneas intravenosas calibre a gran, infundir cristaloides, y comenzar la transfusión de sangre sin pruebas de compatibilidad o de tipo específico tan pronto como sea posible. Cuando sea apropiado, la sangre del tubo del pecho puede ser recogido en un dispositivo adecuado para la autotransfusión. Se inserta un tubo de drenaje torácico solo (28-32 French).

## **Taponamiento cardíaco**

El taponamiento cardíaco es la compresión del corazón por una acumulación de líquido en el saco pericárdico. Esto se traduce en una disminución del gasto cardíaco debido a la disminución de flujo de entrada al corazón. El saco pericárdico humana es una estructura fibrosa fija, y una cantidad relativamente pequeña de sangre puede restringir la actividad cardíaca e interferir con el llenado cardíaco

## **EVALUACION SECUNDARIA**

### **El neumotórax simple**

Realizar un examen físico completo del pecho, incluyendo la inspección de hematomas, laceraciones y contusiones. Evaluar el movimiento de la pared torácica y evaluar y comparar los sonidos respiratorios bilateralmente. Cualquier neumotórax se trata mejor con un tubo torácico colocado en el quinto espacio intercostal, justo anterior a la línea axilar media. La observación y la aspiración de un pequeño neumotórax, asintomáticos pueden ser apropiados, pero unos médicos cualificados deben tomar esta decisión de tratamiento.

## **Hemotórax**

Aunque muchos factores están involucrados en la decisión de operar en un paciente con un hemotórax, estado fisiológico del paciente y el volumen de drenaje de sangre desde el tubo de pecho son consideraciones importantes. Mayor que 1500 ml de sangre obtenida inmediatamente a través del tubo del pecho indica un hemotórax masivo que puede requerir intervención quirúrgica.

Además, si se produce el drenaje de más de 200 ml / h durante 2 a 4 horas, o si se requiere transfusión de sangre, el equipo de trauma debería considerar exploración quirúrgica. La decisión final de la intervención quirúrgica se basa en el estado hemodinámico del paciente.

## **Lesión traumática diafragmática**

Los procedimientos mínimamente invasivos endoscópicos (por ejemplo, laparoscopia y toracoscopia) pueden ser útiles en la evaluación de la membrana en los casos indeterminados. Operación de otras lesiones abdominales a menudo revela una rotura diafragmática. El tratamiento consiste en la reparación directa. Se debe tener cuidado al colocar un tubo de drenaje torácico en pacientes con lesión de diafragma sospecha, como tubos pueden dañar inadvertidamente el contenido abdominal que se han convertido desplazada en la cavidad torácica.

## Bibliografía

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