

Traumatismo Torácico y Abdominal en el Niño

Autores

William Mauricio López Andino
Rafael Manuel Trinchet Soler
Dulvis Amanda Almeida Arias



ÍNDICE

MOTIVACIÓN.....	23	
INTRODUCCIÓN.....	25	
PARTE I. EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO		
CAPÍTULO 1		
ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL CUERPO DE GUARDIA.....		31
EVALUACIÓN INICIAL Y RESUCITACIÓN.....	32	
Reconocimiento primario:.....	32	
Vía aérea y control de la columna cervical.....	32	
Ventilación.....	37	
Circulación.....	39	
Evaluación neurológica.....	47	
Exposición.....	48	
REEVALUACIÓN.....	48	
TRATAMIENTO DEFINITIVO.....	51	
Triángulo de evaluación pediátrica.....	52	
CAPÍTULO 2		
LESIONES DE PARTES BLANDAS.....	54	
Tratamiento de la herida.....	55	
Anestésicos locales.....	59	
CAPÍTULO 3		
PROFILAXIS EN LOS TRAUMATISMOS.....	62	
PARTE II. INTRODUCCIÓN A LOS TRAUMATISMOS TORÁCICOS		
CAPÍTULO 4		
ANATOMÍA APLICADA A LOS TRAUMATISMOS TORÁCICOS.....	67	

Pedículos pulmonares	74
Los pulmones.....	78
La tráquea	81
El mediastino	83
Anatomía de superficie	87
Particularidades anatómicas en los niños	92
CAPÍTULO 5	
FISIOLOGÍA APLICADA A LOS TRAUMATISMOS TORÁCICOS.....	93
PARTE III. TRAUMATISMOS TORÁCICOS	
CAPÍTULO 6	
GENERALIDADES DE LOS TRAUMATISMOS TORÁCICOS.....	99
Epidemiología.....	99
Clasificación de los traumatismos torácicos.....	105
Mecanismos de producción de las lesiones torácicas cerradas.....	103
Expresión clínica	104
Conducta imagenológica en el paciente con traumatismo torácico.....	105
LESIONES DE LA PARED TORÁCICA	106
Fracturas costales.....	106
Fracturas vertebrales.....	106
Enfisema subcutáneo	107
Lesiones pleurales.....	107
Neumotórax	107
Hemotórax	109
LESIONES PULMONARES.....	109
Contusión pulmonar.....	109
Laceración pulmonar	110
Atelectasias postraumáticas	110
Torsión pulmonar.....	110

Roturas traqueobronquiales	110
LESIONES MEDIASTÍNICAS Y DEL DIAFRAGMA.....	110
Neumomediastino	110
Hemomediastino	113
Rotura diafragmática	113
CAPÍTULO 7	
TRAUMATISMOS MENOS COMPLEJOS.....	114
PARTES BLANDAS.....	114
PARTES ÓSEAS.....	114
Fracturas del esternón y la escápula	115
Fracturas claviculares	116
Fracturas costales.....	117
CAPÍTULO 8	
TRAUMATISMOS COMPLEJOS.....	119
TRAUMATISMOS COMPLEJOS CON REPERCUSIÓN EN EL ESPACIO PLEURAL.....	119
Neumotórax.....	119
Definición	119
Etiología.....	119
Cuadro clínico.....	120
Diagnostico diferencial.....	121
Medios de diagnóstico	121
Clasificación del trauma torácico y de los neumotórax.....	122
Clasificación según su extensión.....	125
Clasificación según su efecto.....	125
Tratamiento.....	128
Hemotórax.....	132
Definición	132

Etiología.....	133
Expresión clínica	133
Clasificación	134
Diagnóstico por imágenes.....	138
Tratamiento.....	139
Hemotórax retenido	141
Hemotórax persistente	141
Consideraciones.....	145
Quilotórax	146
Definición	146
Cuadro clínico.....	146
Exámenes complementarios	147
Complicaciones.....	147
Tratamiento.....	147
Tórax inestable.....	148
Definición	148
Fisiopatología	150
Diagnóstico	152
Tratamiento.....	153
Tratamiento del dolor	154
Tratamiento de la contusión pulmonar subyacente	154
Mejoramiento de la compliancia torácica.....	155
TRAUMATISMOS COMPLEJOS CON ALTERACIONES PULMONARES..	157
Contusión pulmonar.....	157
Definición	157
Etiología.....	157
Fisiopatología	158
Cuadro clínico.....	159

