
 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía específica de actuación en traumatismos de la pared torácica y pulmonares en el Servicio de Urgencias Generales	URG-P053			Hoja nº 1
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Cirugía Torácica, Medicina Intensiva y Radiodiagnóstico	Día 22	Mes 11	Año 24	

GUÍA ESPECÍFICA DE ACTUACIÓN EN TRAUMATISMOS DE LA PARED TORÁCICA Y PULMONARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES


Departamento de Salud Alicante-Hospital General Universitario Dr. Balmis



 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía específica de actuación en traumatismos de la pared torácica y pulmonares en el Servicio de Urgencias Generales	URG-P053			Hoja nº 2
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Cirugía Torácica, Medicina Intensiva y Radiodiagnóstico	Día 22	Mes 11	Año 24	

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. OBJETIVOS**
- 3. ALCANCE**
- 4. PERSONAL IMPLICADO**
- 5. DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ADULTO**
 - A. EVALUACIÓN INICIAL EN TRIAJE Y CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE,**
 - B. UBICACIÓN DEL PACIENTE**
 - C. DATOS A RECOGER EN LA HISTORIA CLÍNICA**
 - D. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**
 - E. TRATAMIENTOS**
 - F. CRITERIOS DE INGRESO/ALTA O DERIVACIÓN.**
- 6. CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y/O REGISTROS**
- 7. BIBLIOGRAFÍA**
- 8. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS**

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía específica de actuación en traumatismos de la pared torácica y pulmonares en el Servicio de Urgencias Generales	URG-P053			Hoja nº 3
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Cirugía Torácica, Medicina Intensiva y Radiodiagnóstico	Día 22	Mes 11	Año 24	

1. INTRODUCCIÓN

En nuestro medio los traumatismos están aumentando progresivamente en frecuencia, siendo la tercera causa de mortalidad global y la primera en sujetos menores de 40 años. El incremento de los accidentes de tráfico es su principal origen.

Podemos clasificar los traumatismos torácicos en cerrados y en penetrantes.


Por orden de frecuencia, la localización de las lesiones que se producen en un traumatismo torácico asientan en

- La pared torácica, que incluye la fracturas costales , fracturas de esternón.
- Los pulmones , produciéndose contusiones pulmonares , neumotórax y/o hemotórax
- Otras estructuras intratorácicas , entre éstas, el corazón ,el diafragma, el esófago, la aorta y los grandes vasos

En esta guía haremos únicamente referencia al diagnóstico y tratamiento de los traumatismos de pared torácica y pulmonares.

Dentro de los traumatismos de la pared torácica la lesión más frecuente es la fractura costal, que ocurre casi siempre en adultos. De este modo, las dos primeras costillas se fracturan en muy pocas ocasiones, al estar protegidas por la cintura escapular, y cuando ello ocurre se trata, generalmente, de un traumatismo muy grave acompañado con frecuencia de lesiones vasculares, traqueales o del plexo braquial. La fractura de las costillas flotantes es también poco frecuente; cuando se produce hay que descartar la coexistencia de lesiones abdominales, hepáticas o esplénicas.

Clínicamente, las fracturas costales causan dolor, que aumenta con la inspiración y la tos, provocando respiración superficial, lo que puede conducir a insuficiencia respiratoria, sobre todo en pacientes ancianos o bronquíticos. Su diagnóstico se basa en la exploración clínica, con dolor a la palpación, y en la ecografía, radiografía de tórax y/o TAC.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía específica de actuación en traumatismos de la pared torácica y pulmonares en el Servicio de Urgencias Generales	URG-P053			Hoja nº 4
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Cirugía Torácica, Medicina Intensiva y Radiodiagnóstico	Día 22	Mes 11	Año 24	

El tórax inestable o «volet costal» se produce cuando el traumatismo determina que un sector de la pared torácica pierda su continuidad con el resto de la caja. Los «volets» de localización anterior o lateral son los más graves, aparece una respiración paradójica. El diagnóstico se basa en la radiografía de tórax y, sobre todo, en la exploración del paciente.

