



ALUMNO: WILLIAM DE JESÚS LÓPEZ SÁNCHEZ

DOCENTE: DR. ERICK FLORES GUTIERREZ (CHULO)

MAPAS CONCEPTUALES

MATERIA: CLÍNICAS QUIRURGICAS COMPLEM.

GRADO: 7°

GRUPO: "A"

ATLS (SOPORTE VITAL AVANZADO EN TRAUMA)

EPIDEMIOLOGÍA

Causa #1: accidentes +FCTE hombres



3 PICOS DE MUERTI

1° Prehospitalaria
2° hospitalaria (hematoma subdural o epidural) atención ABCDE
3° Poshospitalario (sepsis)



PX POLITRAUMATIZADO

PREPARACIÓN: notificación
FASE I: valoración inicial ABCDE
FASE II: medidas auxiliares
FASE III: valoración secundaria

A- vía aerea

CONTROL DE LA VÍA AÉREA Y COLUMNA CERVICAL

- Maniobra de tracción mandibular
- Uso de canula de Guedel (si amerita)
- valoración de vía aerea definitiva

NOTA: todo px politraumatizado necesita
O2 complementario

Para valorar vía aérea se evalua Gasglow



D- discapacidad

DEFICIT NEUROLÓGICO

GLASGOW <15 FASE 1:

- Hemorragia (causa de muerte prevenible)
- La hipotensión es hipovolemia (hasta demostrar lo contrario)
- >50% de vol. = perdida de conciencia
- Fractura de femur presenta perdida sanguinea de 1500ml

VALORACIÓN ABCDE



B- respiración

ASEGURAR INTERCAMBIO GASEOSO ADECUADO

- Una vía aerea permeable no garantiza adecuada ventilación
- Detectar lesiones que comprometan la vida (neumotorax abierto o atención, hemotorax masivo, lesión del arbol traqueobronquial)
- Bolsa mascarilla a flujo de 10 L/min

NOTA: Las lesiones deben tratarse de inmediato, provocan shock hipo o distributivo

C- circulación

CIRCULACIÓN Y CONTROL DE LA HEMORRAGÍA

Pérdida sanguínea:
GRADO II: 750ml
GRADO III: 750-1500ml
GRADO III: 1500-2000ml
GRADO IV: >2000ml

NOTA:

I Y II: SOLUCIÓN IV+CRISTALOIDES II Y IV: HEMODERIVADOS Y TRANSFUSIÓN

FC:

GRADO 1: <100 LPM GRADO II: 100-120 LPM GRADO III: 120-140 LPM GRADO IV: >140 LPM

E- exposición

EXPOSICIÓN Y CONTROL DEL AMBIENTE

NOTA: DX y TX de patologias

Taponamiento cardiaco

Neumotorax simple

Torax inestable

Retiro de todos los objetos

Temp 37°-39°C (toda sol. se calienta)

FASE II: auxiliares de REV

- canalizar 2 vías (calibre 16-18)
- Cateter venoso central (quemados) una vez canalizado solicitar Rx, BH y TAC

en trauma

FASE III: valoración secundaria

PX ESTABLE SE REALIZA:
A: alergias

M: medicamentos

P: patologias/pregnancy

Li: Libaciones/ultima comida

A: ambiente ¿que pasó?

TRIADA DE MUERTE:

- 1. HIPOTERMIA
- 2. ACIDOSIS METABOLICA
- 3. CUAGULOPATÍA



CLASIFICACIÓN

HIPOVOLÉMICO:

endogeno, exogeno, cardiogénico **DISTRIBUTIVO:**

Resistencia perif. norma o alta y baja

OBSTRUCTIVO:

Taponamiento cardiaco, embolia pulm.



Pulso debil, caida de la TA (<90mmhg), taquipnea, taquicardia, oliguria (diuresis <.5-1 ml/kg/h

ESTADO DE CHOQUE

Estado de hipoperfusión tisular secundario en el transporte o en la entrega periférica de oxígeno



MANEJO INICIAL

- Evaluación y manejo de vías respiratorias
- Anamnesis rapida
- Vigilar diuresis cada hora
- Análisis de concentración de hemoglobina y glucemia



TRATAMIENTO

Sueroterapia: cristaloides y coloides Unidades hematies, plaquetas, plasma Control de la hemorragia (compresión)



TX EN ANAFILAXIA:

Eliminar agente causal

Epinefrina IM

Control de FC, TA

Corticoides: metilprednidolona 1-2mg/kg en bolo

IV c/6hrs

TX SHOCK CARDIOGENICO/OBSTRUCTIVO

Soporte respiratorio

Monitorizar signos vitales

Farmacos vasopresores

Diureticos: furosemida (<congestión pulm.)

Vasodilatadores <poscarga



TX SHOCK SEPTICO:

Iniciar en las primeras 6 hrs

Monoterapia

Identificar agente:

- Streptococcus: cloxacilina
- H. influenzae: ceftriaxona+azitromicina
- Bacterias angerobias: ceftriaxona+metronidazol
- Gonococos: ceftriaxona+metronidazol

NOTA:

En caso de monoterapia, uso de carbapenémicos, cefalosporina de 3° o 4° gen.



EOIDEMIOLOGÍA

causa #1: accidentes de trafico 1° causa de muerte en <35 años Incidencia de 150-315 x millon de habitantes



CLASIFICACIÓN

CONMOCIÓN CEREBRAL:

Sacudida violenta del cerebro con deterioro funcional del contenido craneal

CONTUSIÓN CEREBRAL:

Asociado a casos fatales, con posible sangrado e inflamación en cerebro,

DAÑO AXONAL DIFUSO:

Lesiones pequeñas focales en la sustancia blanca con degeneración secundaria a ruptura axonal irreversible postraumatica

TCE

Es cualquier lesión fisica o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecanica.