Exámenes imagenológicos.....	159
Exámenes laboratorio	160
Diagnóstico diferencial.....	161
Tratamiento.....	161
Vigilancia del grado de compromiso respiratorio	161
Monitoreo hemodinámico y control del medio interno	161
Tratamiento del dolor	162
Tratamiento las lesiones asociadas	162
Evolución y complicaciones	162
Atelectasia.....	162
Neumonía.....	163
Pseudoquiste pulmonar	163
Lesiones pulmonares.....	163
Laceración pulmonar	164
Heridas transaxiales	166
Atelectasias	167
Definición	167
Etiología.....	167
Fisiopatología	168
Cuadro clínico.....	168
Exámenes complementarios	169
Tratamiento.....	169
TRAUMATISMOS COMPLEJOS. LESIONES DE TRÁQUEA Y	
BRONQUIOS	171
Definición	171
Cuadro clínico.....	171
Diagnóstico	172
Tratamiento.....	172

Enfisema subcutáneo y mediastínico	174
Definición	174
Enfisema subcutáneo	175
Etiología.....	175
Cuadro clínico.....	175
Tratamiento.....	176
Enfisema mediastínico.....	176
Fisiopatología	176
Etiología.....	177
Cuadro clínico.....	177
Exámenes complementarios	178
Asfixia traumática.....	179
Definición	179
Fisiopatología	179
Cuadro clínico.....	179
Tratamiento.....	180
TRAUMATISMOS COMPLEJOS. LESIONES CARDIOVASCULARES	180
Heridas del corazón.....	180
Vía de acceso	180
Contusión cardíaca.....	184
Concusión o conmoción cardíaca	185
Rotura miocárdica.....	185
Lesiones de la aorta.....	186
Cuadro clínico.....	186
Medios de diagnóstico	186
Tratamiento.....	188
Técnicas de tratamiento quirúrgico	189

Lesiones de los grandes vasos.....	190
Acceso y tratamiento	190
Hemomediastino	192
Hemopericardio y taponamiento cardíaco	192
Definición	192
Fisiopatología	193
Cuadro clínico.....	194
Exámenes para el diagnóstico.....	195
Tratamiento.....	197
Neumopericardio.....	198
Definición	198
Etiología.....	198
TRAUMATISMOS COMPLEJOS. MEDIASTINITIS	199
Definición	199
Etiología.....	199
Cuadro clínico.....	200
Diagnóstico	200
Tratamiento general	200
Lesiones esofágicas.....	201
Etiología.....	202
Cuadro clínico.....	202
Exámenes complementarios	203
Tratamiento.....	203
Traumatismos esofágicos y lesiones intrínsecas del esófago	207
CAPÍTULO 9	
SÍNDROME COMPARTIMENTAL TORÁCICO.....	209
DEFINICIÓN.....	209
Etiología.....	210

Cuadro clínico.....	210
Tratamiento.....	210
CAPÍTULO 10	
TRAUMATISMOS TORÁCICOS Y LESIÓN DIAFRAGMÁTICA	212
CONDUCTA GENERAL.....	212
Heridas penetrantes del tórax.....	212
CAPÍTULO 11	
LESIONES DE VÉRTEBRAS TORÁCICAS	215
DIAGNÓSTICO Y CONDUCTA GENERAL	215
PARTE IV. CIRUGÍA DE TÓRAX	
CAPÍTULO 12	
TORACOTOMÍA DE URGENCIA.....	217
INDICACIONES	217
CAPÍTULO 13	
INCISIONES TORÁCICAS.....	219
CAPÍTULO 14	
CONSIDERACIONES POSTOPERATORIAS GENERALES	220
Terminación de la toracotomía	220
CUIDADOS POSTOPERATORIOS INMEDIATOS.....	222
Posición del paciente	222
Cuidados de la respiración.....	223
Control de los fluidos y la nutrición	224
Tratamiento del dolor	225
Cuidados de la toracostomía.....	225
CAPÍTULO 15	
PROCEDIMIENTOS BÁSICOS.....	229
ANESTESIA DE NERVIOS INTERCOSTALES	229
PUNCIÓN PLEURAL.....	229