La fractura de esternón no es frecuente, pero cuando se produce puede llevar asociadas lesiones de órganos intratorácicos como aorta ascendente, vasos mamarios internos, cava superior y corazón. Clínicamente aparece dolor transfixiante en la zona esternal, que aumenta a la palpación, pudiendo ésta apreciar también una deformidad en escalón.


Dentro de las lesiones pleuropulmonares, la contusión pulmonar, se suele producir por mecanismo de desaceleración o por impacto directo sobre la caja torácica, y condiciona insuficiencia respiratoria, con hipoxemia e hipercapnia, aunque puede aparecer también hemoptisis. El diagnóstico se basa en la radiografía de tórax y en el TAC torácico.

El neumotórax traumático puede ser de origen diverso: herida pulmonar causada por un fragmento de costilla fracturada, aumento de presión alveolar con la glotis cerrada y, menos frecuentemente, rotura traqueobronquial o esofágica.

El hemotórax traumático ocurre en mayor o menor grado en casi todos los traumatismos torácicos diagnosticados. El origen más frecuente es la lesión de los vasos intercostales en los traumatismos cerrados y de los mamarios internos en los penetrantes.

Suele asociarse a neumotórax (hemoneumotórax). El curso clínico va desde la ausencia de síntomas hasta el shock hipovolémico y la insuficiencia respiratoria. El diagnóstico también se realiza por estudios radiológicos.

Los exámenes complementarios se realizan una vez estabilizado el paciente en sus constantes vitales. Van dirigidos a confirmar el diagnóstico de sospecha de una lesión torácica determinada, o a excluir otras lesiones.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía específica de actuación en traumatismos de la pared torácica y pulmonares en el Servicio de Urgencias Generales	URG-P053			Hoja nº 5
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Cirugía Torácica, Medicina Intensiva y Radiodiagnóstico	Día 22	Mes 11	Año 24	

2. OBJETIVOS

▪ Objetivo general:

Establecer una pauta de actuación estandarizada y homogénea en el servicio de Urgencias que garantice la detección precoz y atención rápida y segura de los pacientes que han sufrido un traumatismo en el tórax

▪ Objetivos específicos


Establecer un procedimiento específico de actuación en el Servicio de Urgencias que garantice la información y la coordinación de todos los recursos existentes

3. ALCANCE

Este procedimiento será de aplicación a todo el personal del Servicio de Urgencias Generales del Hospital General Universitario de Alicante

4. PERSONAL IMPLICADO

PERSONAL	RESUMEN DE FUNCIONES
Facultativo/a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facultativos/as de urgencias: las propias del/la facultativo/a de urgencias, ▪ Facultativos/as de otras especialidades: las propias de la especialidad, ▪ Jefe/a de la Guardia: coordinar y garantizar el cumplimiento del protocolo
Enfermero/a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Triage de Urgencias: valoración de triaje y las descritas en el protocolo ▪ Enfermera de Urgencias: atención integral de enfermería al paciente
TCAE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizarán sus tareas designadas en su puesto de trabajo en Urgencias.
Personal Administrativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se encargará de realizar la admisión del paciente en Urgencias.
Celador/a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El equipo de celadores realizarán las tareas propias de apoyo en Urgencias
Personal de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funciones de vigilancia y protección en caso de ser necesario a requerimiento del personal sanitario.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía específica de actuación en traumatismos de la pared torácica y pulmonares en el Servicio de Urgencias Generales	URG-P053			Hoja nº 6
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Cirugía Torácica, Medicina Intensiva y Radiodiagnóstico	Día 22	Mes 11	Año 24	

5. DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ADULTO

A. EVALUACIÓN INICIAL EN TRIAJE Y CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE


- En el triaje de enfermería se registrará el motivo de consulta
- Se realizará la toma de constantes (TA , FC , saturación de O2 y temperatura)

B. UBICACIÓN DEL PACIENTE


- Pacientes con traumatismo torácico cerrado de baja energía, con estabilidad hemodinámica y saturación de O2 normal se ubicarán en sala de espera del área de traumatología.
- Pacientes con traumatismo torácico cerrado sin criterios de activación de código politrauma, pero con insuficiencia respiratoria, que se corrige con O2 suplementario o con posibilidad de presentar otras lesiones potenciales por el mecanismo lesional pasarán al área de encamados del área de traumatología.
- Pacientes con traumatismo torácico cerrado con inestabilidad hemodinámica o insuficiencia respiratoria que no se corrige con O2 suplementario pasarán a sala de críticos de urgencias.
- Pacientes con traumatismos torácicos abiertos pasarán a sala de críticos de urgencias.
- Pacientes con criterios de activación de código politrauma pasarán a sala de críticos de urgencias.

