

AUTOEVALÚATE

EN

URGENCIAS

QUIRÚRGICAS

DRA. ILEANA GUERRA MACIAS
DR. SALVADOR HERNANDEZ COBOS

ESPECIALISTAS DE PRIMER GRADO
CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL AMBROSIO GRILLO
SANTIAGO DE CUBA

INTRODUCCIÓN

La preparación integral del Cirujano General constituye un objetivo primordial en el programa de nuestra asignatura. Durante la residencia el médico en formación rota por todas las especialidades quirúrgicas adquiriendo conocimientos sólidos que le permitan brindar asistencia médica con calidad tanto en nuestro país como en cualquier país hermano.

Motivados por lo anterior decidimos confeccionar este cuestionario didáctico dirigido a especialistas en Cirugía General y residentes en formación para conjugar entretenimiento y auto evaluación en el apasionante tema de las URGENCIAS QUIRÚRGICAS.

OBJETIVO

Motivar el estudio independiente en residentes y especialistas de Cirugía General mediante entretenimientos didácticos que permitan su auto evaluación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se confecciono un cuestionario de 42 preguntas con incisos sobre un tema específico de la asignatura: URGENCIAS QUIRÚRGICAS, formuladas en forma de crucigramas, dameros silábicos, sopa de letras, pareamientos, selección de verdadero o falso, selección múltiple tipo complemento simple y complemento agrupado, ensayo de respuesta corta y esquemas donde ubicar las respuestas así como formulación de problemas clínicos.

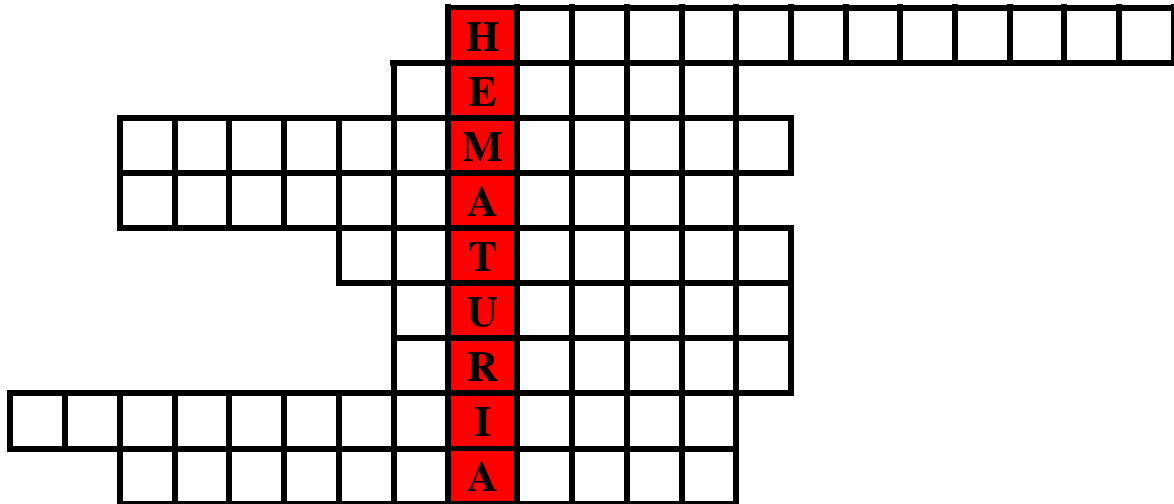
Las preguntas fueron creadas por los autores basados en libros de consulta y actualizaciones de los temas. Dicho cuestionario se mostró a algunos cirujanos y coincidieron en la utilidad que para ellos representa.

A) URGENCIAS UROLÓGICAS

- 1- A continuación se relaciona una lista de afecciones urológicas de urgencia. Señale cuáles son traumáticas (T) y no traumáticas (NT).
- Fragmentación del polo superior del riñón
 - Pielonefritis aguda
 - Parafimosis
 - Ligadura iatrogénica del uréter
 - Uretritis gonocócica
 - Estallamiento renal
 - Cólico nefrítico
 - Hematuria postmiccional
 - Rotura extraperitoneal de vejiga
 - Rotura completa de uretra
 - Retención aguda de orina
 - Priapismo
 - Avulsión testicular
 - Anuria obstructiva
 - Orquiepididimitis aguda
 - Torsión testicular
 - Fractura de pene
 - Gangrena de Fournier

2- CRUCIGRAMA (SOLO HORIZONTALES)

CAUSAS DE HEMATURIA



- 1-Relacionada con afecciones de la sangre
- 2-Se atribuye a la colonización de gérmenes patógenos en el tractus urinario
- 3-Debido a afecciones genéticas del aparato urinario
- 4-Alteración aguda o crónica de algún órgano de dicho aparato
- 5-Debido a cálculos a cualquier nivel del tractus urinario
- 6-Relacionada con procesos de neoformación
- 7-Debido a cualquier injuria del aparato urinario
- 8-Debido a la presencia de tejido endometrial ectópico en algún sitio del aparato urinario
- 9-Se atribuye a afecciones orgánicas de la nefrona

3-Relacione la columna A con la B en relación a los traumatismos del aparato genitourinario (según clasificación de la American Association for Surgery Of. Trauma AAST).

A

B

- 1-Trauma renal grado IV
- 2-Trauma Ureteral grado V
- 3-Trauma vesical grado III
- 4-Trauma uretral grado V
- 5-Fractura de Pene
- 6-Avulsión testicular

- __ Hemostasia, orquiectomía y prótesis testicular.
- __ Sección completa con + de 2 cm. de separación.
- __ Mala delimitación del sistema pielocalicial y líquido en el espacio perirrenal.
- __ Dolor en región suprapúbica, hematuria, incapacidad para orinar y reacción peritoneal generalizada.
- __ Dolor intenso, hematoma local, desvío del eje del órgano y puede acompañarse de lesión uretral
- __ Arrancamiento con desvascularización de 2 cm. del órgano.

4-Circule la indicaciones correctas para realizar un derivación de la orina, ya sea urgente o electiva.

-Estallamiento renal	C	- Intervenciones quirúrgicas sobre próstata y vejiga.
-Gangrena de Fournier	I	-Enfermedad de Peyroniè.
-Ruptura vesical	S	-Sección completa de urèter
-Hipospadias	T	-Periuretritis
-Fratura completa de pene	O	- Epispadias
-Avulsión testicular	S	-Sección completa de uretra
-Estrechez uretral infranqueable	T	-Parafimosis
	O	
	M	
-Cólico Nefrítico	I	-Vejiga neurogènica
-Cistectomía parcial	A	

5-Complete las siguientes palabras con las vocales o consonantes que falten.

1- Radiografía de urgencia para visualizar integridad de la vía urinaria superior y funcionamiento renal:

__ R __ __ A __ __ __ S __ __ __ __ E

2- Proceder Quirúrgico para derivar la orina cuando el obstáculo está a nivel de uréter.

__ E __ __ O __ __ __ __ A

3- Resección completa de un testículo

___R___ ___I___ ___ ___M___ ___

4- Espacio anatómico retropúbico y preperitoneal que se almacena orina en caso de ruptura vesical extraperitoneal:

___ ___ ___Z___ ___ ___

5- Radiografía de urgencia para comprobar fractura de uretra e imagen en gota invertida de la vejiga.

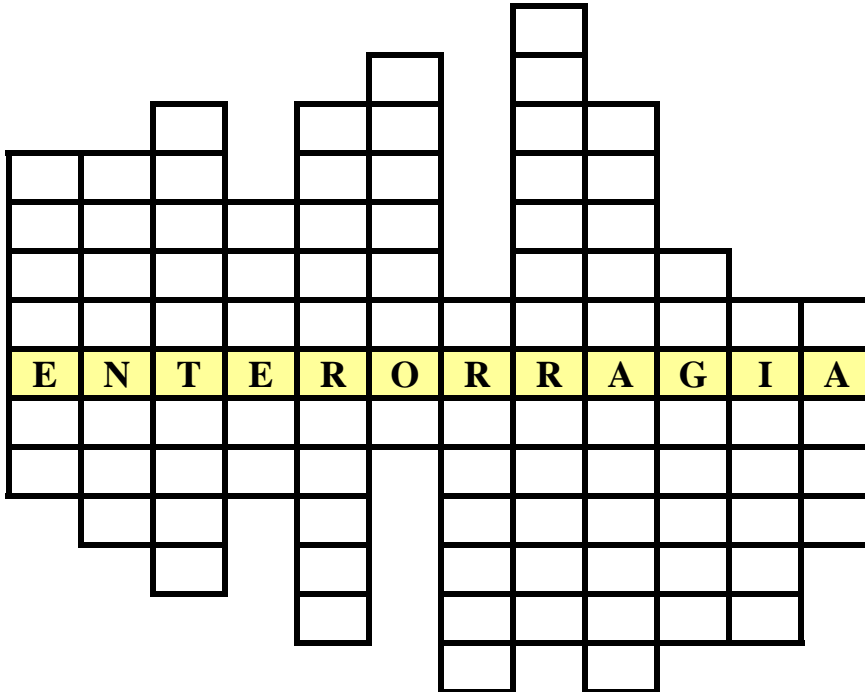
___ ___E___ ___O___ ___S___ ___G___ ___ ___ ___ ___
R ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___A

B) URGENCIAS PROCTOLÓGICAS.