TORACOSTOMÍA POR SONDA EN LOS TRAUMATISMOS DEL TÓRAX.....	231
Indicaciones	233
Contraindicaciones	233
Área de inserción	233
Técnica general.....	236
Complicaciones.....	239
Sistemas de drenaje torácico	239
Drenaje con dedo de guante.....	240
Drenaje irreversible por sello de agua	240
Drenaje por aspiración con presión negativa controlada.....	243
Situaciones específicas a tener en cuenta	246
Momento adecuado para retirar la sonda.....	247
Mediastinotomía superior	249
Técnica.....	249
Traqueostomía.....	249
Indicaciones	250
Técnica.....	250
Complicaciones.....	252
Pericardiocentesis	254
Indicaciones	254
Técnica.....	254
Complicaciones.....	257
CAPÍTULO 16	
VENTILACIÓN MECÁNICA EN LOS PACIENTES CON TRAUMATISMOS DE TÓRAX	259

PARTE V. TRAUMATISMO ABDOMINAL. ANATOMÍA

CAPÍTULO 17

ANATOMÍA APLICADA A LOS TRAUMATISMOS

ABDOMINALES	265
ANATOMÍA TOPOGRÁFICA DEL ABDOMEN.....	265
División regional del abdomen.....	266
Descripción del peritoneo y la cavidad abdominal.....	272
Topografía de la cavidad peritoneal	274
Región supramesocólica	276
Transcavidad de los epiplones o cavidad peritoneal menor	277
Región submesocólica o piso medio.....	278
El espacio retroperitoneal	280

CAPÍTULO 18

INTRODUCCIÓN A LOS TRAUMATISMOS ABDOMINALES

283	Expresión clínica y conducta	283
287	Medios de diagnóstico por imagen.....	287
287	Ultrasonido abdominal.....	287
289	Radiografía de abdomen simple	289
290	Radiografía de tórax pósterioanterior (PA) o ánteroposterior (AP)	290
290	Tomografía computarizada (TC).....	290
293	Angiografía.....	293
293	Otros medios diagnósticos	293
293	Lavado peritoneal	293
297	Tratamiento conservador en los traumatismos abdominales	297
298	Tratamiento conservador no quirúrgico.....	298
299	Tratamiento conservador quirúrgico.....	299
300	Procedimientos generales	300
300	Abordaje.....	300

Laparotomía exploradora de urgencia ante un traumatismo abierto o cerrado del abdomen	300
Orden de prioridad para la revisión de la cavidad abdominal	305
El esófago abdominal	310
El estómago	310
El duodeno	310
Maniobra de Kocher	310
Maniobra de Wayart	311
Maniobra de Catel y Braasch.....	312
Maniobra de Winiwarter.....	313
Maniobra de Clairmont.....	314
Las vías biliares	314
El páncreas.....	314
Intestino delgado.....	315
Intestino grueso.....	315
Introducción de la cirugía videolaparoscópica	316

PARTE VI. TRUMA ABDOMINAL.LESIONES

CAPÍTULO 19

LESIONES VASCULARES	317
Arterias que siempre deben repararse	317
Venas que siempre debe intentarse su reparación.....	319
Exposición.....	319

CAPÍTULO 20

LESIONES DEL DIAFRAGMA.....	321
Exámenes complementarios.....	324
Radiografía de tórax pósterioanterior y lateral en posición vertical.....	324
Otros estudios imagenológicos	324
Diagnóstico	325

Tratamiento	325
CAPÍTULO 21	
LESIONES DEL HÍGADO	327
ANATOMÍA DEL HÍGADO	327
Medios de fijación del hígado.....	331
Lóbulos, segmentos y subsegmentos hepáticos.....	333
Anatomía quirúrgica del hígado por el profesor vietnamita Ton That Tung – Couinaud	333
Cisuras externas.....	334
División segmentaria	336
Pediculos glissonianos	337
Venas suprahepáticas.....	339
Lóbulo caudado, dorsal o de Spieghele.....	340
Lesiones traumáticas del hígado	341
Movilización.....	341
Lesiones extensas.....	341
Técnicas para el control temporal de la hemorragia hepática.....	342
Técnicas especiales para controlar la hemorragia por lesiones venosas yuxtahepáticas.....	342
Maniobra de Pringue.....	342
Taponamiento perihepático	344
Compresión manual	345
El torniquete.....	345
Aislamiento vascular hepático con pinzas.....	346
Derivación aurículo - cava.....	346
Globo de Moore - Pilcher	346
Técnicas para el control definitivo de la hemorragia hepática	347
Sutura del parénquima hepático.....	348

