



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura medicina humana

2do parcial

Paola Hilerio González

Grupo: "A"

Grado: 7°

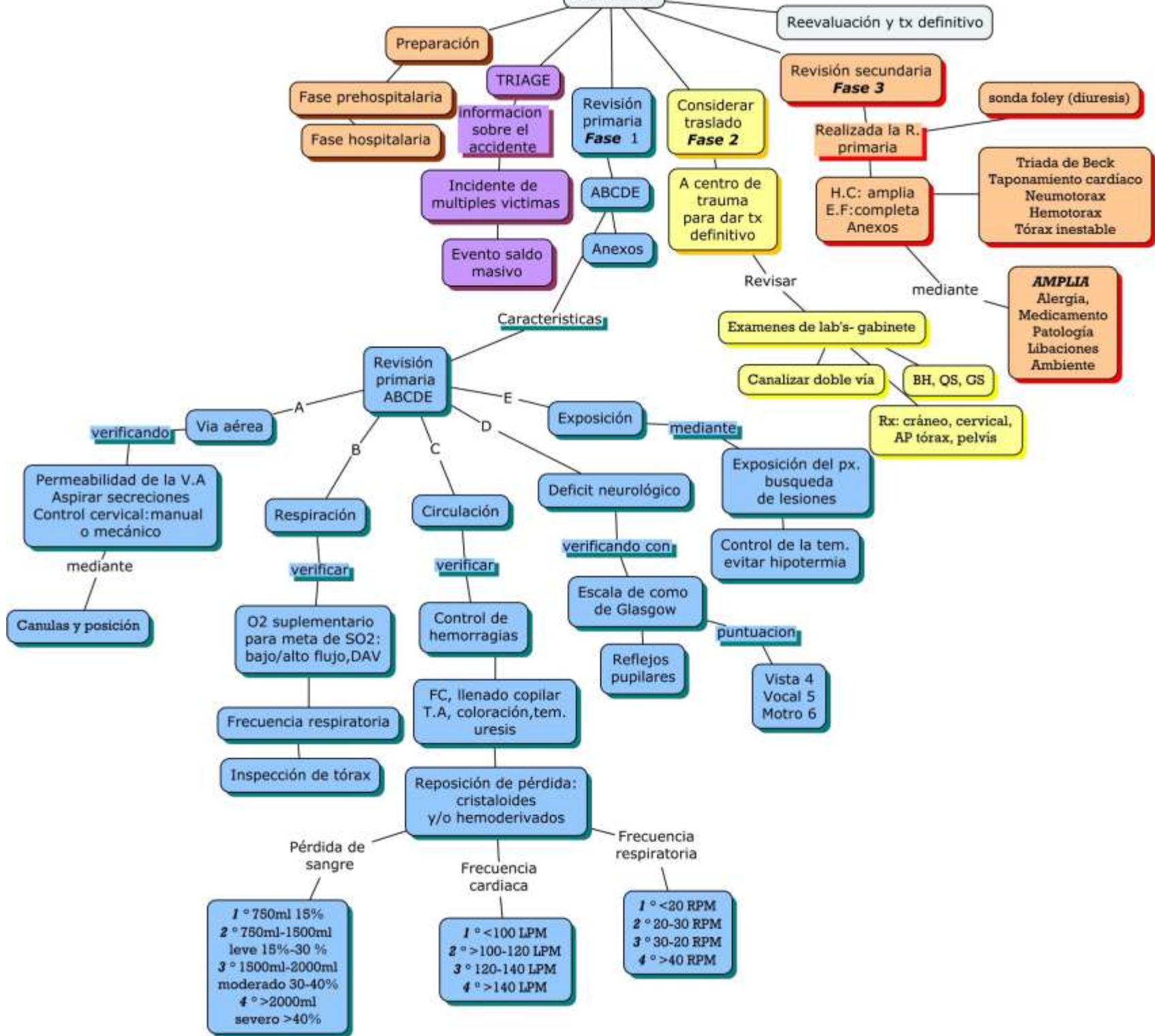
PASIÓN POR EDUCAR

Clínicas quirúrgicas complementaria

Dra. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 octubre del 2024

ATLS



Estado de choque

Ruidos respiratorios anormales
Ansiedad
Opresión torácica
Mareos
Congestión nasal
Hinchazón en cara, ojos y lengua

