UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

CAMPUS COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS.

MEDICINA HUMANA.

NOMBRE DEL ALUMNO:

Karen Itzel Rodríguez López

PARCIAL: 3° PARCIAL.

SEMESTRE: 6°. **GRUPO**: D

NOMBRE DE LA MATERIA:

Técnicas quirúrgicas básicas

TRAUMATISMOS TORÁCICOS

Epidemiologia	• Presentes en el 75% de los politraumatizados • 43% por accidentes de vehículos de motor. • La hipoxia es la consecuencia torácica más seria				
Nombre	**Definición**	**Etiología**	**Clínica**	**Diagnostico**	**Tratamiento**
Neumotórax simple	Entrada de aire al espacio pleural por laceración pulmonar, con alteración V/Q con hipoxia e hipercapnia.	Fractura costal	• Ausencia de ruidos respiratorios • Timpanismo e hiperresonancia • Disnea • DR • Hipoxia	Clínico+ Rx(Mayor radiolucides en área afectada)	• Neumotórax menor (<15 cm): TX con alto flujo oxigeno > a 15L/min • Definitivo: Pleurostomia con sonda endopleural de 28 fr en 5° EIC en LAA
Neumotórax a tensión	Lesión que ocurre cuando se filtra aire a través de una válvula unidireccional desde el pulmón a través de la pared torácica.	Secundario a uso de ventilación mecánica invasiva en px con lesión pleural visceral	• Ausencia de ruidos respiratorios • Taquicardia • Hipotensión • Ingurgitación yugular • Hiperresonante a la percusión	Clínico+ Rx (desplazamiento de estructuras como la tráquea)	• Inicial: Descompresión en 5° EIC en LAA con aguja de 8cm. • Definitivo: Sonda de pleurostomia de 28 a 32 fr en 5° EIC en LAA

			• Shock obstructivo		
Neumotórax abierto	Son grandes lesiones de la pared torácica que quedan abiertas también conocidas como herida torácica succionante	De una herida penetrante del tórax	rida que respira. lor torácico. npánico a percusión. oxia. ercapnia.	Clínico	Inicial: Válvula unidireccional apósito oclusivo en solo 3 lados Definitivo: Tubo pleural 5° EIC en LMA y reparación qx del efecto.
Hemotórax simple	Derrame pleural el cual se acumula sangre < 1500ml y generalmente hay > del 50% de HTO en liquido pleura	Laceración (Pulmón, vasos, arteria mamaria interna) y fracturas de columna vertical torácica	• Ausencia de murmullo vesicular. • Matidez a la percusión.	Clinico Rx. Toracocentesis.	Sonda de pleurostomia de gran calibre en linea axilar anterior 5° espacio intercostal.
Hemotórax masivo	Acumulación de sangre >1500ml o drenaje > de200ml/hr o > de 1/2 o del volumen sanguíneo en la cavidad torácica.	Laceración (Pulmón, vasos, arteria mamaria interna) y fracturas de columna vertical torácica	• Choque hipovolémico. • Venas del cuello aplanadas.	Clinico + Rx (radiopacidad)	Inicial: Reposición de volumen+ descompresión con sonda endopleural de 28-32 fr en 5° EIC en LAA Definitivo: Toracotomía
Taponaje cardiaco	Acumulación de sangre en cavidad pericárdica que dificulta llenado de cavidades.	Trauma penetrante	• Triada de BECK (Hipotensión arterial+ Disminución de ruidos cardiacos+ Ingurgitación yugular.	Clinico+ USG FAST	Inicial: Pericardiocentesis guiada por USG Definitivo: Toracotomía con ventana pericárdica

			• Actividad eléctrica sin pulso • Sincope • Hipoxemia		
Tórax inestable	Fractura de 2 o más costillas adyacentes con alteración en la cinética de ventilación.	Trauma asociado a múltiples fracturas costales.	• Dolor durante movimiento respiratorio. • Movimiento asimétrico entre ambos hemitórax. • Crepitaciones • Edema • Golet costal	Clinico+ Rx	Inicial: Oxigenación, hidratación analgesia y en caso de hipoxemia intubación endotraqueal Definitivo: Qx RAFI
Ruptura traumática de la aorta	Lesión en la capa intima de la aorta	Trauma por desaceleración, caídas de gran altura o accidentes de transito	• Dolor torácico agudo apresivo • Hipotensión refractaria	• Clinico + Rx (ensanchamiento mediastinal > de 8 cm, obliteración de botón aórtico, desviación de tráquea o esófago a la derecha). • Clasificación de Stanford o de Bakey • Confirmatorio: Angiotomografia	Controlar la TA con propanolol con meta de <80 lpm y TAM de 60-70 mmHg Definitivo: Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino, con reparación directa de la lesión.
Lesión del árbol traqueo bronquial	Lesión en la tráquea a 2.4 cm de la carina en donde el bronquio derecho es el más afectado.	Desaceleración rápida en un trauma contundente, aplastamiento o trauma cerrado.	• Hemoptisis. • Neumotórax hipertensivo. • Cianosis	• Clínico+ broncoscopia	Vía aérea definitiva con tubo endotraqueal asistida por fibra óptica Definitivo: Cirugía

