EDWIN ALEJANDRO MORALES VELASCO

DRA ARELI ALEJANDRA AGUILAR VELASCO

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CONTROL PRENATAL Y TRABAJO DE PARTO

6° “A”

NEUMOTORAX SIMPLE

DEFINICION

-Entrada de aire al espacio pleural por laceracion pulmonar con alteracion V/Q con hipoxia e hipercapnia

EPIDEMIOLOGIA

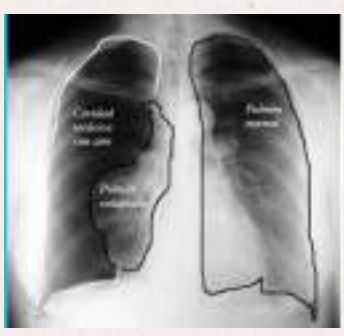
-Según la Guía de Práctica Clínica del IMSS, este tipo de neumotórax ocurre predominantemente en varones jóvenes, delgados y altos, con un pico de incidencia entre los 20 y 30 años
-Fumadores

ETIOLOGIA

CAUSA MAS FRECUENTE POR FRACTURA COSTAL
-Trauma toracico cerrado
-Laceraciones pulmonares
-Neumotorax epontaneo primario y secundario

CLINICA

-Ausencia de ruidos respiratorios
-Timpanismo o hiperresonancia a la percusion
-No existe hipotension ni distencion yugular



DIAGNOSTICO

-CLINICO
-RADIOGRAFIA: radiolucides en area afectada
-NEUMOTORAX MENOR: plaura <15 L/min

TRATAMIENTO

GPC: Considerar neumotorax menor el tratamiento es con flujo alto de oxigeno >15 L/min

ATLS: Pleurostomia con sonda endoñleural de 28 fr en 5to E.I.C en linea axilar anterior

NEUMOTORAX A TENSION

DEFINICION

Lesion que ocurre cuando se filtra aire a travez de unas valvulas unidireccionales desde pulmon o a travez de la pared toracica

EPIDEMIOLOGIA

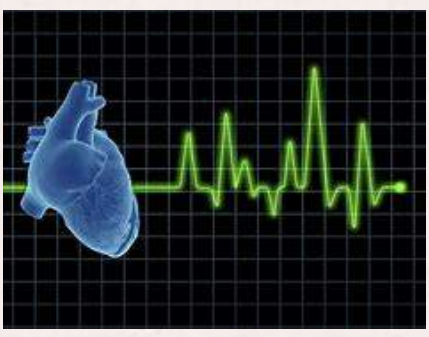
Pacientes con ventilacion mecanica
Traumas

ETIOLOGIA

CAUSA MAS COMUN ES VENTILACION MECANICA INVASIVA EN PACIENTES CON LESION PLEURAL

CLINICA

-Taquicardia
-Hipotension
-Desviacion contralateral de la traquea
-Distencion yugular

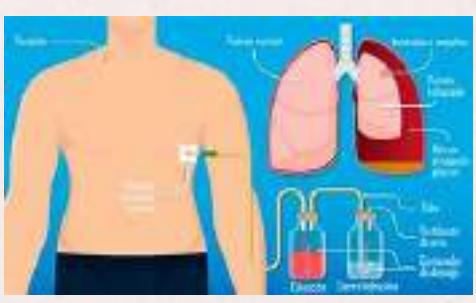


DIAGNOSTICO

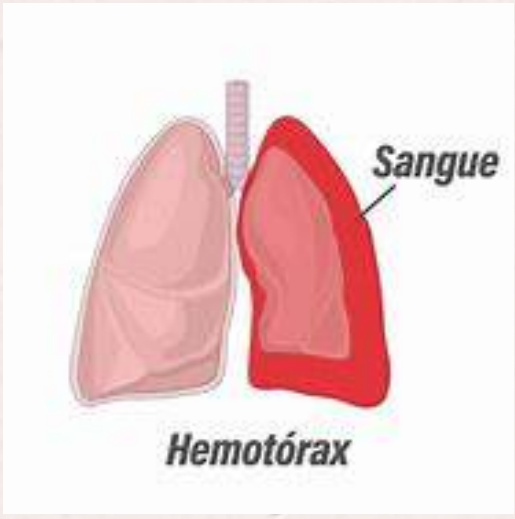
-Clinica
-Ausencia de ruidos respiratorios en hemitorax
-Timpanismo o hiperresonante en percusion
-Electrocardiograma
-NO RADIOGRAFIA (Es una urgencia)

TRATAMIENTO

Tratamiento inicial:
ATLS: Descompresión en Sto EI.C. en LAA con aguja de 8 cm.
GPC-SS-447-11: Realizarla en 2do E.I.C. con catéter 6.5 cm.
Tratamiento definitivo:
ATLS: Sonda de pleurostomía de 28 a 32 fr en 5to E.I.C- LMA o LAA
GPC-SS 447-11: Sonda de pleurostomía de 14 FR.



