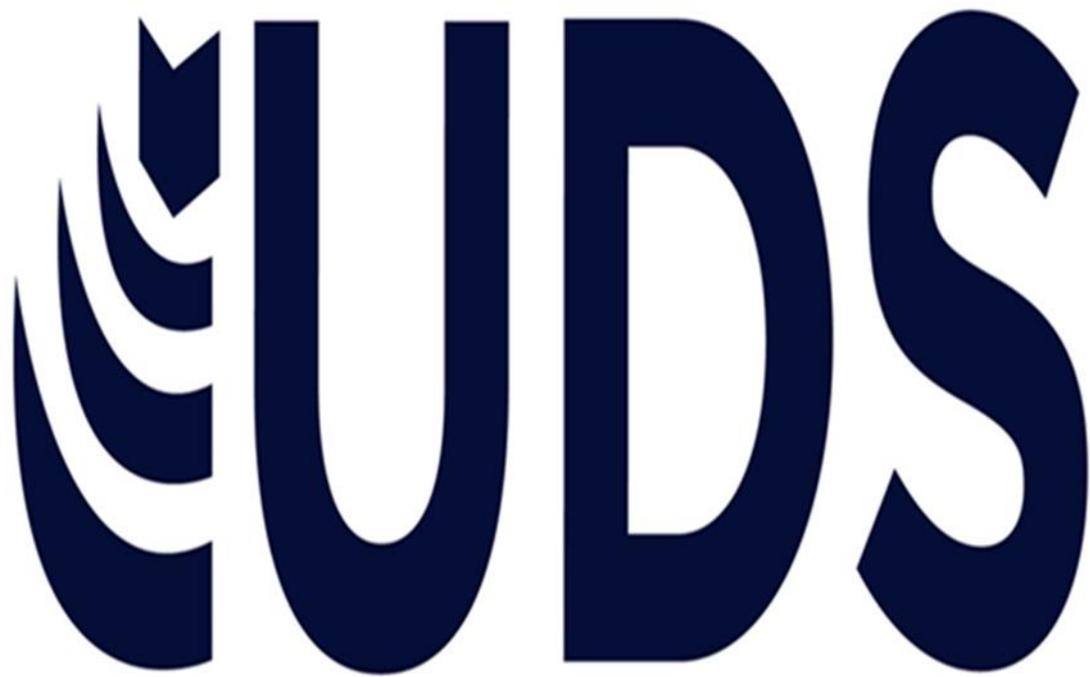


Portada



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Débora Mishel Trujillo Liévano

Nombre del tema: abordaje de malas noticias

Parcial: 3

Nombre de la Materia: cuidados paliativos

Nombre del profesor: Romeo Antonio Molina Román

Nombre de la Licenciatura: medicina humana

Cuatrimestre: 6

Fecha de elaboración: 30 de mayo del 2025

Traumatismos torácicos

nombre	Definición	epidemiología	etiología	clínica	diagnostico	tratamiento
Neumotórax	x	x	x	x	x	x
Neumotórax simple	Entrada de aire al espacio pleural por laceración pulmonar, con alteración v/q con hipopsia e hipercapnia	La incidencia del NSP es de 7 a 18 casos por 100,000 hombres y de 1 a 6 casos por 100,000 mujeres al año.	se debe a la entrada de aire en el espacio entre el pulmón y la pared torácica	-ausencia de ruidos respiratorios - timpanismo -no existe hipotensión ni distensión yugular (a diferencia de neumotórax a tensión)	el diagnóstico es clínico y en la radiografía se encuentra radiolucidez en área afectada.	-GPC; neumotórax menor el tratamiento es con alto flujo de oxígeno mayor a 15L/min. -ATLS pleurostomia con sonda endopleural de 28 fr en 5to.E.I.C. en línea axilar derecha.
Neumotórax a tensión	Acumulación de aire dentro del espacio pleural que genera una presión positiva, comprimiendo al pulmón y desplazando el mediastino.	El neumotórax a tensión suele representar entre el 1 y el 2% de todos los neumotórax.	<i>se produce cuando se acumula aire en el espacio pleural, entre el pulmón y la pared torácica</i>	Taquicardia e hipotensión (choque obstructivo o principal diferencia con neumotórax simple) y desviación contralateral de tráquea. -ausencia de ruidos respiratorios en neumotórax simple o hiperresonante a la	principalmente mediante evaluación clínica, basándose en los síntomas y signos del paciente, y luego se confirma con estudios de imagen como radiografía de tórax.	Tratamiento individual: -ATLS: descompresión en 5to E.I.C en LAA insertando una aguja. Esto permite la salida del aire atrapado, reduciendo la presión y mejorando la ventilación. -GPC: Realizarla en 2do E.I.C con catéter 6