			• Enfisema subcutáneo cervical. • Salida de grandes cantidades de aire posterior a la colocación de sonda endopleural.		
Ruptura esofágica por trauma	Trauma cerrado con desgarro lineal por aumento de presión intrabdominal hacia el esófago.	Consecuencia de un trauma penetrante.	• Neumotórax izquierdo sin fracturas costales. • Golpe en la parte inferior del esternón o epigastrio. • Dolor o shock sin una lesión aparente.	• Radiografía de tórax (neumomediastino e hidroneumotorax)	Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino, con reparación directa de la lesión.

TRAUMATISMOS ABDOMINALES

Epidemiologia	• más comunes en hombres jóvenes • Incidencia anual de traumatismos abdominales puede ser de 7,2 por 100.000. • Se han reportado múltiples lesiones abdominales en una proporción significativa de pacientes (44%).				
Nombre	**Definición**	**Etiología**	**Clínica**	**Diagnostico**	**Tratamiento**
Trauma cerrado	Sin solución de continuidad en peritoneo	• Bazo 40-55%. • Hígado 35-45%. • Riñón 15% (retroperitoneal) • Intestino delgado 5-10%.	……	• Si hay estabilidad hemodinámica: TAC y si no está disponible un USG-FAST y como última opción el lavado peritoneal • No hay estabilidad hemodinámica: USG FAST y si no hay disponible el lavado peritoneal	Laparotomía
Trauma abierto/ penetrante	Con solución de continuidad en peritoneo que pone en contacto la cavidad abdominal con el exterior.	Herida por arma blanca. • Hígado 40%. • Intestino delgado 30%. • Diafragma 20%. Herida por arma de fuego. • Hígado 30%. • Intestino delgado 50%. • Colon 40%.	…….	Trauma abierto(estable) • Si hay estabilidad hemodinámica: TAC y si no está disponible un USG-FAST y como última opción el lavado peritoneal • No hay estabilidad hemodinámica:	Estable: Laparotomía Inestable: Tomar en cuenta las indicaciones para una laparotomía

				USG FAST y si no hay disponible el lavado peritoneal	
Lesión duodenal	Paciente con antecedente de impacto frontal / golpe directo de abdomen.	• Manubrio de bicicleta • Colisiones vehiculares con impacto frontal	• Aspiración de sangre por SNC. • Aire en retroperitoneo en tomografía.	TAC de doble contraste Escalas de las lesiones duodenales	Laparotomía
Lesión pancreática	Paciente con antecedente de golpe directo en epigastrio	• Trauma cerrado.	• Enzimas pancreáticas como la amilasa se elevan. • Dolor abdominal • Hemorragia interna	TAC de doble contraste.	• Inicial: se enfoca en la reanimación y estabilización hemodinámica, con control de la hemorragia y minimización del derrame gástrico • Pancreatectomía, pancreatorrafia, drenaje de colecciones, o en casos más complejos, reconstrucción quirúrgica del conducto pancreático.
Lesión hepática	lesión del hígado causada por un trauma, ya sea contuso o penetrante	• traumatismos penetrantes (como una herida por arma blanca o arma de fuego)	• Dolor • Defensa abdominal (sensación de rigidez muscular). • Hematomas abdominales. • Signos de pérdida de sangre en casos graves.	exploración física, análisis de sangre y estudios de imagen como tomografía computarizada (TC) o ultrasonido..	• reposo en cama, abstinencia de alimentos y bebidas, control del dolor, hidratación intravenosa y transfusiones de

			En casos graves, síntomas de shock.		sangre si es necesario. • Qx si esta inestable
Lesión esplénica	Órgano mas afectado en traumatismos penetrantes.	• Golpe o un impacto profundo	• Hemorragia e irritación peritoneal en área esplénica. • Signo de Kehr: Dolor en hombro izquierdo secundario a irritación diafragmática en la ruptura esplénica	• Ultrasonido abdominal. • Tomografía computarizada. • Escala de AAST	Laparotomia