HEMOTORAX



DEFINICION

Es un tipo de derrame pleural el cual se acumula sangre <1500 ml y generalmente hay <50% de HTO en liquido pleural
MASIVO: <1500 o drenaje <200 ml/hr

EPIDEMIOLOGIA

-2% a 20% de los pacientes con hemoneumotórax posterior a un traumatismo.
-28% y 33% en los casos con hemotórax retenidos secundarios a trauma.

ETIOLOGIA

Lesion de vasos intracostales
-Lesion de herida penetrante
-Trauma cerrado

CLINICA

-Disminución o abolición del murmullo vesicular en el lado afectado.
-Matidez a la percusión torácica.
-Disnea
-Hipovolemia

DIAGNOSTICO

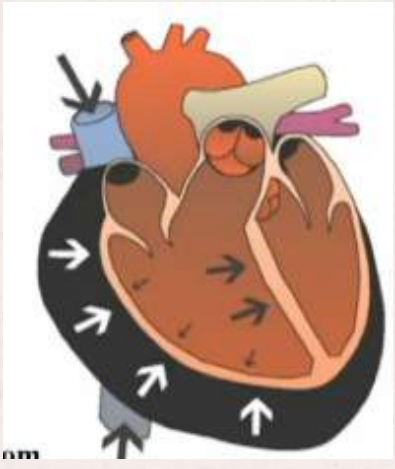
MASIVO: Clinico con radiografia y se confirma con toracosentesis
-Clinica
-Radiografia
-ECOGRAFIA FAST (Gold standar)

TRATAMIENTO

Tratamiento definitivo hemotorax:
Sonda pleurostomia de gran calibre (28-36 fr) en linea axilar anterior del 5to espacio intercostal

Tratamiento definitivo hemotorax masivo:
Realizar toracotomia si presenta evacuaciones de sangre >1500 ml o 200 ml/hr en 2 a 4 hrs

TAPONAMIENTO CARDIACO



DEFINICION

Acumulacion de sangre en cavidad pericardica que dificulta el llenado de cavidades asociado a un trauma penetrante. Puede presentarse como una actividad electrica sin pulso

EPIDEMIOLOGIA

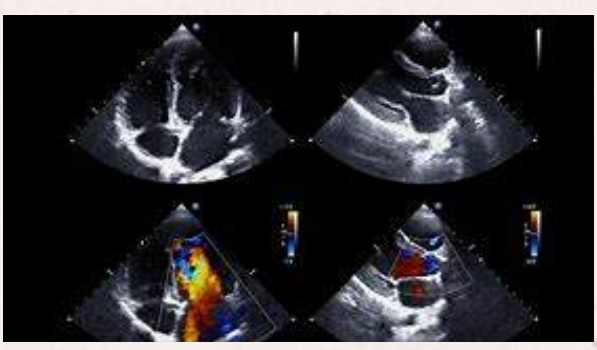
-Pacientes que presentan traumas tienen un 25% de probabilidad de padecerlo
-Menos del 10% en los traumatismos de torax cerrado
-Ma comun en hombres

ETIOLOGIA

-Trauma penetrante poracico
-Trauma cerrado toraico
-Latrogenico postraumatico
-Neoplasia
-Insuficiencia renal

CLINICA

TRIADA DE BECK
-Hipotension arterial
-Disminucion de ruidos cardiacos
-Ingurgitacion yugular



