



**Nombre del alumno: Karina Montserrat Méndez Lara.**

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

**Nombre del trabajo: Trauma tórax y abdomen.**

**Materia: Técnicas Quirúrgicas Básicas.**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Grado: 6**

**Grupo: "C"**

Comitán de Domínguez Chiapas 01 de junio de 2025.

# CUADRO COMPARATIVO TRAUMATISMOS TORACICOS

	NEUMOTÓRAX SIMPLE	NEUMOTÓRAX A TENSIÓN	NEUMOTÓRAX ABIERTO	HEMOTÓRAX SIMPLE	HEMOTÓRAX MASIVO	TÓRAX INESTABLE	TAPONAMIENTO CARDIACO	CONTUSIÓN PULMONAR	LESIÓN DE ÁRBOL TRAQUEOBRONQUIAL	DISECCIÓN AÓRTICA TRAUMÁTICA	RUPTURA ESOFÁGICA TRAUMÁTICA
DEFINICIÓN	Aire en espacio pleural sin colapso completo del pulmón.	Aire bajo presión en cavidad pleural que desplaza estructuras mediastínicas.	Comunicación entre pleura y ambiente exterior (herida succionante).	Acúmulo de sangre en el espacio pleural (<1500 mL).	>1500 mL de sangre en espacio pleural.	2 o más fracturas de 3 o más costillas consecutivas.	Acúmulo de sangre en pericardio que impide llenado cardíaco.	Lesión alveolar y hemorragia sin solución de continuidad.	Rotura parcial o completa de tráquea o bronquios.	Rotura parcial o completa de la aorta, generalmente a nivel del istmo.	Lesión esofágica por trauma cerrado o penetrante.
EPIDEMIOLOGÍA	10-20% trauma torácico, jóvenes, + común en hombres.	Urgencia vital, causa de muerte prevenible.	Causa importante de hipoxia en trauma penetrante.	Frecuente en trauma torácico.	Causa significativa de shock hipovolémico.	10% de trauma torácico severo.	2% de trauma torácico penetrante.	Hasta 30% de trauma torácico cerrado.	Rara, 1-2% trauma torácico grave.	<1% trauma torácico, alta mortalidad.	Muy rara.
ETIOLOGÍA	Trauma cerrado o penetrante.	Ventilación mecánica, trauma penetrante.	Herida torácica penetrante.	Lesión pulmonar, costillas, vasos intercostales.	Lesión de vasos mayores (arterias intercostales, hilio).	Trauma contuso de alta energía.	Heridas penetrantes del tórax, trauma cerrado.	Trauma contuso, desaceleración.	Trauma cerrado (desaceleración), penetrante.	Desaceleración brusca (choques vehiculares).	Golpe directo en epigastrio, compresión.
CLÍNICA	Disnea, dolor torácico, hipoventilación, disminución del murmullo vesicular.	Disnea intensa, cianosis, ingurgitación yugular, desviación traqueal, hipotensión.	Herida succionante, dificultad respiratoria, ruidos respiratorios ausentes o disminuidos.	Disnea, matidez a la percusión, hipoventilación.	Hipotensión, hipovolemia, choque, matidez, disminución de ruidos respiratorios.	Dolor torácico, hipoventilación, movimiento paradójico de pared torácica.	Disnea, hipotensión, ingurgitación yugular, ruidos cardíacos apagados (Triada de Beck).	Disnea, hipoxemia, hemoptisis, estertores crepitantes.	Enfisema subcutáneo, estridor, hemoptisis, cianosis.	Dolor torácico o interescapular, hipotensión, pulso diferencial, soplo.	Dolor torácico/epigástrico, disnea, fiebre, enfisema subcutáneo, salida de material alimenticio por tubo de tórax.
DIAGNÓSTICO	Radiografía de tórax, USG (E-FAST).	Clínico (urgencia).	Clínico.	Clínico, Rx (radiopacidad).	Clínico, Rx (radiopacidad).	Clínico, Rx.	Ecocardiografía, E-FAST.	Radiografía de tórax, TAC	TAC, broncoscopia.	Radiografía (mediastino ensanchado), TAC, angiografía.	Radiografía, TAC, esofagografía.
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicial: Oxígeno suplementario, monitorización.</li> <li>Definitivo: Colocación de tubo de drenaje torácico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicial: Descompresión inmediata con aguja (8 cm).</li> <li>Definitivo: Colocación de tubo de drenaje torácico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicial: Valvula unidireccional.</li> <li>Definitivo: Colocación de tubo de drenaje torácico y cierre quirúrgico de la herida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicial: Colocación de tubo de drenaje torácico.</li> <li>Definitivo: Control clínico, cirugía si sangrado persistente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicial: Cristaloides y hemoderivados.</li> <li>Definitivo: Toracotomía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicial: Oxigenación, hidratación, analgesia, (intubación endotraqueal).</li> <li>Definitivo: Qx (fijación interna).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicial: Pericardiocentesis guiada de USG.</li> <li>Definitivo: Toracotomía con ventana pericárdica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicial: Oxígeno, ventilación asistida si necesaria.</li> <li>Definitivo: Manejo de soporte, fisioterapia respiratoria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicial: Asegurar vía aérea, oxigenoterapia.</li> <li>Definitivo: Intervención Qx.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicial: Estabilización hemodinámica, control de TA con esmolol.</li> <li>Definitivo: Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino, Qx.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino con reparación directa de la lesión.</li> </ul>

