

**Universidad del sureste
Campus Comitán**

Licenciatura en Medicina Humana

Tema: POLITRAUMA

**Docente: Dr. Flores Gutiérrez Erick
Antonio**

Alumno: Iván Alonso López López

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: Séptimo semestre

Grupo "B"

**Materia: Clínicas Quirúrgicas
Complementarias**

TRAUMATISMO TORACICO

Identificación primaria de patologías que comprometan la vida del px

Identificación secundaria de patologías que no comprometan la vida del Px

Hemotorrax Masivo

- 1.- >1/3 de la volemia.
- 2.- Drenaje >1500 ml o >200 en 2 hrs.
- 3.- Matidez a la percusión en lado afectado.
- 4.- Ausencia de murmullo vesicular.
- 5.- Datos de choque hipovolemico.
- Disnea.
- Taquicardia.

TRATAMIENTO

Toracotomía + Terapia de reanimación de líquidos + hemoderivados.

Taponade cardiaco

- 1.-Traumatismo penetrante seguido de traumatismo cardíaco.
- 2.- Triada de Beck:
 - Hipotensión.
 - Regurgitación yugular.
 - Cardíacos ausentes.
- 3.- ECO FAST.
- 4.- Ecocardiografía.

TRATAMIENTO

Tx inicial: Pericardiosentesis por USG.
Tx definitivo: Toracotomía.

Neumotórax a tensión

- 1.- Presencia de aire en el espacio pleural.
- 2.- Triada de Beck.
- 3.-Shock obstructivo.
- 4.- Hipotencion.
- 5.- Taquicardia.
- 6.- Rx: Desviacion de la traquea y mediastino

TRATAMIENTO

Tx inicial: Descompresion con aguja de 8cm.
Tx definitivo: Tubo endopleural.

Neumotorax abierto

- 1.- Consecuencia de una herida penetrante del tórax.
- 2.- Dx clínico.

TRATAMIENTO

Tx nicial: Valvula unidireccional.
Tx definitivo: Tubo endopleural.

Tórax inestable

- 1.- Fractura en ≥ 2 costillas consecutivas en ≥ 2 sitios de ésta misma.
- 2.- Dx mediante clínica.

TRATAMIENTO

- 1.- Analgesia.
- 2.- Oxígeno suplementario.
- 3.- Valorar de resolución.
- 4.- Quirurgico de ser necesario.

Neumotorax simple

- 1.- Causa +FREC fractura costal con el extremo de la costillas fracturada lacerando la pleura visceral.
- 2.- Dx mediante clínica.
- 3.- Lado afectado habrá ausencia de movimientos respiratorios.
- 4.- Hiperresonancia.
- 5.- Ruidos respiratorios disminuidos.

TRATAMIENTO

- 1.- Asintomático: Manejo expectante.
- 2.- Sintomático o en expansión: Descomprimir con aguja ó colocación de SIP.

Hemotórax

- 1.- Contenido <1500 ml.
- 2.- Mismos hallazgos a la exploración física que en hemotórax masivo.

Dx mediante clinica.
Datos de choque hipovolemico.

TRATAMIENTO

- 1.- Restitución del volumen sanguíneo.
- 2.- SIP de 28-32 Fr en 5º EIC LMA.
- 3.- Generalmente no necesitan intervención quirurgica.
- 4.- Las indicaciones son las mismas que en Neumotórax masivo.

TCE



REVISIÓN

Disfunción cerebral ocasionada por un impacto externo, generalmente un golpe violento en la cabeza.

FRACTURA DE BASE DE CRÁNEO

- 1.- Evaluación ABCDE.
- 2.- SAMPLE.
- 3.- Evaluación neurológica focalizada con Glasgow.