C. DATOS A RECOGER EN LA HISTORIA CLÍNICA

- Una historia precisa del accidente .
- Mecanismo lesional
- Cuándo ha tenido lugar el traumatismo
- Si está en tratamiento anticoagulante o no
- Enfermedades de base
- Tratamiento habitual

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía específica de actuación en traumatismos de la pared torácica y pulmonares en el Servicio de Urgencias Generales	URG-P053			Hoja nº 7
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Cirugía Torácica, Medicina Intensiva y Radiodiagnóstico	Día 22	Mes 11	Año 24	

- Evaluación inicial
 - El objetivo inicial es conseguir una adecuada situación respiratoria y cardiovascular. Para ello es necesario mantener una vía aérea permeable (mediante intubación o traqueostomía si fuera necesario), controlar posibles hemorragias masivas mediante el aporte líquido suficiente, reexpandir los pulmones (con el drenaje pleural oportuno) si están colapsados, estabilizar un tórax inestable llegado el caso y, finalmente, descartar la existencia de un taponamiento cardiaco.
 - Tras la exploración inicial del paciente, ha de llevarse a cabo la exploración específica del tórax y abdomen
 - Observaremos el estado de la pared torácica:
 - Orificios de entrada y salida y si hay hemorragia a su través
 - presencia de cuerpos extraños
 - amplitud y simetría de los movimientos torácicos (limitados en el lado de la lesión)
 - movimiento paradójico de alguna zona de la pared (volet costal)
 - estado de las venas del cuello.
 - Desviación traqueal
 - Equimosis o hematomas en la pared torácica
 - Deformidades de la pared torácica
 - Posteriormente realizaremos la palpación y la auscultación cardiopulmonar :
 - En caso de enfisema subcutáneo se puede palpar crepitación.
 - Los tonos cardiacos se encuentran apagados en el taponamiento cardiaco
 - La presencia o ausencia de ruidos respiratorios
 - Y finalmente realizaremos la exploración abdominal fijándonos en si hay dolor abdominal , sobre todo en los cuadrantes superiores, y en la presencia de equimosis o hematomas abdominales

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía específica de actuación en traumatismos de la pared torácica y pulmonares en el Servicio de Urgencias Generales	URG-P053			Hoja nº 8
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Cirugía Torácica, Medicina Intensiva y Radiodiagnóstico	Día 22	Mes 11	Año 24	

D. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Radiografía de tórax /radiografía de parrilla costal: hallazgos:

La contusión pulmonar, da lugar a una imagen de infiltrado alveolar que aparece a las pocas horas del traumatismo, con desarrollo progresivo.

Si se asocia a fractura costal, suele localizarse por debajo de ella.

En el neumotórax se aprecia hiperclaridad, con ausencia de trama pulmonar. Los neumotórax pequeños pueden pasar desapercibidos en una radiografía en inspiración, y ponerse de manifiesto en una realizada en espiración.

El neumotórax a tensión se caracteriza por inestabilidad hemodinámica y en la radiografía puede verse desplazamiento mediastínico contralateral, con depresión diafragmática y ensanchamiento de los espacios intercostales, aunque estos hallazgos no siempre están presentes.

Derrame pleural: La existencia de una colección líquida en el espacio pleural.


En las fracturas costales, la imagen radiológica varía desde la fisura hasta la complejidad de las fracturas conminutas, cuyos fragmentos desplazados pueden lesionar el parénquima subyacente. Pueden no ser visibles cuando se trata de pequeñas fracturas en los primeros días después del traumatismo

Ha de valorarse asimismo la posibilidad de una lesión diafragmática, que da lugar a la presencia de burbujas aéreas en la cavidad torácica

TC: Es el medio diagnóstico más fiable para evaluar el estado del parénquima pulmonar y de la cavidad pleural, así como de las estructuras óseas y mediastínicas.

