



UNIVERSIDAD DEL SURESTE.
CAMPUS COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS.
MEDICINA HUMANA.



**- CUADRO COMPARATIVO: TRAUMATISMOS
TORÁCICOS Y ABDOMINALES.**

NOMBRE DEL ALUMNO:

VIRGINIA GUADALUPE CABRERA MALDONADO.

DOCENTE:

DR. ERICK ANTONIO FLORES GUTIÉRREZ.




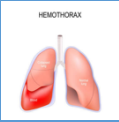
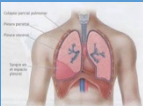
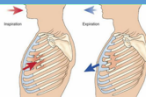

PARCIAL: 3° PARCIAL.

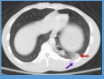



SEMESTRE: 6° **GRUPO:** D





NOMBRE DE LA MATERIA:

TÉCNICAS QUIRÚRGICA BÁSICAS.

DOMINGO 01 DE JUNIO DEL 2025.

TRAUMATISMOS TORÁCICOS						
TIPOS	Definición	Epidemiología	Etiología	Clínica	Diagnóstico	Tratamiento
Neumotórax Simple. 	Entrada de aire al espacio pleural por laceración pulmonar, con alteración V/Q con hipoxia e hipercapnia.	*Incidencia que oscila entre 7,4 y 18 casos por cada 100.000 habitantes en hombres y 1,2 a 6 en mujeres al año.	*Fractura costal.	*Ausencia de ruidos respiratorios. *Timpanismo/hiperresonancia. *No hipotensión, ni distensión yugular.	*Clínica. *Radiografía (radiolúidez en área afectada).	*Inicial: -neumotórax menor (<15cm) con oxígeno suplementario de alto flujo (>15L/min.). *Definitivo: -pleurostomía con sonda endopleural 28fr en 5° EIC en LAA.
Neumotórax a Tensión. 	Lesión que ocurre cuando filtra aire a través de una válvula unidireccional desde el pulmón o a través de la pared torácica.	*Incidencia del 1-2% de neumotórax. *Afección potencialmente mortal.	*Ventilación mecánica invasiva en pacientes con lesión pleural visceral.	*Taquicardia. *Hipotensión. *Desviación contra lateral de tráquea. *Ausencia de ruidos respiratorios en hemitórax. *Timpánico. *Hiperresonante a percusión. *Distensión yugular. *Colapso hemodinámico.	*Clínico.	*Inicial: -descompresión en 5° EIC en LAA con aguja de 8cm. *Definitivo: -sonda de pleurostomía de 28-32 fr en 5° EIC LMA o LAA. -sonda de pleurostomía de 14 fr.
Neumotórax Abierto. 	Apertura de la pared torácica con intercambio entre presión intratorácica y atmosférica. Impide la expansión.	*Mayor incidencia en hombres.	*Por herida penetrante del tórax.	*Dolor torácico. *Timpánico. *Hipoxia. *Hipercapnia.	*Clínico + antec. De trauma penetrante.	*Inicial: -válvula unidireccional. *Definitivo: -tubo pleural 5° EIC LMA. -reparación qx del defecto.
Hemotórax Simple. 	Derrame pleural en el cual se acumula sangre (< 1500 ml) con >50% de HTO en líquido pleural.	*Prevalencia mayor en hombres. *Incidencia de 7,4 a 18 casos por 100.000 habitantes.	*Lesión de vasos intercostales. *Heridas penetrantes a vasos sistémicos o trauma cerrado.	*Ausencia de murmullo vesicular. *Matidez. .	*Radiografía. *Toracocentesis (confirma).	*Definitivo: -sonda de pleurostomía de gran calibre (28-36 fr) en LAA 5° EIC.
Hemotórax Masivo. 	Acumulación de sangre (> 1500 ml) o drenaje >200 ml/hr (2-4 hrs) o >1/3 o más del volumen sanguíneo en cavidad torácica.	*Mortalidad del 38.9%. *Complicación grave de traumatismos torácicos.	*Lesión de vasos intercostales. *Heridas penetrantes a vasos sistémicos o trauma cerrado.	*Choque hipovolémico. *Venas del cuello aplanadas.	*Clínico.	*Inicial: -reposición de líquidos + descompresión con sonda endopleural de 28-32 fr en 5° EIC LAA. -inicia toracotomía. *Definitivo: -toracotomía (presenta evacuación de sangre >1500 ml.
Tórax Inestable. 	Producto de la fx de 2 o más costillas adyacentes con alteración cinética de ventilación.	*Prevalencia estimada entre el 5-13% de pacientes con traumatismo torácico. *Mortalidad del 10-20%, aumenta hasta el 30% si hay laceración pulmonar.	*Trauma asociado a múltiples costales.	*Dolor a los movimientos respiratorios. *Movimiento asimétrico entre ambos hemitórax. *Crepitación en área costal.	*Clínico. *Radiografía.	*Inicial: -oxigenación. -hidratación. -hipoxemia: intubación endotraqueal. *Definitivo: -Qx (fijación interna).
Taponamiento Cardíaco. 	Acumulación de sangre en cavidad pericárdica que dificulta llenado de cavidades.	*Incidencia 2 de cada 100.000 habitantes. *Es una emergencia médica.	*Trauma penetrante.	*Triada de Beck: -hipotensión arterial. -disminución de ruidos cardíacos. -ingurgitación yugular.	*Inicial: -Clínico (triada de Beck). *Confirmatorio: -USG FAST.	*Inicial: -pericardiocentesis por USG. *Definitivo: -Toracotomía con ventana pericárdica.