Escalofrío
Mareos
Disminución o ausencia de G.U
Taquicardia
Disnea
Salpullido

Bacteriano
Infeccioso
Sepsis
Sepsis grave

Inicio
Hipotensión arterial
debida a la sepsis
que persiste

M.C

es
Septico

Que es

Estado de hipoperfusión
tisular secundario
alt. en el transporte o en la entrega
de O₂

Tratamiento

Sueroterapia: se comienza con
cristaloide 1000ml y coloides 500ml
Dosis inicial 1500ml

Unidades de hematies,
plaquetas y plasma en
caso de requerir

Manejo inicial

Evaluar y realizar manejo de V.R,
respiratorio y circulación

Efectuar una anamnesis rápida para
intentar determinar la causa

Vigilar diuresis cada hora
FC, FR, TA, Temp, SpO₂, Glasgow

Realizar analisis de
hemoglobina y glucemia

Clasificación

**Manifestación
clínica**

Pulso débil
Caída de la tensión arterial
Taquicardia
Oliguria
Ansiedad
(diuresis < 5 a 1ml/kg/h)

es
Anafiláctico

Reacción sistémica
que hipersensibilidad de
carácter grave, en consecuencia de
la exposición a una
sustancia sensibilizante

**Manifestación
clínica**

Ansiedad
Agitación
Piel fría
Confusión
Disminución o ausencia
de gasto urinario
Debilidad generalizada
Respiración rápida

**Manifestaciones
clínicas**

Diagnostico

Pérdida rápida
y masivo del volumen
sanguíneo y del GC

H.C
S.V
Oliguria: disminuida

Tratamiento

Deperrina
norepinefrina

M.C

Dolor torácico
Taquicardia
Pulso rápido
Mareos
Disnea
Piel palida

Problemas cardíacos

Tratamiento

Soporte respiratorio
Monitorización de constantes vitales
Farmacos vasopresores, cuando:
PVC (elevada) y PAM (disminuida)

Furosemdia (disminuir la congestión pulmonar)