				percusión y distensión yugular. -en ventilación mecánica se presenta como colapso hemodinámico.		TRATAMIENTO DEFINITIVO: -TLS: sonda de pleurostomia de 20 a 32 fr en 5to E.I.C -GPC: sonda de pleurostomia de 14 fr.
Neumotórax abierto	Apertura de la pared torácica con intercambio entre presión intratorácica y atmosférica. El aire entra a tórax a través del defecto impidiendo la adecuada expansión.	La incidencia de neumotórax espontáneo primario (NEP) es de 7,4 a 18 casos por 100.000 hombres y de 1,2 a 6 por 100.000 mujeres	traumatismo torácico penetrante que crea una abertura en la pared torácica, permitiendo que el aire ingrese y salga del espacio pleural durante la respiración.	-herida penetrante del tórax - timpánico a percusión -hipoxia e hipercapnia	El diagnóstico es clínico más antecedentes de trauma penetrante	Tratamiento inicial: ATLS: válvula unidireccional (apósito oclusivo en los 3 lados) Tratamiento definitivo ATLS: tubo pleural 5to E.I.C, L.M.A (alejado de la lesión) y reparación quirúrgica del defecto.
Hemotórax						
Hemotórax simple	Es un tipo de derrame pleural en el cual se acumula sangre (menos de 1500 ml) y generalmente hay mas del 50% de HTO	la incidencia anual en hombres es de 7,4 a 18 casos por 100,000 habitantes y en mujeres de 1,2 a 6 casos por 100,000	Traumatismo torácico	-ausencia de murmullo vesicular -matidez a la percusión	-se encuentra en radiografía y se confirma con toracentesis	Tratamiento definitivo: Sonda de pleurostomia de gran calibre (de 28-36 fr) en línea media axilar anterior del 5to espacio

	en el líquido pleural	habitantes.				intercostal.
Hemotórax masivo	Acumulación de sangre mayor a 1500 ml o drenaje menor 200 ml/ hora (durante 2 a 4 horas), 1/3 o más del volumen sanguíneo en la cavidad torácica.	El hemotórax masivo es una complicación rara, pero puede ocurrir en aproximadamente el 5% de los casos de neumotórax	suele ser causado por traumatismos torácicos, generalmente cerrados o penetrantes, que lesionan vasos sanguíneos.	-ausencia de murmullo vesicular -matidez a la percusión -Dificultad para respirar. -Dolor torácico. -Respiración rápida y superficial. -Piel pálida, fría y húmeda. -Frecuencia cardíaca rápida. -Inquietud y ansiedad.	-es clínico más que nada	Tratamiento inicial: ATLS: aspiración del volumen y descompresión con sonda endopleural de 28-32fr en el E.I.C, LAA. GPC: iniciar con toracentesis Tratamiento definitivo: -realizar toracotomía si presenta una evacuación de sangre = 1500 ml o = 200 ml/hr en 2 a 4 horas.
Torax inestable	Producto de la fractura de 2 o más costillas adyacentes con alteración en cinética de ventilación.	-puede ocurrir en el 10-15% de los traumatismos torácicos. -La mortalidad asociada al tórax inestable puede ser del 15-20%,	Traumatismo torácico cerrado	-dolor durante movimiento respiratorio -movimiento asimétrico entre ambos hemitórax -crepitaciones en área	Radiografía y clínica	Tratamiento inicial: Oxigenación, hidratación y analgesia, hipoxemia: intubación endotraqueal. Tratamiento definitivo: Quirúrgico (fijación interna).

				costal		
Taponamiento cardiaco	condición médica grave en la que se acumula líquido en el espacio alrededor del corazón (pericardio), comprimiendo el corazón y dificultando su capacidad para bombear sangre adecuadamente.	<i>incidencia estimada de 2 de cada 10,000 personas</i>	puede ser causado por una variedad de factores, incluyendo traumatismos, infecciones, cáncer, enfermedades autoinmunes y complicaciones postoperatorias.	-dolor en el pecho, especialmente si el taponamiento es agudo. -falta de aire. -mareos o desmayos. -taquicardia (ritmo cardíaco rápido). -hipotensión (presión arterial baja). -distensión de las venas del cuello (signo de presión venosa central elevada). -ruidos cardíacos apagados o disminuidos.	- ecocardiografía - tomografía computarizada - radiografía de tórax -examen físico	tratamiento inicial: pericardiocentesis definitivo: cirugía
Contusión pulmonar						
Lesión del árbol traqueo bronquial	Una lesión de tráquea o bronquial es inusual. Se produce a 1	La incidencia de lesiones traqueo bronquiales	puede ser de naturaleza traumática (cerrada o	- hemoptisis - neumotór	Es clínico y el Gold estándar es la broncoscopia	Inicial: colocación de vía aérea definitiva, por lo

