



Nombre del alumno: Mayra Grissel Mollinedo Noyola.

Nombre de docente: Dr. Erick Antonio Flores Gutierrez

Nombre del trabajo: Trauma torácico y abdominal

Materia: Técnicas quirúrgicas básicas

Grado y grupo: 6° "B"

PASIÓN POR EDUCAR

Carrera: Medicina humana.

Comitán de Domínguez Chiapas a 05 de abril de 2025.

Traumas torácicos

Patología	Definición	Epidemiología	Etiología	Clínica	Diagnostico	Tratamiento inicial	Tratamiento definitivo
Neumotórax Simple	Entrada de aire al espacio pleural por laceración pulmonar con hipoxia e hipercapnia	Alta frecuencia en trauma torácico cerrado Mayormente en hombres jóvenes	Causado mayormente por fractura costal	Ausencia de ruidos respiratorios Timpanismo o hiperresonancia a la percusión	Clínico Radiografía: Radiolúcidas en área afectada	Alto flujo de oxígeno > 15L/min	Pleurostomía con sonda endopleural de 28 fr en 5to EIC en línea axilar anterior
Neumotórax a tensión	Se desarrolla cuando se filtra aire a través de una "válvula unidireccional" desde el pulmón o a través de la pared torácica		Ventilación mecánica con presión positiva en pacientes con lesión pleural visceral	Dolor torácico Disnea Taquipnea Dificultad respiratoria Taquicardia Hipotensión Desviación traqueal hacia el lado opuesto a la lesión	Clínica	Insertando rápidamente un catéter grueso sobre una aguja en el espacio pleural.	La toracostomía con un tubo

				Ausencia unilateral de ruidos respiratorios Hemitórax elevado sin movimiento respiratorio Distensión de venas del cuello Cianosis (manifestación tardía)			
Neumotórax Abierto	Las grandes lesiones de la pared torácica que quedan abiertas pueden causar un neumotórax abierto, también conocido como una herida torácica succionante	Lesión penetrante torácica	Arma blanca, bala	Succión audible, salida de aire, disnea	Clínico	cierre rápidamente la anomalía con un apósito oclusivo estéril sucientemente grande para cubrir los bordes de la herid	Drenaje torácico y cierre quirúrgico
Tórax inestable	Fractura de ≥ 3 costillas en ≥ 2 puntos \rightarrow segmento libre	Común en accidentes vehiculares	Trauma cerrado de alta energía	Dolor intenso, movimiento paradójico, disnea	Rx, TAC	Analgesia efectiva VM	fijación quirúrgica costal
Hemotórax simple	Sangre en cavidad pleural < 1500 mL	25% de traumas torácicos	<i>Lesión pulmonar, intercostal o costal</i>	<i>Disnea, matidez, \downarrow murmullo, hipovolemia leve</i>	Rx, USG (E-FAST), TAC	Tubo torácico (36–40 Fr)	Observación y manejo conservador
Hemotorax masivo	se produce por la acumulación rápida de más de 1500 ml de sangre o de un tercio o más de la volemia del paciente en la cavidad torácica	Trauma penetrante torácico	<i>Herida penetrante con lesión de vasos sistémicos o hiliares, pero también puede ser consecuencia</i>	<i>Shock, hipovolemia, colapso venas del cuello pueden estar plana</i>	sospechado cuando se asocia shock con la ausencia de ruidos respiratorios o matidez a la percusión en un hemitórax	sospechado cuando se asocia shock con la ausencia de ruidos respiratorios o matidez a la percusión en un hemitórax	

			<i>de un trauma cerrado</i>				
Contusion pulmonar	Hemorragia alveolar por trauma directo	Trauma cerrado (accidentes, caídas)	Compresión torácica, torax inestable	Disnea progresiva, hemoptisis, hipoxia	TAC (mejor que Rx), Rx tardía	O ₂ , restricción hídrica, analgesia	Soporte ventilatorio intensivo
Taponamiento cardiaco	compresión del corazón por la acumulación de líquido en el saco pericárdico	Muy rara, grave	Trauma cerrado de alta energía	Enfisema subcutáneo, neumotórax persistente, hemoptisis	TAC, broncoscopia (confirmación)	Asegurar vía aérea, O ₂	Reparación quirúrgica urgente
Lesion árbol traqueobronquial	Lesión de la aorta (istmo) por desaceleración	80-90% mueren antes de hospital	Accidente vehicular de alta energía	Dolor torácico, diferencia de pulsos, soplo	TAC con contraste, Rx: mediastino ancho	TA controlada (beta-bloqueo)	Reparación endovascular o cirugía abierta
Disección Aórtica Traumática	Perforación esofágica traumática	Poco común, alta mortalidad	Trauma penetrante o iatrogénico	Dolor torácico, disfagia, fiebre, signo de Hamman	Esofagografía con contraste, TAC	Ayuno, antibióticos	Reparación quirúrgica, drenaje

Traumas abdominales

Patología	Definición	Epidemiología	Etiología	Clínica	Diagnostico	Tratamiento inicial	Tratamiento definitivo
Trauma Esplénico	Daño al parénquima renal y/o vasos renales por trauma	10% de lesiones abdominales. Más común en trauma cerrado.	Contusión por trauma cerrado (accidentes), o penetrante (heridas de arma blanca/fuego).	Hematuria (micro o macroscópica), dolor en flanco, masa palpable, hipotensión si grave	- E-FAST (si inestable) - TAC con contraste (si estable) - Urografía IV si TAC no disponible	- ABC (ATLS) - Cristaloides, control de volemia - O ₂ , sonda vesical	- Conservador si estable y sin sangrado activo (grado I-III) - Embolización selectiva o cirugía si sangrado persistente
Trauma hepático	Lesión del bazo por trauma contuso o penetrante	Órgano más frecuentemente lesionado en trauma cerrado (20-50%)	Trauma cerrado (accidente vehicular, caídas). Ruptura esplénica espontánea rara.	Dolor en hipocondrio izquierdo, signos peritoneales si ruptura, signo de Kehr (dolor en hombro izq), hipotensión	E-FAST inicial - TAC con contraste si estable - Labs: Hb, Hto	Reanimación según ATLS - Vigilancia estrecha si estable	Conservador si hemodinámicamente estable (observación + TAC seriado) - Embolización o esplenectomía si inestable o sangrado masivo
Trauma renal	Lesión del hígado que afecta su parénquima y/o vasos	2º órgano más lesionado en trauma cerrado (15-45%)	Trauma cerrado (choques de alta energía) o penetrante.	Dolor en hipocondrio derecho, defensa, taquicardia,	E-FAST si inestable - TAC abdominal con contraste (Gold	ABC (ATLS) - Cristaloides, transfusión si necesario	Conservador en >80% de los casos (grado I-III) - Embolización o cirugía

				hipotensión si sangrado activo	standard si estable) - Labs: transaminasas	- Monitorización	(hepatorrafia, ligadura) en casos graves
--	--	--	--	--------------------------------------	---	---------------------	--