# CUADRO COMPARATIVO TRAUMATISMOS ABDOMINALES

	TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN	TRAUMA PENETRANTE DE ABDOMEN	LESIÓN ESPLÉNICA	LESIÓN HEPÁTICA	LESIÓN DE DUODENO/VÍSCERAS HUECAS	LESIÓN PANCREÁTICA
DEFINICIÓN	Lesión abdominal sin solución de continuidad de piel; secundaria a compresión, desaceleración o cizallamiento.	Lesión abdominal por arma blanca o de fuego, que penetra la cavidad peritoneal.	Lesión por laceración o ruptura del bazo.	Laceración o ruptura del hígado tras trauma.	Ruptura del duodeno, intestino delgado, colon o estómago.	Laceración o sección del páncreas.
EPIDEMIOLOGÍA	80-90% de traumas abdominales. Bazo (40-55%), hígado (35-45%), intestino (5-10%).	10-20% de traumas abdominales. Lesiones frecuentes: hígado (40%), intestino delgado (30%), colon (15%).	30-45% de los casos, órgano más lesionado en trauma cerrado.	2do órgano más lesionado.	Poco frecuente; 5-10% trauma cerrado.	Rara, hasta 5% trauma cerrado.
ETIOLOGÍA	Accidentes vehiculares, caídas, golpes directos.	Arma blanca, proyectiles, explosiones.	Trauma contuso (choques vehiculares, caídas).	Trauma cerrado, arma blanca, arma de fuego.	Trauma cerrado (impacto directo) o penetrante.	Golpes directos (volante, manubrio), desaceleración.
CLÍNICA	Dolor abdominal, signos de peritonitis, distensión, equimosis en flancos (signo de Gray-Turner) o periumbilical (Cullen).	Dolor, herida penetrante, evisceración, sangrado, signos de irritación peritoneal, shock.	Dolor en hipocondrio izquierdo, signo de Kehr (dolor referido a hombro), hipovolemia, shock.	Dolor en hipocondrio derecho, hipotensión, signos de peritonitis, shock.	Dolor abdominal, signos de irritación peritoneal, aire retroperitoneal, hematomas en flanco.	Dolor epigástrico persistente, náusea, vómito, signos de peritonitis, elevación de amilasa.
DIAGNÓSTICO	FAST, TAC, LPD si necesario.	TAC, LPD, laparoscopia, examen físico seriado.	FAST, TAC (lesiones grado I-V).	FAST, TAC.	TAC, radiografía con aire retroperitoneal, LPD.	TAC con contraste, amilasa sérica elevada.
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicial: Evaluación primaria, estabilización hemodinámica, monitorización.</li> <li>Definitivo: Laparotomía si es inestabilidad hemodinámica, lesión visceral mayor, peritonitis. Conservador si es estable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicial: Evaluación rápida, estabilización, control de hemorragia externa.</li> <li>Definitivo: Laparotomía en inestables, evisceración, peritonitis, sangrado activo. Manejo conservador o exploración en estables según estudios.</li> </ul>	Esplenectomía o esplenorrafia en casos severos. Conservador en lesiones leves y estables.	Reparación Qx, empaquetamiento, embolización selectiva en casos específicos.	Laparotomía para reparación primaria, resección si es necesario.	Drenaje o resección según localización y gravedad.

## Bibliografía:

American College of Surgeons. (2018). *ATLS: Advanced Trauma Life Support: Manual del estudiante* (10ª ed.). Chicago, IL: American College of Surgeons.