



Nombre del alumno: Zenaida Saragos Jiménez.

Nombre del tema: Traumas torácicos y abdominales.

Parcial: 3.

Nombre de la materia: Técnicas Quirúrgicas Básicas.

Nombre del profesor: Dr. Erick Antonio flores Gutiérrez.

Medicina Humana.

6to semestre.

Comitán de Domínguez Chiapas 30 de mayo 2025.

Traumas torácicos.

<i>Trauma torácico.</i>	<i>Definición.</i>	<i>Epidemiología.</i>	<i>Etiología.</i>	<i>Clínica.</i>	<i>Diagnostico.</i>	<i>Tratamiento.</i>
Neumotórax simple.	Entrada de aire en el espacio pleural por laceración pulmonar, con alteración V/Q con hipoxia e hipercapnia.	Es más común en trauma cerrado y en jóvenes.	+ frecuente= fractura costal.	- Ausencia de ruidos respiratorios. - Timpanismo e hiperesonancia a la percusión. - Sin hipotensión ni distensión yugular.	Clínico. Radiografía: radiolucides en el área afectada.	- Considerar neumotórax menor el tratamiento es con alto flujo de oxígeno mayor 15 L/min. - Pleurostomia con sonda endopleural de 28 fr en 5to E.I.C en línea axilar anterior.
Neumotórax a tensión.	Lesión que ocurre cuando se filtra aire a través de una válvula unidireccional desde el pulmón o a través de la pared torácica.	Es más frecuente en trauma torácica penetrante.	Uso de ventilación mecánica masiva en pacientes con lesión pélvica visceral.	- Taquicardia e hipotensión. - Desviación contralateral de la tráquea. - Ausencia de ruidos respiratorios. - En hemitórax, timpánico.	No es necesario radiografía en una urgencia. Clínico.	Inicial: - Descompresión en 5to E.I.C en LAA con aguja de 8 cm. 2do E.I.C con catéter 6.5. Definitivo. - sonda de pleurostomia de 28 a 32 fr en 5to E.I.C LMA O LAA. - sonda de pleurostomia de 14 fr.
Neumotórax abierto.	Apertura de la pared torácica con intercambio en la presión intratorácica y atmosférica, el aire entra a través del defecto impidiendo la adecuada expansión.	Más frecuente por arma blanca o proyectil.	Herida penetrante de tórax.	- Herida que respira. - Timpánico a la percusión. - Hipoxia e hipercapnia.	Clínico + antecedente de trauma penetrante.	Inicial. Válvula unidireccional: apósito oclusivo en solo 3 lados. Definitivo. Tubo pleural en 5to espacio intercostal línea media axilar y reparación quirúrgica del defecto.
Hemotorax simple.	Hemotorax simple: es un tipo de derrame pleural en el cual se	Más común en trauma penetrante	Lesión de vasos intercostales o pulmonares.	Ausencia de murmullo vesicular.	Clínico, el Hemotorax se encuentra en	Tx inicial.

	acumula sangre (< 1500 ml) y generalmente hay > 50% de HTO en liquido pleural.	cerrado o penetrante.		• Matidez a la percusión.	radiografía y se confirma en taracocentesis.	• reposición de volumen + descompresión con sonda endopleural de 28 a 32 fr en 5to E.I.C. • Iniciar con toracotomía. Definitivo. • sonda pleurostomia de gran calibre 28 – 36 fr en línea axilar 5to espacio intercostal.
Hemotorax masivo.	más de 1500 ml de sangre, drenados inmediatamente a través del tubo de pleurostomía, hemorragia torácica persistente con volumen de 150 a 200 ml/hora en las siguientes 2 a 4 horas y cuando se requieren transfusiones de sangre para mantener la estabilidad hemodinámica.	Trauma torácico mayor.	La causa más común son heridas penetrantes con lesión de vasos sistémicos o hiliares, pero también puede ser consecuencia de un trauma cerrado.	• Choque hipovolémico. • Venas del cuello aplanadas.	Clínico, el Hemotorax se encuentra en radiografía y se confirma en taracocentesis.	Tx inicial. • reposición de volumen + descompresión con sonda endopleural de 28 a 32 fr en 5to E.I.C. Iniciar con toracotomía. Definitivo. • realizar toracotomía si presenta una evacuación de sangre de > 1500 - > 200 ml/hr en 2 o 4 horas.
Tórax inestable.	Un tórax inestable ocurre cuando un segmento de la pared del tórax pierde la continuidad ósea con el resto de la caja torácica.	Trauma torácico cerrado de alta energía.	Resulta del trauma relacionado con múltiples fracturas costales, es decir, de dos o más costillas consecutivas fracturadas en dos o más sitios.	• Dolor durante movimientos respiratorios. • Movimientos asimétricos entre ambos Hemotorax.	• La palpación de los movimientos respiratorios anormales. • Crepitación proveniente de las fracturas costales o cartílagos.	Inicial. • Oxigenación/hidratación y analgesia. • Hipoxemia: intubación endotraqueal. Definitivo. • Quirúrgico (RAFI).