1- Circule las afecciones proctológicas urgentes y enlázelas con lo que considere correcto:

A	B
A) Colitis ulcerativa idiopàtica	<input type="checkbox"/> Resuelve con dilatación anal forzada y enema evacuante
B) Empalamiento	<input type="checkbox"/> Oclusión intestinal clínica y radiológica
C) Quiste pilonidal	<input type="checkbox"/> Sigmoidostomìa y cierre primario de la herida rectal
D) Absceso perianal	<input type="checkbox"/> No requiere operación , solo tratamiento médico
E) Hemorroides externas	<input type="checkbox"/> Resuelve con incisión y drenaje pero pueda parecer fístula anal como complicación.
F) Ulcera anal aguda	<input type="checkbox"/> Enterorragia y signos de choque hipovolèmico.
G) Prurito anal	<input type="checkbox"/> Anodìnea insoportable y se diagnostica distendiendo la piel del ano.
H) Pólipo rectal	<input type="checkbox"/> Luego de realizar un esfuerzo físico hay salida de hemorroides Internas.
I) Impacto fecal	<input type="checkbox"/> Se observa unahemorroide con un coágulo violáceo muy doloroso.
J) Hemorragia digestiva baja	<input type="checkbox"/> Debe hacerse la extracción Instrumental o quirúrgica bajo anestesia.
K) Càncer de recto	
L) Trombosis Hemorroidal	
M) Condiloma perianal	
N) Polapso rectal agudo	
Ñ) Cuerpo extraño intrarrectal	
O) Càncer de ano estenosante	
P) Brote hemorroidal agudo	

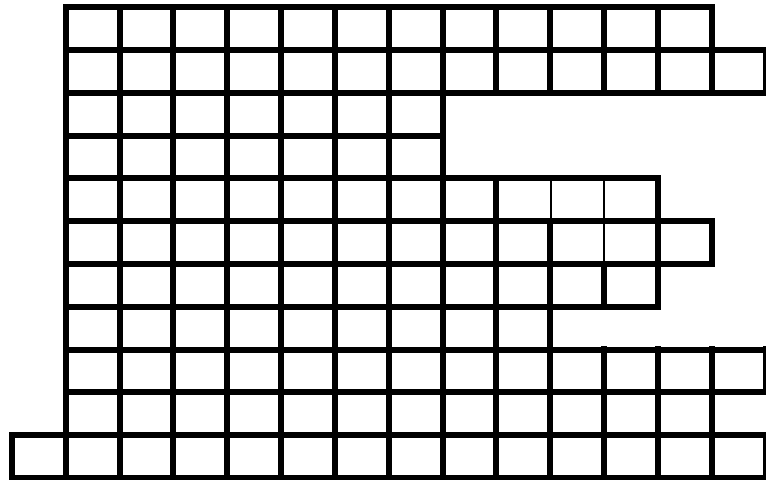
2- Crucigrama (solo verticales)
“Palabras de la especialidad”



- 1- Colección de pus en una cavidad neoformada
- 2- Músculo circular que mantiene el ano cerrado en los periodos interdefecatorios
- 3- Proceder quirúrgico que crea un nuevo ano en la pared abdominal
- 4- Solución de continuidad en la comisura posterior del ano que suele ser muy dolorosa
- 5- Dilataciones permanentes de los plexos venosos del recto
- 6- Obstáculo al libre tránsito intestinal
- 7- Descenso anormal de la mucosa rectal que puede protruir por el ano
- 8- Espacio paraanal bilateral por debajo de los elevadores del ano
- 9- Herida del trayecto ano rectal
- 10- Región de drenaje linfático del ano y conducto anal
- 11- Comunicación anormal entre el anorecto y la piel o con alguna víscera vecina
- 12- Arteria impar rama de la aorta que irriga el recto

3- Observe el grupo de sílabas desorganizadas, trate de unir las y formará síntomas, signos, complementarios y procedimientos relacionados con afecciones urgentes anorrectales:

ES CO NOS TO BA
 NEA PRU CIA PRO
 MODI CO TI MO TI
 MIANEN CONS TO CCI
 RI CO MOI CO PIA
 DOS TE CON DEN
 REC SIS MA TA E NEN
 GO GIA NES NEA PRU
 CI DO CIA CION NE
 PA NO RI IN RRA
 LO SIG PIA NOS PIA



- 1- Dolor en el cóccix
- 2- Salida involuntaria de heces y gases por el ano
- 3- Picazón anal
- 4- Sensación constante de defecar
- 5- Salida de todas las capas de la pared rectal por el ano
- 6- Estreñimiento
- 7- Sangramiento rectal
- 8- Estrechamiento anormal del ano
- 9- Radiografía para visualizar el colon
- 10- Proceder endoscópico del tracto digestivo inferior
- 11- Ano artificial a expensas del sigmoides

4-Enlace lo correcto.

A
ABSCEOS ANORRECTALES

- 1- Cutáneo
- 2- Subcutáneo
- 3- Hidrosadenitis perianal
- 4- Isquiorrectal
- 5- Mural
- 6- Pelvirrectal
- 7- Retrorrectal

B
DGNTCO Y TTO

- __Zona indurada perianal con múltiples orificios fistulosos drenando pus.
- __Masa indurada, fluctuante y dolorosa que abomba hacia la luz rectal en la línea media posterior.
- __Pequeños y localizados en la piel perianal.
- __Situado en la pared rectal, abomba hacia la luz, requiere anestesia regional o general para su drenaje así como dilatación bidigital de los esfínteres del ano.
- __Tumefacción dolorosa en el margen del ano que se exagera al defecar y puede ser secundaria a una fisura anal.
- __No provoca síntomas perianales, hay fiebre, leucocitosis y se taca en pared anterolateral Der. o Izq. del recto. Puede drenarse externa o internamente a través de la luz rectal.
- __Tumefacción dolorosa junto al ano, dificultad para defecar. Puede extenderse al espacio homólogo contralateral y puede lesionarse la arteria pudenda interna al destrabecularse.

C-URGENCIAS NEUROLÓGICAS

1-Acerca de los traumatismos craneoencefálicos (TCE) enlace ambas columnas:

A	B
1- TCE simple	__Hematoma en espejuelos uni o
2- Conmoción cerebral	bilateral, otorrea o rinorrea del LCR,
3- Contusión cerebral	otorragia o epistaxis así como
4- Contusión de tallo cerebral	disfunción de pares craneales.
5- Compresión cerebral	__Deterioro progresivo de la
6- Frac. de la base del cráneo	conciencia, hipert. endocraneana
7- Hipertensión endocraneana	y alterac. Cardiorrespiratorias.
	__Consciente, orientado, coherente
	no signos focales, no lesión de
	nervios craneales y dolor en el sitio
	lesionado.
	__Cefalea pertinaz, vómitos en
	proyectoril y papiledema.
	__Alteración profunda de conciencia y
	signos de irritación o déficit del SNC.
	__Alteración de conciencia durante un
	tiempo breve, no signos de
	focalización neurológica y alteración
	de la memoria que revierte <24h horas.
	__Alteración profunda de conciencia
	que puede llegar al Coma, trastornos
	cardiorrespiratorios severos, rigidez y,
	extensión de las 4 extremidades.

2-Señale los complementarios que usted puede indicar ante un TCE para su diagnóstico.

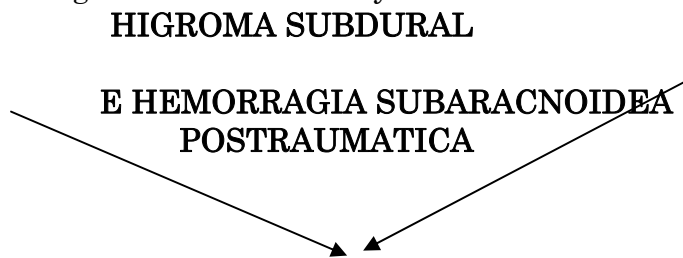
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rx Tórax | <input type="checkbox"/> Rx abdomen simple |
| <input type="checkbox"/> Rx cráneo simple | <input type="checkbox"/> Monitoreo de Pr. intracraneal |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> USD abdominal |
| <input type="checkbox"/> Angiografía carotídea | <input type="checkbox"/> TAC de cráneo |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Potenciales evocados |
| <input type="checkbox"/> Electroencefalograma | <input type="checkbox"/> Rx Urograma descendente |
| <input type="checkbox"/> Medios auxiliares diagnósticos (Punción lumbar y fondo de ojo). | |

3- Señale lo correcto con una flecha:

Generalmente frontal y Temporal contralateral al impacto, deterioro progresivo de la conciencia, Paralisis de los miembros Contralateral al trauma.	HEMATOMA EPIDURAL	Es una colección de LCR en el espacio subdural y su diagnostico es transoperatorio.
---	--------------------------	---

	HEMATOMA SUBDURAL	Hay rigidez nucal, cefalea, fotofobia y la punción lumbar revela LCR hemorrágico.
--	--------------------------	---

Surge como consecuencia de un TCE severo, aparece deterioro progresivo de conciencia, midriasis homolateral al sitio lesionado y hemiparesia ipsi o contralateral así como convulsiones. Pueden ser agudos, subagudos y crónicos.	HEMATOMA INTRACEREBRAL	Siempre unilateral, alterna la inconsciencia con la lucidez, puede haber convulsiones, midriasis homolateral del lado afecto y casi siempre hay fractura craneal.
---	-------------------------------	---



Todas estas lesiones constituyen:

- Contusiones cerebrales
- Compresiones cerebrales
- Conmociones cerebrales

4- **Sopa de palabras:** encuentre los pilares del tratamiento en un TCE:

ZKJHIPERVENTILACIONXOPYR
OMCQPXC BASHM SKOPQZRNL
SOCITOIBITNAHLO OMKZRSLM
OKJHRJNCDEFXN CLSZHABLH
PZNXEPZYXRKILOIOPHIJKMKJ
OLINPNLAOBOIH RZHARIJK
FESCAYXABITHKRUGOJCDESL
AKLXNJPHNDIURETICOSRHOP
ZCUJACDZAEFOPQINACDOPML
CVVZCIMFESORTKBRXEFGNPS
PJNCIKLZBIOFAIMRETOPIHTM
LXOTONABZXJPXYAONMZJXBP
NYCONHMANITOLJB PQXABC

5- Acerca de los traumatismo raquimedulares reflexione lo siguiente:

Al C/g es traído un joven de 16 años que sufrió hace aproximadamente 2h caída de una palma real de 8 metros de altura.

