



**Javier Adonay Cabrera Bonilla**

**Erick Antonio flores Gutiérrez**

**Técnicas quirúrgicas básicas**

**Trauma tórax y abdomen**

**6°**

**“B”**

Comitán de Domínguez, Chiapas a 30 de mayo del 2025.

**Traumatismos**

**Traumatismos torácicos**

Neumotórax	Definición	Epidemiología	Etiología	Clínica	Diagnostico	Tratamiento
Simple	Entrada de aire al espacio pleural por laceración pulmonar, con alteración con hipoxia e hipercapnia	Presente en el 75% de los politraumatizados	Fractura costal	Ausencia de ruidos cardiacos Timpanismo a la percusión	Clínica Radiografía(radiolucides)	Oxigeno mayor a 15 L/min Pleurostomia con sonda endopleural ( 28 fl en 5to E.I.C)
A tensión	Lesión por filtración aérea a través de válvula unidireccional desde o la pared torácica	43% por accidentes de vehículos de motor	Uso de ventilación mecánica	Taquicardia Hipotensión Choque obstructivo Desviación contralateral de tráquea	Clínico ( diferenciar con taponamiento cardiaco )	Descompresión (5to E.I. C- ajuga de 8 cm) Pleurostomia con sonda (definitivo)
Abierto	Lesión en la pared que permite la entrada de aire desde el exterior hasta el espacio pleural	La hipoxia causa es la consecuencia más seria	Lesión de la pared torácica	Dolor torácico Cianosis Taquicardia y taquipnea Ruidos cardiacos disminuidos	Clínico	Apósito estéril / tubo pleural (inicial) Cirugía ( definitivo)
Hemotórax	Derrame pleural con acumulación de sangre menor a 1500 ml	En aproximadamente 300, 000 personas	Lesión de vasos intercostales	Ausencia de murmullo vesicular Matidez	Radiografía Toracentesis(confirmatorio)	Pleurostomia con sonda en línea axilar anterior
Masivo	Acumulación de sangre mayor a 1500 ml	Traumatismo por vehículos de motor	Trauma cerrado	Choque hipovolémico Venas en cuello aplanadas	Clínico	Reposición de líquidos mas descompresión con sonda endopleural (inicial) Toracotomía (GPC) Si presenta sangre mayor 1500 ml
Tórax inestable	Producto de la fractura de 2 o más costillas adyacentes con alteración cinética de la ventilación	10- 15% de casos 10-20 % de mortalidad Complicación más grave de contusión pulmonar	Politraumatismo	Dolor al movimiento Movimiento asimétrico de tórax Crepitación en área costal	Clínica Radiografía	Oxígeno, hidratación, anestesia(inicial) Fijación interna (definitivo)
Taponamiento cardiaco	Acumulación de sangre en cavidad pericárdica	2 de cada 10, 000 personas Complicación de diversas patologías	Trauma penetrante	Triada de Beck (hipotensión, ruidos cardiacos apagados Ingurgitación yugular)	Clínica UDG o FAST ( confirmatorio)	Pericardiocentesis guiada (inicial) Toracotomía con ventana pericárdica( definitivo)
Contusión pulmonar	Lesión potencialmente letal	Principal causa de muerte en tórax inestable	Tórax inestable	Disnea Taquipnea Hemoptisis Hipoxemia	Radiografía ( infiltración alveolar)	Oxigeno Anestesia Fisioterapia Ventilación
Diseccción aórtica	Desgarro en la capa interna de la aorta	5- 30 casos por millón de personas al año Hombres de 40- 70 años	Trauma por desaceleración	Dolor torácico agudo Hipotensión refractaria	Radiografía Angiografía ( confirmatorio)	Controlar TA con osmolol Drenaje y reparación directa ( definitivo )
Lesión de árbol traqueo bronquial	Lesión traqueal o bronquial a 1 pulgada de la Carina	43% por accidentes de vehículos de motor	Desaceleración rápida en trauma	Hemoptisis Neumotórax hipertensivo Enfisema subcutáneo cervical Salida de aire posterior a colocación de sonda	Clínica Broncoscopia(confirmatorio)	Colocación de vía aérea definitiva (inicial) Intervención quirúrgica( definitivo)

Ruptura traumática esofágica	Trauma cerrado con desgarro lineal por aumento en presión intrabdominal en esófago	Presente en el 75% de los politraumatizados	Trauma penetrante	Neumotórax sin fracturas costales Golpe esternal (dolor o shock) Sin lesión aparente	Radiografía (aire en mediastino) TAC contrastada (confirmatorio)	Drenaje amplio Reparación directa
Traumatismo abdominal						
Traumatismo cerrado	Sin lesión de continuidad en peritoneo	Bazo 40-55% Hígado 35- 45% Riñón 15%	Trauma abdominal	Dolor difuso	TAC (con estabilidad hemodinámica) FAST (sin estabilidad hemodinámica)	Conservador (estable) Laparotomía ( inestable )
Traumatismo penetrante	Con solución de continuidad en peritoneo	Hígado 40% ID 30% diafragma 20%	Arma de fuego Arma blanca	Difuso	TAC (con estabilidad hemodinámica) FAST ( sin estabilidad hemodinámica)	Conservador (estable) Laparotomía ( inestable )
Lesión esplénica	Lesión en órgano esplénico	40-55 % de los traumas	Trauma penetrante	Hemorragia peritoneal Signo de Kehr	Ultrasonido abdominal Tomografía computarizada	Conservador Laparotomía ( inestabilidad hemodinámica)
Lesión de vísceras huevas	Lesión en órgano hepático	5-10% de los casos	Impacto frontal	Aspiración de sangre en SNG Aire retroperitoneal (Tomografía)	TAC de doble contraste	Laparotomía
Lesión hepática	Lesión en órganos viscerales	En 5% de los traumas ingresados	Accidente de tráfico Impacto en flanco derecho	Shock Taquicardia Tegumentos fríos Cianosis	Tomografía	Laparotomía
Lesión pancreática	Lesión en órgano pancreático	1-2 en traumas cerrados 4-7 % en traumas penetrantes	Golpe directo en epigastrio	Elevación de enzimas pancreáticas	Pielograma IV TAC doble contraste	Laparotomía

