

CESAR FELIPE MORALES SOLIS

DR. ERICK ANTONIO FLORES GUTIERREZ

TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS

PLATAFORMA

6

PASIÓN POR EDUCAR

A

Traumatismos abdominales

	Definición	Epidemiología / Etiología	Clínica/diagnostico	Tratamiento Inicial / Definitivo
Trauma cerrado	Sin solución de continuidad peritoneal.	Accidente vehicular, caídas.	Estudio inicial: USG FAST, TAC, lavado peritoneal (LPD). Lesiones comunes: hígado, bazo, intestino, riñón.	Si hay inestabilidad o LP/USG positivo: laparotomía exploradora.
Trauma penetrante (arma blanca / arma de fuego)	Solución de continuidad del peritoneo.	Heridas penetrantes.	Clínica + USG FAST + TAC. Evisceración, aire libre, peritonitis	Indicación de laparotomía según estabilidad o datos de peritonitis.
Lesión esplénica	Más común en trauma abdominal.	Ruptura esplénica.	Dolor en hombro (signo de Kehr), peritonitis.	Vigilancia si estable. Si USG FAST + o inestable: laparotomía.
Lesión pancreática	Trauma cerrado (epigastrio).	Golpe directo.	Enzimas normales inicialmente; se elevan después. Diagnóstico con TAC.	Laparotomía
Lesión duodenal	Trauma cerrado (manubrio bicicleta).	Golpe frontal directo.	Aire retroperitoneal, sangre por SNG, TAC.	Laparotomía

Traumatismos Torácicos

	Definición	Epidemiología / Etiología	Clínica	Diagnóstico	Tratamiento Inicial	Tratamiento Definitivo
Neumotórax a tensión	Entrada de aire al espacio pleural que actúa como válvula unidireccional provocando colapso pulmonar e inestabilidad hemodinámica.	Común en pacientes con ventilación mecánica con lesión pleural visceral.	Taquicardia, hipotensión, desviación traqueal, distensión yugular, ausencia de ruidos respiratorios, timpanismo.	Diagnóstico clínico (urgencia, no requiere RX).	Descompresión con aguja: ATLS: 5° EIC LAA, 8 cm GPC: 2° EIC LMC, 6.5 cm	Sonda pleural: ATLS: 28–32 Fr 5° EIC LMA o LAA GPC: 14 Fr
Neumotórax simple	Entrada de aire al espacio pleural sin compromiso hemodinámico.	Causa más común: fractura costal.	Ausencia de ruidos respiratorios, timpanismo, sin hipotensión ni distensión yugular.	Clínico + RX (radiolucidez apical).	Oxígeno alto flujo (>15 L/min) si <1.5 cm de separación pleural.	Pleurostomía con sonda 28 Fr en 5° EIC LAA.
Hemotórax / Hemotórax masivo	Acumulación de sangre en espacio pleural. Masivo: >1500 ml o >200 ml/hora por 2–4 h.	Trauma cerrado (costillas) o penetrante (vasos sistémicos/intercostales).	Hipovolemia, matidez a la percusión, ausencia de murmullo vesicular.	RX + toracocentesis; masivo es clínico.	ATLS: Sonda 28–32 Fr 5° EIC LAA GPC: Toracotomía si masivo.	Hemotórax: sonda grande calibre (28–36 Fr). Masivo: toracotomía.
Tórax inestable + contusión pulmonar	Fractura de ≥2 costillas adyacentes con movimiento paradójico del hemitórax.	Trauma cerrado con múltiples fracturas.	Dolor, crepitación, disociación de movimientos torácicos.	Clínico + RX (fracturas, infiltrados).	Oxigenación, analgesia, hidratación. Intubación si hipoxemia.	Fijación interna (quirúrgico) + fisioterapia ventilatoria.
Taponamiento cardíaco	Acumulación de sangre en pericardio que limita el llenado cardíaco.	Trauma penetrante. Puede generar actividad eléctrica sin pulso.	Tríada de Beck: hipotensión, ruidos cardíacos disminuidos, ingurgitación yugular.	Clínico + USG (FAST).	Pericardiocentesis guiada por USG.	Toracotomía + ventana pericárdica.
Neumotórax abierto	Lesión penetrante con entrada y salida de aire por defecto torácico.	Trauma penetrante.	Dolor, timpanismo, hipoxia, “herida que respira”.	Clínico + antecedente traumático.	Apósito oclusivo en 3 lados (válvula unidireccional).	Tubo pleural (5° EIC LMA, alejado de la herida) + reparación quirúrgica.
Diseción traumática de aorta	Desgarro de la aorta torácica, común en istmo.	Desaceleración brusca (accidente alto impacto).	Dolor torácico agudo + hipotensión refractaria.	RX: ensanchamiento mediastinal, TAC contrastada.	Control TA con esmolol, nicardipino o nitroprusiato.	Drenaje pleural y reparación directa.
Lesión traqueobronquial	Ruptura de la vía aérea mayor (cerca de la carina).	Trauma cerrado (desaceleración, aplastamiento).	Hemoptisis, neumotórax hipertensivo, enfisema subcutáneo, fuga aérea tras sonda pleural.	Clínico + Broncoscopía (gold standard).	Vía aérea definitiva asistida (fibra óptica).	Intervención quirúrgica temprana.

BIBLIOGRAFIA:

American College of Surgeons. (2023). *Curso de Apoyo Vital Avanzado en Trauma (ATLS), 10ª edición*. Manual oficial traducido y adaptado para profesionales de habla hispana.

Secretaría de Salud. (2011). *Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento inicial del trauma torácico cerrado en el primer nivel de atención (GPC-SS-447-11)*. México: CENETEC.