Llega consciente y orientado, aquejando dolor toracolumbar e imposibilidad para caminar.

Al examen físico se encuentran los siguientes hallazgos:

Cardiorrespiratorio: Murmullo vesicular presente bilateralmente, no disnea TA 120/80 P 90 por minutos FR 20 por minutos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no reacción peritoneal, conserva la matidez hepática, se palpa tumor hipogástrico renitente que impresiona globo vesical.

Neurológico: Imposibilidad para mover las extremidades inferiores con anestesia táctil, térmica y dolorosa, anestesia perianal, ausencia de reflejo rotuliano y aquileano bilateral pero reflejo de Babinski presente.

Otros: priapismo, dolor a la palpación de las apófisis espinosas T10, T11, T12, L1 y L2, esfínter anal atónico, no sangramiento ni tumor anorrectal.

A) Circule su diagnóstico:

- Fractura-luxación del raquis dorsal
- Fractura del raquis cervical
- Fractura del raquis toracolumbar
- Fractura del raquis lumbar

B) ¿Qué ha provocado?

- Hemisección medular
- Sección completa de médula espinal
- Sección de la cola de caballo

C) ¿Qué complementario indicaría?

- Rx de tórax ---Rx de columna dorso lumbar
- Rx urograma descendente ---Rx de pelvis
- Rx columna lumbosacra
- Rx de cuerpos cavernosos

D) ¿Cómo lo inmovilizaría?

- Tracción esquelética cervical
- Vendoleta de esparadrapo
- Minerva
- Corsés de yeso

5- Enlace lo correcto:

A	B
a) Fractura de raquis cervical	---Por debajo de L1 aparecerá anestesia en silla de montar.
b) Fractura de raquis dorsal	---Si hay sección medular habrá daño neurológico en MI y trastornos esfinterianos.
c) Fractura de raquis toracolumbar	---Dolor en el cuello después de un accidente, si se acompaña de sección medular habrá cuadriplejía.
d) Fractura de raquis lumbar	---Puede acompañarse de lesiones torácicas como Neumotórax o Hemotórax.
e) Fractura sacra	---Dolor sacrococcígeo y se reducen con tacto rectal bajo anestesia.

¿Qué harías para tratarlas?

- Laminectomía
- Tracción esquelética cervical por 45 días y luego Minerva
- Vendoleta de esparadrapo.
- Corsés de yeso
- Estabilización con tacto rectal

6- Completa las palabras siguientes con las vocales y consonantes que falten y tendrás signos, síndromes, complementarios y acciones terapéuticas en las urgencias neuroquirúrgicas:

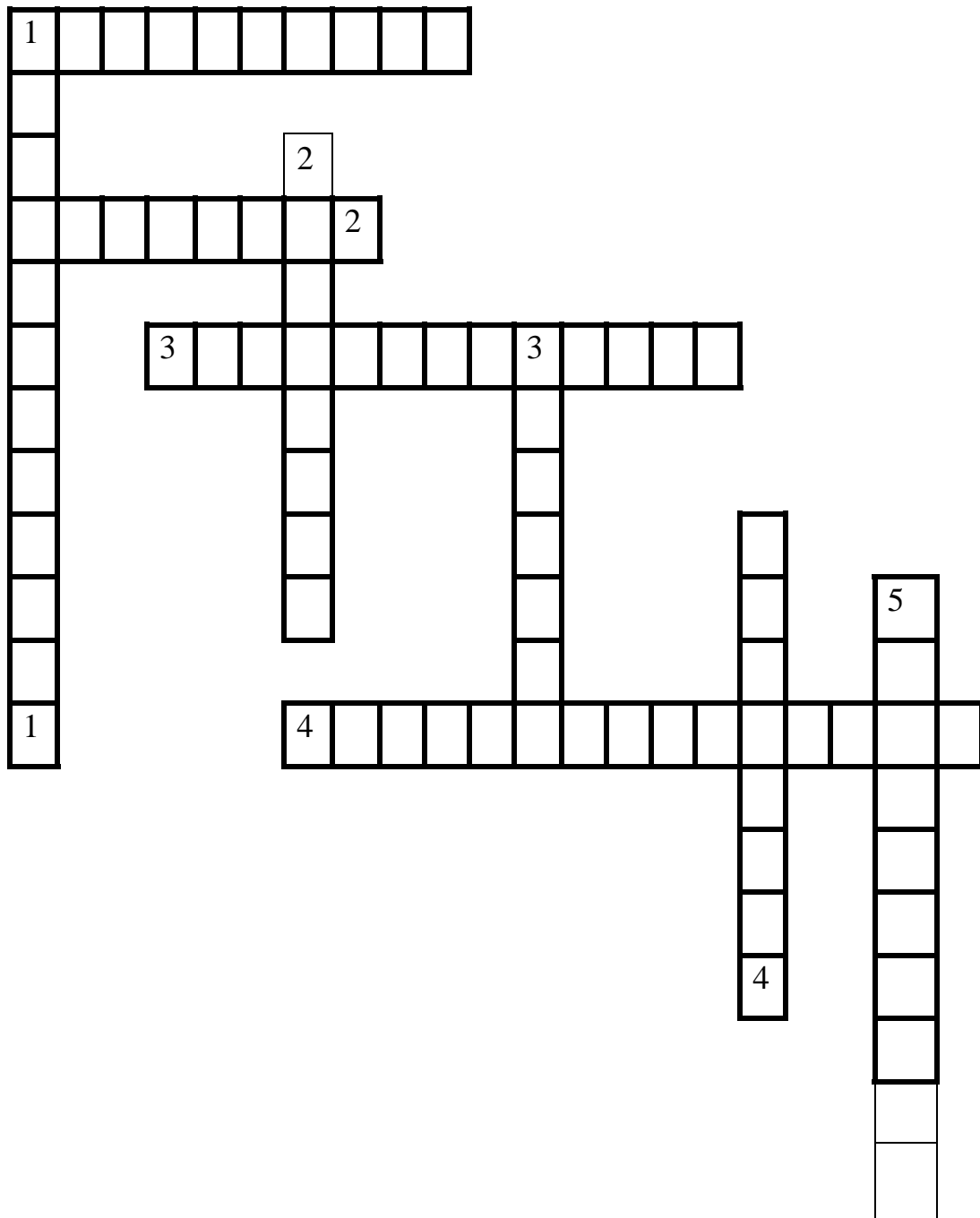
- a) Asimetría pupilar --n—s--
- b) Síndrome caracterizado por cefalea, vómitos en proyectil y papiledema -- n e-- r--
- c) Movimiento espontáneo del ojo caracterizado por una fase lenta y una fase contraria a la anterior --s--
- d) Ausencia total e reflejos --rr--
- e) Parálisis de un hemicuerpo --i-- j--
- f) Radiografía contrastada para visualizar patrón vascular cerebral --n-- c--

g) Proceder quirúrgico evacuador de colecciones intracraneales ---e-----n

h) Proceder quirúrgico para inmovilizar una fractura-luxación cervical ---cc--- e-----

D-URGENCIAS ANGIOLÓGICAS

1-Puzzle (palabras de afecciones urgentes).



Horizontales:

- 1- Proceder quirúrgico que extirpa parcial o totalmente una extremidad.
- 2- Ausencia de pulsos.
- 3- Funcionamiento inadecuado de un órgano o sistema.
- 4- Falsa dilatación de una arteria.

Verticales:

- 1- Sangramiento de una várice
- 2- Interrupción brusca y mantenida del flujo sanguíneo a un órgano.
- 3- Cuando disminuye el grosor o calibre arterial.
- 4- Cuadro clínico resultante del cese permanente del aporte sanguíneo a un órgano y la colonización ulterior de gérmenes.
- 5- Salida de sangre del espacio intravascular.

2- Enlace lo correcto y así clasificará los traumatismos arteriales.

A

B

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| I) Lesión Arterial aislada: | ___ Fístula arteriovenosa |
| | ___ Isquemia postligadura |
| a) Aguda con continuidad de la pared. | ___ Espasmo |
| | ___ Sección total |
| | ___ Hematoma pulsátil |
| b) Aguda sin continuidad de la pared. | ___ Pérdidas de tejidos blandos |
| | ___ Contusión |
| | ___ Fractura ósea |
| c) Crónica | ___ Trombosis |
| | ___ Sección nerviosa |
| II) Lesión arterial asociada a | ___ Sección parcial |

lesión de órganos vecinos: ___Aneurisma arteriovenoso
 ___Sección venosa
 ___Aneurisma traumático.