Se realizará en caso de :

- ⋮ Sospecha de fractura en 1ª y/o 2ª costillas
- ⋮ Duda en el número de fracturas costales **(SE SOLICITARÁ SIEMPRE PREVIAMENTE INFORME A RADIOLOGÍA DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX)**
- ⋮ Presencia de más de 3 fracturas costales en la radiografía para descartar complicaciones asociadas

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía específica de actuación en traumatismos de la pared torácica y pulmonares en el Servicio de Urgencias Generales	URG-P053			Hoja nº 9
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Cirugía Torácica, Medicina Intensiva y Radiodiagnóstico	Día 22	Mes 11	Año 24	

- ⋮ Sospecha de fractura esternal para descartar desplazamiento y/o otras lesiones asociadas.
- ⋮ Fracturas de alguna costilla de la 9ª a la 12ª para descartar lesiones intraabdominales asociadas

Ecografía. Puede tener utilidad en casos de inestabilidad hemodinámica o en pacientes gestantes ayudándonos a descartar neumotórax y hemotórax.

ECG: en todos los pacientes con trauma torácico de alta energía o con insuficiencia respiratoria o inestabilidad hemodinámica o fractura esternal o que requiera ingreso

Analítica sanguínea: en todos los pacientes que precisen ingreso.

E. TRATAMIENTO DEFINITIVO DE LAS LESIONES


El tratamiento definitivo sólo va a ser quirúrgico en un pequeño % de los casos. La mayoría de las lesiones se resuelve con el tratamiento inicial y con drenaje endopleural.

Lesiones de la pared torácica:

Las fracturas aisladas de las costillas y el esternón se tratan con analgesia, relajantes musculares, fluidificantes (para favorecer la expectoración y evitar atelectasias). La inmovilización está proscrita, pues dificultaría la ventilación.

En caso de volet costal, si el sector parietal afectado es pequeño, el tratamiento es el mismo de las fracturas costales. Cuando, por su localización o por su tamaño, tiene repercusión respiratoria, se puede tratar teóricamente mediante tracción continua externa, estabilización interna o osteosíntesis quirúrgica. El método, más utilizado, consiste en la intubación traqueal y ventilación asistida.

Contusión pulmonar: La hemorragia y el edema que aparecen en las contusiones pulmonares tienden a remitir paulatinamente, salvo que se produzca una sobreinfección o una sobrecarga de líquidos. El tratamiento, una vez hecho el diagnóstico, se basa en:


 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía específica de actuación en traumatismos de la pared torácica y pulmonares en el Servicio de Urgencias Generales	URG-P053			Hoja nº 10
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Cirugía Torácica, Medicina Intensiva y Radiodiagnóstico	Día 22	Mes 11	Año 24	

- La oxigenoterapia convencional o por ventilación mecánica si la saturación de O₂ en menor a 90 % y/o la gasometría muestra una Pa O₂ inferior a 60 mmHg o disnea o trabajo respiratorio-taquipnea.
- La restitución del equilibrio hidroelectrolítico, evitando la sobrecarga de líquidos
- Corrección de la anemia si procede.
- Es importante además el tratamiento del dolor.
- Fisioterapia respiratoria
- Aspiración de secreciones capaces de obstruir la vía aérea.

Neumotórax. Se trata colocando un drenaje endopleural conectado a un sistema de sello de agua y, generalmente, con aspiración continua (ver protocolo URG-T015. guía para la realización de un drenaje pleural en el servicio de urgencias). Se suele colocar en el segundo espacio intercostal en línea media clavicular o en el quinto en línea media axilar , si hay derrame pleural asociado. En el caso concreto de neumotórax a tensión, hay que observar la cantidad de aire que sale por el drenaje, a fin de descartar una lesión traqueobronquial puede ser necesaria la toracotomía cuando se produce un escape masivo y continuo de aire a través del tubo de drenaje, con falta de reexpansión pulmonar. Por último, en caso de neumotórax abierto, es preciso transformar éste en un neumotórax cerrado y colocar un drenaje endopleural.