Hepatotomía.....	350
Ligadura de la arteria hepática.....	350
Desbridamiento reseccional.....	351
Resección hepática anatómica	351
Trasplante hepático	351
Indicaciones	351
Otros recursos a emplear	352
Hematoma subcapsular hepático.....	352
Conducta	352
Clasificación práctica de las lesiones hepáticas.....	353
Consideraciones finales	354
Complicaciones de los traumatismos hepáticos.....	357
CAPÍTULO 22	
LESIONES DE LA VESÍCULA Y VÍAS BILIARES EXTRAHEPÁTICAS.....	359
LESIONES DE LA VESÍCULA BILIAR.....	361
LESIONES DE LOS CONDUCTOS HEPÁTICOS	361
CAPÍTULO 23	
LESIONES DEL BAZO	363
Tratamiento.....	363
Clasificación práctica de las lesiones del bazo	365
Técnica para exponer el bazo	366
CAPÍTULO 24	
LESIONES DEL PÁNCREAS Y DEL DUODENO	368
Lesiones duodenales	369
Hematomas	369
Perforaciones.....	370
Técnica de sutura duodenal	374
Técnicas complementarias.....	375

Posibilidades de tratamiento ante lesiones con pérdida de sustancia duodenal.....	377
Lesiones pancreáticas.....	377
Métodos para descubrir perforaciones del conducto de Wirsung.....	378
Posibilidades de tratamiento en las lesiones pancreáticas	380
Complicaciones de las lesiones pancreáticas.....	381
Lesiones pancreático duodenales	382
Posibilidades de tratamiento en las lesiones pancreático duodenales	383
CAPÍTULO 25	
LESIONES DE VÍSCERAS HUECAS Y DEL MESENTERIO.....	384
Lesiones del estómago	384
Lesiones del intestino delgado (yeyuno-íleon)	386
Lesiones del colon.....	388
Procedimientos no derivativos.....	388
Procedimientos derivativos.....	388
Descripción del tratamiento quirúrgico	390
Complicaciones.....	394
Lesiones del recto	394
Lesiones intraperitoneales.....	395
Lesiones extraperitoneales(infraperitoneales)	395
Colostomías en asa	396
Colostomías con cabos separados.....	397
Lesiones del mesenterio	397
CAPÍTULO 26	
LESIONES RENALES.....	400
CONDUCTA ANTE LAS LESIONES RENALES	400
Posibilidades de tratamiento en las lesiones renales	403
CAPÍTULO 27	
LESIONES DE URÉTER.....	404
Algunos elementos técnicos para reparar las lesiones ureterales	406
CAPÍTULO 28	
LESIONES DE LA VEJIGA URINARIA	409
CAPÍTULO 29	

LESIONES URETRALES.....	411
CAPÍTULO 30	
LESIONES GENITALES.....	412
CAPÍTULO 31	
LESIONES DE ÓRGANOS RETROPERITONEALES	413
CAPÍTULO 32	
LESIONES PÉLVICAS.....	415
PARTE VII. CIRUGÍA ABDOMINAL	
CAPÍTULO 33	
TERMINACIÓN DE LA LAPAROTOMÍA Y ALGUNAS CONSIDERACIONES POSTOPERATORIAS.....	418
CAPÍTULO 34	
TÉCNICA DE SUTURA INTESTINAL.....	423
PARTE VIII. TÓPICOS ESPECIALES	
CAPÍTULO 35	
TRAUMA TORÁCICO Y ABDOMINAL EN EL RECIÉN NACIDO	427
Etiología.....	427
Incidencia.....	427
Factores de riesgo	427
Cuadro clínico.....	427
Estudios complementarios	429
Lesiones específicas.....	429
Trauma de tórax	429
Consideraciones finales	429
Traumatismo abdominal	430
Cuadro clínico.....	430
Estudios complementarios	431
Lesión hepática	431
Lesión esplénica.....	432
Lesión renal	432
Lesión suprarrenal	433
Consideraciones finales	434
CAPÍTULO 36	