3- Circule sus posibilidades quirúrgicas ante un trauma vascular (arterial o venoso).

- a) Ligadura con sutura irreabsorbible
- b) Sutura vascular con material reabsorbible
- c) Sutura vascular con grapas metálicas
- d) Anastomosis TT con sutura irreabsorbible
- e) Sutura vascular con material irreabsorbible
- f) Injerto autólogo
- g) Injerto heterólogo

4- A continuación te relaciono afecciones vasculares. Circule las que considere urgencias:

- Síndrome de la costilla cervical.
- Pie diabético isquémico.
- Ateroesclerosis obliterante
- Aneurisma aórtico roto
- Pie diabético séptico
- Úlcera varicosa
- Várices
- Trombosis venosa profunda
- Síndrome de insuficiencia arterial aguda
- Tromboangeítis obliterante
- Herida de arma blanca punzante en axila
- Elefantiasis de los miembros inferiores
- Linfedema del miembro superior izquierdo
- Linfangitis sobreaguda necrotizante
-

5-Enlace lo correcto

A

- 1- Gangrena gaseosa
- 2- S.I.A.A.
- 3- T.V.P

- 4- Linfangitis sobreaguda necrotizante.

- 5- Aneurisma aórtico

B

- ___Ligadura proximal y distal + endoaneurismorrafia.

- ___Edema del miembro, eritrocianosis, flictenas, dolor e impotencia funcional

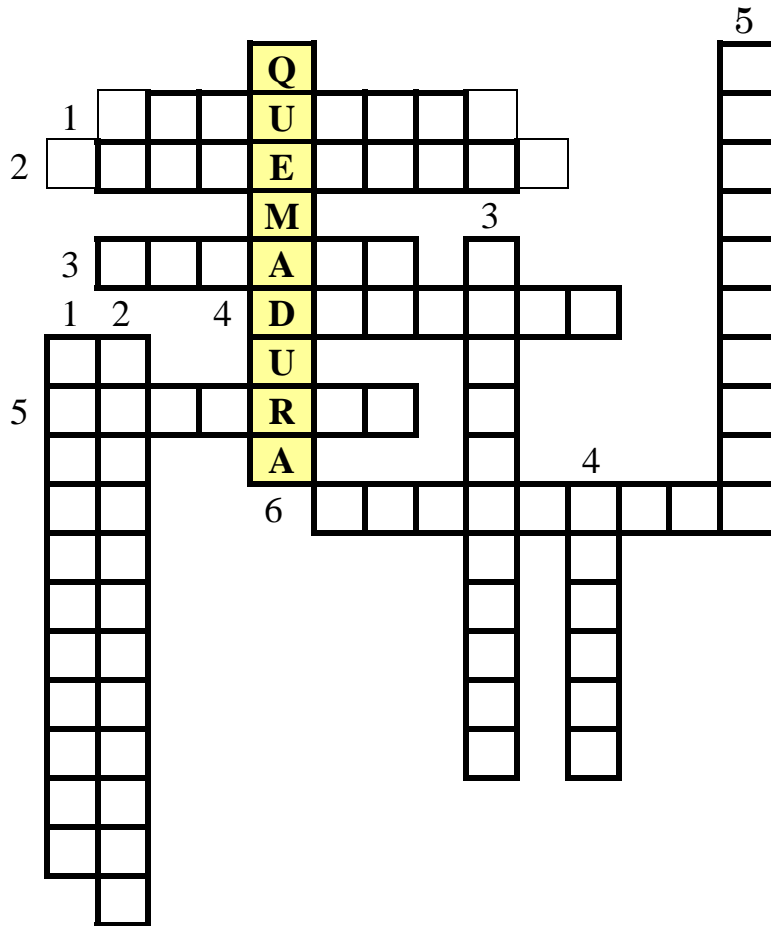
- ___Palidez, frialdad, impotencia funcional, dolor irresistible y asfigmia

- ___Edema, olor a pescado, crepitación y descarga achocolatada.

- ___Asimetría de los MI, dolor en Huevo poplíteo y triángulo de Escarpa

E- QUEMADURAS

1- PUZZLE



Verticales

- 1- Pilar fundamental del Tto. de las quemaduras.
- 2- Medicamentos que previenen o curan la sepsis.
- 3- Quemadura que afecta todas las capas de la piel
- 4-Úlcera de stress en el pacto. quemado.
- 5Complicación local (crónica)

Horizontales

- 1-Método de cura local que se cubre con vendajes.
- 2-Quemadura que afecta la epidermis solamente.
- 3-Tejido cicatrizal nuevo
- 4- Quemadura que afecta epidermis y corion.
- 5-Proceder quirúrgico aplicado en quemadura hipodérmica.
- 6- Principal complicación de las quemaduras.

2--Al cuerpo de Guardia llega un senil de 80 años que se le incendió la casa y fue rescatado por los bomberos. Presenta lesiones por quemaduras en el rostro, cuello, tronco anterior y posterior (con ampollas de base pardusca, exudativas y dolorosas). Además en el Miembro Superior Derecho y ambos Miembros inferiores lesiones blanco e Indoloras, nacaradas y secas. Intensa falta de aire, ronquera y tos.

a) Calcule el % de Superficie corporal quemada

b) Clasifíquelas:

- Cuello-----
- Cara-----
- Tronco anterior -----
- Tronco posterior -----
- MSD-----
- MI(s)-----

c) Marque con una X las acciones médicas que usted haría.

- Hidratación oral
- Hidratación EV con D 10% a razón de 3000 ml en 24 h.
- Hidratación EV con lactato de Ringer a 4ml/Kg. / % SCQ y 2 MI/kg% si + 50% SCQ
- Canalizar una vena periférica.
- Canalizar vena subclavia.
- Canalizar vena femoral por cateterización o disección.
- Traqueostomía
- Antibióticos parenterales.
- Sonda de levin.
- Plasma Fresco 75 ml/Kg./24h
- Cateterismo vesical
- Medicación con aspirina 2 tab. /diaria
- Analgésicos
- Antiulcerosos profilácticos
- Cura expuesta (abierta) a todas las quemaduras
- Toxoide tetánico
- Oxigenoterapia

- Cura oclusiva (cerrada) en miembros y tronco
- Cura expuesta (abierta) en cara y cuello
- Aplicar injertos en lesiones hipodérmicas una vez caída la escara.
- Nutrición enteral precoz a partir de las 6 h posquemadura.

3-Marque (V) o (F) según su criterio:

- Las quemaduras hipodérmicas se provocan por exposición solar.
- Las quemaduras epidérmicas curan % 2 y 5 días espontáneamente y sin secuelas.
- Las quemaduras de 2do grado afectan la epidermis y la dermis calificándose según su profundidad en dérmica superficial y dérmica profunda.
- Las quemaduras de 2do grado son secas e indoloras.
- Las quemaduras de 3er grado o hipodérmicas tienen ampollas y duelen mucho.
- Las ampollas de hasta 3 cm. de diámetro pueden dejarse intactas para proteger el lecho quemado pero las de + 3 cm. debe eliminarse y cubrirse con antibióticos.
- Las ampollas en palma de manos y planta de los pies son muy dolorosas independientemente de su tamaño.
- La cara, orejas y genitales deben curarse por la forma expuesta.
- Las quemaduras de 2do grado siempre deben ingresarse.
- El método ambulatorio de curación de quemaduras puede aplicarse a las quemaduras de 2do grado.
- Las quemaduras hipodérmicas pueden deberse a electricidad, álcalis, llama directa o exposición mantenida a líquidos calientes.
- La hidratación por vena profunda con cristaloides (lactato de Ringer) y coloides (plasma) así como los antibióticos locales y sistémicos constituyen pilares fundamentales del tratamiento.

- El injerto debe aplicarse una vez caída la escara en quemaduras hipodérmicas y las articulaciones deben priorizarse.

F) TRAUMATISMO DEL CUELLO.

1- Enlace lo Correcto

A

B

Órgano lesionado

Síntomas y signos

- | | |
|----------------------|---|
| 1- Tráquea y laringe | - Hematoma expansivo del cuello |
| 2- Esófago y faringe | - Calambres en Miembro Superior |
| 3- Carótida | - Hemoptisis y salida de burbujas de aire por la herida cervical. |
| 4- Vasos Subclavios | - No pulso carotídeo |
| 5- Plexo braquial | - Hematoma expansivo en región supraclavicular. |
| | -Enfisema subcutáneo y mediastínico. |
| | - Odinofagia y hematemesis |
| | - Abducción de un Miembro superior |
| | -Sangrado importante por la herida cervical. |
| | - Herida en región supraclavicular. |

2- Marque las acciones médicas que usted haría ante un trauma de cuello severo.

- Garantizar vías aéreas permeables mediante IET.
- Aplicar relajantes musculares.
- Canalizar vena periférica del lado de la lesión.
- Canalizar venas periféricas o vena profunda del lado contrario a la lesión cervical.
- Colocar al paciente en posición Trendelenburg

- Inmovilización cervical
- Cohibir sangramiento externo con compresión o taponamiento con sonda de Foley a través de la herida cervical.
- Sonda vesical y de levin inmediatamente.
- Si herida supraclavicular con evidencia de lesión pleural insertar 2 catéteres Foley: uno por la herida para comprimir la arteria subclavia lesionada contra la 1ra costilla o clavícula y el otro catéter en el trayecto de la herida.
- Realizar Rx cráneo simple.
- Si no es posible la IET realizar traqueostomía.
- Realizar Examen físico neurológico minucioso.
- Realizar RX abdomen simple.
- Realizar RX tórax y de columna cervical.
- Explorar el cuello mediante cervicotomía preesternocleidomastoidea.
- Realizar pleurostomía mínima alta.
- Reparar lesiones de órganos según normas establecidas.

