



Mi Universidad

TRAUMATISMOS

Nombre del Alumno: Gabriel de Jesús Martínez Zea

Nombre del tema: Traumatismos Toracicos y Abdominales

Nombre de la Materia: Enfermedades Infecciosas

Nombre del profesor: Dr.Erick Antonio Flores Gutierrez

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

31/05/2025

TRAUMATISMOS TORACICOS

NEUMOTORAX

PATOLOGIA:	NEUMOTORAX SIMPLE	NEUMOTORAX A TENSION	NEUMOTORAZ ABIERTO
DEFINICION:	Es la presencia de aire en el espacio pleural sin una válvula unidireccional. Esto provoca el colapso parcial del pulmón afectado. Puede ser consecuencia de un trauma torácico contuso o penetrante.	Se desarrolla cuando el aire entra al espacio pleural a través de una válvula unidireccional, ya sea desde el pulmón o a través de la pared torácica.	Ocurre cuando hay una abertura en la pared torácica que permite la entrada y salida de aire con cada respiración.
EPIDEMIOLOGIA:	La incidencia en hombres es de 7,4 por cada 100,000 habitantes al año, mientras que en mujeres es de 1,2 por cada 100,000.	Se estima que 10% a 15% de los traumatismos torácicos cerrados o penetrantes pueden complicarse con neumotórax a tensión.	Se considera menos frecuente que el neumotórax cerrado o a tensión, pero puede presentarse en hasta el 20% de los traumas torácicos penetrantes.
ETIOLOGIA:	Primario: <ul style="list-style-type: none"> • Sin enfermedad pulmonar subyacente. • Ruptura de bullas 	Trauma torácico penetrante o cerrado:	Se debe a una comunicación directa entre el espacio pleural y el exterior.

	<p>subpleurales</p> <p>Secundario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EPOC (enfisema bulloso). • Asma. • Fibrosis quística. • Infecciones pulmonares (neumonía necrosante, tuberculosis). • Neumopatía intersticial. • Fractura costal que perfora la pleura. • Barotrauma por ventilación mecánica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión pulmonar con válvula unidireccional. • Ventilación mecánica con presión positiva. • Intubación selectiva con hiperventilación unilateral. <p>Iatrogénico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocación de catéter venoso central (subclavio o yugular) • Toracocentesis • Biopsia pulmonar. 	<p>Heridas penetrantes en tórax:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arma blanca o de fuego. • Objetos punzocortantes • Trauma penetrante por proyectiles, astillas o fragmentos explosivos. <p>Postquirúrgico o por procedimientos invasivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toracotomías. • Traqueotomías mal selladas.
<p>CUADRO CLINICO:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de ruidos respiratorios • Timpanismo o hiperresonancia a la percusión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia e hipotensión (choque obstructivo principal diferencia con neumotórax simple) y desviación contralateral de la traquea. • Ausencia de ruidos respiratorios en hemitórax timpánico o hiperresonante a la percusión y 	<ul style="list-style-type: none"> • Herida que respira (dolor toracico) • Timpanico a percusión • Hipoxia e Hipercapnia

		<p>distencion yugular.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La ventilación mecánica se presenta como colapso hemodinámico. 	
DIAGNOSTICO:	<ul style="list-style-type: none"> • Principalmente clínico y en la radiografía se encuentra radio lucidez en el área afectada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico con Tratamiento Urgente 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico con antecedente de Trauma Penetrante
TRATAMIENTO:	<ul style="list-style-type: none"> • Se considera neumotórax menor cuando la separación de pleura en región apical es de \leq 15 cm Sin desviación de tráquea • GPC-SS-447-11: Considerar neumotórax menor el tratamiento es con alto flujo oxígeno $>$ 15 L/min. • ATLS / GPC-SS-447-11: Pleurostomía con sonda endopleural de 28 fr en Sto E.I.C. en línea axilar anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento inicial: <p>ATLS: Descompresión en Sto E.I.C. en LAA con aguja de 8 cm.</p> <p>GPC-SS-447-11: Realizarla en 2do E.I.C. con catéter 6.5 cm.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento definitivo: <p>ATLS: Sonda de pleurostomía de 28 a 32 fr en Sto E.I.C- LMA o LAA.</p> <p>GPC-SS 447-11: Sonda de pleurostomía de 14 FR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento inicial: <p>ATLS: Válvula unidireccional (Apósito oclusivo en solo 3 lados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento definitivo: <p>ATLS: Tubo pleural Sto EIC LM.A (alejado de lesión) y reparación quirúrgica del defecto</p>