Vasodilatadores para disminuir la
poscarga y persistir el G.C

Hipovolémico

Cardiogénico

Destructivo

se divide

Resistencia periférica
normal o alta

Resistencia
periférica baja

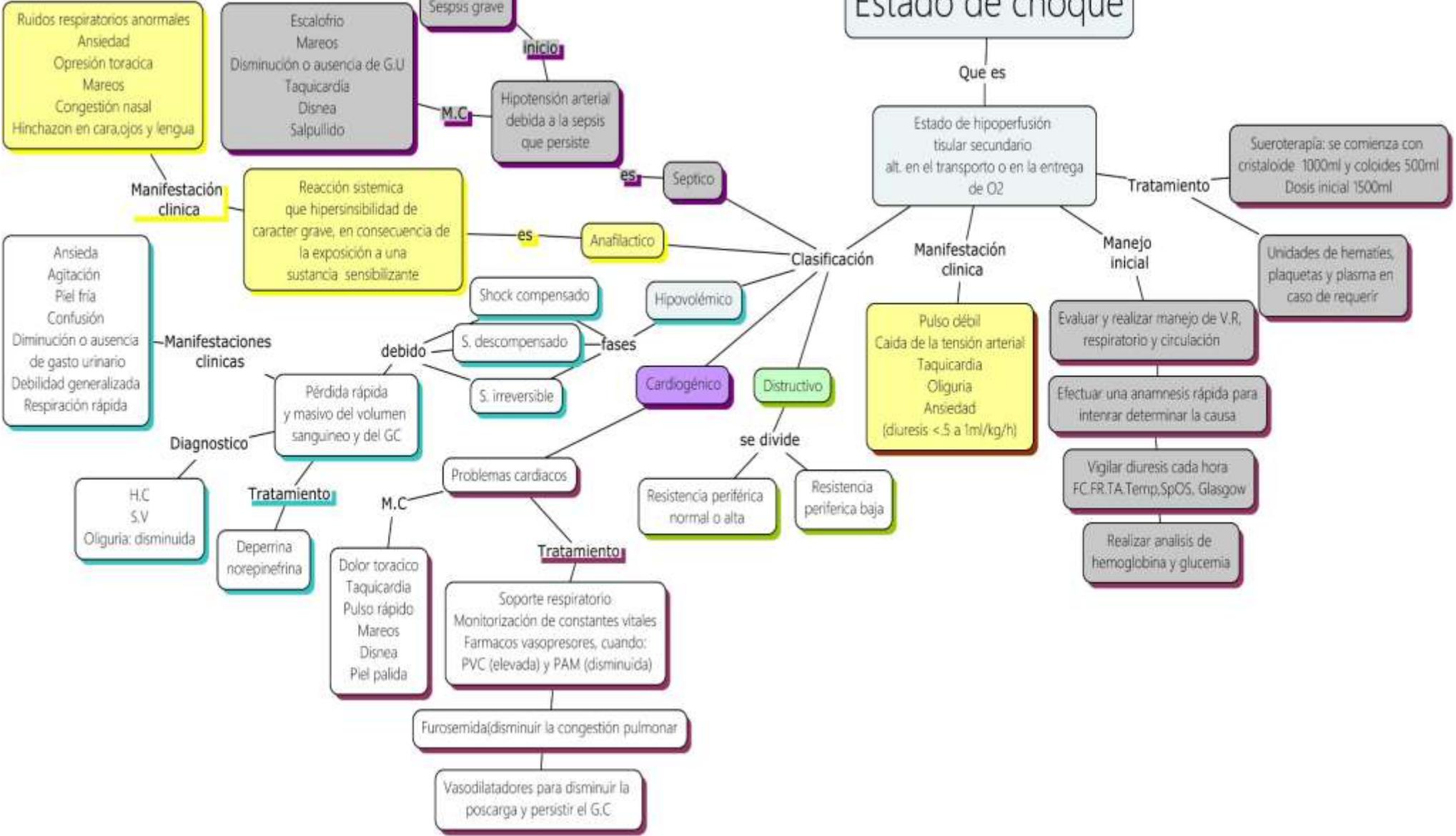
fases

Shock compensado

S. descompensado

S. irreversible

debido



TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

QUE ES

TCS, Son lesiones producto de factores externos, en general lo que hacen es afectar a los huesos y estructuras blandas de la cabeza

ETIOLOGÍA

Accidentes vehiculares 75%
Caidas 20%
Lesiones deportivas 5%

CLASIFICACIÓN SEGUN SU LOCALIZACIÓN

Fracturas de craneo

Lesiones intracraneales

CLASIFICACIÓN SEGUN SU SEVERIDAD

SIGNOS Y SÍNTOMAS

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

Bóveda craneal

Base del cráneo

Difusa

Focales

TCE LEVE
Glasgow 14-15 p
Cefalea leve
<3 vómitos
SIN PERDIDA DEL ESTADO DE DESPIERTO

Cefalea
Mareo
Fatiga
Somnolencia
Nauseas y vómito
Problemas para hablar
Pérdida de conocimiento
Visión borrosa
Concusiones o ataques
Incapacidad para despertarse
Acufenos
Letargo
Fotofobia y Fonofobia

ANAMNESIS
Examen físico:
Inspección, exp. neurológica
Pruebas complementaria
Rx de cráneo, TC de craneo

TCE LEVE
--0-20 min de pérdida de la conciencia
--Amnesia post-traumática <24 hrs
--Glasgow 14-15 p
--La mayoría de los px con traumatismos craneoencefalico leve se recuperan sin incidentes

Lineas o estrelladas
Abiertas o cerradas

Equimosis periorbitaria
Signo de battle
Rinorraquia
Otorraquia
Afectación del par 7 y 8

Contusión
Conmoción cerebral
Múltiples contusiones
Lesión hipóxica
Lesión axonal

Hematoma epidural
Hematoma subdural
Hematoma intracraneales

TCE MODERADO
Glasgow 9-13 p
Perdida del estado de despierto
ALT. de la conciencia
Cefalea intensa
Vomito >3
Amnesia postraumatica
Convulsiones
Polltraumatizado
Trauma facial

TAC CRANEAL
--EG <13 P en valoración inicial de urgencia
--EG <15 P A LAS 2 hrs luego del traumatismo
..Signos que indiquen fracturas de la base del cráneo
..Edad >65 años
--Crisis convulsiva postraumatica
--Deficit neurologico focal

TCE MODERADO
-- 20 min-6 hrs de perdida de conciencia
--Glasgow 9-13 p
--Deficit focal (hemiparesia)
--Realizar TAC Y contar a neurocirujano

TCE SEVERO
>6 hrs
Glasgow 3-8 p
Px incapaces de seguir ordenes simples
No retrasar el traslado del px para obtener una TAC