DIAGNOSTICO

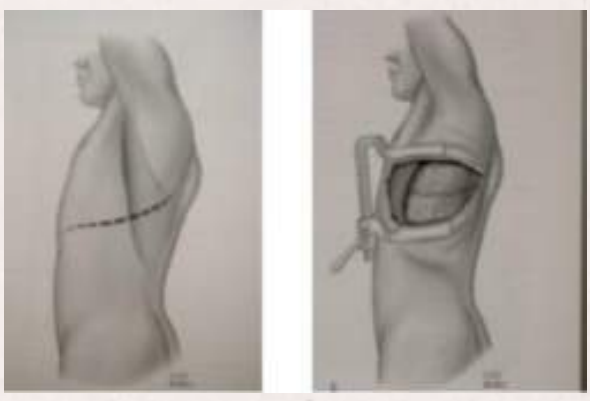
INICIAL: clinica

CONFIRMATORIO: Usg FAST (en pacientes con sospecha de taponamiento cardiaco)

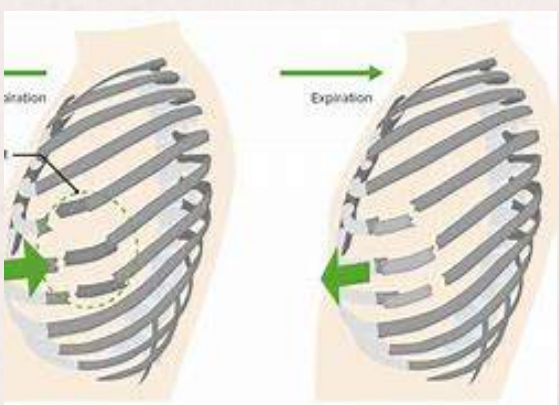
TRATAMIENTO

TRATAMIENTO INICIAL
-Pericardiocentesis guiada por USG

TRATAMIENTO DEFINITIVO
-Toracotomia con ventana pericardica



TORAX INESTABLE

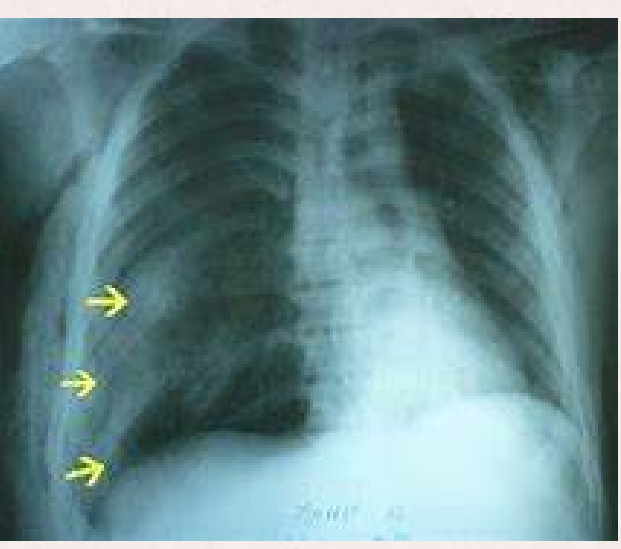


DEFINICION

-Producto de la fractura de 2 o mas costillas con alteracion en cinetica de ventilacion

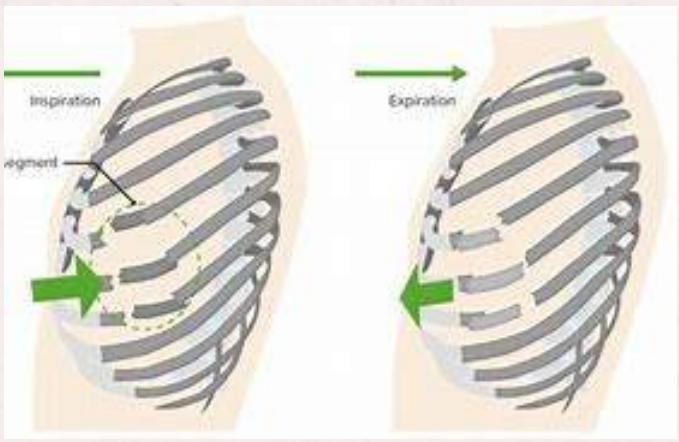
EPIDEMIOLOGIA

-10 a 15 % de todas las lesiones toracicas
-25 5 esta asociado a muertes por esta causa



ETIOLOGIA

Consecuencia de un trauma asociado a multiples factores costales



CLINICA

Dolor durante movimientos respiratorios
-Movimiento asimetrico entre ambos hemitorax
-Crepitaciones de area costal

