



Nombre del alumno:

Leslie Dennis Cabrera Sanchez

**Nombre del profesor: Dr. Erick Antonio
Flores Gutierrez**

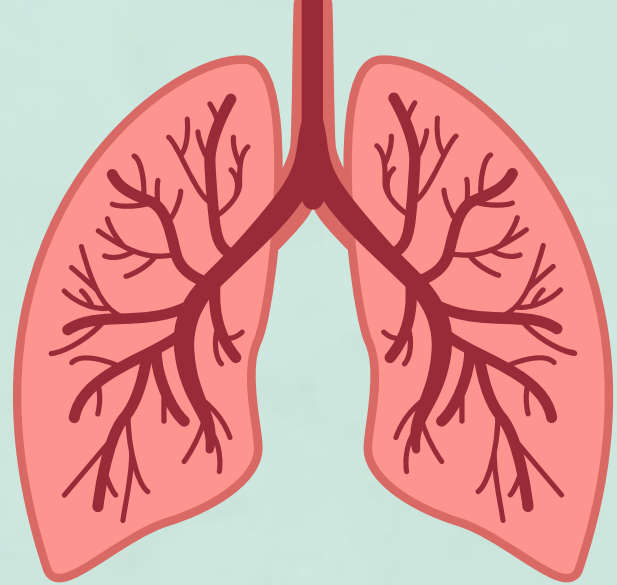
Actividad: Flashcards

Materia: Técnicas Quirúrgicas Básicas

Grado: 6

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 01 junio 2025

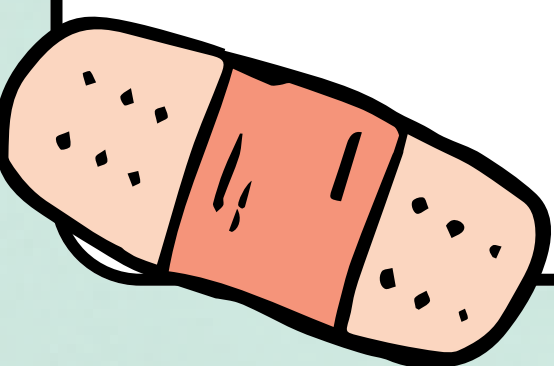


TRAUMATISMOS



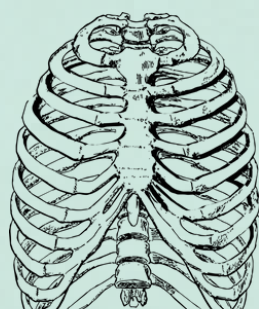
TORACICOS

Todo impacto producido a nivel de la caja torácica y que pueda afectar a corazón, pulmones, grandes vasos, mediastino y estructuras óseas (costillas y esternón).



Neumotorax simple

Ocurre cuando el aire se filtra dentro del espacio entre los pulmones y la pared torácica, lo que provoca la presión en la parte externa del pulmón y su colapso



Etiología:

- La causa mas común es una fractura costal.



Clínica:

- Ausencia de ruidos respiratorios.
- Timpanismo.
- NO existe hipotensión ni distensión yugular.



Diagnostico:

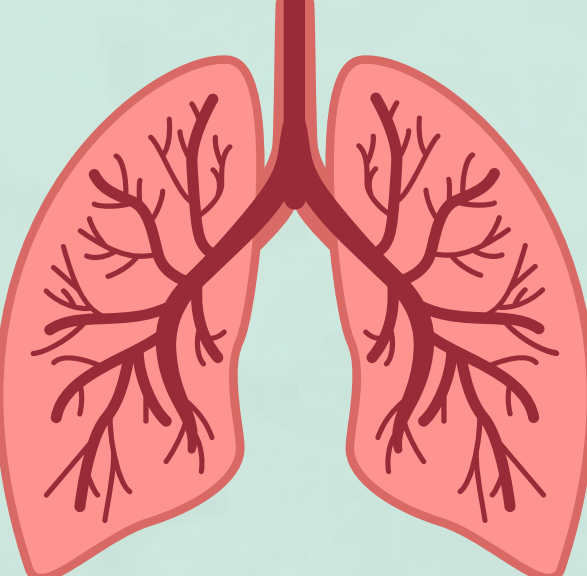
- Clínico.
- Radiografía (radiolúcidas en área afectada).



Tratamiento:

- Considerar neumotórax menor cuando la separación de pleura en región apical es de menos 15cm (TX con alto flujo oxígeno mayor a 15L/min).
- Pleurostomía con sonda endopleural de 28fr en 5to espacio intercostal en línea axilar anterior.



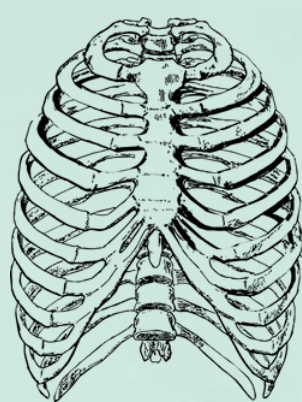


NEUMOTÓRAX A



Tensión

Acumulación progresiva de aire en el espacio pleural, que puede comprometer gravemente la función respiratoria y hemodinámica del paciente.



Etiología:

- causa mas común es el uso de ventilación mecánica invasiva en pacientes con lesión pleural visceral o secundario a un neumotórax simple.



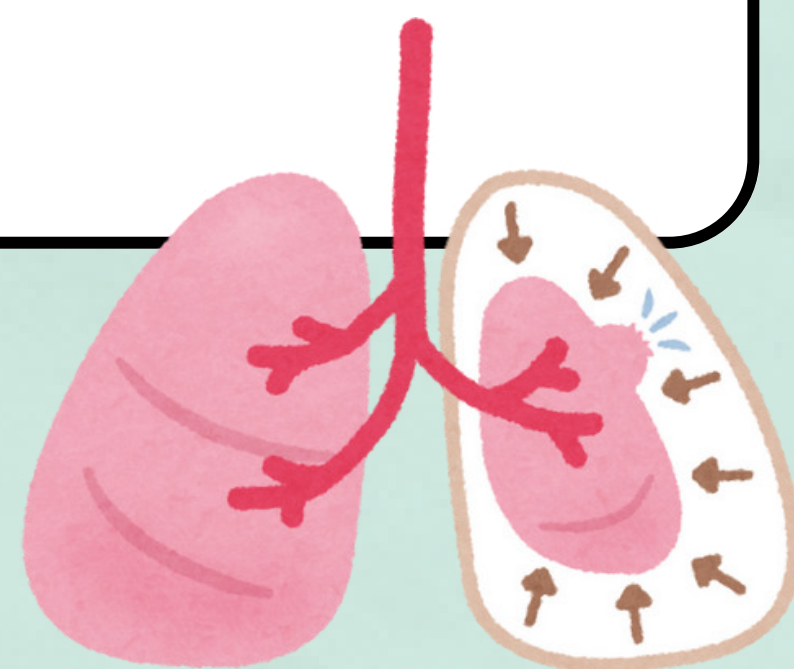
Clínica:

- Ausencia de ruidos respiratorios.
- Distensión yugular.
- Colapso pulmonar
- Taquicardia e hipotensión.
- Desviación contralateral de la tráquea.



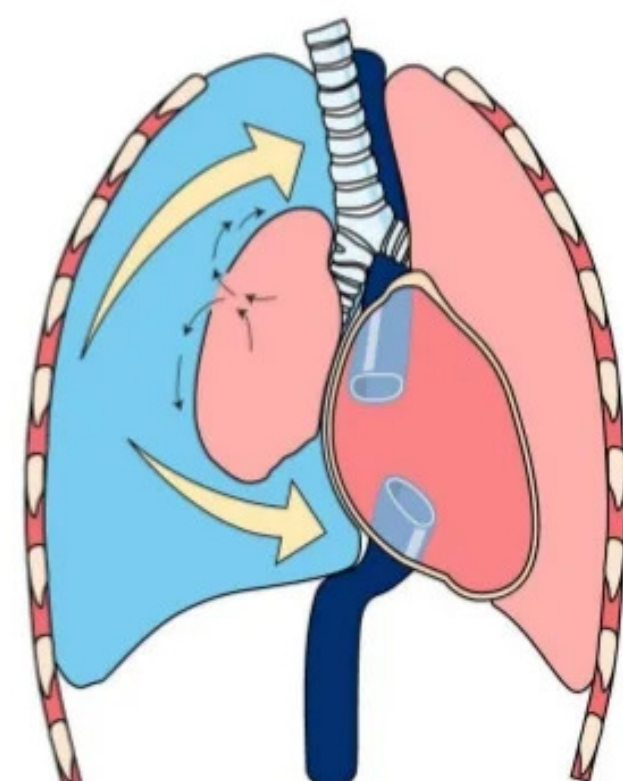
Diagnostico:

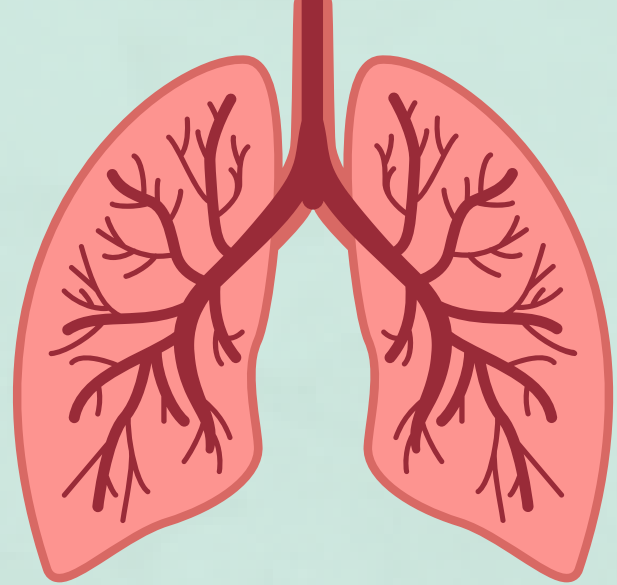
- Clínico.
- Ausencia de ruidos respiratorios en hemitórax, timpánico o hiperresonante a la percusión.