HEMOTORAX

PATOLOGIA:	HEMOTORAX SIMPLE	HEMOTORAX MASIVO
DEFINICION:	<ul style="list-style-type: none"> • Es un tipo de derrame pleural el cual se acumula sangre (< 1500 ml) y generalmente hay > 50% de HTO en líquido pleural. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acumulación de sangre > 1500 ml o drenaje > 200 ml/hora (durante 2 a 4 horas) o > 1/3 o más del volumen sanguíneo en la cavidad torácica.
EPIDEMIOLOGIA:	<ul style="list-style-type: none"> • Representa aproximadamente el 25% de los traumatismos torácicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Representa aproximadamente el 2.8% de los traumatismos torácicos. • Mas frecuente en hombres
ETIOLOGIA:	<p>Trauma torácico cerrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laceración del parénquima pulmonar. • Fracturas costales que lesionan vasos intercostales. • Contusión pulmonar con sangrado limitado. 	<p>Lesiones de grandes vasos torácicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arteria o vena pulmonar. • Arteria mamaria interna. • Vasos intercostales lesionados profundamente. • Fracturas costales múltiples con desgarro de vasos importantes.

	<p>Trauma penetrante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heridas por arma blanca o de fuego que afectan pleura visceral o vasos de pequeño calibre. <p>Iatrogénico (menos frecuente):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocación de catéter venoso central. • Biopsia pleural o pulmonar. • Toracocentesis mal realizada. 	<p>Trauma torácico penetrante de alta energía:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heridas por proyectil de arma de fuego. • Arma blanca con trayectorias profundas.
CUADRO CLINICO:	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de murmullo vesicular • Matidez a la percusión 	<ul style="list-style-type: none"> • Choque Hipovolémico • Venas del cuello aplanadas
DIAGNOSTICO:	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografía simple y se confirma con la toracocentesis 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico y Tratamiento de urgencia
TRATAMIENTO:	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento definitivo: <p>Hemotórax: Sonda pleurostomía de gran calibre (28-36 fr) en línea axilar anterior del Sto espacio intercostal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento inicial:. <p>ATLS: Reposición de volumen + descompresión con sonda endopleural de 28 a 32 fr en Sto E.I.C.LAA</p>

		<p>GPC-SS-447-11: Iniciar con toracotomía.</p> <ul style="list-style-type: none"> Tx Definitivo: <p>Realizar toracotomía si presenta una evacuación de sangre > 1500 ml o > 200 ml/hr en 2 a 4 horas.</p>
--	--	--

TRAUMATISMOS TORACICOS

PATOLOGIA:	TORAX INESTABLE:	TAPONAMIENTO CARDIACO:	CONTUSION PULMONAR:
DEFINICION:	<p>Movimiento paradójico de un segmento de la pared torácica como consecuencia de un trauma.</p> <p>El segmento inestable se mueve en forma separada y en dirección opuesta del resto de la caja torácica durante el ciclo respiratorio.</p>	<p>Compresión del corazón por una acumulación de líquido en el saco pericárdico asociado a un trauma penetrante.</p>	<p>Golpe en el pulmón causado por un trauma torácico.</p> <p>Se acumula sangre y otros fluidos en el tejido pulmonar, lo que interfiere con la ventilación y puede causar hipoxia.</p>

<p>ETIOLOGIA:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma contuso: Fracturas múltiples de costillas (dos o más costillas fracturadas en dos o más lugares) • Trauma penetrante: Heridas por arma blanca o de fuego que afectan la pared torácica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Etiología: Trauma contuso o penetrante: Lesiones directas al corazón o grandes vasos. • Complicaciones postquirúrgicas: Derrame pericárdico tras cirugía cardíaca. • Enfermedades sistémicas: Pericarditis uremica, neoplasias, enfermedades autoinmunes 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma contuso: Impactos de alta energía, como accidentes de tráfico . • Trauma penetrante: Heridas por arma blanca o de fuego que afectan el parénquima pulmonar.
<p>CUADRO CLINICO:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor durante el movimiento respiratorio • Movimiento asimétrico entre ambos hemitórax (protuye durante la exhalacion y se unde durante la exhalacion • Crepitaciones en el área costal 	<ul style="list-style-type: none"> • TRIADA DE BECK: Hipotensión Arterial , Ingurgitación yugular, disminución de ruidos cardiacos • 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia respiratoria (disnea , taquipnea, hemoptisis o hipoxemia)