DIAGNOSTICO

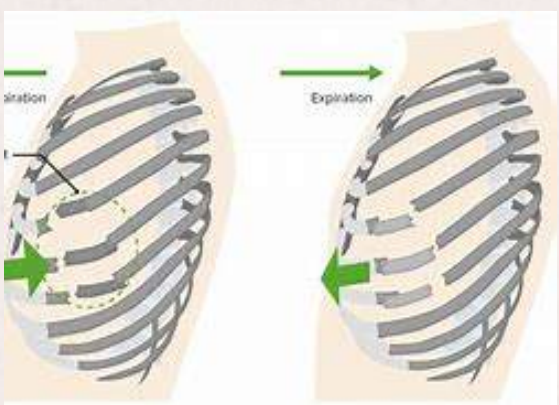
RADIOGRAFIA

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO INICIAL
-Oxigenacion, Analgesia, Hidratacion
Hipoxemia:Ventilacion endotraqueal

TRATAMIENTO DEFINITIVO
-Quirurgico (fijacion interna)

TORAX INESTABLE

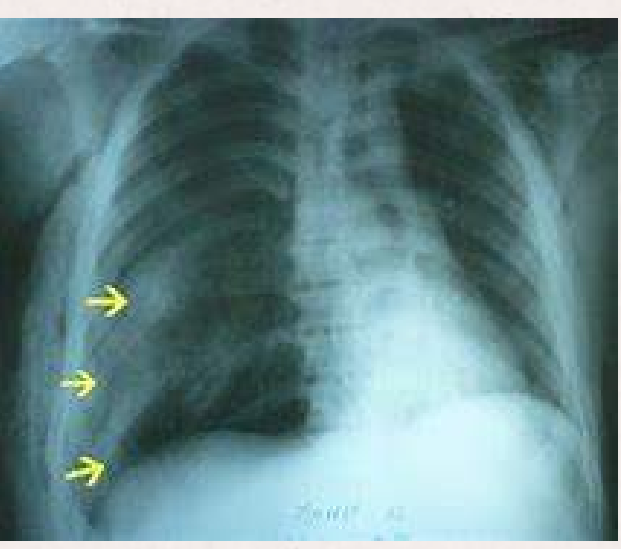


DEFINICION

-Producto de la fractura de 2 o mas costillas con alteracion en cinetica de ventilacion

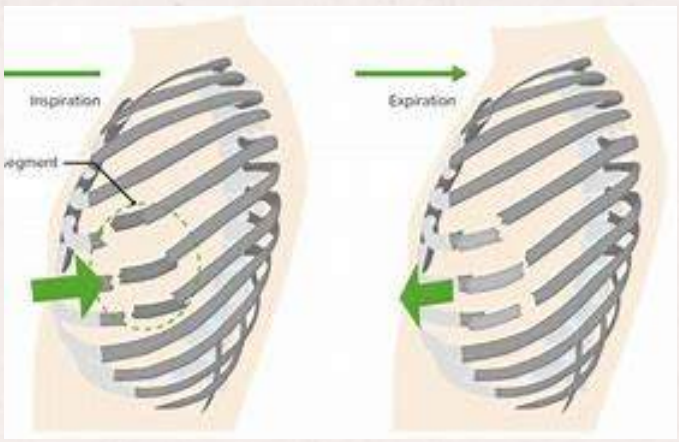
EPIDEMIOLOGIA

-10 a 15 % de todas las lesiones toracicas
-25 5 esta asociado a muertes por esta causa



ETIOLOGIA

Consecuencia de un trauma asociado a multiples factores costales



CLINICA

Dolor durante movimientos respiratorios
-Movimiento asimetrico entre ambos hemitorax
-Crepitaciones de area costal

DIAGNOSTICO

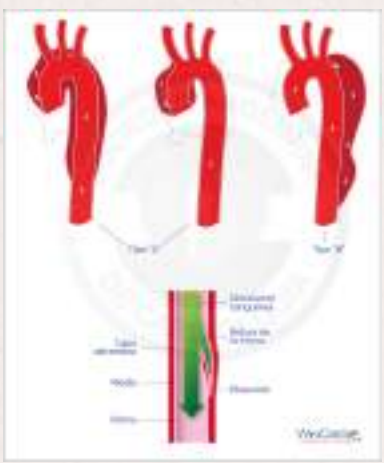
RADIOGRAFIA

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO INICIAL
-Oxigenacion, Analgesia, Hidratacion
Hipoxemia:Ventilacion endotraqueal

TRATAMIENTO DEFINITIVO
-Quirurgico (fijacion interna)