EXPLORACIÓN CLÍNICA



- ESCALA DE GASGLOW
- FRACTURAS: suelen apreciarse en la boveda o base craneal a traves de TC de craneo suelen ser simples, lineales, deprimidas, compuestas y con



CLÍNICA DE FRACTURAS

diástasis.

- Equimosis periorbitaria (ojos de mapache)
- Equimosis retroauricular (signo de Battle)
- Salida de LCR por nariz (rinorragia o otorragia)
- · Disfunción nerviosa de nervios craneales (VII y VIII)



TRATAMIENTO

LIQUIDOS PARENTERALES
HIPERVENTILACIÓN

MANITOL O.25-1g/kg en bolo (aumentar la PIC)
BARBITURICOS para reducir la PIC recfractaria
ANTICONVULSIVOS fenitoina IV
QX

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO + ESTUDIO DE IMAGEN



LESIÓN INTRACRANEAL:

- Focales: incluye hematoma epidural, subdurales, intraperenquimatosas y contusiones
- Difusas



HEMATOMA EPIDURAL:

fractura que produce lesión en arteria meníngea media, px presenta periodo de lucidez intermedio, TC revela forma de BALON DE FUTBOL AMERICANO

HEMATOMA SUBDURAL:

Son + comunes en un 30%, la TC revela colección hematica en contorno del cerebro (SEMILUNA)



TRAUMATISMO TORACICO

Los traumatismos torácicos aparecen en un 75% de los politraumatizados graves, y la mayoría se deben a accidentes de tráfico.



EOIDEMIOLOGÍA

Causa #2 de muerte Mortalidad del 10% Principal causa accidentes de trafico

NEUMOTORAX A TENSIÓN

Es cuando una lesión del pulmon o la pared toracica permite aire en la cavidad pleural y no sale.

NEUMOTORAX ABIERTO

Abertura de la pared toracica por una lesión grande permitiendo interacción entre la PT

HEMOTORAX MASIVO

>1500 ml o > 1/3 de la volemia corporal



Disnea, sensación de muerte, dolor torácico, shock intratable, taquicardia, pulso débil y rápido, bradicardia, hipotensión grave

DIAGNOSTICO

Matidez a percusión y shock hipovolémico



CLASIFICACIÓN

Trauma cerrado 4% Trauma penetrante 96%

DIAGNÓSTICO

Shock obstructivo (hipertensión, taquicardia) Ingurgitación yugular Ausencia de ruido resp.

RX TORAX: desviación de traquea

TX INICIAL: sello de 3 lados TX DEFINITIVO: cierre Qx

TRATAMIENTO Toracotomia si >1500 ml en 2-4 hrs

MECANISMO DE LESIÓN:

DIRECTO: Heridas penetrantes(arma blancay de fuego) **INDIRECTO:** Heridas por trauma (accidente de trafico)

Hipersonancia a percusión

TAPONAMIENTO CARDIACO

Presión sobre el corazón que ocurre cuando se acumula sangre entre el músculo del corazon y pericardio

HEMOTORAX

Presencia de sangre en el espacio pleural en un Px traumatizado

EVALUACIÓN INICIAL:

Vía aerea con control de la columna Ventilación y oxigenación

TRATAMIENTO

Descompresión de torax inmediato ATLS aguja de 8cm GPC+cateter #14 en 5° EIC LAA.

TRATAMIENTO DEFINITIVO Tubo endopleural (20fr) 5° EIC LAA o LAM

CLÍNICA

TRIADA DE BECK: hipotensión, disnea yugular y ruidos cardiacos ausentes

> **TRATAMIENTO** Pericardiosentesis

DIAGNÓSTICO

RX de torax: opacidad, lesión en basos

intercostales

Disminución del murmullo No hay ingurgitación yugular

HEMOTORAX SIMPLE

Presencia de aire en el espacio pleural que causa colapso pulmonar parcial o completo

TORAX INESTABLE

Fractura de 2 costillas consecutivas en 2 sitios de esta misma

TRATAMIENTO:

O2 a alto fluio

Descompresión con aguja



EOIDEMIOLOGÍA

Incidencia mundial de 650 casos por c/100000

habitantes

3° causa de muerte

Accidente de trafico es la causa mas común

Jovenes 15-34 años Mortalidad del 20%



CLASIFICACIÓN

ABIERTO: perdida de contenido
ABIERTO: perdida de continuidad (arma
blanca y de fuego)

TRAUMA ABDOMINAL

Un traumatismo abdominal es una lesión grave en el abdomen, bien sea por golpes contusos o por heridas penetrantes.



PRINCIPAL AFECTACIÓN

5

TRAUMA CERRADO:

1.BAZO

2. HIGADO 3. RIÑON

TRAUMA ABIERTO:

ARMA BLANCA:

1.HIGADO

2. INTESTINO

3. DIAFRAGMA

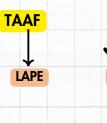
ARMA DE FUEGO

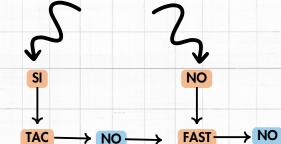
4.I.D

5.COLÓN

DIAGNÓSTICO TRAUMA CERRADO







TAAF
TCA+TAC+FAST+LPD+
DATOS DE PERITONITIS

TAC:

Trauma cerrado estable trauma abierto por arma blanca}

INDICACIONES

FAST:

Trauma cerrado de abdomen inestable

LPD:

Si + a: eritrocitos >100ml, sangrado >10cc, leucos >500, Gram+