



Julio César Morales López.

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez.

Trauma Tórax y Abdomen.

Técnicas Quirúrgicas Básicas.

Sexto Semestre.

“A”.

Comitán de Domínguez Chiapas a 01 de Junio del 2025.

TRAUMATISMO TORÁCICO.

	Neumotórax Simple.	Neumotórax a Tensión.	Hemotórax.	Neumotórax Abierto.	Taponamiento Cardíaco.	Tórax Inestable.	Ruptura Diafragmática.	Diseción Traumática de la Aorta.	Ruptura Esofágica.	Lesión de Arbol Traqueobronquial.		
Definición.	Entrada de aire al espacio pleural por laceración pulmonar que provoca Hipoxia e Hipercapnia.	Lesión que ocurre cuando se filtra aire a través de una válvula unidireccional desde el pulmón o a través de la pared torácica.	Tipo de derrame pleural en el que hay un acúmulo de sangre <1500 ml en espacio pleural. Hemotórax Masivo: >1500 ml o drenaje > 200 ml/h durante 2 a 4 h.	Apertura de la cavidad torácica con intercambio entre presión intratorácica y atmosférica impidiendo una adecuada expansión pulmonar.	Acumulación de Sangre en Cavidad Pericárdica que dificulta el llenado de cavidades.	Producto de fractura de 2 o mas costillas adyacentes con alteración de la cinética ventilatoria.	Lesión en la que el Diafragma se eleva hasta el 4to espacio intercostal durante espiración.	Ruptura de la Aorta mayormente en el istmo aórtico a la altura del ligamento arterioso.	Trauma cerrado con desgarro lineal por aumento de presión intrabdominal hacia el esófago.	Lesión de Traquea o Bronquios, se Produce a una Pulgada de la Carina y el bronquio mas afectado es el Derecho.		
Epidemiología.	Mayormente en Hombres.	Evoluciona de un neumotórax simple.	10000 casos al año.	Mayormente en Hombres.	2 de cada 10,000 personas	7 % de los traumas torácicos.	1-7 en pacientes con trauma cerrado.	Mayor en Hombres.	3.1 caso por cada 1,000,000 personas en el mundo.	Mayor en Hombres.		
	Personas Jóvenes.		Mas común en Hombres.	Personas Jóvenes.						incidencia de 1-2% de accidentes.		
	Tabaquismo es un factor de Riesgo Importante.		Factor de Riesgo pacientes con Comorbilidades.	Tabaquismo es un factor de Riesgo Importante.						Mayor en <40 años.		
Etiología.	Fractura Costal (Causa más común).	Uso de ventilación mecánica invasiva en pacientes con lesión pleural visceral.	Lesión de vasos intercostales.	Herida Penetrante de Tórax.	Trauma Penetrante mayormente.	Trauma asociado a múltiples fracturas costales.	Accidentes automovilísticos.	Caídas de Gran Altura.	Trauma Penetrante.	Desaceleración rápida en un trauma contundente.		
			Lesión de herida penetrante a vasos sistémicos.							Aplastamiento o trauma cerrado.		
			Trauma Cerrado.							Trauma por alta energía.		
Clínica.	Ausencia de Ruidos Respiratorios.	Choque Obstructivo: Taquicardia e Hipotensión. Injurgitación Yugular.	Ausencia de Murmullo Vesicular.	Dolor Torácico.	Choque Obstructivo: Taquicardia e Hipotensión.	Dolor durante movimientos respiratorios.	Generalmente pasan desapercibidas.	Dolor Torácico Agudo.	Hemotórax o Neumotórax Izquierdo.	Hemoptisis.		
			Mátidez a la Percusión.	Herida que respira.						Movimiento asimétrico entre ambos hemitórax (Protuye en exhalación y se hunde en inhalación).	Shock	
	A la percusión Hiperresonancia o timpanismo.	Ruidos Respiratorios Velados.	Hiperresonancia a la percusión.	Hiperresonancia a la percusión.	Injurgitación Yugular.	Ruidos Cardiacos Velados.			Crepitaciones en área costal.	Hipotensión Refractaria.	Sin fracturas Costales.	Neumotórax Hipertensivo.
		Desviación traqueal contralateral.	Hemotórax Masivo: Choque Hipovolémico (Taquicardia e Hipotensión) y Venas del Cuello Aplanadas.	Hipoxia. Hipercapnia.	Ruidos Cardiacos Velados.						Golpe en Epigastrio. Sin Lesión Aparente.	Enfisema Subcutáneo.
Diagnóstico.	Clinico.	Clinico.	Clinico.	Clinico.	Clinico (Triada de Beck)	Clinico + Radiografía.	Radiografía Torácica.	Radiografía: Ensanchamiento Mediastinal > 8 Cm, obliteración de botón aórtico, desviación de tráquea o esófago a la derecha.	Radiografía: Aire en Mediastino.	Clinico.		
	Radiografía: Radiolúcides en área afectada.	No es necesaria una radiografía debido a que es una urgencia.	Radiografía: Radioopacidad en Hemitórax afectado.	Antecedente de Trauma Penetrante.	USG Fast.	Daño en grandes vasos 1-2 Costilla. Daño a Pulmón, Corazón y Pleura: 3-8 Costilla. Hígado, Bazo y Riñones: 9-12 Costilla.	Borramiento del Ángulo Costodiafragmático.			Confirmatorio: TAC contrastada o Endoscopia.	Confirmatorio: Broncoscopia.	
			Se confirma con Toracocentesis.		ECG: Actividad Eléctrica sin Pulso.		Gold Standar: TAC se encuentran visceras abdominales en Tórax.			Confirmatorio: Angiotomografía.		
Tratamiento.	GPC: Alto Flujo de Oxígeno > 15 L/min.	GPC: Descompresión en 2do EIC con Catéter de 6.5 cm.	Inicial ATLS: Reposición de Líquidos con Descompresión con Sonda Endopleural a 28-32 Fr en 5to EIC en LAA.	Inicial: Válvula Unidireccional con apósito oclusivo solo en 3 lados.	Tratamiento Inicial: Toracocentesis guiada por USG.	Inicial: Oxigenación, Hidratación y Analgesia, en caso de Hipoxemia Intubación Endotraqueal.	Reparación Quirúrgica Directa.	Inicial: Controla TA (Meta <80 LPM y TAM 60-70 mmHg. con Esmololo, Nicardipino, Nitroglicerina o Nitropusiato de Sodio).	Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino con reparación directa de la lesión.	Inicial: Colocación de Vía Aérea Definitiva con Asistencia Endotraqueal por Fibra Óptica.		
	ATLS: Pleurostomía con Sonda Endopleural de 28 fr en 5to Espacio Intercostal Línea Axilar Anterior	ATLS: Descompresión en 5to EIC en LAA con Aguja de 8 cm.	Inicial GPC: Toracotomía. Definitivo: Sonda Pleurostomía de calibre 28-36 Fr en LAA en 5to EIC. Hemotórax Masivo (>1500 ml): Toracotomía	Definitivo: Tubo pleural en 5to EIC LAM (Alejado de Lesión). Reparación Quirúrgica del Defecto.	Tratamiento Definitivo: Toracotomía con Ventana Pericárdica.	Definitivo: Quirúrgico: Fijación Interna.				Definitivo: Intervención Quirúrgica Temprana Despues de Resolver Inflamación y Edema.		