Glasgow leve: 15-13 pts-

- ECG <15 pts a las 2 horas.
- Fx abierta/deprimida del cráneo.
- >2 episodios de vómitos.
- Adulto mayor (>65 años).
- Pérdida de conciencia >5 min.
- Amnesia retrógrada >30 min.
- Caída >90 cm ó 5 esc.
- Coagulopatía, Intoxicación por drogas/alcohol.

Signos:

- Cefalea severa.
- Convulsiones.
- Déficit neurológico focal.

Glasgow moderado: 12-9 pts-

- Observación 12-24 hrs.
- TAC de seguimiento si: TAC inicial anormal deterioro súbito.

Glasgow severo 8-3 pts-

- Intubación y ventilación: PaCO2 35- 40 mmHg
- Líquidos IV: Ringer lactato.

Metas:

- SO2 ≥95%, PAS ≥100 mmHg.
- PPC ≥60 mmHg.
- PIC 5-15 mmHg.
- Temperatura 36-38°C.
- Glucemia 80-180 mg/dL.
- PbtO2 ≥15 mmHg, INR ≤1.4.

- Equimosis retroauricular (Signo de Battle) Rinorraquia /Otorraquia
- Equimosis periorbitaria Ojos de mapache.
- Afección a pares craneales VII (facial) y VIII (audición).

•HEMATOMA EPIDURAL
•HEMATOMAS INTRACEREBRALES
•HEMATOMA SUBDURAL

Hematoma subdural (50%)

- Lesión venosa
- Forma de semi luna u Hoz
- Deterioro del estado de conciencia

Hematoma epidural (10%)

- Lesión biconvexa
- Ruptura de Arteria meninge media
- Temporal-Parietal
- Periodo de lucidez

Hematoma intercerebrales

Más comun 20-30%. Frontales y temporales.
Contusión~puede progresar a hematoma: TAC seriada.

CRITERIOS DE MUERTE ENCEFALICA

- 1.- Escala de Coma de Glasgow <3 pts.
- 2.- Pupilas no reactivas.
- 3.- Ausencia de reflejos del tronco cerebral..
- 4.- Ausencia de esfuerzo ventilatorio espontáneo.
- 5.- Ausencia de factores que confundan.

PPC= PAM-PIC óptimo 50- 150 mmHg PIC normal:10 mmHg HIC: >22 mmHg

ESTADO DE CHOQUE

Disfunción cerebral ocasionada por un impacto externo, generalmente un golpe violento en la cabeza en el que provoca una hipoperfusión tisular.

CHOQUE DISTRIBUTIVO

Producido inadecuado volumen intravascular debido a vasodilatación venosa o arterial, en cual el volumen de sangre circulante es normal

Neurogénico

- Pérdida del tono simpático.
- Ocasiona hipotensión y bradicardia por: trauma raquímedular cervical ó torácico alto.

Séptico

- Producida por una infección grave.
- Provoca hipotensión arterial peligrosa.
- Falla orgánica.

Anafiláctico

- Producida por una reacción alérgica grave

CHOQUE CARDIOGENICO

Se produce por una reducción relativa o absoluta del gasto cardiaco debido a una afección cardíaca primaria.

CHOQUE OBSTRUCTIVO

Se produce debido a factores mecánicos que interfieren con el llenado o vaciado del cardiaco o los grandes vasos.

CAUSAS QUE LO PRODUCEN

- Tamponade cardiaco.
- Neumotórax a tensión.
- Tromboembolia pulmonar.

CHOQUE HIPOVOLEMICO

- Se produce por una disminución crítica del volumen intravascular.
- La disminución del retorno venoso produce una reducción del llenado ventricular y del volumen de eyección.

CAUSAS QUE LO PRODUCEN

Sangrado externo:

- Tórax.
- Abdomen.
- Pelvis.
- Peritoneo.

Extremidades:

- Fx fémur 1500 ml
- Fx húmero/tibia 750 ml.

TRATAMIENTO

Según tipo de grado:

- Grado I y II: Cristaloides.
- Grado III y IV: Cristaloides y Hemoderivados.