Contusión Pulmonar. 	Lesión potencialmente letal + frecuente en tórax inestable	*Principal causa de muerte por trauma torácico.	*Trauma torácico.	*Insuficiencia respiratoria. *Dolor.	*Clinico. *Radiografía.	*Analgésicos. *Oxigenoterapia. *Ventilación mecánica.
Lesión Arbol Traqueob. 	Lesión de tráquea o bronquio inusual. Se produce a 1 pulg. de la carina, bronquio der. mas afectado.	*Muerte en lugar del accidente. *Alto índice de mortalidad por lesiones asociadas.	* Trauma contundente. *Aplastamiento *Trauma cerrado.	*Hemoptisis. *Neumotórax hipertensivo. * Enfisema subcutáneo cervical. *Salida de aire por sonda endopleural.	*Clinico. * Broncoscopia (gold standard).	* Inicial: -Vía aérea definitiva. -Asistencia endotraqueal son fibra óptica. * Definitivo: -Intervención qx.
Diseccción Aórtica. 	Lesión en la capa íntima de la aorta.	*Sitio más frecuente en el anillo aórtico en la inserción del ligamento arterioso.	*Trauma por desaceleración. *Caídas de gran altura. *Accidente de tránsito.	*Dolor torácico agudo. *Hipotensión refractaria.	* Inicial: -Radiografía torácica (ensanchamiento mediastinal >8cm, obliteración del botón aórtico, desviación de tráquea o esófago a la derecha). * Confirmatorio: -Angiotomografía	* Inicial: -Control de TA con esmolol (meta: <80LPM y TAM 60-70 mmHg). -Nicardipino, nitroglicerina, nitroprusiato (alternativa). * Definitivo: -Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino. -Reparación directa de lesión.
Ruptura Esofágica T. 	Trauma cerrado con desgarro lineal por > presión intraabdominal hacia el esófago.	*Poco frecuente. *Alta tasa de mortalidad y morbilidad.	*Trauma penetrante.	*Neumotórax izq. -sin fx costal -golpe en parte inf. esternón o epigastrio. -dolor, o shock.	*Radiografía (aire en mediast.) * Confirma: -TAC contrastada. -Endoscopia.	* Definitivo: -Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino. -Reparación directa.

TRAUMATISMOS ABDOMINALES						
TIPOS	Definición	Epidemiología.	Etiología.	Clínica.	Diagnóstico.	Tratamiento.
Traumatismo Cerrado. 	Sin solución de continuidad en peritoneo.	Afectación en: -Bazo 40-55% -Hígado 35-45%. -Riñón 15%. -Intestino delgado 5-10%.	*Accidentes vehiculares. *Caídas.	*Dolor abdominal. *Rigidez. *Distensión abdominal. *Signos de shock.	Estabilidad hemodinámica: *Si. TAC. *No. -USG FAST. -Lavado peritoneal	-Laparotomía.
Traumatismo Penetrante. 	Con solución de continuidad en peritoneo que pone en contacto la cavidad abdominal con el exterior.	Afectación en: -Hígado (30-40%) -Intestino delgado (30-50%). -Colon (40%). -Diafragma (20%).	*Herida por arma blanca. *Herida por arma de fuego.	*Dolor. *Hematomas. *Distensión abdominal. *Hipotensión. *Taquicardia.	Estabilidad hemodinámica: *Si. TAC. *No. -USG FAST. -Lavado peritoneal	-Laparotomía.
Lesión Esplénica. 	Es un trauma abdominal cerrado que lesiona al bazo.	*Prevalencia mayor en hombres jóvenes. *Mayor incidencia en traumas cerrados.	*Trauma abdominal cerrado.	*Hemorragia e irritación peritoneal en área esplénica. *Signo de Kehr (dolor en hombro izq.).	*USG abdominal. *TAC. *AAST.	-Manejo conservador. -Laparotomía.
Lesión Duodenal. 	Paciente con antecedente de impacto frontal, o golpe directo de abdomen.	*Poco frecuente. *Representa el 4% de lesión abdominal.	*Trauma cerrado.	-Aspiración de sangre por SNC. -Aire en retroperitoneo en TAC.	*TAC doble contraste.	Elección: Laparotomía.
Lesión Pancreática.	Paciente con golpe directo en epigastrio.	*Ocurre aproximadamente 7.5% de casos en traumas cerrados. *Sexo masculino.	*Trauma cerrado.	-Enzimas pancreáticas normales que luego se elevan.	*TAC doble contraste.	Elección: Laparotomía.