DISECCION TRAUMATICA DE LA AORTA

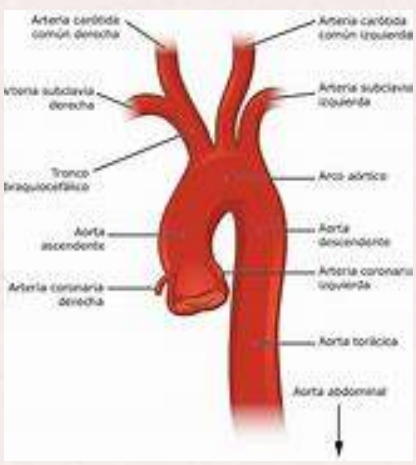


DEFINICION

Es un trauma por desaceleracion que ocasiona una diseccion en el istmo aortico en la inserccion del ligamento arterioso

EPIDEMIOLOGIA

-90% de lesiones se encuentran en istmo aortico
-Mortalidad es de 85% a 90 %



ETIOLOGIA

Caidas de gran altura
Accidentes de transito
Trauma por desaceleracion

CLINICA

-Dolor toracico agudo
-Hipotension refractaria

DIAGNOSTICO

-Radiografia toracica en busca de ensanchamiento mediastinal >8cm
-CONFIRMATORIO: Angiotomografia

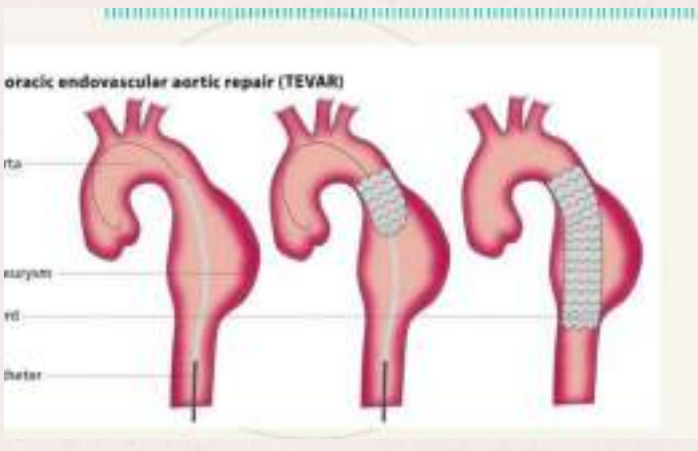
TRATAMIENTO

TRATAMIENTO INICIAL

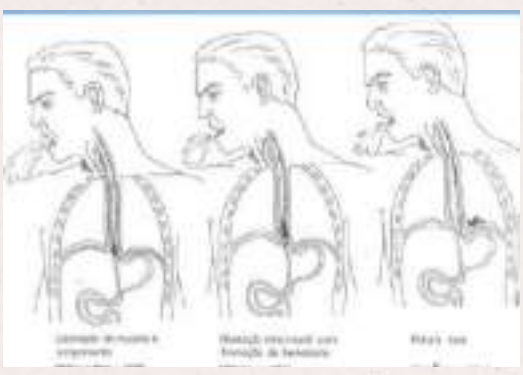
- Controlar la TA con esmolol (meta de <80 LPM y TAM de 60-70 mmHg

TRATAMIENTO DEFINITIVO

- Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino con reparacion directa de lesion



RUPTURA ESOFAGICA POR TRAUMA



DEFINICION

Trauma cerrado con desgarre lineal por aumento de presion intraabdominal hacia el esofago, suele ser mas frecuente por trauma penetrante

EPIDEMIOLOGIA

-1% de todas las lesiones traumaticas del tracto gastrointestinal
-Mortalidad de 30% a 50%

ETIOLOGIA

Traumas penetarntes

CLINICA

-Dolor toracico agudo
-Hipotension refractaria
-Golpe en la parte inferior del esternon o epigastrio
-Shock

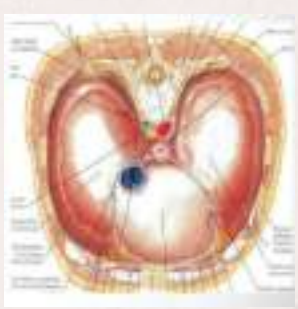
DIAGNOSTICO

RADIOGRAFIA DE ABDOMEN
- Se encuentra aire en mediastino

CONFIRMATORIO
- TAC contrastada o endoscopia

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO DEFINITIVO
- Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino con reparacion dircta en la lesion