Tratamiento:

- Descompresión en 5to espacio intercostal en linea axilar anterior con aguja de 8cm.
- Tx definitivo: Sonda de pleurostomia de 28 a 32 fr en 5to espacio intercostal linea axilar media o linea axilar anterior.
- Sonda de pleurostomia de 14 fr.



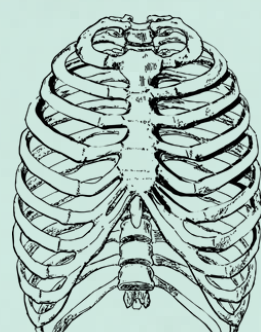
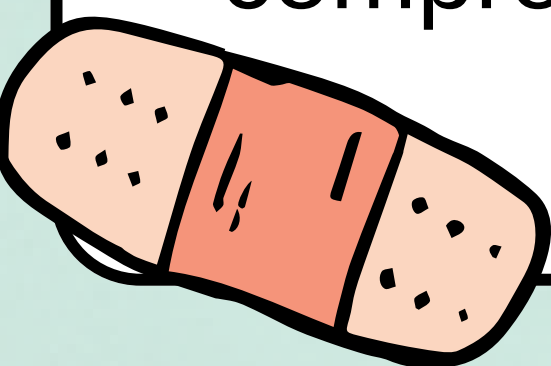


NEUMOTÓRAX



Abierto

Acumulación progresiva de aire en el espacio pleural, que puede comprometer gravemente la función respiratoria y hemodinámica del paciente.



Etiología:

- causa mas común es el uso de ventilación mecánica invasiva en pacientes con lesión pleural visceral o secundario a un neumotórax simple.



Clínica:

- Ausencia de ruidos respiratorios.
- Distensión yugular.
- Colapso pulmonar
- Taquicardia e hipotensión.
- Desviación contralateral de la tráquea.



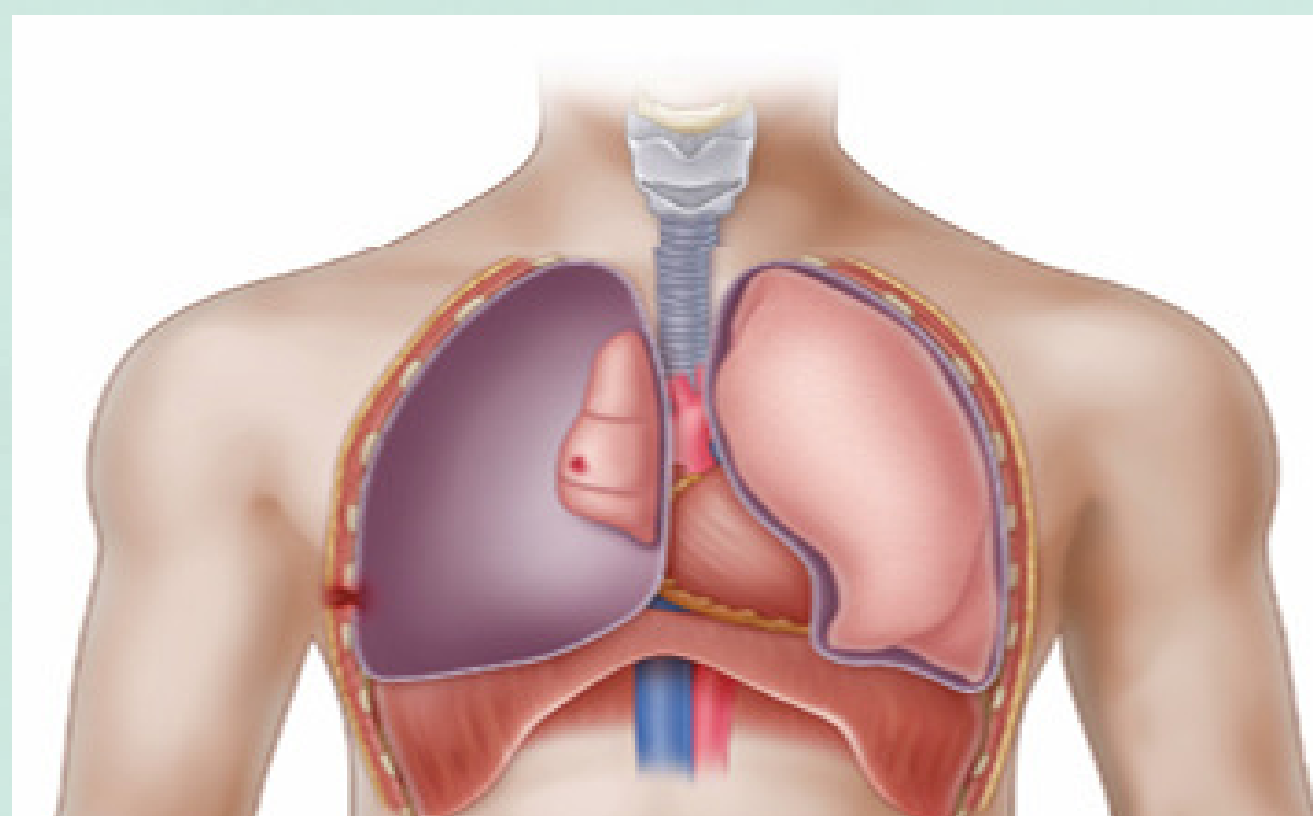
Tratamiento:

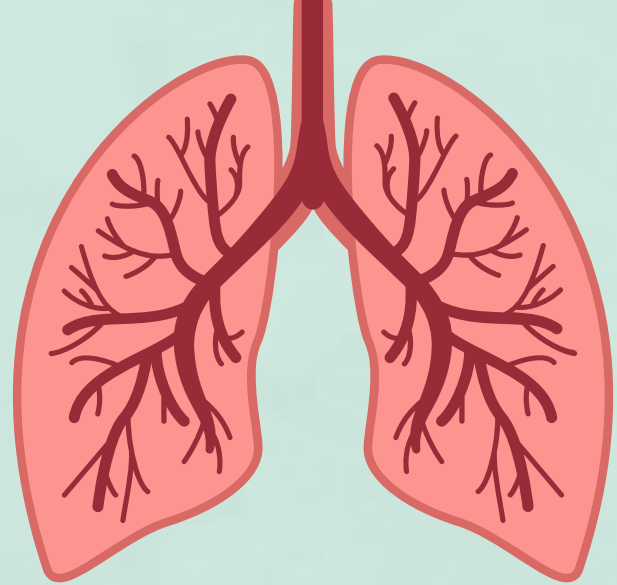
- Descompresión en 5to espacio intercostal en linea axilar anterior con aguja de 8cm.
- Tx definitivo: Sonda de pleurostomia de 28 a 32 fr en 5to espacio intercostal linea axilar media o linea axilar anterior.
- Sonda de pleurostomia de 14 fr.



Diagnostico:

- Clínico.
- Ausencia de ruidos respiratorios en hemitórax, timpánico o hiperresonante a la percusión.



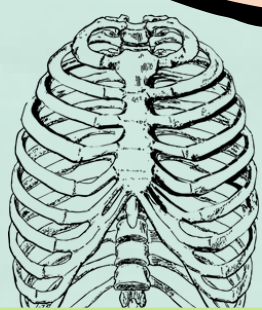
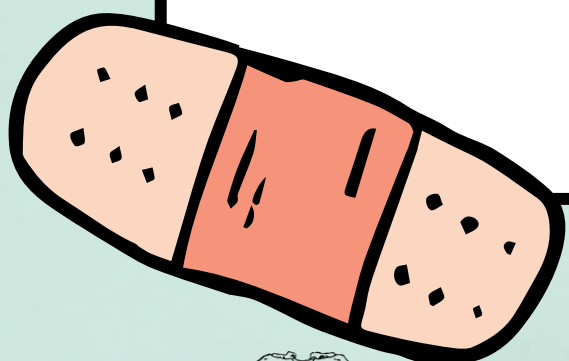


TÓRAX



INESTABLE

Producto de la fractura de 2 o mas costillas adyacentes con alteración en cinética de ventilación.



Etiología:

- Suele ser consecuencia de un trauma asociado a múltiples fracturas costales.



