



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITAN DE DOMÍNGUEZ
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

Nombre de la alumna: Carol Sofía Méndez Ruiz

Nombre del docente: Dr. Flores Gutierrez Erick Antonio

Tema: Flash Cards

Materia Técnicas quirúrgicas básicas

Grado 6to semestre

Grupo D

Neumotorax

Abierto



Apertura de la pared torácica con intercambio entre presión intratorácica y atmosférica

Aire entra a torax a través del defecto impidiendo la adecuada expansión.

Lesión a consecuencia de una herida penetrante del torax

Tx: Válvula Unidireccional (Aposito oclusivo en solo 3 lados)

Cuadro

Clinico:

- Herida de tórax
- Timpanico a percusión
- Hipoxia e hipercapnia

Dx: clinico

Antecedentes de la lesión

Tx definitivo: Tubo pleural en 5to EIC LMA (alcance de lesión) y reparación dx

Hemotorax

Etiología:

Por laceración del pulmón, Grandes vasos, intercostales
Producto de un trauma Penetrante

Tipo de derrame pleural en el cual se acumula sangre <1500ml y generalmente hay 50% de HTO en liquido pleural

Clinico:

- Matidez a la percusión
- Ausencia de ruidos vesiculares

Diagnóstico

- Radiografía
- Confirmatorio: Toracocentesis

Tx definitivo:

Hemotorax: Sonda pleurostoma de gran calibre (28-36fr) en 5to EIC LAA

Hemotorax masivo:	Choque hipovolemico Venas en el cuello aplanadas
Hemotorax	Ausencia de ruidos vesiculares Matidez a la percusión

Hemotorax

Clinico:

Venas del cuello aplanadas
Hipovolemia severa

Acumulación de sangre >1500ml o drenaje >200 ml / hora (durante 2 a 4 hrs) o >1/3 o + del vol. sanguíneo en la cavidad torácica.

Dx:

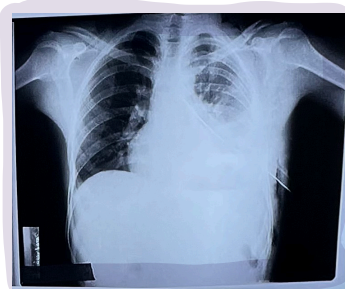
masivo: clinico
Rx: Toracocentesis.

Tx inicial:

masivo: Reposición del vol + descompresión con sonda endopleural de 28-32fr en 5to EIC LAA

Tx definitivo:

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



Neumotorax

Simple

→ Entrada de aire al espacio pleural por laceración pulmonar con CIV en la Ventil con hipoxia e hipercoapnia.

Causas + frec: Fractura costal

□ Clínico: Ausencia de ruidos resp.

- Timpanismo o hiperresonancia a la percusión
- No existe hipotensión ni distensión
- Jugular
- Dolor

Diagnóstico: Clínico

Rx → Radiolucidez en área afectada.
→ SI desviación de tráquea

→ Ap. torax
Ap. pelvis
Lat. cervicales } Rx Politrauma.

Tx: • Pleurostomía con sonda endopleural de 28Fr colocar en 5to espacio interco. en línea axilar anterior.

Complicación:

Neumotorax menor cuando:

la separación de pleura en región apical es de ≤ 1.5 cm.

Tx: ↑ flujo O_2 > 15 L/min.

Neumotorax

Tensión

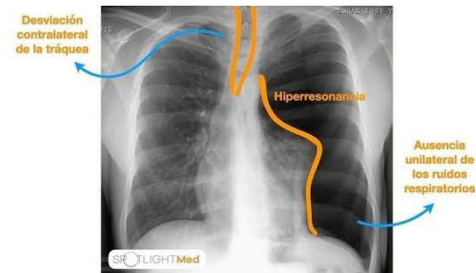
Lesión que ocurre cuando se filtra aire a través de una "válvula unidireccional" desde el pulmón o a través de la pared torácica.

Causas + común: uso de Vent. mecánica invasiva en px con lesión pleural visceral.

Dx: Taquicardia e hipotensión
Choque anst. principal diferencia en N-simplex

Ausencia de ruidos resp. en hemitórax o hiperresonancia a la percusión y distensión jugular

ØØ Rx → Desviación de tráquea
Corazón + a la derecha,
colapso pulmonar ØØ
Radiolucidez



Tx: Inicial

- Descompresión en 5to EIC. en línea Axilar Ant. con aguja de 8 cm

□ → Taquicardia • Hipotensión
• Distensión • Dolor
• Timpanismo • Hiperresonancia

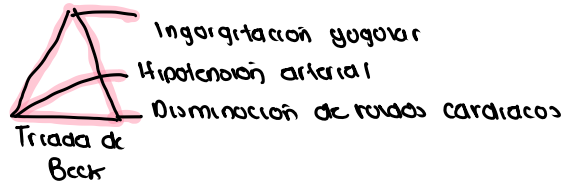
Tx definitivo:

- Realizarla en 2do EIC. con catéter 6
- Sonda de pleurostomía de 28 - 32 Fr en 5to EIC IAA.

Taponamiento cardiaco

Acomulación de sangre en cavidad pericardíaca que dificulta el llenado de cavidades, asociado a un trauma penetrante.
Puede presentarse como una aetv. eléctrica sin pulso

♥ Tx: Pericardiocentesis guiada por ush inicial
Definitivo → Toracotomía cuarentena pericardíaca



♥ Diagnóstico diferencial: Hemotorax a tensión

Diagnóstico:

inicial: clínico → Triada de Beck

confirmatorio → USH FAST → EE 4 cavidades

• Rx de torax

EE - Datos de cardiomegalia

• Ventana pericardíaca / Subcostal

• Fosa hepatorenal / Morrison

• Fosa espleno renal

• Pelvis / Saco de Douglas

Torax inestable

Producto de la fractura de 2 o más costillas adyacentes con dif en la cinética de Ventilación

□: Dolor durante el mov. al respirar.

• mov. asimétrico entre ambos hemitorax → Volt costal

• Escapismo

• Crepitancios en área costal

Protruye en exhalación

Se hundee en inhalación

consecuencia: Neumotorax
EE Datos de dif. Resp

• Hemotorax

Costilla 1-2: Daño en grandes vasos

Costilla 3-8: Daño a pulmón, corazón y pleura

Costilla 9-12: Daño a Hígado bazo y Riñón

Tx Inicial: Oxigenación • Analgesia

• Hidratación • ¿Hipoxemia? intubación endotraqueal

Definitivo: Quirúrgico

RAFI → Reducción abierta con fijación interna

Contusión pulmonar

Lesión potencialmente letal + frecuente en torax inestable
Principal causa de muerte en Trauma torácico.

□ clínico: Insuficiencia resp.

• Disnea • taquipnea • Hemoptia

• Hipoxemia

Tx: O₂ Analgesia

Fisioterapia Ventilatoria

Complicaciones: Sobreinfección (Neumonía)

Dx: Radiografía torácica el
infiltrados alveolares