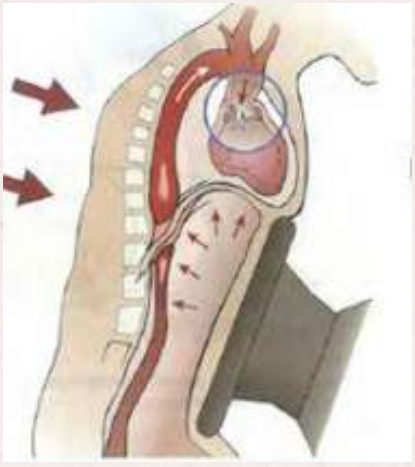
LESION DEL ARBOL TRAQUEOBRONQUIAL

DEFINICION

Lesion de traquea o bronquial es inusual
Se produce a 1 pulgada de la Carina y en donde bronquio derecho es el mas afectado

EPIDEMIOLOGIA

-1% de todas las lesiones traumaticas del tracto gastrointestinal
-Mortalidad de 30% a 50%

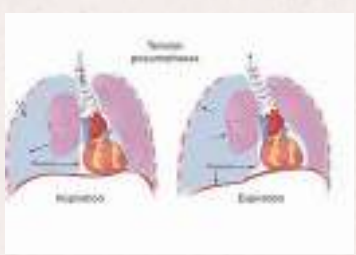


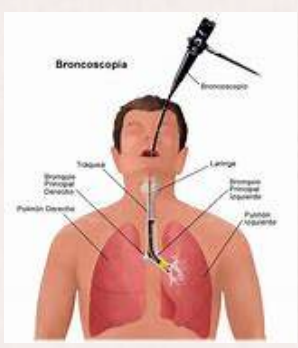
ETIOLOGIA

Generalmente secundaria a desaceleracion repida en un trauma contundente
Aplastamiento o trauma cerrado

CLINICA

-Hemoptisis
-Neumotorax hipertensivo
-Enfisema subcutaneo
-Salidas de grandes cantidades de aire posterior a la colocacion de sonda endopleural





DIAGNOSTICO

-Clinica
-GOLD STANDAR: Broncoscopia

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO INICIAL

- Colocacion de via aerea definitiva, generalmente en estos casos es dificil
- Asistencia endotraquial con fibra optica

TRATAMIENTO DEFINITIVO

- Intervencion quirurgica temprana en pacientes estables e inestables hasta que se resuela la inflamacion y el edema

TRAUMA ABDOMINAL

DEFINICION

El trauma abdominal se refiere a cualquier lesión en la cavidad abdominal, ya sea por mecanismos cerrados (contusos) o penetrantes, que pueden comprometer órganos sólidos, huecos o estructuras vasculares

EPIDEMIOLOGIA

- Es la tercera causa de muerte por trauma a nivel mundial, después del traumatismo craneoencefálico y torácico.
- Afecta predominantemente a hombres jóvenes en edad productiva.
- Los accidentes de tránsito son la principal causa de trauma abdominal cerrad

ETIOLOGIA

- Trauma cerrado: accidentes vehiculares, caídas desde altura, aplastamientos.
- Trauma penetrante: heridas por arma blanca o de fuego.
- Otros: lesiones deportivas, agresiones físicas

CLINICA

- Síntomas: dolor abdominal, distensión, náuseas, vómitos.
- Signos: equimosis, sensibilidad a la palpación, signos de irritación peritoneal.

DIAGNOSTICO

- Evaluación primaria (ABCDE) según protocolo ATLS.
- Ecografía FAST: detección rápida de líquido libre intrabdominal.
- Tomografía computarizada (TAC): evaluación detallada de lesiones en órganos sólidos.

TRATAMIENTO

- Estabilización hemodinámica: control de la vía aérea, reposición de líquidos, transfusiones si es necesario.
- Manejo quirúrgico: laparotomía exploratoria en pacientes inestables o con signos de peritonitis.

LESION DUODENAL

DEFINICION

Lesión traumática del duodeno, causada por traumatismo cerrado o penetrante, que puede comprometer parcial o completamente la pared duodenal. Se considera una lesión grave debido a su localización retroperitoneal y riesgo de complicaciones

EPIDEMIOLOGIA

- Representa ~3–5% de todas las lesiones gastrointestinales.
- Más común en hombres jóvenes (20–40 años).
- Frecuente en trauma cerrado por accidentes automovilísticos

ETIOLOGIA

- Trauma cerrado: 75% de los casos.
- Compresión brusca entre la columna vertebral y la pared abdominal
- Trauma penetrante: 25%.
- Heridas por arma blanca o arma de fuego

CLINICA

- Dolor abdominal epigástrico o en flanco derecho.
- Vómito, distensión abdominal.
- Signos de irritación peritoneal (si hay fuga).
- Hematomas en mesenterio o retroperitoneo.