3-Complete la palabra con la vocal o consonante que falta:
síntomas y signos de lesión de órganos del cuello.

a) Presencia de aire en los tegumentos:

--- f --- m --- u --- n ---

b) Salida de sangre por la boca:

H --- i ---

c) Cambio de tono de la voz.

--- o --- a

d) dolor al tragar:

--- d --- a

e) Vómito de sangre procedido de náuseas:

----- m ----- i -----

f) Ruido a través de la herida debido a salida de aire:

T ----- t -----

g) Choque por hemorragia interna o externa:

----- v -----

G) TRAUMATISMO TORÁCICO

1- Enlace cada Síndrome torácico agudo con las afecciones que puedan provocarlo.

A

B

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| - S. de compresión endotorácica | -Edema pulmonar no cardiogénico |
| - S. de depresión endotorácica | - Empiema pleural agudo |
| - S. hemorrágico torácico | - Hemotórax masivo |
| - S. de respiración paradójica | - Atelectasia bilobar |
| - S. de infección endotorácica | - Tórax batiente |
| - S. funcional torácico | - Contusión cardíaca |
| - S. Compartimental torácico | - Neumotórax hipertensivo |

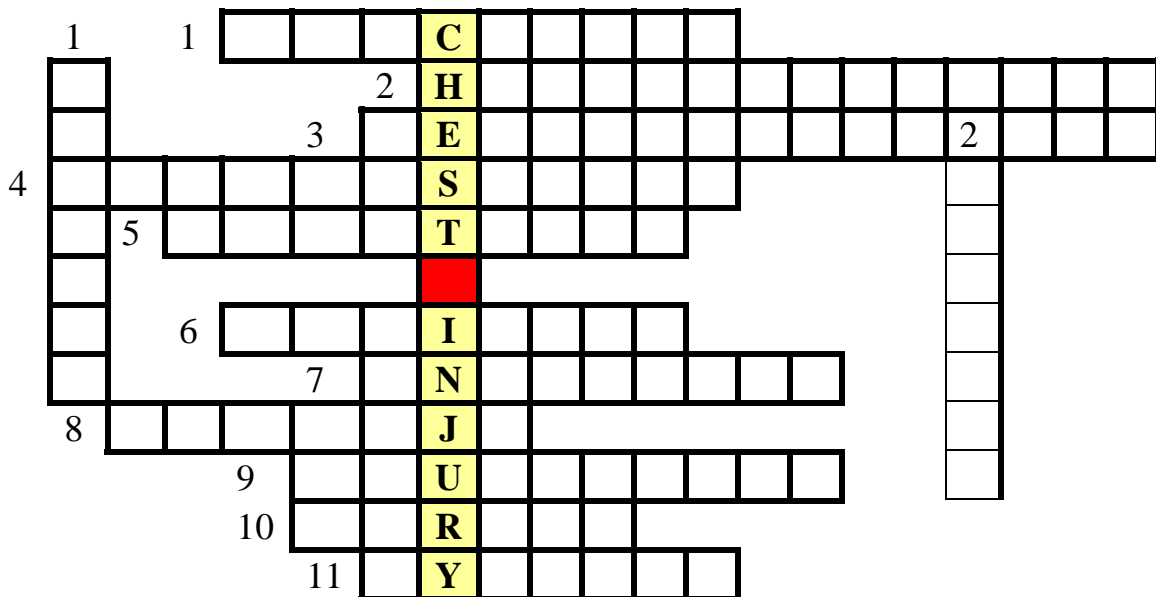
2- Señale V o F sobre el TÓRAX BATIENTE:

- También se le puede llamar tórax inestable, Volet costal, tórax - flotante, tórax flácido y flail chest.
- Puede ser solamente unilateral anterior.
- El diagnóstico es clínico, radiológico y hemogasométrico.
- Siempre se acompaña de insuficiencia respiratoria.

- Cualquier modalidad terapéutica debe estabilizar la pared torácica.
- Electivamente se debe estabilizar el segmento móvil de la pared torácica.
- Debe realizarse pleurostomía mínima baja (PMB) si se acompaña de contusión pulmonar severa y se requiere de ventilación mecánica.
- Solo comprimiendo el segmento lesionado con apósito o saco de arena se resuelve la movilidad de la pared torácica.
- Los métodos de osteosíntesis son los más completos y fisiológicos.
- La fijación neumática interna está indicada cuando hay 8 ó más costillas fracturadas, en pacientes seniles, cuando se asocia a otras lesiones: ejemplo craneoencefálicas; así como cuando hemogasométricamente la PO₂ está por debajo de 60 mmHg.

3- PUZZLE

Palabras relacionadas con urgencias torácicas.



Verticales:

- 1- Colección fibrinopurulenta en cavidad pleural.
- 2- Término utilizado para denominar una toracotomía que se realiza en las 1ras horas después de la lesión una vez que se haya estabilizado el paciente.

Horizontales:

- 1- Término utilizado para denominar una toracotomía fallida.
- 2- Sangre en cavidad pericárdica.
- 3- Aire en el mediastino.
- 4- Proceder quirúrgico que comunica la cavidad pleural y exterior.
- 5- Sangre en cavidad pleural
- 6- Término que denota movilidad del tórax inestable.
- 7- Término utilizado para denominar una toracotomía practicada en los primeros 15 minutos de arribar el lesionado al departamento de urgencias.
- 8- Proceder quirúrgico para evacuar cualquier colección en una cavidad natural o neoformada.
- 9- Aire en cavidad pleural.
- 10-Término utilizado para denominar una toracotomía necesaria pero electivamente practicada.
- 11-Síntoma presente en el síndrome torácico agudo en cualquiera de sus variantes (En INGLÉS).

4- Enlace el diagnóstico y las opciones terapéuticas correctas para cada lesión de órganos torácico:

A Órgano	B Diagnóstico	C Procederes
- Esófago	- Radiológico y transoperatorio	-Devolver estabilidad torácica
- Tráquea y Bronquios	- Tríada de Beck - Silencio respiratorio	-Sutura primaria apoyada+ exclusión bipolar +drenaje.
- Corazón	- Aerorragia importante por el drenaje.	-Recuperar la Pr - intrapleural con drenaje cerrado alto o bajo.
- Pulmón	- Dolor retroesternal y enfisema subcutánea en cuello.	-Sutura primaria en U previa presión digital.
- Pleura	- Difuso moteado radioopaco uni o bilateral.	-El TTO varía según tamaño y localización de la lesión
- Pared torácica	-Deformidad y movimiento paradójico.	-Sutura de lesión y drenaje de cavidad pleural por vía abdominal
- Diafragma	- Neumotórax persistente	-Intubación Endotraqueal y apoyo ventilatorio.
-Laringe	- Estridor, voz bitonal, hemoptisis y disnea	-Traqueostomía como última opción.
-tráquea	- Respiración antálgica y crepitación ósea.	

5-Circule la indicaciones para “Toracotomía de Urgencia”

- a) Hemorragia importante por el drenaje pleural
- b) Empiema Agudo
- c) Neumotórax persistente después de 48 horas de drenaje
- d) Herida por arma de fuego en tórax
- e) Derrame pleural paraneumónico
- f) Cáncer de pulmón.
- g) Hemorragia intrapleural continua (+ de 100cc/h durante + 6h).
- h) Herida supraclavicular con lesión de vasos subclavios.
- i) Herida diafragmática traumática
- j) Neumomediastino y enfisema subcutáneo de cara y cuello
- k) Paro cardiorrespiratorio que no resuelve con maniobras de resucitación
- l) Herida precordial con taponamiento cardíaco
- m) Radiopacidad total de un hemitórax sin observarse el botón aórtico
- n) Osteosíntesis de pared torácica en tórax batiente
- ñ) Quemadura esofágica por cáustico
- o) Fractura simple de tres costillas

6- Enlace según convenga la opción terapéutica más eficiente en la “Perforación Esofágica Traumática”.

- a) Esófago cervical (perforación temprana o instrumental) -Esofagectomía + Gastrostomía de alimentación.
- b) Esófago Torácico o abdominal (perforación temprana). - Tratamiento médico -Sutura primaria apoyada con epiplón, pleura, pericardio, músculos o fundus gástrico + esofagostomía cervical+ exclusión bipolar + yeyunostomía de alimentación+clisis mediastinal continua

c) Esófago tóraco y abdominal
(diagnóstico tardío de la perforación).

- Succión intraesofágica +drenaje del mediastino.
- Sonda en T en la perforación+ Drenaje del mediastino + clisis mediastinal+gastrostomía.
- Esofagostomía cervical+drenaje.

H) TRAUMATISMO ABDOMINAL

1- Complete las palabras siguientes con la vocal o consonante que falte y encontrará síntomas, signos, complementarios y procedimientos utilizados en el traumatismo abdominal.

a) Método auxiliar de diagnóstico

----- n ----- b -----

b) Signo típico en el síndrome perforativo

----- o ----- r -----

c) Traumatismo torácico por debajo del 5to espacio intercostal.