Clínica:

- Movimiento asimétrico entre ambos hemitórax.
- Crepitaciones en el área costal.
- Dolor durante movimientos respiratorios



Tratamiento:

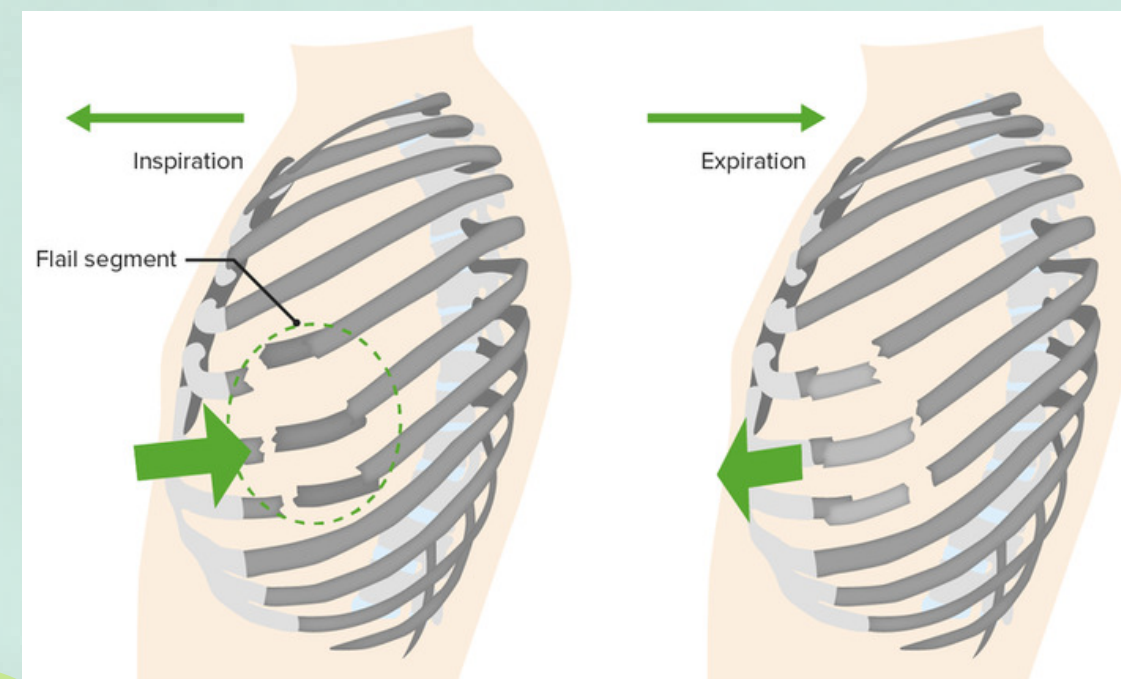
- Tx inicial: Oxigenación, hidratación y analgesia. Intubación endotraqueal (hipoxemia).
- Tx definitivo: Quirúrgico.

Costilla 1-2 daño a grandes vasos
Costilla 3-8 daño plaura, pulmón y corazón
Costills 9-12 hígado, bazo y riñones



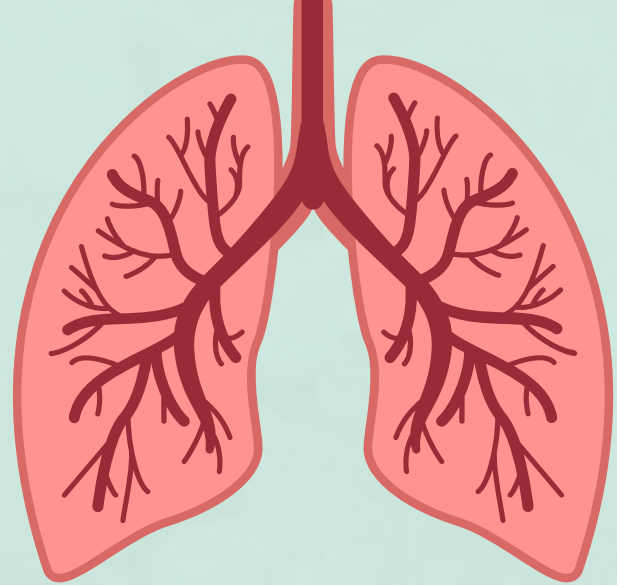
Diagnostico:

- Clínico.
- Se confirma con radiografía.



Contusión pulmonar

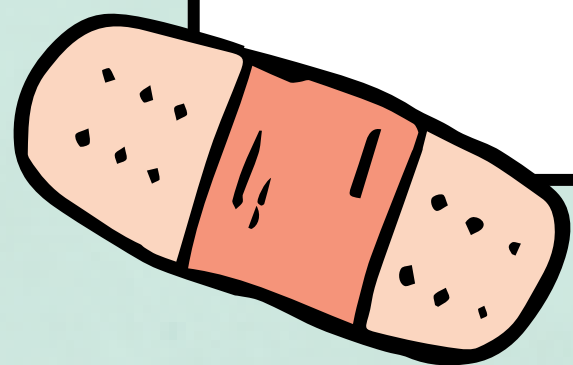
Lesión potencialmente letal mas frecuente en el tórax inestable y principal causa de muerte en trauma torácico.



HEMOTÓRAX

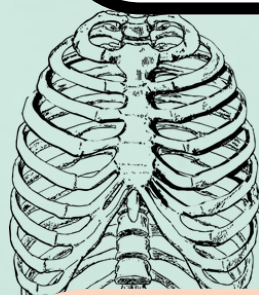


Es un tipo de derrame pleural el cual se acumula sangre (menor 1500ml) y generalmente hay mas del 50% de HTO en liquido pleural.



HEMOTÓRAX MASIVO

Acumulación de sangre mayor 1500ml o drenaje mayor de 200ml/hr (durante 2-4 hrs) o mayor de $\frac{1}{3}$ o mas del volumen sanguíneo en la cavidad torácica.



Etiología:

- Asociados a lesión de vasos intercostales, lesión de herida penetrante a vasos sistémicos o a un trauma cerrado.



Clínica:

Hemotórax masivo:

- Choque hipovolémico.
- Venas del cuello aplanadas.

Hemotórax:

- Ausencia de murmullo vesicular.
- Matidez a la percusión.



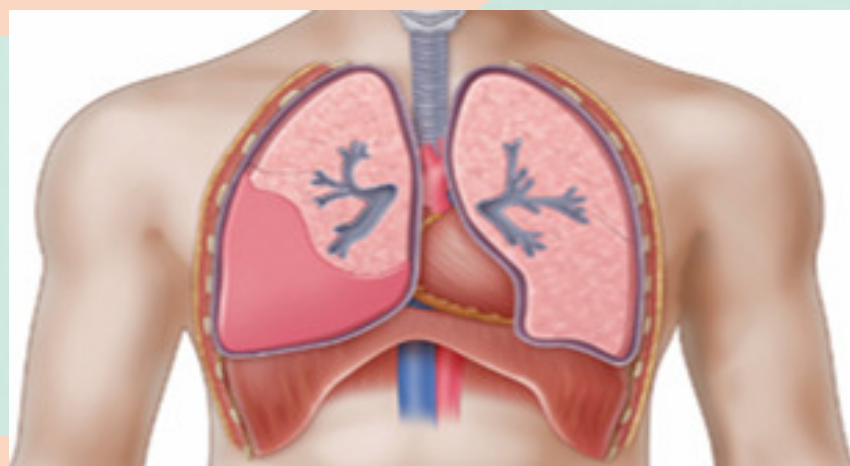
Tratamiento:

- Tx inicial de hemotórax masivo: Reposición de volumen mas descompresión con sonda endopleural de 28-32 fr en 5to espacio intercostal linea axilar anterior.
- Iniciar toracotomía
- Tx definitivo:

Hemotórax: Sonda de pleurostomia de gran calibre en linea axilar anterior 5to espacio intercostal.



Diagnostico:



El dx de hemotórax masivo es clínico, y el hemotórax se encuentra en radiografía y se confirma con toracocentesis.

Hemotórax masivo: Realizar toracotomía si presenta una evacuación de sangre mayor de 1500ml o mayor de 200ml/hr en 2- 4 horas. .

TAPONAMIENTO

CARDIACO

Acumulación de sangre en cavidad pericárdica que dificulta llenado de cavidades, puede presentarse como una actividad eléctrica sin pulso.