<p>DIAGNOSTICO:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CLINICO CON RX SIMPLE DE TORAX 	<ul style="list-style-type: none"> • CLINICO CON USG FAST 	<ul style="list-style-type: none"> • CLINICA MAS RX DE TORAX CON INFLITRADOS ALVEOLARES
<p>TRATAMIENTO:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento inicial: ATLS / GPC-SS-447-11: Oxigenación, hidratación y analgesia. Hipoxemia: Intubación endotraqueal. • Tratamiento definitivo: ATLS / GPC-SS-447-11: Quirúrgico (Fijación interna) osteosíntesis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento inicial: ATLS / GPC-SS-447-11: Pericardiocentesis guiada por USG. • Tratamiento definitivo: ATLS / GPC-SS-447-11: Toracotomía con ventana pericárdica. 	<ul style="list-style-type: none"> • O2, analgesia , fisioterapia ventilatoria

TRAUMATISMOS TORACICOS

PATOLOGIA:	LESION DE ARBOL TRAQUEO BRONQUEAL:	DISECCION DE LA AORTA	RUPTURA ESOFAGICA TRAUMATICA:
DEFINICION:	<p>Daño en el árbol traqueobronquial, que incluye la tráquea y los bronquios.</p> <p>Puede ser consecuencia de un traumatismo contuso o penetrante en el cuello o el tórax.</p>	<p>Desgarro de la íntima de la aorta que permite la entrada de sangre entre las capas de la pared aórtica, creando un falso lumen.</p> <p>Puede progresar rápidamente y comprometer el flujo sanguíneo a órganos vitales.</p>	<p>Lesión de la pared esofágica debido a un trauma, que puede ser cerrado o penetrante.</p> <p>La ruptura permite la fuga de contenido gástrico hacia el mediastino, lo que puede causar mediastinitis y sepsis.</p>
ETIOLOGIA:	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma cerrado (desaceleración súbita) con hiperextensión o compresión torácica. • Trauma penetrante de cuello o tórax. • Iatrogénico: intubación difícil, traqueostomía, broncoscopia, cirugía torácica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones penetrantes torácicas (arma blanca o de fuego) que lesionan el pericardio o corazón. • Lesiones cerradas de alta energía con rotura de cavidades cardíacas. • Complicaciones postquirúrgicas o iatrogénicas (post procedimientos invasivos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma torácico cerrado con compresión súbita del tórax. • Lesión alveolar y capilar por desaceleración brusca (accidentes automovilísticos). • Puede coexistir con fracturas costales o tórax inestable.

<p>CUADRO CLINICO:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoptisis , Neumotorax Hipertensivo, enfisema subcutaneo cervical • Salida de grandes cantidades de aire posterior a la colocación de sonda endopleural 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico agudo + Hipotensión refractaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta como un hemo o neumotórax izquierdo o epigastrio con dolor o shock sin una lesión aparente.
<p>DIAGNOSTICO:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Principalmente clínico y gold estandarla broncoscopia. • Mortalidad alta en el lugar del accidente 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografía torácica que presenta ensanchamiento mediastinal >8 cm , obliteración de botón aortico desviación de traquea o esofago a la derecha. • Confirmatorio: angiotomografia 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografía de torax se encuentra aire en mediastino y se confirma con TAC contrastada y endoscopia
<p>TRATAMIENTO:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento inicial: Colocacion de via aérea definitivo, generalmente en estos pacientes es difícil por lo que se requiere asistencia endotraqueal con fibra óptica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento inicial: Controlar la TA con esmolol (meta de <80 LPM Y TAM de 60-70 mmhg) y como alternativa: nicardipino , nitroglicerina o nitroprusiato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento Definitivo: Drenaje de amplio del espacio pleural y mediastino con reparación directa de la lesión.

	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento definitivo. <p>ATLS: intervención quirúrgica temprana en pacientes estables y inestables hasta que se resuelva la inflamación y edema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento definitivo: Drenaje amplio del espacio pleural y mediatino con reparación de lesión 	
--	--	---	--

TRAUMATISMOS ABDOMINAL

PATOLOGIA:	TRAUMATISMO CERRADO DE ABDOMEN:	TRAUMATISMO PENETRANTE DE ABDOMEN.
CLINICA:	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal difuso o localizado. • Distensión abdominal. • Rigidez o defensa muscular (signo de irritación peritoneal). • Hematomas en flancos o región periumbilical: • Signo de Grey Turner (flancos). • Signo de Cullen (periumbilical). • Náuseas, vómito. • Taquicardia, hipotensión (signos de hemorragia interna). • Ausencia de ruidos intestinales. • Equimosis toracoabdominal (signo del cinturón de seguridad). • Dolor en hombro izquierdo (signo de Kehr) en ruptura esplénica. • Estado mental alterado (en trauma craneal asociado o hipoperfusión). 	<ul style="list-style-type: none"> • Herida penetrante visible en abdomen (puede tener evisceración). • Dolor abdominal en el sitio del trauma. • Sangrado activo por la herida. • Evisceración de asas intestinales u órganos. • Signos de irritación peritoneal: • Dolor a la palpación. • Rigidez abdominal. • Taquicardia, hipotensión si hay hemorragia importante. • Heridas en tórax inferior pueden afectar abdomen (diafragma, hígado, bazo).

