

**- 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
<b>Neumotórax Simple.</b> 	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 <b>hombres</b> y 1,2 a 6 en mujeres al año.	*Fractura costal.	*Ausencia de ruidos respiratorios. <b>*Timpanismo/ hiperresonancia.</b> *No hipotensión, ni distensión yugular.	*Clínica. *Radiografía (radiolúcidez en área afectada).	<b>*Inicial:</b> -neumotórax menor (<15cm) con oxígeno suplementario de alto flujo (>15L/min.). <b>*Definitivo:</b> -pleurostomía con sonda endopleural 28fr en 5° EIC en LAA.
<b>Neumotórax a Tensión.</b> 	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. <b>*Hipotensión.</b> *Desviación contra lateral de tráquea. <b>*Ausencia de ruidos respiratorios en hemitórax.</b> *Típico. <b>*Hiperresonante a percusión.</b> *Distensión yugular. *Colapso hemodinámico.	*Clínico.	<b>*Inicial:</b> -descompresión en 5° EIC en LAA con aguja de 8cm. <b>*Definitivo:</b> -sonda de pleurostomía de 28-32 fr en 5° EIC LMA o LAA. -sonda de pleurostomía de 14 fr.
<b>Neumotórax Abierto.</b> 	<b>Apertura de la pared torácica</b> con intercambio entre presión intratorácica y atmosférica. <b>Impide la expansión.</b>	*Mayor incidencia en hombres.	*Por herida penetrante del tórax.	*Dolor torácico. *Típico. *Hipoxia. *Hipercapnia.	*Clínico + antec. De trauma penetrante.	<b>*Inicial:</b> -válvula unidireccional. <b>*Definitivo:</b> -tubo pleural 5° EIC LMA. -reparación qx del defecto.
<b>Hemotórax Simple.</b> 	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 murmullo vesicular. *Matídez. .	*Radiografía. *Toracocentesis (confirma).	<b>*Definitivo:</b> -sonda pleurostomía de gran calibre (28-36 fr) en LAA 5° EIC.
<b>Hemotórax Masivo.</b> 	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.	<b>*Choque hipovolémico.</b> <b>*Venas del cuello aplanada.</b>	*Clínico.	<b>*Inicial:</b> -reposición de líquidos + descompresión con sonda endopleural de 28-32 fr en 5° EIC LAA. -inicia toracotomía. <b>*Definitivo:</b> -toracotomía (presenta evacuación de sangre >1500 ml).
<b>Tórax Inestable.</b> 	Producto de la fx de <b>2 o más costillas adyacentes</b> 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 fx costales.	*Dolor a los movimientos respiratorios. *Movimiento asimétrico entre ambos hemitórax. *Crepitación en área costal.	*Clínico. *Radiografía.	<b>*Inicial:</b> -oxigenación. -hidratación. -hipoxemia: intubación endotraqueal. <b>*Definitivo:</b> -Qx (fijación interna).
<b>Taponamiento Cardíaco.</b> 	Acumulación de sangre en <b>cavidad pericárdica</b> 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.	<b>*Inicial:</b> -Clínico (triada de Beck). <b>*Confirmatorio:</b> -USG FAST.	<b>*Inicial:</b> -pericardiocentesis por USG. <b>*Definitivo:</b> -Toracotomía con ventana pericárdica.

<b>Contusión Pulmonar.</b> 	Lesión potencialmente letal + frecuente en <b>tórax inestable</b>	*Principal causa de muerte por trauma torácico.	*Trauma torácico.	*Insuficiencia respiratoria. *Dolor.	*Clínico. *Radiografía.	*Analgésicos. *Oxigenoterapia. *Ventilación mecánica.
<b>Lesión Árbol Traqueob.</b> 	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.	* <b>Trauma contundente.</b> *Aplastamiento *Trauma cerrado.	*Hemoptisis. *Neumotórax hipertensivo. *Enfisema subcutáneo cervical. *Salida de aire por sonda endopleural.	*Clínico. *Broncoscopia (gold standard).	* <b>Inicial:</b> -Vía aérea definitiva. -Asistencia endotracheal con fibra óptica. * <b>Definitivo:</b> -Intervención qx.
<b>Disección Aórtica.</b> 	Lesión en la capa íntima de la aorta.	*Sitio más frecuente en el tronco aórtico en inserción del ligamento arterioso.	*Trauma por desaceleración. *Caídas de gran altura. *Accidente de tránsito.	*Dolor torácico agudo. *Hipotensión refractaria.	* <b>Inicial:</b> -Radiografía torácica (ensanchamiento mediastinal >8cm, obliteración del botón aórtico, desviación de tráquea o esófago a la derecha). * <b>Confirmatorio:</b> -Angiotomografía	* <b>Inicial:</b> -Control de TA con esmolol (meta: <80LPM y TAM 60-70 mmHg). -Nicardipino, retrográferina, nitropusato (alternativa). * <b>Definitivo:</b> -Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino. -Reparación directa de lesión.
<b>Ruptura Esofágica T.</b> 	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. ) * <b>Confirma:</b> -TAC contrastada. -Endoscopia.	* <b>Definitivo:</b> -Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino. -Reparación directa.

## TRAUMATISMOS ABDOMINALES

TIPOS	Definición	Epidemiología.	Etiología.	Clínica.	Diagnóstico.	Tratamiento.
<b>Traumatismo Cerrado.</b> 	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. *Rígidez. *Distensión abdominal. *Signos de shock.	<b>Estabilidad hemodinámica:</b> *Si. TAC. *No. -USG FAST. -Lavado peritoneal	-Laparotomía.
<b>Traumatismo Penetrante.</b> 	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%). -Díaphragma (20%).	*Herida por arma blanca. *Herida por arma de fuego.	*Dolor. *Hematomas. *Distensión abdominal. *Hipotensión. *Taquicardia.	<b>Estabilidad hemodinámica:</b> *Si. TAC. *No. -USG FAST. -Lavado peritoneal	-Laparotomía.
<b>Lesión Esplénica.</b> 	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.
<b>Lesión Duodenal.</b> 	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.	<b>Elección:</b> Laparotomía.
<b>Lesión Pancreática.</b>	Paciente con golpe directo en epigastrio.	*Ocurre aproximadamente 7,5% de casos en traumatismos cerrados. *Sexo masculino.	*Trauma cerrado.	-Enzimas pancreáticas normales que luego se elevan.	*TAC doble contraste.	<b>Elección:</b> Laparotomía.