Etiología:

- Trauma penetrante

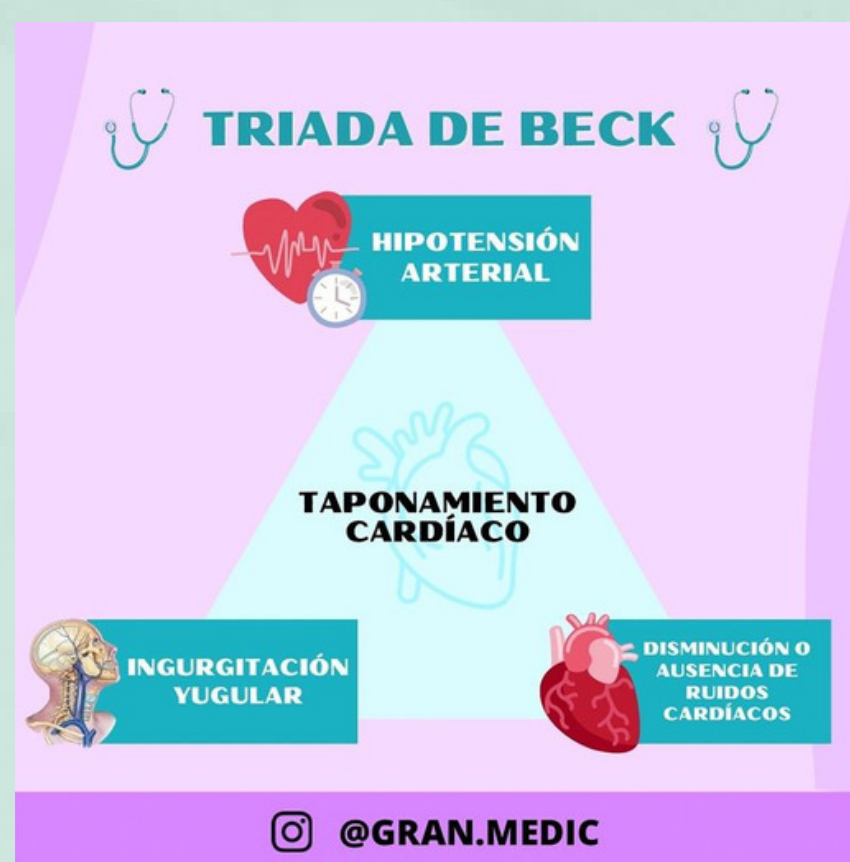
Clínica:

Triada de BECK.

- Hipotensión arterial.
- Disminución de ruidos cardíacos.
- Ingurgitación yugular.

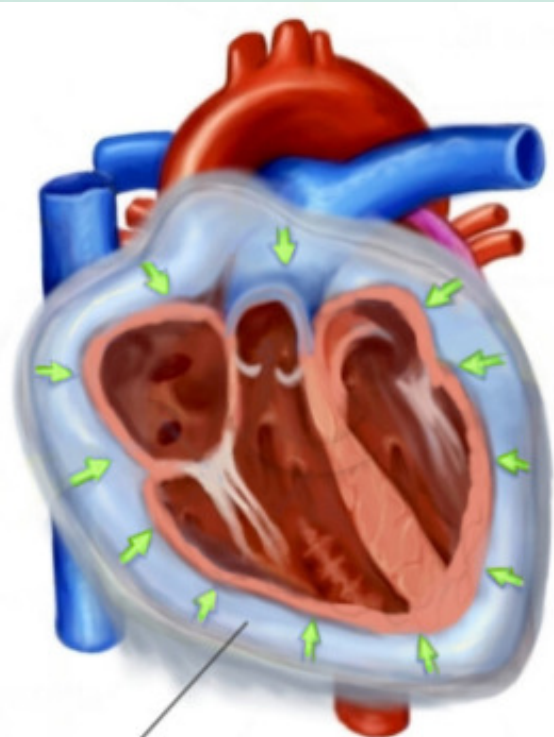
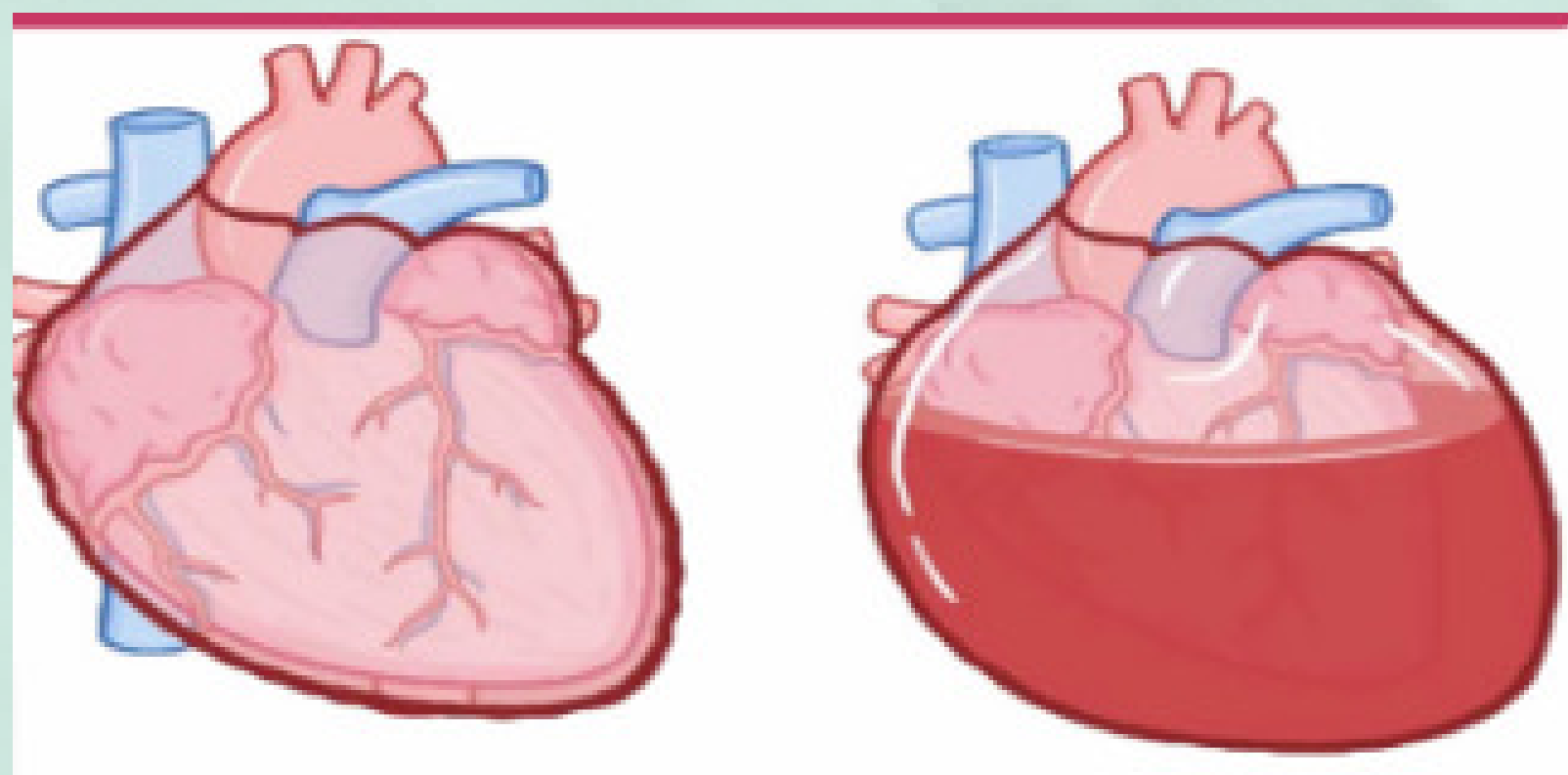
Diagnostico:

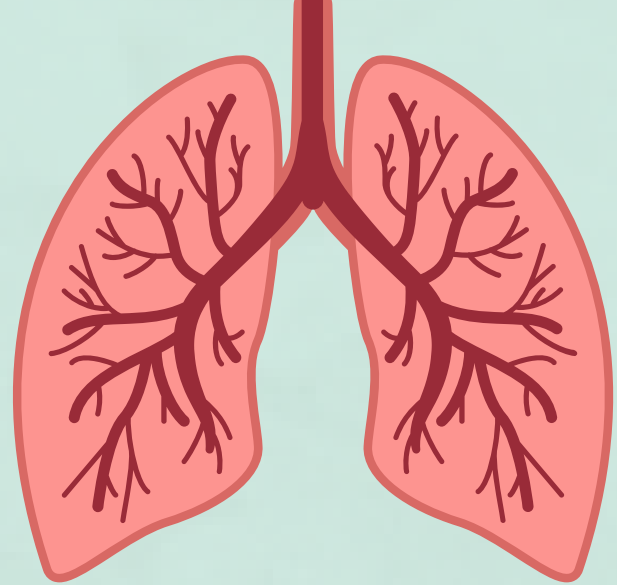
- Clínico
- Conformatario con: USG y FAST



Tratamiento:

- Tx inicial: Pericardiocentesis guiada por USG.
- Tx definitivo: Toracotomía con ventana pericárdica.



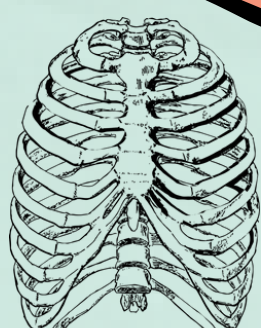
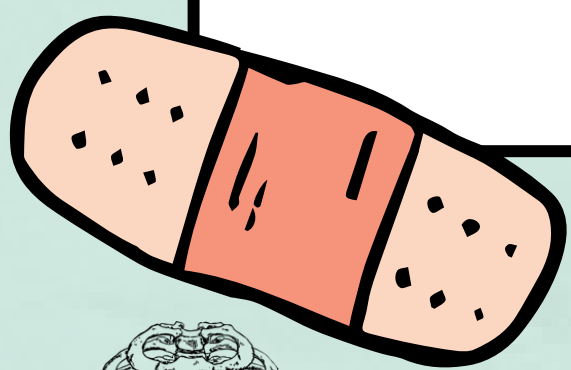


LESIÓN DE ÁRBOL



TRAQUEOBRONQUEAL

Se produce a una pulgada (2.4 cm) de la carina en donde el bronquio derecho es el mas afectado.