	pulgada de la Carina y en donde bronquio derecho es el más afectado.	es del 1-2% de las lesiones reportadas en accidentes de alta energía	penetrante), iatrogénica (durante procedimientos médicos) o, menos comúnmente, debida a la inhalación de sustancias nocivas o aspiración de cuerpos extraños.	ax -enfisema subcutáneo o cervical - salida de grandes cantidades de aire posterior a la colocación de sonda endopleural.	pia que confirma el diagnóstico	general estos pacientes es difícil por lo que se requiere asistencia endotraqueal con fibra óptica Definitivo: intervención quirúrgica temprana.
Diseción aortica	Disecion asociada a un trauma por desaceleración: caídas de gran altura o accidentes de tránsito	incidencia estimada entre 2.6 y 3.5 por cada 100,000 personas-año. Es más común en hombres y en personas entre los 60 y 80 años de edad	Hipertensión arterial no controlada	Dolor torácico agudo más hipotensión refractaria	Inicial: radiografía torácica ensanchamiento mediastinal de más de 8 cm, obliteración de botón aórtico, desviación de tráquea o esófago a la derecha Confirmatorio: angiotomografía	Inicial: controlar la TA con esmolol y como alternativa nicardipino, nitroglicerina o nitroprusiato . Definitivo: Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino con reparación directa de la lesión.
Ruptura esofágica traumática	Trauma cerrado con desgarro lineal por el aumento de presión intrabdominal hacia el esófago.	La ruptura esofágica traumática, en general, es una lesión rara, especialmente los traumatismos	traumatismos directos al tórax, como accidentes de auto o caídas, así como la penetración	Se presenta como un hemo o neumotórax izquierdo, sin fracturas	- radiografía de torax - Se confirma con tac contrastada o endoscopi	Definitivo: drenaje amplio del espacio pleural y mediastino, con reparación directa de la

	Suele ser más frecuente por trauma penetrante.	los cerrados, que representan menos del 1% de los casos.	de objetos extraños (como cuerpos extraños, procedimientos endoscópicos o intubación) o la ingestión de sustancias cáusticas.	costales mas golpe en el esternón o epigastrio con dolor o shock, sin una lesión aparente	a	lesión
--	--	--	---	---	---	--------

Traumatismos abdominales

nombre	definición	epidemiología	etiología	Clínica	Diagnostico	Tratamiento
Traumatismo cerrado de abdomen	lesión en la cavidad abdominal causada por un golpe o fuerza contundente, sin que haya una herida externa	No hay tal cual epidemiología	Accidentes de tráfico. Otros factores incluyen accidentes de trabajo, caídas, accidentes deportivos, accidentes domésticos y, en menor medida, agresiones.	dolor, moretones, hinchazón y, en casos graves, signos de irritación peritoneal como rigidez abdominal o distensión.	Clínica y fast, dolor, moretones, hinchazón y, en casos graves, signos de irritación peritoneal como rigidez abdominal o distensión. tomografía	depende de la gravedad de la lesión y del órgano afectado. Puede ser conservador (observación, reposo, analgésicos) o quirúrgico (laparoscopia, laparotomía).
Traumatismo penetrante de abdomen	<i>invasión de la cavidad abdominal a través de una herida que atraviesa todas las capas de la</i>	con mayor frecuencia en hombres jóvenes y con causas principales como heridas por arma de	Las causas principales son las heridas por arma blanca (puñalada) y heridas por arma	dolor abdominal, sensibilidad, distensión y hematomas visibles. También puede haber náuseas,	<i>involucra una evaluación clínica inicial, examen físico, pruebas de imagen y,</i>	Definitivo: laparotomía o lavado peritoneal dependiendo de la gravedad

	<i>pared abdominal</i>	fuego y arma blanca	de fuego.	vómitos, shock y, en casos graves, signos de sangrado interno como palidez, sudoración, taquicardia e hipotensión.	<i>en algunos casos, procedimientos invasivos como el lavado peritoneal</i>	
Lesiones abdominales específicas						
Trauma esplénico	El bazo es el órgano que se lesiona con más frecuencia en el trauma abdominal cerrado	No hay tal cual	<i>puede tener diversas causas, tanto traumáticas como no traumáticas</i>	-hemorragia e irritación peritoneal en área esplénica - signo de kehr	Diagnóstico con ultrasonido abdominal o tomografía computarizada	- Tratamiento conservador (vigilancia y reposo) -estabilizar y laparotomía si no hay estabilidad hemodinámica .
Lesión hepática	Es una herida al hígado causada por un impacto, contusión o penetración.	El traumatismo hepático es una lesión relativamente común, representando alrededor del 5% de todos los ingresos por traumatismo en el servicio de urgencias.	suele estar relacionada con traumatismos, que pueden ser contusos (como en accidentes de tráfico o caídas) o penetrantes (heridas por arma blanca o de fuego).	Dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, sensibilidad a la palpación, hematomas abdominales , y en casos graves, signos de pérdida de sangre.	Diagnóstico con ultrasonido abdominal o tomografía computarizada	Tratamiento conservador (vigilancia y reposo) -estabilizar y laparotomía si no hay estabilidad hemodinámica .

Lesión pancreática	lesión relativamente poco común pero potencialmente grave que ocurre cuando el páncreas es dañado por una fuerza externa	es un evento poco frecuente, representando aproximadamente el 4% de las lesiones abdominales traumáticas	se debe principalmente a traumatismos cerrados o penetrantes	La clínica típica incluye dolor abdominal superior, leucocitosis y, en ocasiones, elevación de amilasa sérica,	Diagnóstico con ultrasonido abdominal o tomografía computarizada	Tratamiento conservador (vigilancia y reposo) -estabilizar y laparotomía si no hay estabilidad hemodinámica .
--------------------	--	--	--	--	--	---