Cirugía ← Lesión qx

MANEJO DEL PX EN URGENCIAS

SEVERO
Glasgow <8 p
Manifestaciones de focalización
Lesión penetrante
Fractura hundida o expuesta
Deficit neurologica de aparición posterior

Observación ambulatoria

Hospitalización, realizar TAC

Glasgow 14-15

No lesión qx

Glasgow 9-13

Glasgow 3-8

Hospitalización + TAC+ tratamiento

UCI INTUBAR

TRAUMATISMO TORAXICO

ES

Cuadro agudo provocado por una causa externa y súbita que afecta a la cavidad torácica a su contenido a ambos

ETIOLOGÍA

El trauma torácico puede ser directo, por impacto o por compresión del agente

TRAUMA CERRADO/indirecto

Golpe directo, Caidas, choques, accidente de vía pública

4%

TRAUMA ABIERTO/directo

Arma blanca
Elementos punzantes
Elementos cortantes
Armas de fuego
Proyectil de bajo velocidad
Proyectiles de alta velocidad

96%

CLASIFICACIÓN

Mecanismo:
Abierto
Cerrado

Severidad
Amenaza la vida
PX estable

Localización
Pared torácica
Pleura
Pulmón
Grandes vasos

TIPOS DE TRAUMA

HEMOTÓRAX MASIVO
Laceración de arterias
Disnea + MV
Matidez a la percusión
Ingurgitación yugular -
Shock hipovolémico
TX: Toracostomía
(drenaje + tubo)
Toracotomía (QX)

NEUMOTÓRAX A TENSIÓN:
Valvula unidireccional
Disnea súbita severa +MV
Hipersonoridad a la percusión
Ingurgitación yugular
Disnea, Taquipnea
DX Desviación de mediastino controlateral y desviación traquea
TX: Toraxostomía (aguja+tubo)
ATLS aguja de 8 cm
Toracotomía abierta(qx)

NEUMOTORAX ABIERTO
Es un trauma abierto, abertura de la pared torácica por una lesión grande, permitiendo la interacción entre la presión intratorácica
TX INICIAL: sello de 3 lados
TX DEFINITIVO: Cierre qx

EVALUACIÓN INICIAL

--V.A con control de la columna cervical
--Ventilación y oxigenación ABCDE

TAPONAMIENTO CARDIACO
+de sangre en espacio pericárdico
Triada de BECK:
--Hipotensión arterial
--Ingurgitación yugular
--Ruidos cardíacos apagados
Pulso paradójico
TX
Pericardiocentesis
Toracotomía (QX)

NEUMOTORAX SIMPLE:
Presencia de aire en el espacio pleural que causa colapso pulmonar. parcial o completo
TX: O2 o alto flujo
Descompresión con aguja

Trauma abdominal

QUE ES

Lesión grave en el abdomen, bien sea por golpes contusos o por herida penetrantes, causando una discapacidad y mortalidad

MANEJO DE PX
T.A CERRADO

MANEJO DE PX
T.A ABIERO

Cirugía de control

Traumatismo cerrado:
Sin solución de continuidad en peritoneo

Traumatismo penetrantes:
Con soluciones de continuidad que pone en contacto la cavidad abdominal

Para:
Controlar la hemorragia
Prevenir la pérdida adicional de calor

- FASES:**
- Fase 0: Area prehospitalaria y urgencia
 - Fase 1: Laparotomía inicial (qx)
 - Fase 2: Reanimación
 - Fase 3: Cirugía definitiva

- ORGANO DAÑADO
- 1ER: BAZO
 - 2DO: HÍGADO
 - 3ER: RIÑON

- ANATOMÍA QUE EXPLORA EL FAST
- Saco pericardico
 - Fosa espleno-renal
 - Fosa hepatorenal
 - Saco de Douglas

ESTABILIDAD

- Estable → TC
- Inestable → ECO-FAST LPD

ARMA BLANCA

- Cuchillo
- Navaja
- Cristal
- Machete

ÓRGANO A

- Hígado

Estabilidad

- Inestable → LAPAROTOMIA
- Estable → Penetrante / No penetrante

ARMA DE FUEGO

- Pistola
- Escopeta

ÓRGANO A

- Intestino D
- Colon

Laparotomía

Penetrante → TC

No penetrante → LPD / Laparoscopia

POSITIVO → Laparotomía