					Una radiografía torácica.	
Taponamiento Cardíaco.	Acumulación de sangre en la cavidad pericárdica que dificulta el llenado de cavidades asociado a un trauma y puede presentarse como una actividad eléctrica sin pulso.	Más común en trauma penetrante.	lesiones penetrantes o contusas	Triada de Beck: hipotensión arterial, ingurgitación yugular, disminución de ruidos cardíacos. El signo de Kussmaul (aumento de la presión venosa durante la inspiración cuando el paciente está respirando espontáneamente).	Inicial. - Clínico + triada de Beck. - Confirmatorio USG FAST.	Inicial. - Pericardiocentesis guiado por USG. - Toracotomía con ventana pericárdica. Definitivo.
Contusión pulmonar	Es una lesión potencialmente letal.	Más frecuente en tórax inestables. Principal causa de muerte por trauma torácico. Letal.	Golpe directo con desaceleración.	Insuficiencia respiratoria: disnea, taquipnea e hipoxemia.	- Clínico. - Radiografía torácica.	- O₂ Analgesia. - Fisioterapia ventilatoria.
Diseccción aórtica.	Diseccción asociada a un trauma por desaceleración, caídas de gran altura o accidentes de tránsito.	Más frecuente en el istmo aórtico en la inserción del ligamento arterioso.	trauma por desaceleración, caídas de gran altura o accidentes de tránsito.	- Dolor torácico agudo. - Hipotensión refractaria.	Inicial: radiografía de tórax. Confirmatorio: analotomografía.	Inicial. Controlar la TA con osmolor con una meta de menor a 80 LPM t TAM de 60-70 mmHg. Y como alternativo Nicardipino, nitroglicerina o nitroprusiato. Definitivo.

						Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino con reparación directa de la lesión.
Lesión de árbol traqueo bronquial.	Lesión de tráquea o bronquial, se produce a 1 pulgada a 2.54 cm de la Carina y en donde bronquio derecho.	La mayoría muere en el lugar del accidente. Más frecuente en bronquio derecho.	Por una lesión en la traque o bronquio.	- Hemoptisis. - Neumotórax hipertensivo. - Enfisema subcutáneo cervical. - Salida de grandes cantidades de aire posterior a la colocación de sonda endopleural.	- Clínica. - Gold estándar =Broncoscopia.	Inicial. - Colocación de vía definitiva, se requiere asistencia endotraqueal con fibra óptica. Definitivo. - Intervención quirúrgica temprana en pacientes inestables hasta que se resuelve inflamación y edema.
Ruptura esofágica traumática.	Trauma cerrado con desgarro lineal por aumento de presión intra abdominal hacia el esófago.	Más frecuente por trauma penetrante.	Aumento de la presión intra abdominal.	Hemo o neumotórax izquierdo sin fracturas costales más golpe en la parte inferior del esternón o epigastrio con dolor o shock, si lesión aparente.	- Radiografía de tórax. - Se confirma con TAC contrastada o endoscopia.	Definitivo. Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino, con reparación directa con la lesión.

Traumas abdominales.

<i>Tipo</i>	<i>Definición</i>	<i>Epidemiología</i>	<i>Etiología</i>	<i>Clínica</i>	<i>Diagnostico</i>	<i>Tratamiento</i>
Traumatismo cerrado de abdomen.	Lesión abdominal sin presencia de lesión en la piel.	Órganos más afectados. • Bazo: 40-55%. • Hígado: 30-45%. • Riñón: 15%. • Intestino delgado.	Contusión directa o desaceleración.	• Dolor abdominal. • Signos de irritación peritoneal. • Equimosis.	FAST y TAC.	Inicial. • Reanimación con líquidos y monitorización. Definitivo. • Quirúrgico.
Trauma penetrante de abdomen	Lesión abdominal con laceración de piel y cavidad peritoneal.	Órganos afectados. • Hígado: 40%. • Intestino delgado: 30%. • Diafragma: 20%.	Herida por arma blanca.	• Dolor. • Hemorragia. • Evisceración. • Irritación peritoneal.	Clínica, TAC y laparotomía.	Inicial: estabilización hemodinámica. Definitivo: laparotomía.
Lesión esplénica.	Lesión más frecuente en el bazo en el trauma abdominal cerrado, principalmente por su fragilidad y su localización.	Más frecuente en trauma abdominal. Más frecuente en el bazo.	Por accidentes de tránsito.	• Hemorragia. • Irritación peritoneal en área esplénica. • Signo de Kehr.	USG abdominal o Tomografía computarizada. Escala de lesión orgánica de bazo (AAST).	Inicial: vigilancia y reposo. Definitivo: lavado peritoneal + laparotomía.
Lesión hepática.	Lesión del parénquima hepático causado por un trauma.	Es el segundo órgano más lesionado.	Por trauma cerrado o penetrante de abdomen.	• Dolor en hipocondrio derecho. • Signos de hipovolemia.	USG FAST o TAC contrastado.	Inicial: reposición de líquidos IV + soporte vital. Definitivo: Embolización o cirugía.
Lesión de duodenos o de viseras huecas.	Lesión en el intestino delgado, colon o en el duodeno.	Más frecuente en pacientes con antecedentes de impacto frontal.	Golpe directo de abdomen.	• Aspiración de sangra por SNG. • Aire en retroperitoneo en tomografía.	TAC de doble contraste.	Elección= laparotomía.
Lesión pancreática	Lesiones en pacientes con antecedentes de golpe en el epigastrio.	Más frecuente en pacientes con golpe en el epigastrio.	Golpe directo en epigastrio.	Trauma cerrado con enzimas pancreáticas normales al inicio que luego se elevan.	TAC con doble contraste.	Elección= laparotomía.