Etiología:

- Secundaria a desaceleración rápida en un trauma contundente, aplastamiento o trauma cerrado.



Clínica:

Hemoptisis.
Neumotórax hipertensivo.
Enfisema subcutáneo cervical.
Salida de grandes cantidades de aire posterior a la colocación de sonda endopleural.



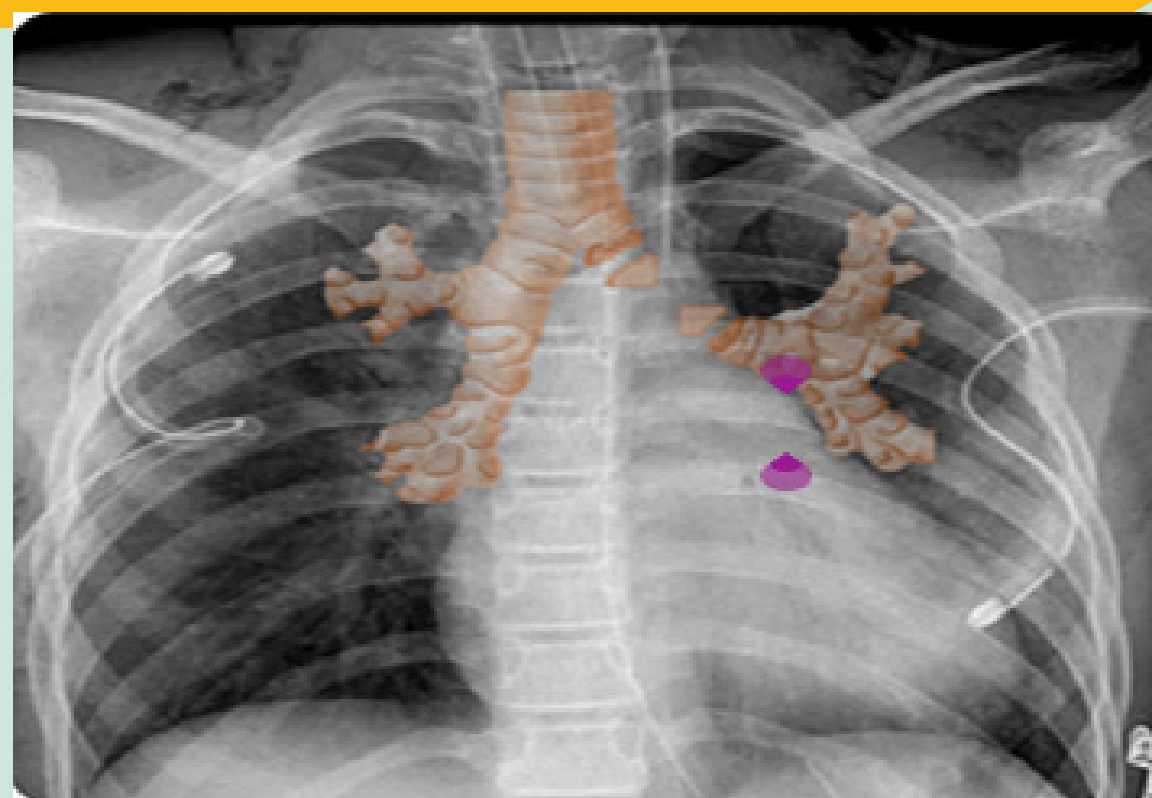
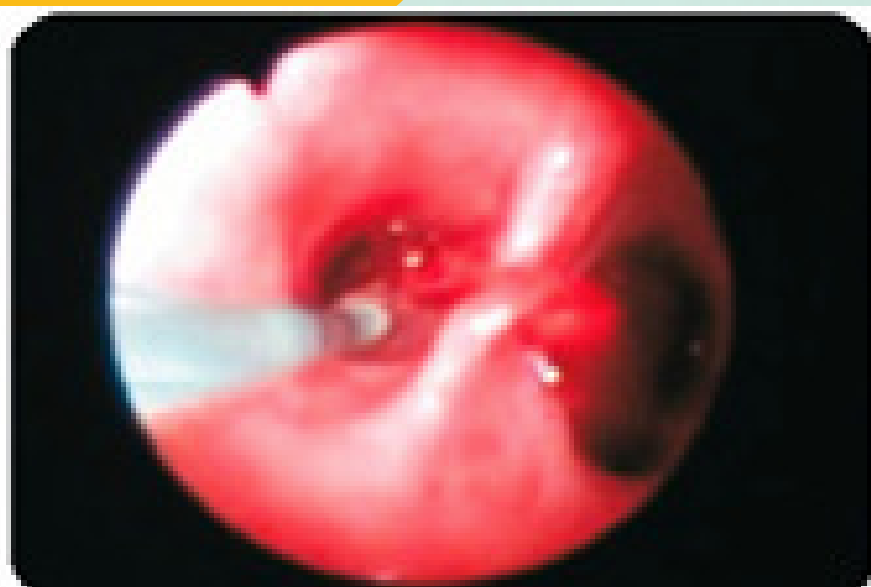
Tratamiento:

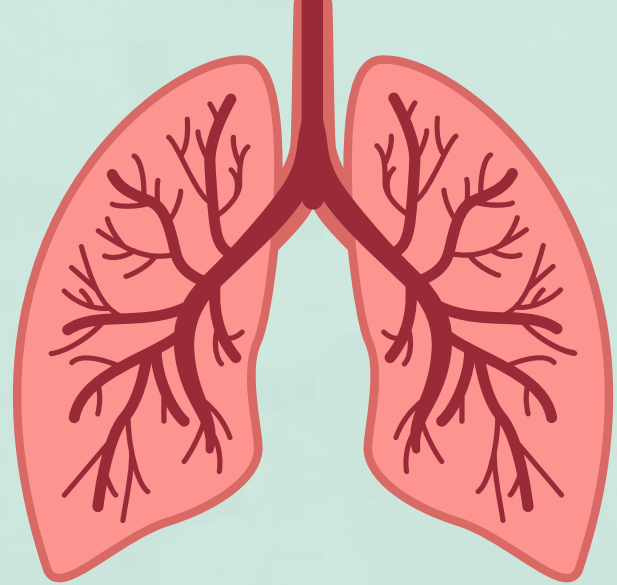
- Tx inicial:
- Colocación de VA definitiva (se requiere asistencia endotraqueal con fibra óptica).
- Tx definitivo:
- Intervención QX temprana en pacientes estables e inestables hasta que se resuelva inflamación y edema.



Diagnostico:

- Clínico.
- Broncoscopia (GOLD STANDAR).



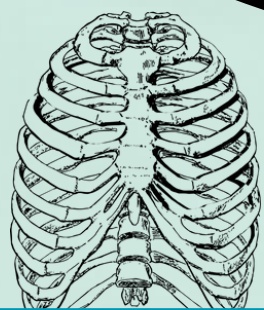


DISECCIÓN



AORTICA

El sitio más frecuente es el istmo aórtico en la inserción del ligamento arterioso



Etiología:

- Asociada a un trauma por desaceleración, caídas de gran altura o accidentes de tránsito.



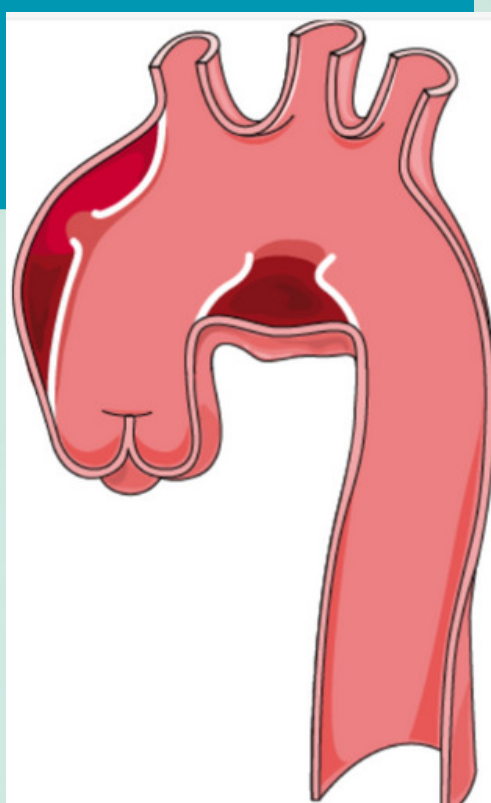
Clínica:

- Dolor torácico agudo mas hipotensión refractaria.