SHOCK TRAUMÁTICO	435
Aspectos generales del shock	435
Definición	436
Etiología.....	436
Shock cardiogénico.....	439
Shock compartimental	439
Shock neurogénico.....	439
CAPÍTULO 37	
USO DE CATÉTERES DE ACCESO VENOSO.....	441
Introducción	441
Concepto	441
Momentos históricos relevantes.....	441
Principales objetivos	442
Uso en los hospitales.....	442
Uso en niños.....	443
Actualidad y dilemas.....	443
Cateterismo umbilical	444
Anatomía vascular aplicada	445
Clasificaciones	445
Según su finalidad y forma de implantación.....	445
Clasificación según las técnicas.....	446
Clasificación según permanencia.....	447
Contraindicaciones del uso de catéteres	448
Complicaciones.....	448
Condiciones imprescindibles	450
BIBLIOGRAFÍA	453

PARTE I
EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Capítulo 1

ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL CUERPO DE GUARDIA

En este capítulo se exponen de manera general la atención al politraumatizado y muchos de los aspectos aquí tratados se ampliarán en otros capítulos del libro.

Para lograr la subsistencia humana es necesario transportar el oxígeno atmosférico hasta las células, donde es utilizado para el metabolismo celular. Para participar en este proceso recorre las vías aéreas superiores, las inferiores, hasta el pulmón y su unidad funcional, el alveolo, donde es captado por los eritrocitos para viajar en la circulación sanguínea hasta su destino final.

En el paciente politraumatizado este recorrido puede ser afectado a nivel de las vías aéreas por obstrucción o lesión y a nivel de la circulación por déficit de bombeo (fallo de la bomba cardíaca) o pérdida de transportadores (hipovolemia). Lo que constituyen las principales causas de muerte en estos pacientes.

Es necesario un orden de prioridad, porque sería inútil intentar restaurar la integridad cardiovascular si no se logran niveles adecuados de oxígeno en la sangre, pero no quiere decir que en presencia de un equipo dispuesto y entrenado no se hagan acciones simultáneas, particularmente en politraumatizados con lesiones en diferentes partes del cuerpo.

El tratamiento urgente de todo paciente politraumatizado se basa en tres fases fundamentales y un requisito condicionante:

- 1- Evaluación inicial y resucitación
- 2- Reevaluación
- 3- Tratamiento definitivo

El requisito condicionante es:

- El triángulo de evaluación pediátrica

EVALUACIÓN INICIAL Y RESUCITACIÓN

Reconocimiento primario

Permite identificar si el paciente se encuentra vivo o presenta lesiones graves que pueden ocasionarle la muerte rápidamente. Por eso para garantizarles la vida el principal objetivo es lograr que el oxígeno llegue a las células, identificando y corrigiendo rápidamente cualquier alteración existente a nivel de las vías aéreas superiores, los pulmones y la circulación, en inglés: A (airways), B (breathing) y C (circulation). Además de la evaluación neurológica, incapacidad D (disability) y la exposición E (exposition).

En la reanimación de adultos se preconiza comenzar dando masaje cardíaco C, sin embargo se mantiene toda la vigencia del A, B y C en niños comenzando precisamente con cinco respiraciones de rescate

A- Vía aérea y control de la columna cervical

En el paciente consciente y que puede hablar normalmente, la entrevista y el examen físico permiten identificar cualquier alteración de estos sistemas.

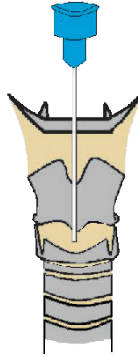
En el individuo inconsciente la primera prioridad es la atención de las vías respiratorias superiores, las cuales deben ser evaluadas para garantizar su permeabilidad, hay que colocar al paciente en posición horizontal, sobre una superficie dura, con el cuerpo y las extremidades alineadas y

prestando gran atención a la columna cervical, la que debemos mantener en una posición neutra.

