



PROTOCOLO

NEUMOTORAX

(Dr. Alonso Lago Farfan, Dr. Alvaro Mejia Gonzalez, Dr. Genaro Redondo Choles. Cirujanos Hospital San Jose de Maicao).

Revisado y adaptado a Hospital San Jose de Maicao de protocolos de Hospital General de Medellín.

ELABORO:

GENARO REDONDO
Médico Cirujano

ALVARO R. MEJIA
Médico Cirujano

REVISADO Y APROBADO:

GLORIA MESA
Subgerente Científica



DEFINICION.

Presencia de aire entre la pleura parietal y visceral. Presupone la existencia de una comunicación entre el espacio pleural y la atmósfera.

ETIOLOGIA.

1. ESPONTANEO.
2. IATROGENICO.
3. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.
4. TRAUMA TORACICO.
5. ENFERMEDADES CONGENITAS.

- **Espontáneo**
- **Yatrogénico:**
 - Toracocentesis
 - Biopsia pleural
 - Biopsia hepática
 - Cirugía torácica
 - Canalización subclavia-yugular, etc.
 - Resucitación
 - Ventilación mecánica
- **Enfermedades respiratorias:**
 - Membrana hialina
 - Síndrome de aspiración
 - Quistes broncopulmonares
 - Asma
 - Fibrosis quística
 - Tuberculosis
 - Neumonía necrotizante
 - Bronquiolitis
 - Neumopatías intersticiales
 - Tumores
 - Inhalación de tóxicos
(hidrocarburos, cocaína)
- **Traumatismo torácico**
- **Enfermedades congénitas:**
 - Síndrome de Marfan, linfangiomatosis



CLINICA

Depende de la extensión del colapso pulmonar.
Grado de presión intrapleurales.
Rapidez de instauración.
Edad.
Reserva respiratoria.

SINTOMAS Y SIGNOS

Dolor pleurítico 90%.
Disnea.
Taquipnea.
Timpanismo.
Disminución del murmullo vesicular.
Expansión asimétrica del hemitorax.

NEUMOTORAX A TENSION

Se produce cuando la masiva acumulación de aire aumenta la presión intrapleurales por encima de la atmosférica provocando un colapso pulmonar produciendo desplazamiento del mediastino hacia el lado contra lateral. Produciendo entonces compromiso del retorno venoso con taquicardia, hipotensión y disminución del gasto cardiaco.

DIAGNOSTICO

- Rx de tórax: hiperlucidez en hemitorax afectado.
Desplazamiento del mediastino al lado contra lateral.
- TAC TORAX. En caso de duda diagnostica y determinación de etiología pulmonar intraparenquimatosa.

MANEJO

En caso de pequeños neumotórax asintomático no traumáticos menores del 10% medidas conservadoras con oxígeno a alta concentraciones 100%.

En caso de neumotórax a tensión evacuación intrapleurales de urgencias (yelco 14 – 16 en 2 espacio intercostal con línea claviclar media).



PROTOCOLO NEUMOTORAX

CIE-PT-009

PAGINA:
4

VERSION No: 01

SISTEMA DE DRENAJE

- Un solo frasco.
- Dos frascos

El sistema de drenaje utilizado con más frecuencia es el Pleur - vac que consiste en tres cámaras.

- Sello de agua, debe llenarse hasta la línea de 2 cms.
- Cámara de control de aspiración. debe superar la presión negativa intra pleural (-5/ - 15 cm H₂O).
- Cámara de recolección.

CRITERIOS PARA RETIRO DE TUBO DE TORAX POR NEUMOTORAX

- Auscultación con adecuado murmullo vesicular.
- Ausencia de burbujeo en trampa de agua.
- Adecuada re expansión pulmonar en Rx de tórax previo.
- Ausencia de enfisema subcutáneo.



BIBLIOGRAFIA

1. Blackmore CC, Zweibel A, Mann FA. Determining risk of traumatic aortic injury: how to optimize imaging strategy. Am J Roentgenol 2000; 174(2):343 – 7.
2. Shanmuganathan K, Mirvis SE. Imaging diagnosis of nonaortic thoracic injury. Radiol Clin North Am 1999; 37(3): 533 – 51.
3. Cohn SM. Pulmonary contusion: review of the clinical entity. J Trauma 1997; 42 (5): 973 – 9.
4. Lomoschitz FM, Linnau KF. Pneumomediastinum without pneumothorax Caused by esophageal rupture. Am J Roentgenol 2001; 177(6): 1416.
5. FM Lomoschitz et al. European Journal of Radiology 48 (2003) 61 – 70.