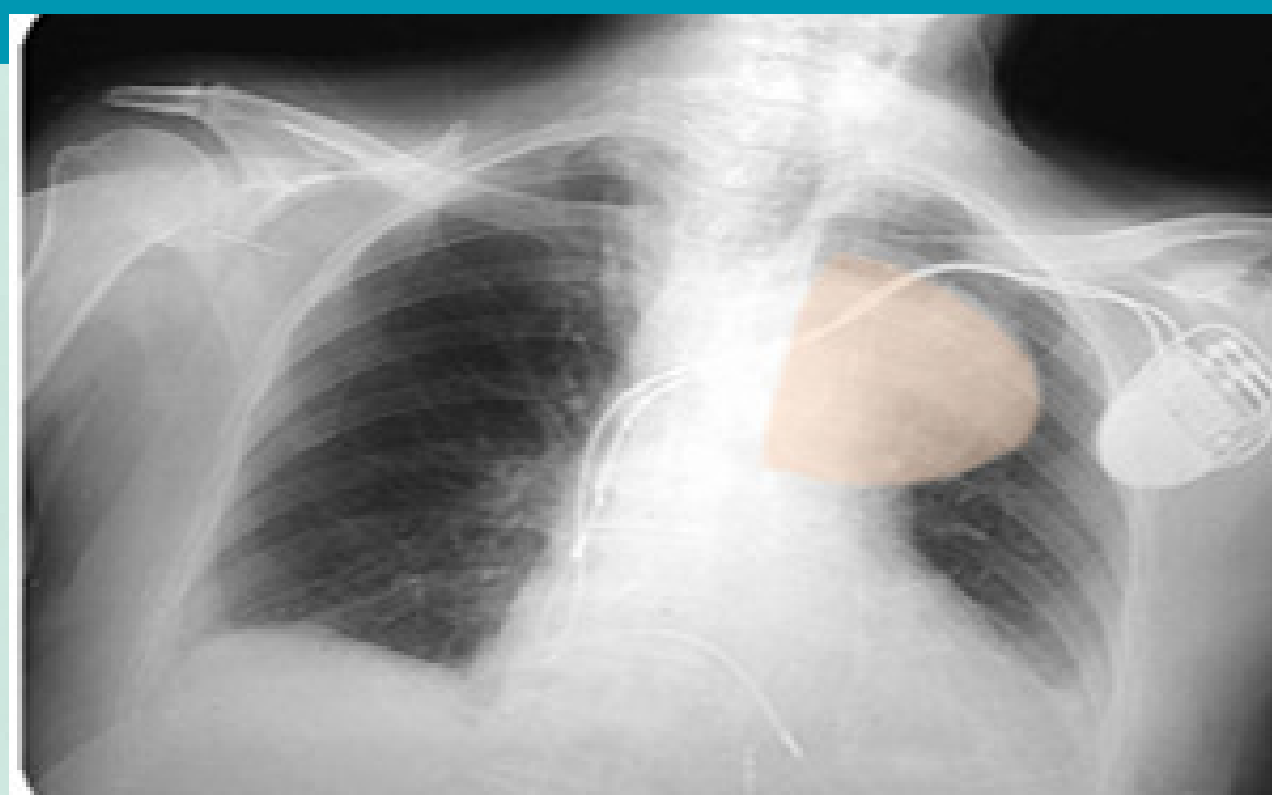
Diagnostico:

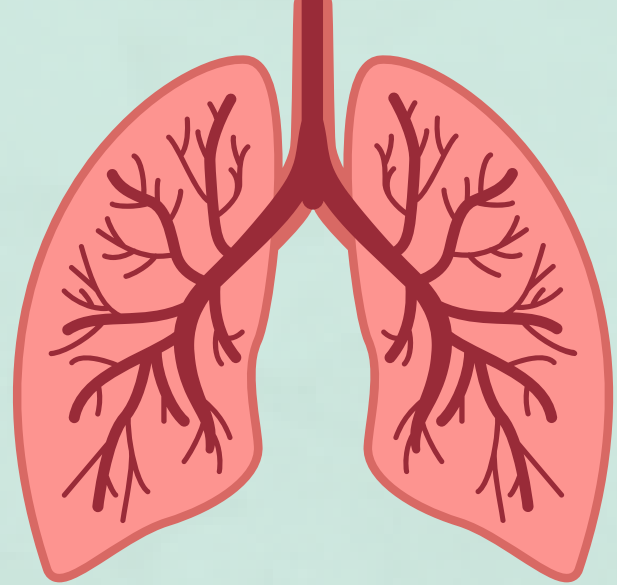
- Radiografia toracica (ensachamiento mediastinal mayor de 8 cm, obliteracion de boton aortico, desviacion de traquea o esofago a la derecha).
- Angiotomografía.



Tratamiento:

- Tx inicial: Controlar la TA con esmolol (meta de menos de 80 LPM y TAM de 60.70 mmHg). Alternativa: Nicardipino, nitroglicerina, nitroprusiato.
- Tx definitivo: Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino, con reparación directa de la lesión.



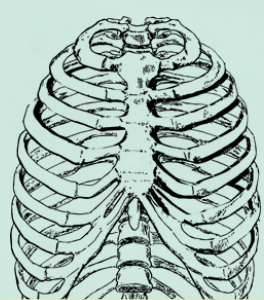
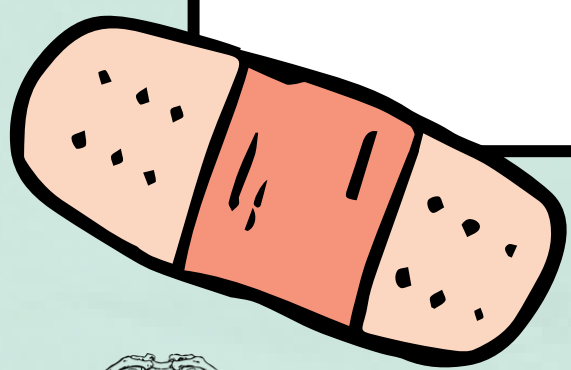


RUPTURA



ESOFÁGICA TRAUMÁTICA

Trauma cerrado con desgarró lineal por aumento de presión intrabdominal hacia el esófago.



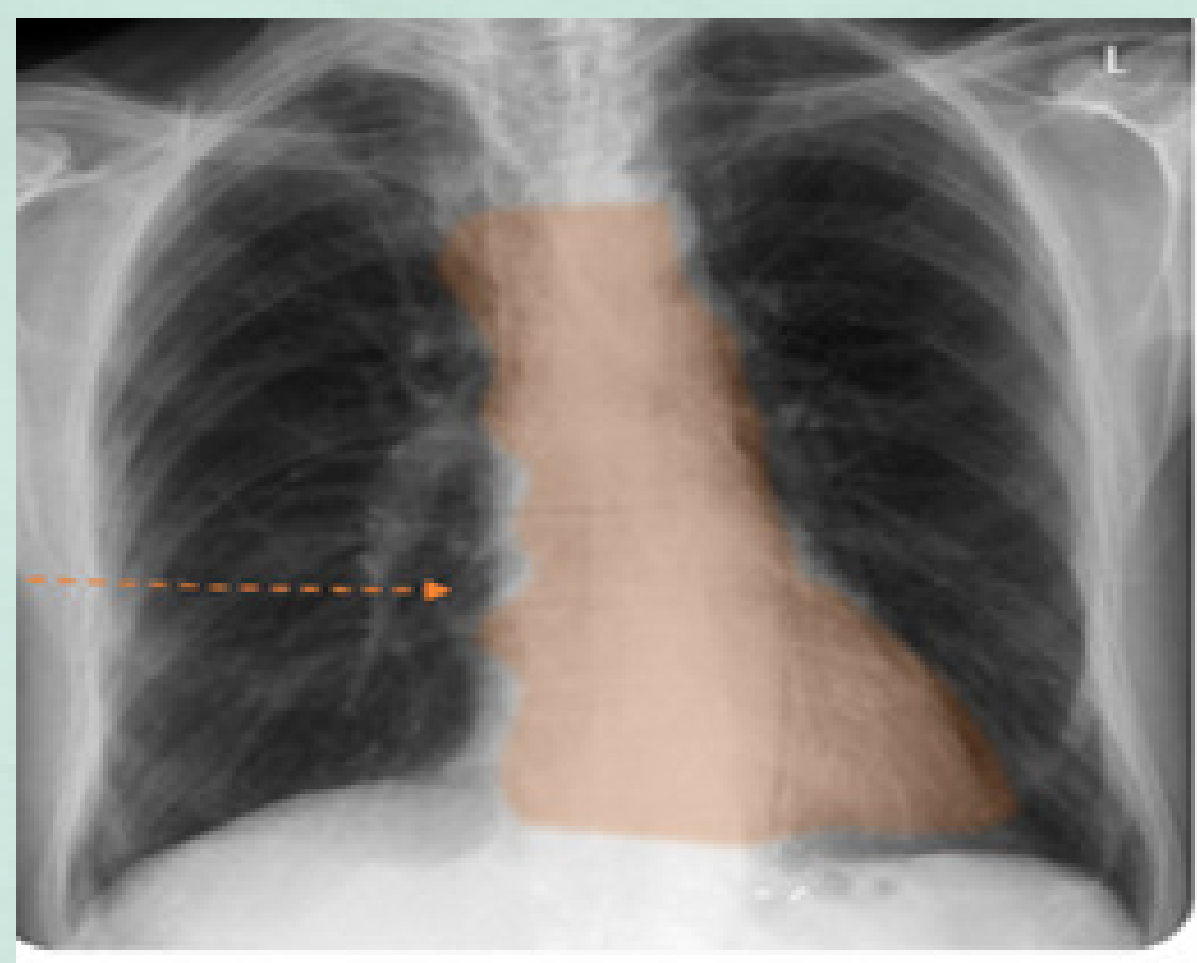
Etiología:

- Consecuencia de un trauma penetrante.



Clínica:

- Se presenta como un neumotórax izq.
- sin fracturas costales.
- Golpe en la parte inferior del esternón o epigastrio.
- Dolor o shock.