Hemotórax. Su tratamiento está basado en el drenaje endopleural y la reposición de la volemia. La reexpansión pulmonar puede facilitar el cese de la hemorragia. Sólo se interviene quirúrgicamente cuando por el drenaje se evacúan inicialmente de 1.000 a 1.500 ml o cuando el débito es de más de 200 ml por hora durante 4 horas consecutivas. El hemotórax ha de ser drenado por la importante limitación de la amplitud de movimientos respiratorios que se produce cuando se cronifica, y por la posibilidad de infección.

Las fracturas esternales no complicadas se tratan con analgesia y reposo, siempre hay que descartar lesiones secundarias lesiones de órganos intratorácicos como aorta ascendente, vasos mamarios internos, cava superior y corazón) mediante la realización de prueba de imagen, analítica sanguínea y ECG

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía específica de actuación en traumatismos de la pared torácica y pulmonares en el Servicio de Urgencias Generales	URG-P053			Hoja nº 11
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Cirugía Torácica, Medicina Intensiva y Radiodiagnóstico	Día 22	Mes 11	Año 24	

F. CRITERIOS DE INGRESO/ALTA O DERIVACIÓN.

DOMICILIO


- Los pacientes que sufran fracturas costales (tres o menos) sin repercusión hemodinámica y con buena saturación de O2 y **SIN** patología subyacente de base que pueda ocasionar complicaciones (EPOC, anticoagulados...) serán dados de alta con tratamiento analgésico pautado y controlados clínica, farmacológica y radiológicamente con radiografía de tórax PA y lateral en una semana por su Médico de Familia (MAP) (se excluye a pacientes con fracturas de las 3 primeras costillas y de los últimos arcos costales).

INGRESO EN OBSERVACIÓN DE URGENCIAS A CARGO DEL ÁREA DE TRAUMA

- Los pacientes que sufran fracturas costales (tres o menos) sin repercusión hemodinámica y con buena saturación de O2 y **CON** patología subyacente de base que nos pueda ocasionar complicaciones (EPOC, anticoagulados...) ingresarán en observación de urgencias con analgesia.
- Los pacientes que tengan fractura de esternón no desplazada sin complicaciones asociadas (se debe realizar TAC para descartar complicaciones asociadas) y con ECG y enzimas cardíacas normales para valoración de contusión miocárdica (mecanismo de impacto directo), ingresarán a cargo de observación de urgencias.
- Los pacientes con al menos una fractura de los últimos arcos costales (costillas de la 9 a la 12) ingresarán en observación de urgencias tras descartar lesión de víscera asociado (hígado, bazo, renal) con realización de TC tórax con extensión a abdomen previo al ingreso.

En estos 3 casos antes de completar ingreso se realizará además del estudio radiográfico oportuno , un ECG y analítica que incluya bioquímica , hemograma y coagulación . Se dejará realizada:

- Una petición de analítica sanguínea de control con hemograma y coagulación para el día siguiente
- Petición para realizar al día siguiente una radiografía de tórax PA y lateral de control.
- Una interconsulta en ORIÓN para cirugía torácica para valoración del paciente al día siguiente por su parte, no siendo necesario el contacto

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía específica de actuación en traumatismos de la pared torácica y pulmonares en el Servicio de Urgencias Generales	URG-P053			Hoja nº 12
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Cirugía Torácica, Medicina Intensiva y Radiodiagnóstico	Día 22	Mes 11	Año 24	

telefónico , salvo que él paciente se inestabilice durante el ingreso en observación


INGRESO EN CIRUGÍA TORÁCICA

Ingresarán en el servicio de cirugía torácica , salvo que por otras lesiones asociadas y por acuerdo con medicina intensiva ingresen en UCI o CIME:

- Los pacientes que tengan fracturas esternales complicadas
- Los pacientes que tengan más de tres fracturas costales
- Los pacientes que tengan cualquiera de las complicaciones descritas en este protocolo (hemotórax , neumotórax , contusión pulmonar ...)
- Los pacientes que tengan fracturas en las 3 primeras costillas

SE SOLICITARÁ VALORACIÓN DE INGRESO EN UCI/CIME. (previa consulta a cirugía torácica /o otros especialistas implicados en el manejo del paciente)