Puede ser la lengua del paciente el primer obstáculo, rápidamente realizamos el desplazamiento del maxilar inferior hacia delante, en combinación con la tracción de la lengua, la que se fija mediante una gasa (en el paciente inconsciente la lengua se desplaza a la pared posterior de la faringe y ocluye la vía aérea en esta zona). Simultáneamente se realiza la extracción de todo cuerpo extraño, prótesis dentales, sangre o secreciones acumuladas en la orofaringe, haciendo el barrido con el dedo índice y la succión para administrar oxígeno al 100%, mediante bolsa y mascarilla facial y finalmente realizar de ser necesario, la intubación orotraqueal, que es un método rápido y seguro para garantizar la vía aérea expedita. Es extremadamente importante mantener el cuello en una posición neutra, evitando su hiperextensión, flexión o rotación, cuidando de no causar o agravar daños medulares cervicales. El control definitivo de la columna cervical se logra colocando un collarín alrededor del cuello o saquitos de arena a ambos lados de la cabeza y fijados con esparadrapo.

Si la intubación orotraqueal fracasa o no es posible realizarla por lesiones faciales extensas, se pueden utilizar cánulas laríngeas o cánulas traqueales que son sumamente efectivas y en última instancia se recurre a procedimientos quirúrgicos en el cuello, con tres posibilidades, la ventilación transtraqueal percutánea, la cricotiroidotomía o la traqueostomía.

Para las situaciones muy urgentes es mejor realizar la ventilación transtraqueal percutánea (cricotiroidotomía con aguja). Esta se efectúa insertando un catéter intravenoso de grueso calibre (16 – 18 en los niños, 12 – 14 en los adultos) por la membrana cricotiroidoidea hacia la tráquea o insertándolo directamente en ella por debajo del nivel de la obstrucción, luego se conecta a una fuente de oxígeno a 15 litros por minuto (Figura 1.1).



Cricotiroidotomía con aguja

Figura 1.1. Catéter insertado en la membrana cricotiroidea

En caso de obstrucción completa y persistente de la vía aérea, el flujo de oxígeno debe regularse a niveles bajos entre 5 y 7 litros por minuto, para evitar barotrauma importante con rotura del parénquima pulmonar y neumotórax a tensión. Con este procedimiento es posible mantener aporte adecuado de oxígeno por un período de 30 a 45 minutos. Tiene el riesgo de que se retenga dióxido de carbono porque la espiración es pasiva, pero permite ganar tiempo para lograr una vía aérea más efectiva o definitiva.

El catéter se une a un conector en Y o con una tubería de oxígeno abriendo un orificio lateral entre la fuente de oxígeno y la conexión al catéter. Se debe aplicar insuflación intermitente, obturando con el dedo el extremo libre del conector en Y o el orificio lateral de la tubería de oxígeno durante un segundo y liberándolo durante cuatro segundos, repitiendo los ciclos sucesivamente. Durante el tiempo que el oxígeno no está siendo impulsado bajo presión (cuatro segundos), se produce cierta espiración, por supuesto insuficiente, por lo que se retiene dióxido de carbono lentamente.

Dentro de sus principales complicaciones se encuentran la ventilación inadecuada con hipoxemia severa, broncoaspiración de sangre, hematoma en el sitio de la punción, perforación de la pared posterior de la tráquea, laceración esofágica, enfisema subcutáneo, enfisema mediastínico, neumotórax y lesiones de la glándula tiroides.

La cricotiroidotomía quirúrgica es una vía sencilla y fácil de realizar, consiste en seccionar el ligamento cricotiroides medio transversalmente a través de la piel, el orificio se dilata rápido y gentilmente con una pinza hemostática curva para colocar un tubo, cuyo diámetro no sea mayor de 6 mm. Puede ser un tubo endotraqueal de pequeño calibre, una cánula de traqueotomía u otro al efecto. Esta técnica no debe practicarse a niños menores de 12 años, por el peligro de dañar el cartílago cricoides, único soporte circular de la tráquea superior, pudiendo causar estenosis subglótica. No obstante en situaciones urgentes es la de elección, hasta lograr una vía aérea definitiva (Fig. 1.2 a, b, c).