Tratamiento:

- Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino, con reparación directa de la lesión.



Diagnostico:

- Radiografía de tórax (aire en mediastino).
- TAC contrastada.
- Endoscopia.

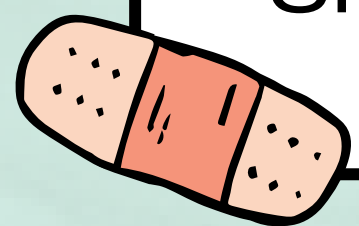


TRAUMATISMOS



ABDOMINALES

TRAUMA CERRADO.



Sin solución de continuidad en peritoneo (accidentes vehiculares, caídas).

TRAUMA ABIERTO.

Con solución de continuidad en peritoneo que pone en contacto la cavidad abdominal con el exterior.



Diagnostico de trauma cerrado de abdomen:

¿ Estabilidad hemodinámica?

SI

TAC

NO

USG
FAST

Sin disponibilidad

Lavado peritoneal



Tratamiento:

- Trauma cerrado con LP (positiva).
- Trauma cerrado con USG FAST (positivo).
- TAC: con daño a órgano comprobado.
- Datos de peritonitis.
- Herida por arma de fuego.
- Herida por arma blanca mas inestabilidad. Evisceración.

INDICACIONES DE
LAPAROTOMÍA

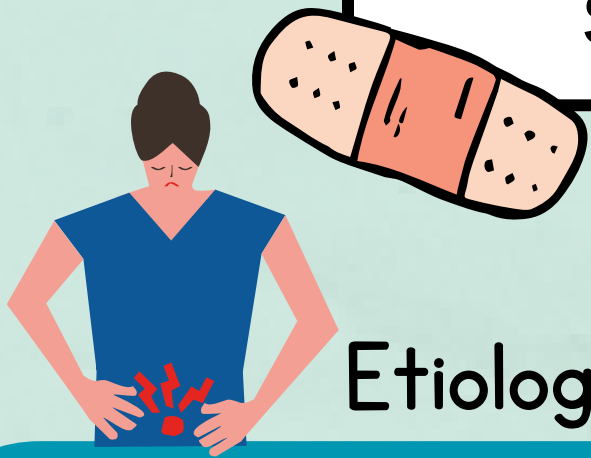


LESIÓN

ESPLÉNICA.



afecciones que afectan al bazo, un órgano vital que filtra la sangre y ayuda al cuerpo a combatir infecciones.



Etiología:

- Consecuencia de un trauma penetrante.



Clínica:

- Hemorragia e irritación peritoneal en área esplénica.
- Signo de Kehr: Dolor en hombro izq. secundario a irritación diafragmática en la ruptura esplénica.



Diagnostico:

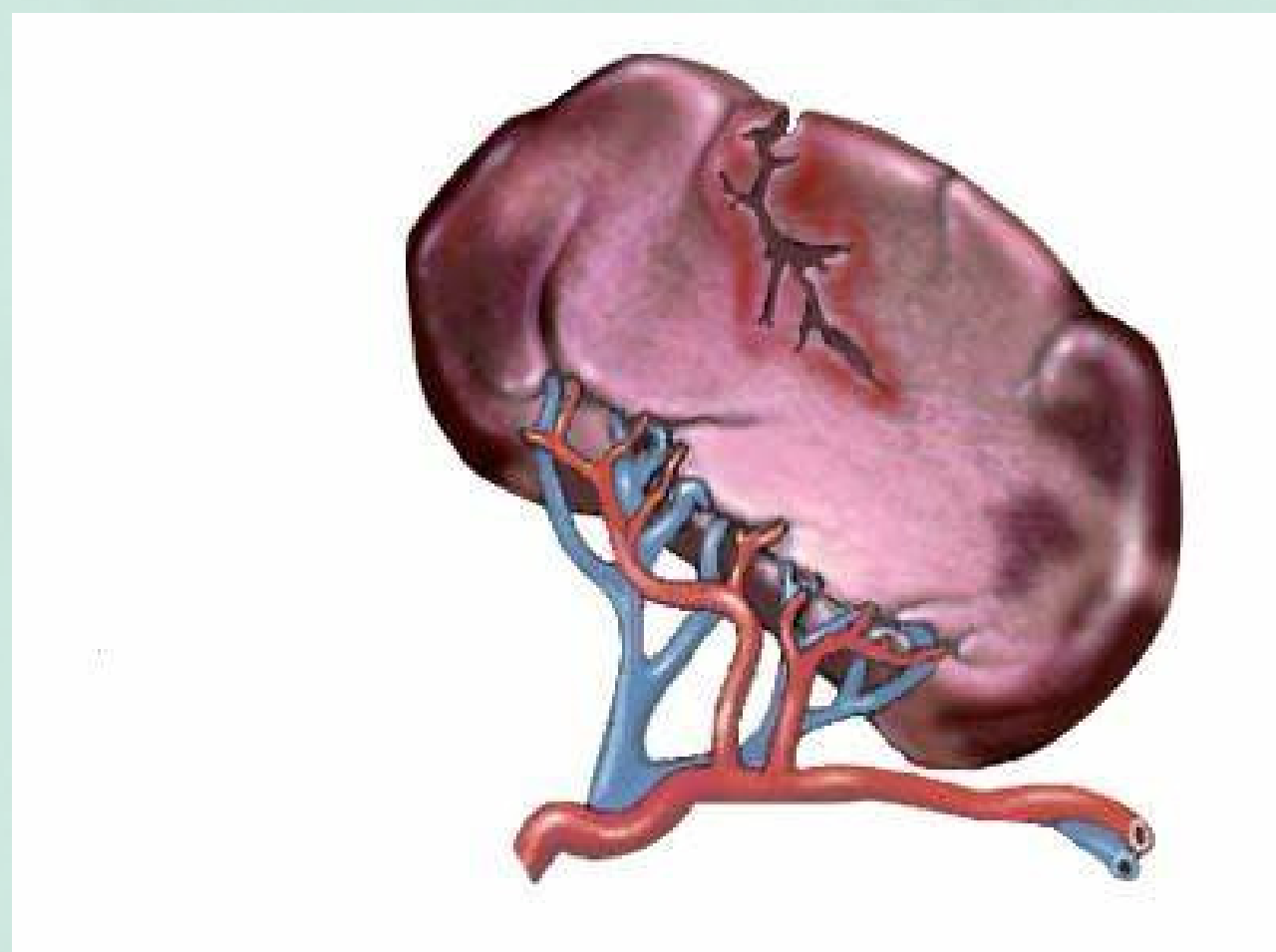
- Ultrasonido abdominal.
- Tomografía computarizada.

ESCALA DE LESIÓN ESPLÉNICA	
Asociación Americana para la cirugía del trauma	
Grado	Descripción de la lesión
I	HEMATOMA: SUBCAPSULAR <10% DE SUPERFICIE. LACERACION: RUPTURA CAPSULAR <1cm PROFUNDIDAD. HEMATOMA: SUBCAPSULAR 10 -15% SUPERFICIE LACERACION: DE 1 A 3 cm DE PROFUNDIDAD.
II	HEMATOMA: SUBCAPSULAR, > 50% SUPERFICIE RUPTURA CENTRAL O SUPERFICIAL.
III	LACERACION : > 3cm EN PROFUNDIDAD O COMPROMISO DE VASOS TRABECULARES.
IV	LACERACION: QUE INVOLUCRA VASOS SEGMENTARIOS O HILIARES CON DESVASCULARIZACION > 25%.
V	LACERACION: ESTALLIDO COMPLETO VASCULAR: DESVASCULARIZACION TOTAL POR LESION HILIAR



Tratamiento:

- TX conservador (vigilancia y reposo).
- Si hay inestabilidad hemodinamica Laparotomía.



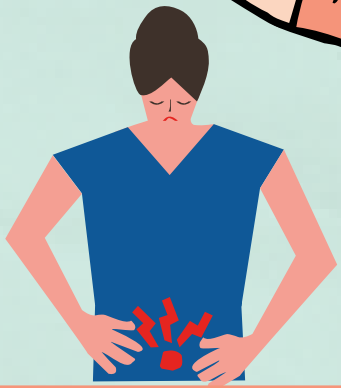
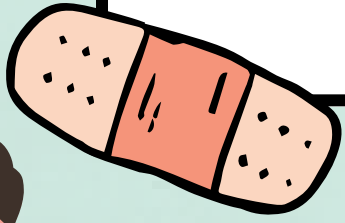


LESIÓN

HEPATICA



Estas lesiones pueden variar desde hematomas leves hasta laceraciones profundas o avulsión hepática.



Etiología:

- Traumas debido a impactos graves, como accidentes automovilísticos o heridas penetrantes por armas blancas o de fuego.



Clínica:

- Dolor abdominal intenso
- Sensibilidad en el área del hígado
- Hipotensión debido a hemorragia interna.
- Shock hemorrágico.