DIAGNOSTICO

- Sospecha en pacientes con trauma abdominal cerrado y signos clínicos sutiles.
- TAC con contraste (preferido en pacientes estables): detecta aire retroperitoneal, líquido libre, engrosamiento duodenal.
- Radiografía de abdomen: puede mostrar aire retroperitoneal.
- Laparotomía exploradora: en pacientes inestables o con signos evidentes de peritonitis.

TRATAMIENTO

- stabilización inicial:
- Vía aérea, ventilación, control de hemorragia, acceso venoso, líquidos IV.
- Manejo quirúrgico:
- Depende del grado de la lesión (clasificación de la AAST – American Association for the Surgery of Trauma)

.

LESION PANCREATICA

DEFINICION

Daño traumático al parénquima o conducto pancreático principal, producto de trauma cerrado o penetrante

EPIDEMIOLOGIA

- Menos del 5% de las lesiones abdominales.
- Más frecuente en hombres jóvenes (15–45 años).
- Alta morbilidad si no se identifica y trata a tiempo.
- Asociada a otras lesiones abdominales (duodeno, hígado, bazo, grandes vasos).

ETIOLOGIA

- Trauma cerrado (70–75%)
- Compresión contra la columna vertebral (accidentes vehiculares, deportes).
- Trauma penetrante (25–30%)
- Heridas por arma blanca o de fuego.

CLINICA

- Dolor epigástrico, náusea, vómito.
- Signos inespecíficos inicialmente.
- Irritación peritoneal si hay fuga enzimática.
- Elevación de amilasa sérica (>3 veces), aunque no es específica.
- Hematoma retroperitoneal (hallazgo en laparotomía).

DIAGNOSTICO

- TAC con contraste: prueba de elección en pacientes estables.
- Puede mostrar laceraciones, colecciones, aire retroperitoneal.
- CPRE o colangiopancreatografía por RM: en casos seleccionados para valorar integridad del conducto pancreático.

TRATAMIENTO

- Estabilización inicial:
- Vía aérea, ventilación, control del shock, líquidos IV.
- Tratamiento quirúrgico:
- Depende del grado de lesión (clasificación AAST):

LESION ESPLENDICA

DEFINICION

Trauma que produce daño en el parénquima o vasos del bazo, con posible hemorragia intraabdominal. Es una de las lesiones más frecuentes en trauma abdominal cerrado.

EPIDEMIOLOGIA

- Es la lesión más común del abdomen en trauma cerrado (~40–50%).
- Más frecuente en hombres jóvenes.
- Importante causa de hemoperitoneo y shock hipovolémico.
- Alta asociación con fracturas costales izquierdas y otras lesiones abdominales.

ETIOLOGIA

- Trauma cerrado (80–90%):
- Accidentes automovilísticos, caídas, deportes de contacto.
- Trauma penetrante (10–20%):
- Arma blanca o de fuego.

CLINICA

- Dolor en cuadrante superior izquierdo, irradiado al hombro (signo de Kehr).
- Distensión abdominal, hipersensibilidad.
- Signos de hipovolemia: taquicardia, hipotensión.
- Puede haber peritonitis si hay ruptura capsular total.
- Sospecha clínica en politraumatizado con trauma toracoabdominal izquierdo.

DIAGNOSTICO

- AST (ultrasonido Focused Assessment with Sonography for Trauma):
- Rápido, útil en pacientes inestables.
- TAC con contraste:
- Estándar en pacientes estables. Evalúa grado de lesión (AAST I–V).
- Laparotomía exploradora:
- En pacientes inestables con abdomen agudo o hemoperitoneo masivo

TRATAMIENTO

- Paciente estable y lesión grado I–III:
- Manejo conservador con observación en UCI, seguimiento con TAC.
- Angioembolización si hay sangrado activo pero paciente estable.
- Paciente inestable o lesión grado IV–V:
- Laparotomía inmediata.
- Esplenectomía o esplenopexia según el caso