- Paciente traumatizados CON inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria o lesiones graves con elevado riesgo de complicaciones e inestabilización (Neumotórax a tensión, hemotórax masivo, contusión pulmonar bilateral extensa, presencia de hemopericardio, rotura diafragmática o esofágica, lesión de grandes vasos, ...)
- Pacientes con traumatismo de alta energía que presenten lesiones combinadas incluidas varias lesiones leves que afectan a cavidad craneal, torácica y/o abdominal, no susceptibles de tratamiento quirúrgico urgente además del traumatismo torácico (Contusiones cerebrales, Hemorragia subaracnoidea (HSA) focal traumática, agitación de origen no toxico-metabólico con TC craneal normal, lesión cervical sin afectación medular que precise inmovilización cervical , asociación de Neumotórax leve, contusiones pulmonares pequeñas, fracturas costales y/o derrame, líquido libre intraabdominal sin lesión de víscera sólida, con características sugestivas de sangrado (especificada en el informe radiológico))
- Contusión pulmonar con hipoxemia
- Signos ECG o ecográficos de contusión miocárdica con o sin inestabilidad clínica
- Pacientes que aunque estén estables hemodinamica y respiratoriamente estables presenten:
 - Hemotórax submasivo

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía específica de actuación en traumatismos de la pared torácica y pulmonares en el Servicio de Urgencias Generales	URG-P053			Hoja nº 13
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Cirugía Torácica, Medicina Intensiva y Radiodiagnóstico	Día 22	Mes 11	Año 24	

- Inestabilidad de pared torácica
- Fractura esternal con hematoma mediastínico asociado
- Fracturas costales múltiples bilaterales
- Fracturas de 1ª, 2ª o de 8ª a 12ª costillas aunque el TAC no tenga lesiones asociadas.
- Pacientes que aunque estén estables, presenten comorbilidades con elevado riesgo de deterioro por el traumatismo torácico, como puede ser una EPOC, una enfermedad neuromuscular o una insuficiencia cardiaca crónica previa.
- Mal control alérgico que precise opiáceos en perfusión

6. CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y/O REGISTROS

Reingresos de pacientes con traumatismo torácico

CODIFICACIÓN EN INFORME DE ALTA

Fracturas costales

Fractura esternal

Neumotórax

Hemoneumotórax


Hemotórax

Traumatismo torácico

Contusión costal

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Legome E, Hammel JM. Initial evaluation and management of chest wall trauma in adults. En: UpToDate, Ganetsky M (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (acceso el 3 de noviembre 2024)
2. Karlson KA, French A. Initial evaluation and management of rib fractures. En: UpToDate, Ganetsky M (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (acceso el 3 de noviembre 2024)

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía específica de actuación en traumatismos de la pared torácica y pulmonares en el Servicio de Urgencias Generales	URG-P053			Hoja nº 14
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Cirugía Torácica, Medicina Intensiva y Radiodiagnóstico	Día 22	Mes 11	Año 24	

8. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Elena Martínez Beloqui. Médico del Servicio de Urgencias	Inmaculada Jiménez Ruiz. Médico del Servicio de Urgencias. Begoña Espinosa Fernández. Médico del Servicio de Urgencias. Celia Astor. Médico adjunto de Radiodiagnóstico Juanjo Egea. Médico adjunto de Radiodiagnóstico Víctor Marquina . Médico adjunto de Radiodiagnóstico	Pere Llorens. Jefe de Servicio de Urgencias Generales Rogelio Pastor. Jefe de sección del servicio de Urgencias Generales. Jorge Cerezal. Jefe de Servicio del Servicio de Cirugía Torácica Francisco Jaime. Jefe de Servicio de Medicina intensiva Luis Concepción. Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico
Fecha 03/11/2024	Fecha 03/11/2024	Fecha 22/11/2024

Este protocolo será revisado siempre que las circunstancias lo requieran y en especial, ante modificaciones sustanciales de los protocolos y/o procedimientos en la materia, dictados por las Autoridades Sanitarias.

La modificación del protocolo incluirá la comunicación a los responsables de las áreas/servicios y unidades afectados por el protocolo, así como a la totalidad de los profesionales del Servicio de Urgencias Generales.

Asimismo, se modificará con carácter inmediato en la intranet del Departamento, en caso necesario.

EDICIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS	PÁGINAS
V1	22/11/2024	Elaboración del documento	14
V2	22/11/2026	Revisión del documento	XX