TRAUMA ABDOMINAL.

	Trauma Abierto.	Trauma Cerrado.	Lesión Pancreática.	Lesión Duodenal.	Lesión de Esplénica.
Definición.	Traumatismo abdominal con solución de continuidad en Peritoneo que pone en contacto la cavidad abdominal con el exterior.	Traumatismo abdominal sin solución de continuidad en Peritoneo.	Una lesión pancreática es cualquier daño contuso o penetrante al páncreas, que puede variar desde una contusión menor hasta una transección completa del órgano, generalmente asociada a otros traumas abdominales.	La lesión duodenal es un daño al duodeno, ya sea por contusión, laceración o perforación, causado por trauma cerrado o penetrante, que puede afectar cualquier porción del duodeno y frecuentemente se asocia a lesiones de órganos adyacentes	La lesión esplénica es un daño al parénquima o cápsula del bazo, causado por trauma contuso o penetrante, que puede ir desde una contusión menor hasta la ruptura completa del órgano, con riesgo significativo de hemorragia intraabdominal.
Epidemiología.	Mayormente en Hombres.	Mayormente en Hombres.	Incidencia de 0.2 a 0.8 % de los casos.	Incidencia de 3-5 % de traumatismos abdominales.	Mayormente en Hombres Jóvenes.
	Adultos Jóvenes.	Mayormente por accidente automovilístico.	Mayormente en Hombres Jóvenes.	Mayormente en Hombres.	Por Accidente Automovilístico.
Etiología.	Herida por Arma Blanca.	Trauma Contuso.	Golpe Directo en Epigastrio.	Impacto Frontal Directo al Abdomen.	Traumatismos Penetrantes.
	Herida por arma de fuego.				
Cuadro Clínico.	Órganos que se afectan por arma blanca: Bazo, Hígado, Riñón e Intestino Delgado.	Órganos afectados: Bazo, Hígado, Riñón e Hígado.	Trauma cerrado con enzimas pancreáticas normales al inicio que posteriormente se elevan.	Aspiración de Sangre en Sonda Nasogástrica.	Hemorragia Peritoneal en Área Esplénica.
	Órganos que se afectan por arma de fuego: Intestino Delgado Colon e Hígado.			Aire en Retroperitoneo en Tomografía.	Signo de Kehr: Dolor en hombro izquierdo secundario a irritación diafragmática en la ruptura esplénica.
Diagnóstico.	TAC.	TAC.	Diagnóstico con TAC de doble contraste.	Diagnóstico con TAC de doble contraste.	Diagnóstico con Ultrasonido Abdominal o Tomografía Computarizada.
	Ultrasonido FAST.	Ultrasonido FAST.			
	Si no hay USG FAST, realizar lavado peritoneal.	Si no hay USG FAST, realizar lavado peritoneal.			
Tratamiento.	Lavado Peritoneal.	Lavado Peritoneal.	Laparotomía.	Laparotomía.	Vigilancia y reposo.
	Laparotomía.	Laparotomía.			Si hay Inestabilidad Hemodinámica o Fast positivo= Laparotomía.
					Esplenectomía Parcial o Total.

Referencias.

- del Curso para Estudiantes, M. (n.d.). *Soporte Vital Avanzado en Trauma®*. Edu.Mx. Retrieved June 1, 2025, from https://amfem.edu.mx/docs/biblioteca_virtual/ATLS-manual_estudiantes.pdf