



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

“ MANEJO AVANZADO EN TRAUMA (ATLS) ”

Mapas PASIÓN POR EDUCAR

IRMA NATALIA HERNÁNDEZ AGUILAR

Séptimo semestre “B”

**CLINICAS QUIRURGICAS
COMPLEMENTARIAS**

DR. Erick Antonio Flores Gutierrez

MANEJO INICIAL DEL POLITRAUMATIZADO

FASE I

VÍA AÉREA Y CONTROL DE CERVICALES

Cuerpo extraño

Maniobras instrumentadas

C. de Guedel (inconsciente)
Tx fascial (consciente)

Maniobras manuales

Frete menton, tracción mandibular

Administrar O2

TODO PX POLITRAUMA

RESPIRACIÓN Y VENTILACIÓN

Colocación de vía aérea definitiva

Intubación nasotraqueal, orotraqueal, toracostomía

CIRCULACIÓN Y CONTROL DE HEMORRAGIA

SANGRADO

1- 750 ml
2- 750-1500 ml
3-1500-2000 ml
4->2000 ml

FC

1- <100
2- 100-120 lpm
3-120-140 lpm
4->140 lpm

FR

1- 20
2- 120-30 rpm
3-30-40 rpm
4->40 rpm

Tx

1 y 2: Cristaloides
3 y 4: Cristaloides y hemoderivados

DÉFICIT NEUROLÓGICO

1- Ocular
2-Verbal
3-Motor

Leve: 13-15
Moderado: 12-9
Grave: <8

EXPO Y CONTROL DEL AMBIENTE

Triada de la muerte: hipotermia, anticoagulación, acidosis metabólica

- Sol. salina 0.9%
- Hartmann

FASE II

AUXILIAR EN REVISIÓN PRIMARIA

CANALIZAR

2 vías periféricas (16-18)

LABS

Grupo y RH, Química Sanguínea

SONDA

Nasogástrica Foley (no en equimosis perianal o sangrado de meato)

IMAGEN

Cráneo, lateral de cervical

Tórax y pelvis

ESTADO DE CHOQUE

DEFINICIÓN

Afección crítica que se produce cuando el flujo sanguíneo en el cuerpo disminuye de forma repentina

Séptico
Hipodinámico
Obstrucciono
Cardiogénico
Kinético/distrivutivo

FISIOPATO

Fracaso agudo y generalizado del sistema circulatorio que conlleva a hipoxia

Hipoxia tisular y metabolismo anaerobio, que pueden conducir finalmente a una lesión celular y a la muerte.

Múltiples causas que alteran uno o varios de los mecanismos que mantienen la estabilidad hemodinámica.

CLÍNICA

SDRA, insuficiencia renal aguda, hipertensión pulmonar aguda, taquicardia, edema cerebral, frialdad de extremidades, etc

DIAGNÓSTICO

Bh, QS., tiempos de coagulación,

Clínico

ECC
Pulsioximetría
Laboratorios

Signos vitales

MANEJO INICIAL

Es necesario valorar la causa del shock y tratarla. Lo primordial es mantener al paciente estable y aliviar la causa subyacente

TX GENERAL

La primera medida es mantener la temperatura. Debe controlarse la hemorragia externa, estabilizar la vía aérea y la ventilación, y dar asistencia respiratoria

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Ut a enim nec nisi ullamcorper eleifend. Praesent risus leo, fringilla et ipsum.

Tipo	Mecanismo primario	Causas comunes
Hipodinámico	Valores reducidos de flujo circulatorio	Hemorragia Fiebras gramonegativas o sepsis Síndromes de pérdida capilar
Distributivo	Vasodilatación con precarga reducida	Sepsis Anafilaxis Lesiones del sistema nervioso central o espinal
Cardiogénico	Mala distribución del flujo de sangre	Intoxicación por fármacos
	Contractilidad miocárdica reducida	Cirugía cardíaca Fallo cardíaco congénito Diarreas Lesiones isquémicas o lipotóxicas Alteraciones metabólicas Intoxicación por fármacos
Obstrucciono	Obstrucción mecánica al flujo de salida del ventrículo izquierdo	Suplemento cardíaco Embolo pulmonar masivo Neumotórax o tensión

TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

GLASGOW

Leve: 13-15
Moderado: 12-9
Grave: <8

OCULAR

1. Ninguno
2. Estimulo doloroso
3. Orden verbal
4. Espontáneo

VERBAL

1. Ninguno
2. Sonidos inapropiados
3. Palabras inapropiadas
4. Confuso
5. Orientado

MOTOR

1. Ninguno
2. Extensión inapropiada
3. Decorticado
4. Retiro al dolor
5. Localiza dolor
6. Sigue órdenes

H. EPIDURAL

10%
Lesión biconvexa
Ruptura AMM
Tempo-parietal
Periodo de lucidez

SUBDURAL

50%
Lesión plexo venoso (semiluna)
Deterioro del estado de conciencia

INTRAPARENQUIMATOSA

Secundario a contusiones

Severidad de contusión

Grado 1: Sin pérdida de memoria. Amnesia postrauma <15 min

Grado 2: Sin pérdida de memoria. Amnesia postrauma >15 min

Grado 3: Pérdida de conciencia

Metas GHOST-CAP

- Glucosa 80-180 MG/dl Hemoglobina 7-9 gr/dl Oxígeno SpO2 94-97% Sodio 135-155 mEq
- Temp <38 °C o no fiebre
- Confort (analgesia) con barbitúricos (fenobarbital o pentobarbital)
- Arterial presas. PAM >65 mmHg
- PCO2 35-45

TRATAMIENTO

- Manitol: Px normotenso
- Sol. hipertónica (3%): Px hipertensos

- Desviación línea media >5 mm: Quirúrgico
- Edema cerebral con pérdida dif. entre sustancia gris y blanca + déficit cognitivo: Drenar

Dependerá del estado del paciente y del tipo de lesión que presente.

TRAUMA DE TÓRAX

NEUMOTÓRAX A TENSIÓN

Puede presentar shock obstructivo con disminución de ingurgitación yugular y presencia de hipotensión y taquicardia

DIAGNÓSTICO

Radiografía con desviación de tráquea y estructuras mediastínicas

TRATAMIENTO

Inicial con descompresión con aguja de 8 cm a nivel de 5to espacio intercostal LAA o LAM

Definitivo con colocación de tubo endotraqueal



NEUMOTÓRAX SIMPLE

No hay presencia de shock obstructivo ni desviación de mediastino o estructuras adyacentes

TRATAMIENTO

O₂ de alto flujo >15 L/M



NEUMOTÓRAX ABIERTO

Presentan clínica con disnea, hipoxia, dolor torácico, shock obstructivo, dism. de ingurgitación yugular, hipotensión, taquicardia y "herida que respira"

TRATAMIENTO INICIAL

Válvula unidireccional

TX DEFINITIVO

Tubo endopleural en 5to espacio intercostal LMA o LAA + cierre quirúrgico



TRAUMA DE TÓRAX

TÓRAX INESTABLE

2 o más fracturas adyacentes en alguna parte de los arcos costales

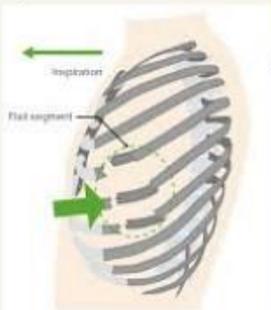
CLÍNICA

Disnea, movimientos respiratorios irregulares, crepitación, dolor torácico

TRATAMIENTO

Inicial con oxigenoterapia

Definitivo con reparación quirúrgica y fijación interna



HEMOTÓRAX MASIVO

> 1500 ml o drenaje > 200ml en 2 horas, generando shock obstructivo o hipovolémico

CLÍNICA

Disminución de la hiperresonancia, ausencia de murmullo vesicular, hipotensión, taquicardia, disnea

TRATAMIENTO

Drenaje

TX DEFINITIVO

Quirúrgico con toracotomía y reanimación hídrica + hemoderivados



TAPONADE CARDIACO

Triada de BECK: hipotensión, ruidos cardiacos apagados, ingurgitación yugular

DIAGNÓSTICO

Clínico + Eco FAST

TX DEFINITIVO

TORACOTOMÍA



TRAUMA DE ABDOMEN

CERRADO

Bazo
Hígado
Riñones

ESTABLE

TAC

INESTABLE

ECOFAST

LPDx

>100,000 eritrocitos
>10 cm³ sangrado
>500 leucos
Presencia de bilis o alimentos
Tinción Gram +

ABIERTO

ARMA BLANCA

Hígado
Intestino
Diafragma

ESTABLE

TAC
ECOFAST

INESTABLE

LAPE

1- Pericardio: Taponade cardiaco
2- Fosa hepatorenal: Búsqueda de sangrado
3- Fosa esplenoarenal: Sangrado de bazo
4- Pelvis: Sangrado en saco de Douglas

Si son positivas se debe realizar laparotomía

ARMA DE FUEGO

Intestino
Cólon
Hígado

ESTABLE

Laparotomía

INESTABLE