----- a ----- l

d) Presencia de aire infradiafragmático en el Rx tórax

----- u ----- p -----

e) Salida de estructuras abdominales por la herida

----- v ----- o -----

f) Cuando se observa en el Rx tórax presencia de vísceras abdominales en el tórax.

----- e ----- a ----- i ----- r -----

----- a

g) Presencia de sangre incoagulable en cavidad peritoneal.

H ----- t -----

h) Choque presente en lesiones de vísceras macizas.

----- i ----- o -----

i) Sutura del diafragma

----- r ----- r -----

j) Término dado a la laparotomía para control de daño.

----- b ----- v -----

k) Proceder para cohibir una hemorragia exanguinante en un paciente preagónico.

----- m ----- u ----- m -----

l) Proceder quirúrgico necesario luego de reparar una herida rectal

----- g ----- d -----

2-Enlace ambas columnas según lo correcto:

A) ORGANO LESIONADO

- 1-Desgarro esplénico de > 3cm de profundidad
- 2-Disrupción parenquimatosa >75% del lóbulo hepático
3. Desvascularización de +2cm de un segmento yeyunal
4. Transección del colon
- 5-Desgarro completo del recto que se extiende al periné
- 6-Laceración diafragmática >10cm
- 7-Perforación de esófago abdominal
- 8-Desvascularización de > 2/3 de estómago distal

B) PROCEDER QUIRÚRGICO

- Resección y anastomosis TT +cierre diferido de la herida quirúrgica
- Sutura primaria apoyada con fundus gástrico
- Esplenorrafia apoyada con epiplón
- Esplenectomía parcial
- Esplenectomía total
- Esófagectomía parcial

- Empaquetamiento hepático
- Hepatectomía +hepatorrafia + drenaje
- Sutura primaria + precolostomía
- Sutura primaria del colon + antibióticos
- Rectorrafia+sigmoidostomía+drenaje presacro
- Rectorrafia + antibióticos
- Frenorrafia si es posible sino hernioplastia con bioprótesis
- +Pleurostomía mínima baja
- Gastrorrafia +yeyunostomía de alimentación
- Hemigastrectomía +Billroth II

3-Ante un trauma pancreaticoduodenal enlace lo correcto:

A

B

- | | |
|--|--|
| <p>1-Lesión de +75% de 2da porción Duodenal.</p> <p>2- Destrucción masiva de cabeza Pancreática.</p> <p>3- Sección de cola pancreática y bazo.</p> <p>4- Sección completa del cuerpo Pancreático (lesión ductal).</p> <p>5- Hematoma duodenal</p> <p>6- Presencia de bilis, hematoma retroperitoneal y crepitación paraduodenal.</p> | <p>_ Tto. qgco. después de 3 semanas sin resolver.</p> <p>_ Pancreatectomía distal + Esplenectomía + drenaje.</p> <p>_ Pancreatoduodenectomía o diverticulización duodenal.</p> <p>_ Exploración duodenal</p> <p>_ Si paciente inestable: Control de daño y luego reparación definitiva.</p> <p>_ Pancreatoyeyunostomía en Y de Roux</p> |
|--|--|

I) MISCELÁNEAS

1- DAMERO SILÁBICO SOBRE Tumores Inflamatorios agudos

				(Supurados y	no supurados)
				□	
				1	
				2	
HI	TRAX	CE		3	
TIS				4	
	GAN	DRO		5	
NO	PIE			6	
	NA	NI	DE	7	
QUI				8	
	A	GRE	MA	9	
ABS				10	
	ZO	LU	AN		
CE					
	PLAS	MON	PA		
LI					
	NA	SO	DE	FLE	
	TRON	TIS	RO	EM	

- 1- Se localizan en zonas de glándulas sudoríparas apocrinas.
- 2- Afección de los ganglios linfáticos profundos del cuello.
- 3- Presencia de pus en el tejido paraungueal
- 4- Infección aguda de piel y TCS mal delimitada
- 5- Proceso fibrinoplástico en una víscera abdominal
- 6- Infección del espacio cerrado en el pulpejo de la falange distal de un dedo.
- 7- Infección toxémica de los músculos esqueléticos producida por clostridium.
- 8- Colección purulenta en una cavidad natural.
- 9- Colección purulenta en una cavidad neoformada.
- 10- Infección de varios folículos pilosebáceos y la dermis que lo recubre.

2- Al cuerpo de guardia llega un paciente diabético insulino dependiente de 20 años de evolución aquejando dolor intenso y progresivo en el pie izquierdo desde hace tres días luego de haberse producido herida con un vidrio en la planta del pie. Al examen físico se constata Temp. 39.5 grados Celsius. TA 100/60 P 110x minutos FR 32x minutos, fascie séptica, ausencia de pulsos poplíteo, tibial posterior y pedio izquierdos, edema marcado del pie y pierna izquierda, herida incisa en la planta del pie de aproximadamente 2 cm con secreciones hemopurulentas fétidas con olor a pescado podrido y crepitación evidente.

Circule su diagnóstico:

- Absceso plantar
- Gangrena seca
- Fascitis necrotizante
- Mal perforante plantar
- Gangrena húmeda

¿Qué haría para corroborar su diagnóstico?

- Hemograma - Arteriografía
- Rx de partes blandas de la extremidad - Hemocultivo
- Gram de las secreciones.

¿Cómo lo trataría?

- a) Antibioticoterapia profusa
- b) Cura local + antibióticos
- c) Amputación supracondílea izquierda en guillotina y dejar la herida abierta.
- d) Penicilina cristalina 4 bb EV c/4h + metronidazol 1bb EV c/8h
- e) Aminoglucósido solamente
- f) Fasciotomía + agua oxigenada
- g) Oxigenación hiperbárica sin cirugía

3-Al C/G llega una gestante de 32 semanas que hace 30 minutos sufre accidente de tránsito saliéndose del auto y cayendo al vacío recibiendo múltiples golpes. Al examen físico muestra palidez cutaneomucosa, frialdad, sudoración, TA 80/40 P 120x minutos FR 20x minutos (aquejando dolor abdominal intenso), abdomen muy doloroso a la palpación superficial y profunda, reacción peritoneal, matidez declive, palpación de estructuras fetales bajo las cubiertas abdominales y no se precisa foco fetal. Respiración antálgica, crepitación ósea en hemitórax izquierdo y murmullo vesicular presente bilateralmente.

¿Cuál es su diagnóstico?

- Avulsión uterina
- Ruptura esplénica
- Hematoma retroplacentario
- Ruptura uterina + sufrimiento fetal agudo postraumático
- Placenta previa
- Ruptura placentaria postraumática

¿Que conducta usted seguiría?

- Reponer volemia y remitirla a un hospital ginecoobstetrico
- Cesárea urgente
- Laparotomía exploradora

Si comprueba útero roto con lesión de arterias uterinas, ruptura placentaria y feto muerto.

¿Qué usted haría?

- Evacuación fetal y placentaria + histerorrafia
- Evacuación fetal y placentaria + histerectomía

¿Cómo clasificaría a la paciente?

- Poliherida
- Policontusionada
- Politraumatizada
- Contusión abdominal con lesión visceral maciza

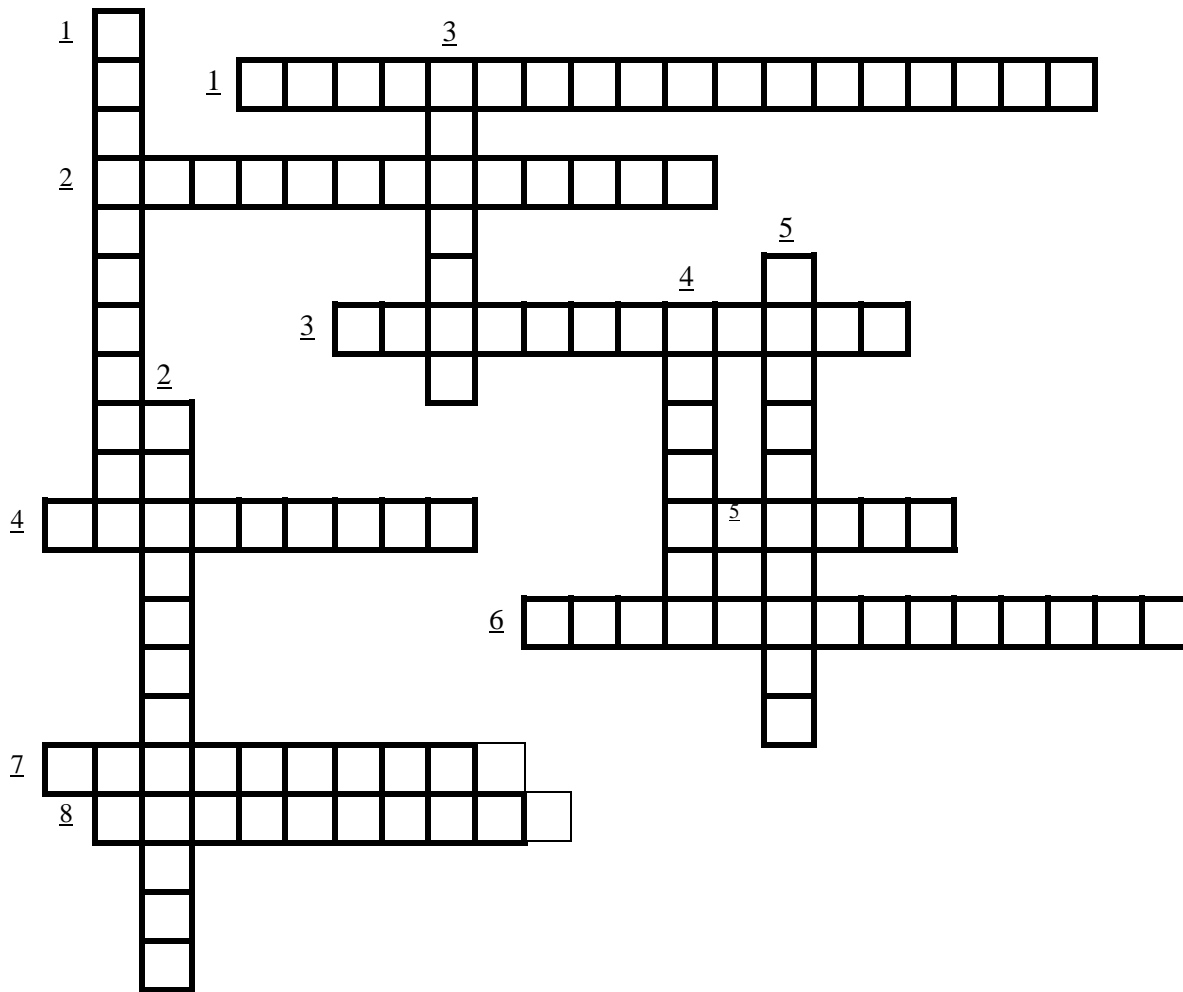
2- Circule sus posibles diagnósticos (columna B) según antecedentes y hallazgos al examen físico y/o complementarios (Columna A)