<p>DIAGNOSTICO:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SI existe estabilidad hemodinamica: TAC • NO existe estabilidad hemodinamica: USG FAST, si no hay disponibilidad realizar lavado peritoneal: 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinica y Tratamiento de urgencia
<p>TRATAMIENTO:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • LAPAROTOMIA 	<ul style="list-style-type: none"> • LAPAROTOMIA

TRAUMATISMOS ABDOMINAL

PATOLOGIA:	LESION ESPLENICA:	LESION HEPATICA:
DEFINICION:	<ul style="list-style-type: none"> Lesión traumática del bazo secundaria a un trauma abdominal cerrado o penetrante, que puede incluir desde contusiones menores hasta laceraciones profundas y ruptura esplénica con hemorragia intraabdominal significativa. 	<ul style="list-style-type: none"> Lesión del parénquima hepático o de los vasos intrahepáticos causada por traumatismo cerrado o penetrante. Es una de las causas más frecuentes de hemorragia intraabdominal en trauma.
EPIDEMIOLOGIA:	<ul style="list-style-type: none"> TIPO DE LESION MAS FRECUENTE EN EL TRAUMA ABDOMINAL CERRADO. 	<ul style="list-style-type: none">
CUADRO CLINICO:	<ul style="list-style-type: none"> Hemorragia e irritación peritoneal en área esplénica Signo de Kerh: dolor en el hombro izquierdo secundario a irritación diafragmática en la ruptura esplénica. 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor en cuadrante superior derecho o epigastrio. Hipotensión (puede ser masiva si la lesión compromete vasos grandes). Sensibilidad a la palpación en hipocondrio derecho. Irritación peritoneal si hay ruptura capsular. Elevación de transaminasas

<p>DIAGNOSTICO:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • USG abdominal o TC. 	<ul style="list-style-type: none"> • ‘FAST positivo. • TAC contrastado: útil para evaluar extensión y sangrado activo. • Pruebas hepáticas (AST, ALT) pueden estar elevadas.
<p>TRATAMIENTO:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría responde con tratamiento conservador (vigilancia y reposo). <p>Si hay inestabilidad hemodinámica o con USGFAST/LPD +: Laparotomía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estable: manejo no quirúrgico en UCI (observación, transfusión si es necesario). • Inestable: laparotomía exploratoria

TRAUMATISMOS ABDOMINAL

<p>PATOLOGIA:</p>	<p>LESION DEL DUODENO O VISCERAS HUECAS:</p>	<p>LESION PANCREATICA:</p>
<p>DEFINICION:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión de órganos abdominales huecos (como el estómago, intestino delgado, colon y duodeno) provocada por trauma cerrado o penetrante, que puede ocasionar 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión del páncreas debida a trauma abdominal, más frecuente en lesiones contusas por compresión contra la columna vertebral. Puede comprometer el conducto pancreático

	<p>perforación, fuga de contenido intestinal y peritonitis</p>	<p>principal y se asocia con alta morbilidad por fugas enzimáticas o necrosis.</p>
<p>CUADRO CLINICO:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal difuso o localizado. • Irritación peritoneal: rigidez abdominal, rebote positivo. • Náuseas, vómito, íleo. • Taquicardia, fiebre en fases tardías (por peritonitis). • En duodeno específicamente: • Dolor epigástrico o en hemiabdomen derecho. • Retardo en aparición de síntomas (hasta 12-24 h). • Hematomas retroperitoneales (duodeno es retroperitoneal en su mayoría). • Aire retroperitoneal en TAC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor epigástrico persistente, irradiado a la espalda. • Náuseas, vómitos. • Signos de irritación peritoneal si hay fuga de jugos pancreáticos. • Elevación de amilasa o lipasa (aunque puede ser tardía).
<p>DIAGNOSTICO:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TAC por doble contraste 	<ul style="list-style-type: none"> • TAC por doble contraste

TRATAMIENTO:	<ul style="list-style-type: none">• LAMPAROTOMIA	<ul style="list-style-type: none">• LAPAROTOMMIA
--------------	--	--