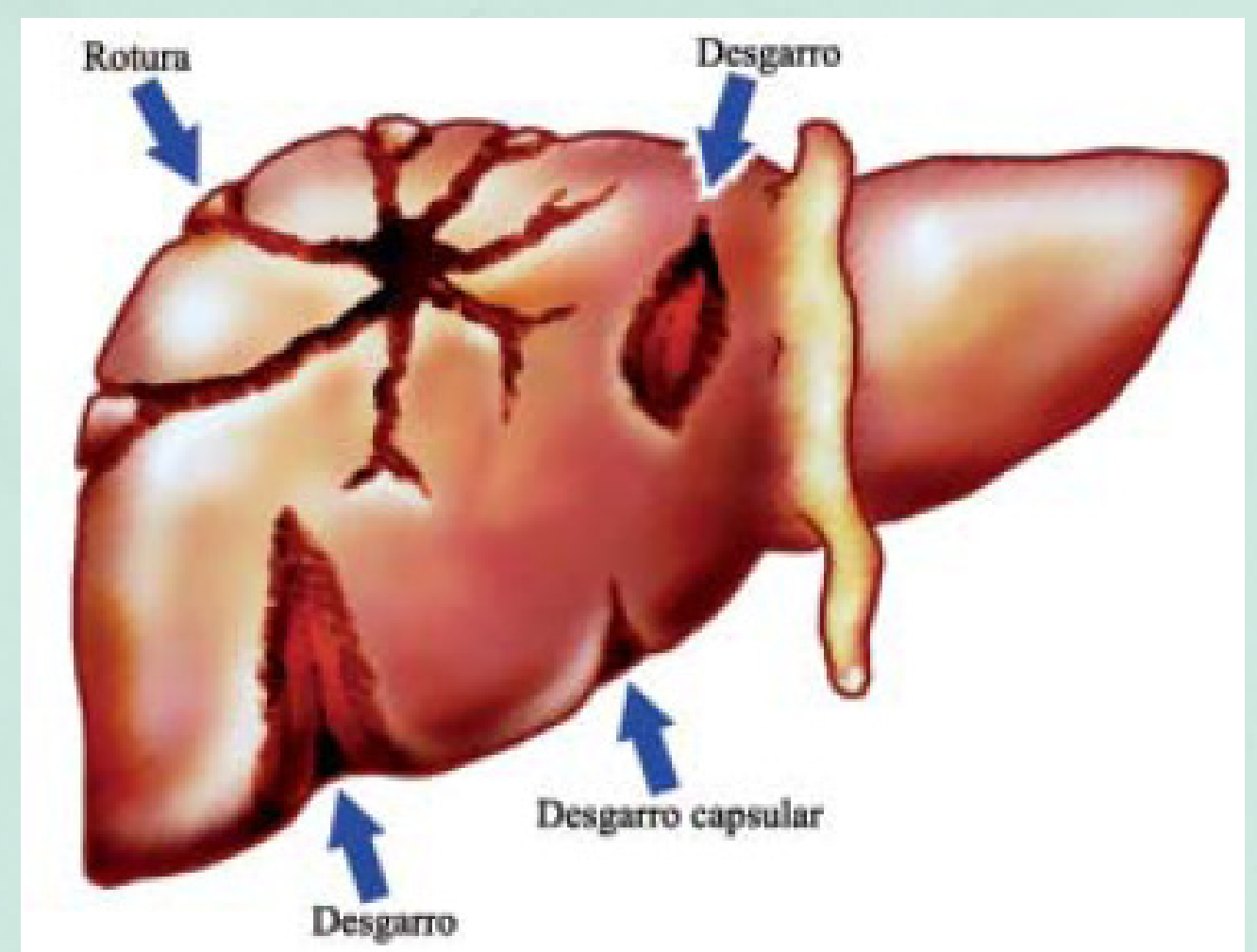
Tratamiento:

- Laparotomía



Diagnostico:

- Tomografía computarizada (TC)
- Ecografía



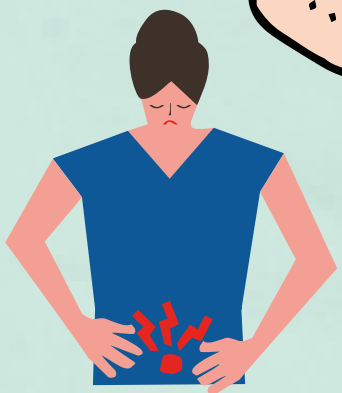
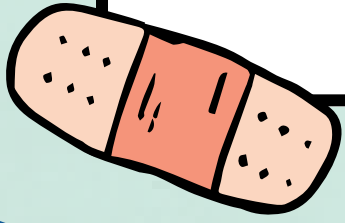


LESIÓN

DUODENO O VISCERAS HUECAS



Paciente con antecedente de impacto frontal / golpe directo de abdomen.



Etiología:

- Traumas debido a impactos graves, como accidentes automovilísticos o heridas penetrantes por armas blancas o de fuego.



Clínica:

- Aspiración de sangre por SNC.
- Aire en retroperitoneo en tomografía.



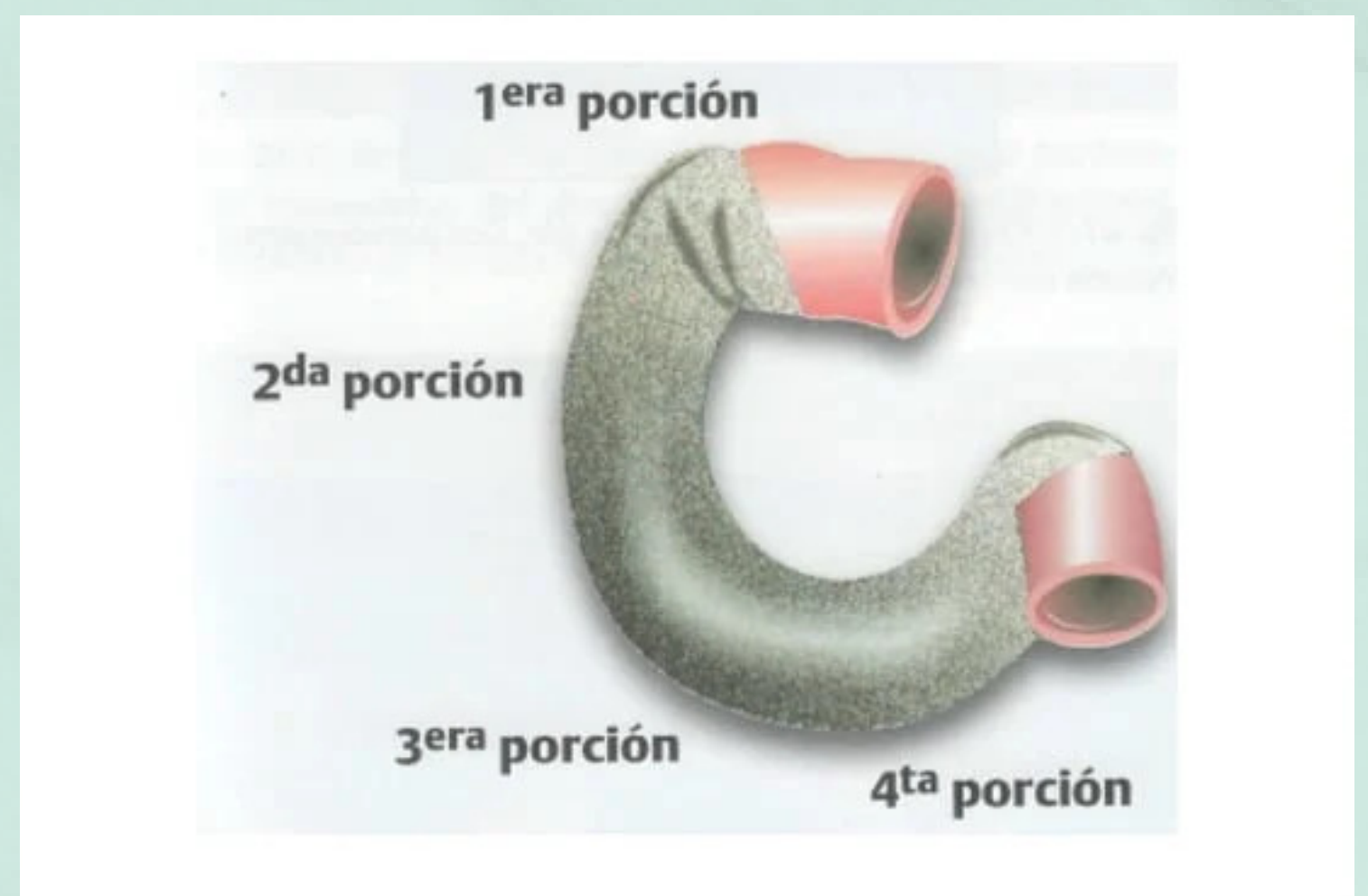
Tratamiento:

- Laparotomía



Diagnostico:

- TAC de doble contraste



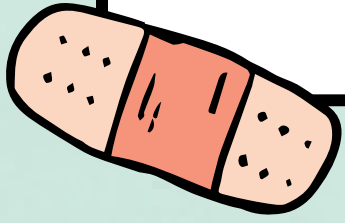


LESIÓN

PANCREATICA



Paciente con antecedente de golpe directo en epigastrio.



Clínica:

- Trauma cerrado.
- Enzimas pancreáticas normales al principio y después se elevan



Tratamiento:

- Laparotomía

Diagnostico:

- TAC de doble contraste