A	B
<ul style="list-style-type: none">- Colectomía hace 24h- Dolor en hipocondrio derecho- Contractura en hemiabdomen Superior- Ictero- Bilirrubina abundante por el drenaje y herida quirúrgica- Punción abdominal (+) de bilis- Taquicardia persistente- Líquido libre en cavidad según USD y/o TAC.	<ul style="list-style-type: none">- Hepatitis C- Colangitis supurada- Sección de la VBP- Coledococole- Neoplasia del confluente- Ampuloma- Perforación duodenal por ulcus- Dehiscencia del muñón cístico

Ahora circule sus opciones terapéuticas:

- 1- Sonda en T a nivel de la lesión coledociana + drenaje
- 2- Coledocorrafia + drenaje por contraabertura
- 3- Sonda de Foley # 12 en el cístico
- 4- Coledocoduodenostomía
- 5- Hepaticoduodenostomía o hepaticoyeyunostomía en Y de Roux
- 6- Ligar ambos cabos del colédoco y esperar dilatación proximal de la VBP.
- 7- Coledocogastrostomía
- 8- Esfinterotomía + esfinteroplastia
- 9- Ligadura del muñón cístico
- 10- Anastomosis TT + sonda en T por encima de la rafia.

5-CRUCIGRAMA. "Procederes que salvan vidas"



Horizontales

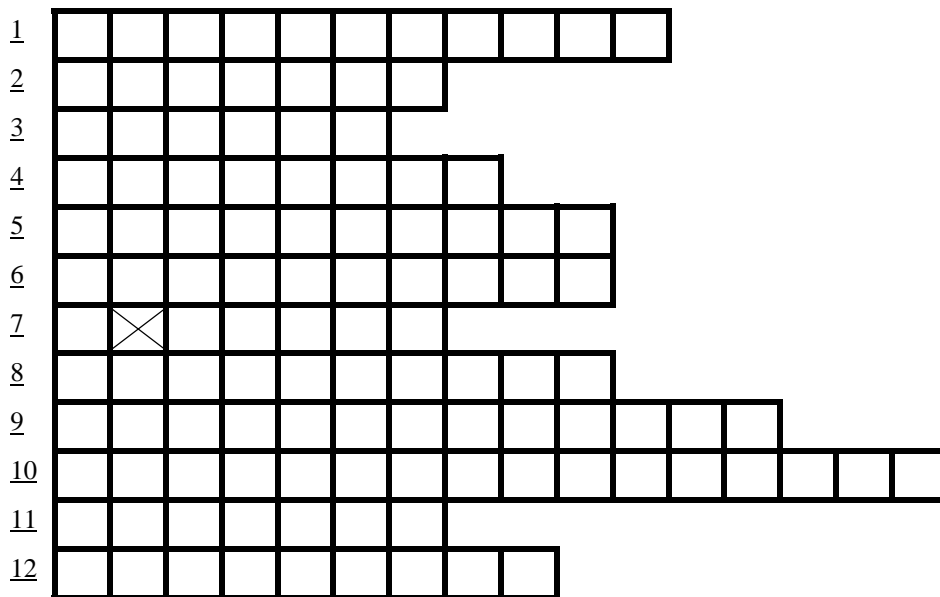
- 1- Se aplica a pacientes preagónicos con la triada de Beck
- 2- Se realiza a pacientes con obstrucción respiratoria.
- 3- Útil en pacientes con pérdida de la Pr(-) intrapleurales.
- 4- Necesaria para garantizar una vena profunda cuando han fallado Otros métodos.
- 5- Garantiza el nacimiento fisiológico de una persona
- 6- Necesaria para el tratamiento de Cualquier fractura ósea.
- 7- Garantiza la permeabilidad de las vías aéreas.

Verticales

- 1- Deriva la corriente urinaria cuando hay obstáculo distal (inglés)
- 2- Permite alimentar a un paciente con obstáculo de vía digestiva superior.
- 3- Necesaria cuando se contraindica el partofisiológico.
- 4- Util para evacuar colección intracraneales.
- 5- Necesaria cuando no es viable una extremidad.

8-Deriva la corriente fecal y descomprime el tubo digestivo.

6- Resuelva el Crucigrama Blanco sobre las lesiones de partes blandas:



- 1- Traumatismos que no desgarran los tejidos.
- 2- Traumatismo que desgarrar el tejido.
- 3- Herida de bordes limpios y precisos.
- 4- Herida producida por instrumentos de extremidad aguda y pueden alcanzar gran profundidad.
- 5- Herida producida por animales, ejemplo: almiquí, alacrán, serpiente.
- 6- Cuando la herida alcanza una cavidad natural.
- 7- Cuando la herida de arma de fuego tiene orificio de entrada y salida sin penetrar en cavidad natural.
- 8- Tipo de herida que provoca el derrame linfático de Morell Lavallet
- 9- La herida de arma de fuego tiene orificio de entrada y salida penetrando en cavidad natural.
- 10-Herida provocada por objetos como el machete o hacha en la cual actúa el peso y el filo del objeto.
- 11-Herida con sección irregular de la piel y los tejidos.
- 12-Injuria térmica de la piel

RESPUESTAS

A.1-Traumáticas 1-4-6-9-10-13-17 No Traumáticas 2-3-5-7-8-11-12-14-15-16-18

2-Hematológicas-sepsis-malformación-inflamación-litiasis-tumores-traumas-endometriosis-nefropatías

3- 6-4-1-3-5-2

4- Ruptura vesical-fractura completa del pene –estrechez uretral infranqueable-periuretritis –sección completa de uretra

5- Urograma descendente-Nefrostomía-Orquiectomía-Retzius-Uretrocistografía retrógrada

B. 1-B-3 D-5 F-7 I-1 J-6 L-9 N-4 Ñ-10 O-2 P-8

2- Absceso-esfínter-colostomía-úlceras-hemorroides-

Oclusión-prolapso-isquiorrectal-empalamiento-inguinal-Fístula-sacra

3- Coccigodínea-incontinencia-prurito-tenesmo-procidencia.

Constipación-rectorragia-estenosis-colon por enema.colonoscopia.Sigmoidostomía.

4- 3-7-1-5-2-6-4

C.1- 6-5-1-7-3-2-4

2- 2-4-6-8-10-11-13

3- A-5 B-2 C-1 D-3 E-4 Compresiones cerebrales.

4- Hiperventilación – antibióticos- convulsín- manitol - hipotermia- diuréticos- barbitúricos- trepanación.

5- Fractura del raquis toracolumbar/ sección completa de médula espinal – Rx de columna dorsolumbar.

6- Columna B: 4-3-1-2-5 / 3-1-2-4-5

7- Anisocoria- Hipertensión endocraneana- nistagmo- arreflexia- hemiplejia- angiografía carotídea- trepanación- tracción esquelética.

D.1- Horizontales: Amputación – asfígmia- insuficiencia – pseudoaneurisma.

Verticales: Varicorragia – isquemia – espasmo – gangrena- hemorragia

2- Columna B: Ic – Ic- Ia – Ib- Ic – II – Ia – II – Ia.

II- Ib- Ic-II-Ic.

3- a –d-e-f

4- 2 -4 -5- 8-9-11-14

5- Columna B: 5 -4-2-1-3

E.1- Verticales: hidratación- antibióticos-hipodérmica-Curlin-retracción.

Horizontales: oclusiva-epidérmica- escara- dérmica- injerto-infección.

