



**Nombre del alumno: Elvin Caralampio
Gómez Suárez**

**Nombre del profesor: Dr. Erick Antonio
Flores Gutiérrez**

**Nombre del trabajo: Trauma Tórax y
Abdomen**

Materia: Técnicas Quirúrgicas Básicas

Grado: 6

Grupo: "C"

Comitán de Domínguez Chiapas a 01 mayo de 2025.

TRAUMATISMOS TORÁCICOS

PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	EPIDEMIOLOGÍA	ETIOLOGÍA	CLÍNICA (Signos y síntomas)	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Neumotórax simple	Aire en espacio pleural por laceración pulmonar.	Jóvenes, fumadores, más común en hombres.	Fracturas costales, ventilación mecánica.	↓ ruidos respiratorios, timpanismo, sin distensión yugular.	Clínico + Rx (radiolucidez).	O ₂ + pleurostomía (28 Fr, 5° EIC, LAA).
Neumotórax a tensión	Aire entra sin salida, genera presión.	Grave, más común en adultos mayores.	Lesión pleural visceral, trauma cerrado.	Hipotensión, desviación traqueal, distensión yugular, timpanismo.	Clínico + Rx.	Descompresión con aguja + pleurostomía.
Neumotórax inestable (tórax volante)	Fracturas múltiples → movimiento paradójico.	Mayores con osteopenia, por accidentes.	Múltiples fracturas costales.	Dolor, movimiento torácico asimétrico, crepitaciones.	Clínico + Rx.	O ₂ , analgesia, intubación si hipoxemia.
Neumotórax abierto	Comunicación con exterior → pérdida presión negativa.	Jóvenes, 70% por accidentes, trauma penetrante.	Herida penetrante torácica.	Dolor, "herida que respira", timpanismo, hipoxia.	Clínico + antecedentes.	Aposito 3 lados + tubo torácico + cirugía.
Hemotórax / Hemotórax masivo	Acúmulo sanguíneo pleural (< o >1500 ml).	Hombres adultos, frecuente en trauma cerrado.	Lesión de vasos intercostales o trauma penetrante.	Matidez, ↓ murmullo vesicular, hipotensión, cuello plano.	Clínico + Rx + toracocentesis.	Sonda torácica (28–32 Fr), toracotomía si masivo.

 LESIONES INTERNAS TORÁCICAS

PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	EPIDEMIOLOGÍA	ETIOLOGÍA	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Disección traumática aórtica	Ruptura aórtica por desaceleración.	1/100,000, 80% mortalidad.	Caídas altas, accidentes.	Dolor torácico + hipotensión.	Rx (ensanchamiento mediastinal), angioTAC.	Esmolol/Nicardipina + reparación endovascular.
Taponamiento cardíaco	Sangre en pericardio → compresión corazón.	2/10,000; mortalidad 21.1%.	Herida penetrante torácica.	Triada de Beck: hipotensión, ↑ yugular, ↓ ruidos cardíacos.	Clínico + USG FAST.	Pericardiocentesis + toracotomía.
Ruptura esofágica	Desgarro esofágico por presión intraabdominal.	3/100,000, hombres mayores.	Trauma cerrado o penetrante.	Aire en mediastino, hemotórax, sepsis.	TAC o endoscopia.	Drenaje + reparación quirúrgica.
Lesión traqueobronquial	Lesión cerca de carina, afecta bronquio derecho.	0.4%, más en politraumatizados.	Trauma cerrado, penetrante.	Hemoptisis, enfisema subcutáneo, fuga aérea.	Broncoscopia.	Vía aérea + cirugía urgente.

TRAUMATISMOS ABDOMINALES

PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	EPIDEMIOLOGÍA	ETIOLOGÍA	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Trauma abdominal cerrado	Sin penetración del peritoneo.	73% por accidentes; hombres 45–60 años.	Golpes directos, desaceleración, cinturón.	Dolor, signos cinturón, lesiones óseas.	USG FAST, TAC.	Conservador si estable, laparotomía si inestable.
Trauma abdominal abierto	Herida penetrante abdominal.	Hombres jóvenes; armas blancas/fuego.	Armas, explosiones.	Hemorragia, exposición de vísceras.	USG FAST, TAC.	Laparotomía urgente.
Trauma esplénico	Lesión más común en trauma cerrado.	30–45% de los casos; más en hombres.	Accidente tránsito, caídas, golpe directo.	Dolor en HCl, signo de Kehr.	TAC (doble contraste).	Observación si estable; esplenectomía si inestable.
Lesión duodenal	Desgarro por trauma directo o penetrante.	Rara (0.2–0.6%), 80% por arma.	Trauma directo, cirugía previa.	Aire retroperitoneal, dolor abdominal, sangrado.	TAC, endoscopía.	Laparotomía.
Lesión pancreática	Daño por impacto epigástrico.	0.5–8%, trauma penetrante más frecuente.	Trauma cerrado, procedimientos quirúrgicos.	Enzimas normales al inicio, ↑ posterior.	TAC.	Laparotomía.

Bibliografía:

- American College of Surgeons. (2018). *ATLS: Soporte Vital Avanzado en Trauma para Médicos* (10ª ed.). American College of Surgeons.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). (2011). *Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento inicial del trauma cerrado de tórax y abdomen en el primer nivel de atención*. Secretaría de Salud.
- Ronald M. Stewart, M. F. (s.f.). Traumatismo Toracico y Traumatismo abdominal. En C. M. Peterson (Ed.), *ATLS. soporte vital avanzadi en trauma* (Decima ediccion ed., págs. 63-160). ediccion 4-5 y la guia practica clinica actualizada