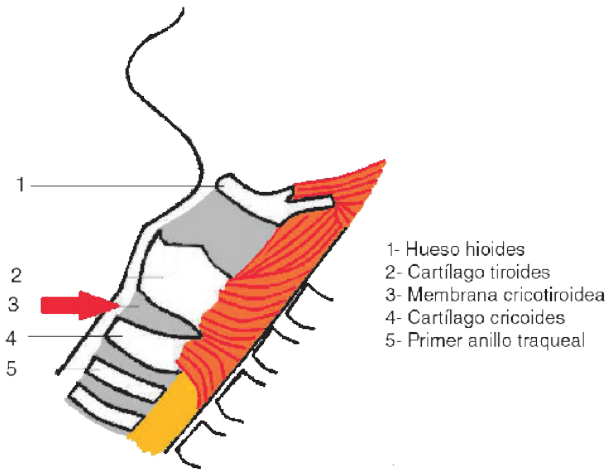
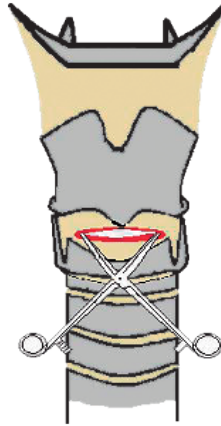


Figura. 1.2 a. Muestra la membrana cricotiroides, la que se incide para realizar la cricotiroidotomía



Cricotiroidotomía quirúrgica

Figura 1.2 b. La membrana cricotiroidea es dilatada con una pinza hemostática

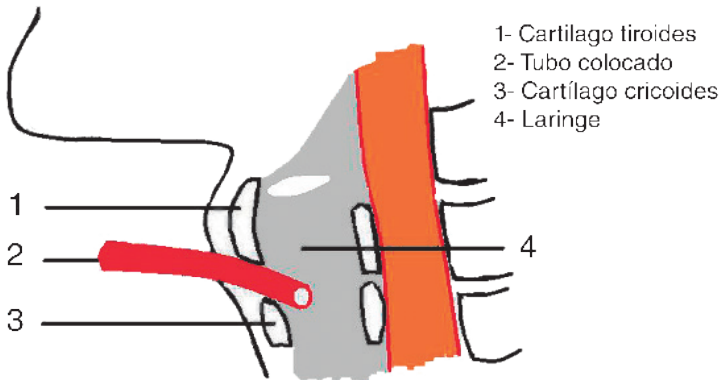


Figura 1.2 c. Se ha colocado un tubo a través de la membrana cricotiroidea

Dentro de sus principales complicaciones se encuentran la aspiración de sangre, creación de una falsa vía en los tejidos blandos pretraqueales, edema y estenosis subglótica, estenosis laríngea, hemorragias, formación de hematomas, laceración de la tráquea, del esófago, enfisema mediastinal y lesión de las cuerdas vocales entre otras.

Enfrentar los traumatismos graves debe considerarse un real rompecabezas.

La complejidad de esta problemática tiene múltiples aristas, que requiere de una preparación teórica y práctica y la habilidad para conjugar ambas en el momento preciso.

El tiempo puede ser la contradicción principal y ser decisivo en muchos casos.

El estudio integral requiere adentrarse en diferentes disciplinas médicas, como son la anatomía, fisiología, farmacología, la revisión de procedimientos y técnicas quirúrgicas entre otras.

Es habitual ver a un profesional con un grupo de libros abiertos o su computadora con varias ventanas intentando integrar conocimientos para enfrentar la complejidad de los traumatismos.

El libro Traumatismo Torácico y Abdominal en el Niño de los autores William Mauricio López Andino, Rafael Manuel Trinchet Soler y Dulvis Amanda Almeida Arias, tiene como propósito mostrar una visión integradora, donde los autores tratan de sumar los elementos básicos de las diferentes disciplinas y exponerlas en un texto único.

El libro está dividido en 37 capítulos, donde además de las partes fundamentales dedicadas a las lesiones torácicas y abdominales, hay tópicos fundamentales de las lesiones urogenitales y pélvicas.

Fueron también incluidos capítulos vitales en el enfrentamiento integral al traumatizado, como son los dedicados al shock, cateterismos, atención en el cuerpo de guardia, entre otros.

Ante el desarrollo impetuoso de los estudios mediante imágenes y su impacto directo en los avances logrados, particularmente en lo concerniente al diagnóstico, se ha prestado especial atención en referencias a sus indicaciones y efectividad

Cuenta con el prólogo del Dr. José Boix Ochoa de España que es una de las figuras más relevantes de la cirugía pediátrica internacional.

Es un libro dirigido a los estudiantes, residentes y especialistas no solo de la cirugía pediátrica sino a cirujanos generales, pediatras, intensivistas y emergenciólogos, porque los traumatismos forman parte de la atención médica de estos profesionales.

ISBN: 978-99974-59-48-0



9 789997 459480