2- a) 88% (cara 6 cuello 1 tronco anterior 18 tronco posterior 18 MSD 9 Ambos MI 36).

b) Dérmicas AB cuello, cara, tronco anterior y posterior
Hipodérmicas MSD y ambos MI.

c) 3-6-8-9-10-11-13-14-16-17-18-19-20-21-22

3- F-V -V-F-F-V-V-V-F-V-V-V

F.1- Columna B: 3-5-1-3-4-2-2-5-3-4

2- 1-4-5-6-7-9-11-12-14-15-17

3- Enfisema subcutáneo- hemoptisis- ronquera-odinofagia-hematemesis- traumatopnea- hipovolémico.

G.1- 7-5-3-2-4-6-1

2- V-F-V-V-V-F-V-F-V-V

3-Horizontales:Fracasada-Hemopericardio-Neumomediastino-Pleurostomía-Hemotórax- Batiente- Inmediata-Drenaje-Neumotórax-Tardía-Dyspnea.

Verticales: Empiema- Temprana

4- B: 7-3-5-2-1-4-6-2-8-6

C: 6-1-5-3-2-7-4-8

5- a-c-d-g-h-i-k-m

6- C-A-ByC-C-C-C

H.1- Punción abdominal- contractura- toracoabdominal-neumoperitoneo- evisceración-hernia diafragmática-hemoperitoneo- hipovolémico- frenorrafia- abreviada-empaquetamiento-sigmoidostomía.

2- B: 3-7-1- blanco-blanco-blanco- 2- blanco-4 blanco-5-blanco-6-blanco-8.

3- B: 5-3-2-6-1-4

I.1- Hidrosadenitis-adenoflemón-paroniquia-celulitis- plastrón-panadizo-gangrena-empiema-absceso-ántrax.

- 2- Gangrena húmeda-Rx partes blandas y Gram de secreciones- C y D
- 3- Ruptura uterina + sufrimiento fetal agudo postraumático- Laparotomía exploradora- evacuación fetal y placentaria + histerectomía – politraumatizada.
- 4- a) Sección de la VBP y dehiscencia del muñón cístico.
b) 1-4-5-9-10
- 5- Horizontales: Pericardiocentesis- traqueostomía- pleurostomía- disección – parto – inmovilización- intubación- colostomía.
Verticales: Cistostomy – gastrostomía- cesárea- trépano- amputación.
- 6-Contusiones-heridas-incisa-punzante-envenenada-penetrante- a sedal- tangencial- transfixiante-cortocontundente-contusa- quemadura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 American College of Surgeons. ATLS, Advanced Trauma Life Support Course for Physician. Fifth edition. ACS Committee on Trauma. American College of Surgeons. Chicago, 1993
- 2-Asencio J, et al. Management of penetrating neck injuries. The controversy surrounding zone II injuries. Surg Clin North Am 71:267, 1991
- 3-Méndez Catasús R. Traumatismos del cuello. [Artículo en línea]. Rev Cubana Cir 2006; vol.45 no.3-4. <http://bvs.sld.cu/revista/cir/vol45no3-42006/san/4203.htm>. [Consulta: 1feb 2009].
- 4-Laureiro Toledo, TM; García Marcial, A; Bustelo Aguila, J; González Cobas, MI. Evaluación de la ecografía abdominal del trauma cerrado en niños. [Mediciego](http://www.scu.sld.cu/publicacioneselectronicas/()articuloscientificos.htm); 13(supl.1), mar. 2007 [Biblioteca virtual en línea]. [http://www.scu.sld.cu/publicacioneselectronicas/\(\)articuloscientificos.htm](http://www.scu.sld.cu/publicacioneselectronicas/()articuloscientificos.htm) [Consulta: 1feb 2009].

5-Sánchez Portela, CA; Delgado Fernández, JC; Robaina Arias, LE; Rodríguez, Lorenzo S; Díaz Arteaga, Y. Morbilidad y mortalidad por traumatismo abdominal (2002 a 2004) [Artículo en línea]. [Rev. cuba. cir](#);46(3), jul.-sept. 2007http://bvs.sld.cu/revista/cir/vol_45_no3-4-2006/san/4203.htm. [Consulta: 1feb 2009].

6-Iñaguazo S., Darwin A. Exclusión pilórica en lesión duodeno-pancreática combinada: reporte de 2 casos [Artículo en línea]. [Rev. chil. cir](#);59(5):374-378, oct. 2007[Biblioteca virtual en línea].[http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/\(\)_artículos_científicos.htm](http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/()_artículos_científicos.htm) [Consulta: 1feb 2009].

7-Benavides, F; Capellino, P; Perriello, J; Ramos, R; Staltari, D. Videocirugía en el trauma torácico y toracoabdominal. [Artículo en línea]. [Rev. argent. cir](#); 90(1/2):1-4, ene.-feb. 2006[Biblioteca virtual en línea].[http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/\(\)_artículos_científicos.htm](http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/()_artículos_científicos.htm) [Consulta: 1feb 2009].

8-Lucena Olavarrieta, J. Lesiones del mesenterio como consecuencia del trauma abdominal contuso. [Rev. Fac. Med. \(Caracas\)](#);28(2):123-128, 2005. [Biblioteca virtual en línea].[http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/\(\)_artículos_científicos.htm](http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/()_artículos_científicos.htm) [Consulta: 1feb 2009].

9-Trostchansky Vasconcellos, J; Ruso Martínez, LA; Vázquez Arias, AL; Trostchansky Weker, J. Hematoma hepático por traumatismo cerrado de abdomen. Experiencia con una estrategia conservadora. [Artículo en línea]. [Cir. Urug](#);73(1):97-103, ene.-abr. 2003. [Biblioteca virtual en línea].[http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/\(\)_artículos_científicos.htm](http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/()_artículos_científicos.htm) [Consulta: 1feb 2009].

10-Montero, A; Ferrer, E; Cáceres, G; Gómez, M; Moreno, Y. Lesiones hepáticas y esplénicas en el traumatismo de abdomen: aspectos epidemiológicos y manejo. [Artículo en línea]. [Rev. venez. cir](#);56(3):79-88, sept. 2003. [Biblioteca virtual en línea].[http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/\(\)_artículos_científicos.htm](http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/()_artículos_científicos.htm) [Consulta: 1feb 2009].

11- Altamirano Angueta, J; Franco Akel, A; Rodríguez Camacho, C; Ramírez Robinson, R. Trauma abdominal penetrante por arma cortopunzante: ¿colostomía o anastomosis primaria? [Artículo en línea]. [Medicina \(Guayaquil\)](#);9(1):49-52, 2003. [Biblioteca virtual en línea].[http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/\(\)_artículos_científicos.htm](http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/()_artículos_científicos.htm) [Consulta: 1feb 2009].

12-Neusa Margarida, P; Paulo Miranda, W; Atayde Bueno I; Siqueira Junior, JT; Azevedo, Rennó E M; Gontijo, de Lima F; Guimarães Franco, L ; Faria Cynthia ,MC.Reconstruction of thoracic esophagus with pediculated diaphragmatic flap in dogs. [Artículo en línea].*Acta cir bras*;22(1):8-11, Feb.2007[Biblioteca virtual en línea].[http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/\(\)_artículos_científicos.htm](http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/()_artículos_científicos.htm) [Consulta: 1feb 2009].

13- Korn B., Owen. Perforación esofágica: causas y manifestaciones clínicas. [Artículo en línea]. [Gastroenterol. latinoam](#);16(2):133-136, abr.-jun. 2005 [Biblioteca virtual en línea].[http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/\(\)_artículos_científicos.htm](http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/()_artículos_científicos.htm) [Consulta: 1feb 2009].

14- González, Benito A; Boyne, A; Espíndola, M; Alvarez, L; Peralta, G; Raffin, G. Heridas penetrantes de cuello. [Artículo en línea]. [Rev. argent. cir](#);88(1/2):78-84, ene.-feb. 2005. [Biblioteca virtual en línea].[http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/\(\)_artículos_científicos.htm](http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/()_artículos_científicos.htm) [Consulta: 1feb 2009].

15-Gaertner G; Bauer Albarrán, C; Breigeiron, R. Trauma renal. [Artículo en línea]. [Acta méd. \(Porto Alegre\)](#);28:291-297, 2007. [Biblioteca virtual en línea].[http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/\(\)_artículos_científicos.htm](http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/()_artículos_científicos.htm) [Consulta: 1feb 2009].

16- Sizenando Vieira, S; Azevedo Filho, TV; Drumond Domingos, A; Oliveira Nunes Leal, P A. Ruptura isolada da pelve renal secundária ao trauma abdominal contuso. [Artículo en línea]. [Rev. Col. Bras. Cir](#);34(3):208-209, maio-jun. 2007. [Biblioteca virtual en línea].[http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/\(\)_artículos_científicos.htm](http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/()_artículos_científicos.htm) [Consulta: 1feb 2009].

17-Lezcano Ortiz, H J. Factores pronósticos e indicaciones de tomografía axial computarizada en pacientes con traumatismo craneoencefálico menor. [Artículo en línea]. [Rev. chil. neurocir](#);27:39-41, nov. 2006. [Biblioteca virtual en línea].[http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/\(\)_artículos_científicos.htm](http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/()_artículos_científicos.htm) [Consulta: 1feb 2009].

18-Ramírez R., L M. Traumatismo craneoencefálico II. [Artículo en línea]. [Arch. med](#);(5):25-30, dic. 2002. [Biblioteca virtual en línea].[http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/\(\)_artículos_científicos.htm](http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electrónicas/()_artículos_científicos.htm) [Consulta: 1feb 2009].