PERDIDAS ESTIMADAS EN SHOCK HIPOVOLEMICO

Grado de shock	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
Disminución de la presión arterial (sistólica)	>90	70-90	<70	<60
Frecuencia cardíaca	<100	100-140	>140	>140
Presión venosa central	Normal	Disminuida	Disminuida	Disminuida
Presión de pulso (mmHg)	>90	70-90	<70	<60
Presión de pulso (mmHg)	>90	70-90	<70	<60
Estado mental	Normal	Ansioso	Confuso	Letárgico/coma
Urina (ml/h)	>30	20-30	<20	<10
Metabolitos/lactato de sodio (mmol/l)	<2	2-4	>4	>8
Metabolitos/lactato de sodio (mmol/l)	<2	2-4	>4	>8
Metabolitos/lactato de sodio (mmol/l)	<2	2-4	>4	>8

POLITRAUMA

REVISIÓN PRIMARIA

Se clasifica al paciente con el tipo de atención que se lleva a cabo por paramédicos.

Valoración por X, A, B, C, D

- X: Control de hemorragias.
- A: Vía aérea.
- B: Respiración.
- C: Circulación y control de hemorragia.
- D: Exposición.

Monitorización

- EKG.
- Oximetría de pulso.
- Gasometría arterial.
- Sonda vesical.
- Sonda nasogástrica.
- Radiografía de tórax y pelvis.
- ECO FAST.
- Lavado peritoneal diagnóstico (LPD).

Dx de patologías primarias

- Neumotórax a tensión.
- Neumotórax abierto.
- Hemotórax masivo
- Taponamiento cardiaco.
- Fracturas.

REVISIÓN SECUNDARIA

Se realizara de manera intrahospitalaria después de haber estabilizado al px y realizar el A, B, C, D.

Valoración

- A: Alergias
- M: Medicamentos.
- P: Patologías/Embarazo.
- LI: Liberaciones/Ultimo alimento ingerido.
- A: Ambiente del trauma.

Dx de patologías secundarias

- Neumotórax simple.
- Hemotórax.
- Contusión.
- Trauma penetrante de tórax.

Laboratoriales

- Grupo y Rh, BH, QSC.
- tiempos de coagulación.
- Radiografía de columna y extremidades.
- TAC de cráneo.
- Urografía de contraste.
- Angiografía.

TRIADA DE LA MUERTE

- Hipotermia.
- Acidosis metabólica.
- Anticoagulación.

Manejo

- Mantener la temperatura corporal del Px 37-39°C.
- Solución cristaloiide Hartman o solución salina al 0,9% a una temperatura de 39°C.

TRAUMA ABDOMINAL

CERRADO

Se le denomina así a la lesión en la cavidad abdominal que no rompe la piel y no presenta una herida abierta.

Afectaciones

- Bazo +FREC.
- Hígado.
- Riñones.

Manejo

Px estable:

- TAC

Px inestable:

- ECO-FAST.

Si no se cuenta con TAC ni ECO-FAST:

- Lavado peritoneal diagnóstico

Realizar en

- Pericardio.
- Fosa hepatorenal.
- Fosa espleno renal.
- Zona pélvica (Saco de Douglas).

Valores

- Eritrocitos >100 mL.
- Sangrado >10 cc.
- Leucocitos >500.
- Presencia de bilis o alimento.
- Tinción de Gram+

ABIERTO

Arma blanca

- Hígado.
- Intestino.
- Diafragma

Estable

- Estudios diagnósticos.

Inestable

- LAPE

Indicaciones de LAPE

- Traumatismo abdominal por arma de fuego.
- Traumatismo abdominal por arma blanca inestable.
- No TAC.
- No ECO-FAST.
- Datos de irritación peritoneal.

Arma de fuego

- Intestino.
- Hígado.
- Colón.

Estable o Inestable

- LAPE directamente.