



**Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana**

mapas conceptuales

**cristel jaqueline alcalá ochoa
"7B"**

clínicas quirúrgicas complementarias

Erick Antnio Flores Gutierrez

POLITRAUMATIZADO



REVISION PRIMARIA

clasificar al paciente para el tipo de atención mediata echa por paramedicos

REVISION SECUNDARIA

actividad realizada de forma intrahospitalaria

REEVALUACIONY TRATAMIENTO DEFINITIVO

despues de haber tratado las lesiones primarias se reevalua para tratar las secundarias o no primordiales

XABCDE

X: control de hemorragias
A: via aerea
B: respiracion
c: circulacion y control de hemorragia
D: daño neurologico
E: exposicion

ANEXOS

Monitoreo EKG.
Oximetría de pulso.
Gasometría arterial.
Sonda vesical. Sonda gástrica. Radiografía tórax y pelvis. FAST, LPD.

HISTORIA

A: Alergias
M: medicamentos
P: patologias / embarazo
Ll: libaciones (ultimo alimento)
A: antecedentes

COMPLEMENTOS

LB: grupo y rh, bh, qs, tiempos
Radiografía de columna y extremidades.
TAC de: cráneo
Urografía de contraste.
Angiografía

PATOLOGIAS SECUNDARIAS

neumotorax simple
hemotorax
torax inestable

PATOLOGIAS PRIMARIAS

neumotorax a tension
neumotorax abierto
hemotorax masivo
taponamiento cardiaco
fracturas

TRIMODAL DE LA MUERTE

1: segundos a minutos
2: minutos a horas
3: dias a semanas

1. acidosis
2. hipotermia
3. coagulopatía

hora dorada

Protocolo estándar de cuidado para la atención del trauma durante la 1° hora

MANEJO

soluciones cristaloides iv
mantener temperatura de 37-39 grados

lee

ESTADO DE CHOQUE

Anormalidad del sistema circulatorio que produce una perfusión y oxigenación inadecuada a los órganos y tejidos



Hipovolemico

Se debe a una disminución crítica del volumen intravascular. La disminución del retorno venoso (precarga) produce una reducción del llenado ventricular y del volumen de eyección

causas

Fuentes: sangrado externo, tórax, abdomen, pelvis, retroperitoneo, extremidades: fx fémur 1500 ml, fx húmero/tibia 750 ml.

perdida estimada de sangre

G1: <750ml, FC:<100 lpm
G2: 750-150ML, FC:100-120 lpm
G3: 1500- 2000ML, FC:120-140 lpm
G3: >2000ML, FC:>140 lpm



cardiogenico

es una reducción relativa o absoluta del gasto cardíaco debida a una afección cardíaca primaria



Distributivo

se produce por una inadecuación relativa del volumen intravascular debida a vasodilatación venosa o arterial; el volumen de sangre circulante es normal

septico

se produce cuando una infección provoca una hipotensión arterial peligrosa y falla orgánica



neurogenico

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

anafilactico

es una reacción alérgica grave



obstruivo

se debe a factores mecánicos que interfieren con el llenado o vaciado del corazón o los grandes vasos..

causas

tamponade cardíaco, neumotórax a tensión, tromboembolia pulmonar.

TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO



REVISION PRIMARIA

Evaluación ABCDE, SAMPLE,
evaluación neurológica focalizada



FRACTURA DE BASE DE CRANEO



Equimosis periorbitaria (ojos de mapache).
Equimosis retroauricular (signo de Battle) Rinorreaquia / Otorreaquia.
Afección a pares craneales VII (facial) y VIII (audición).

LEVE 15-13 PTOS

ECG <15 ptos 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.

MODERADO 12-9 PTOS

Hospitalizar
Observación 12-24 hrs.
TAC de seguimiento si:
TAC inicial anormal det subito

SEVERO 8-3 PTOS

- Intubación y ventilación: PaCO₂ 35- 40 mmHg
- Líquidos IV: Ringer lactato
- convulsiones: BDZ.
- Metas: SO₂ ≥95%, PAS ≥100 mmHg, PPC ≥60 mmHg, PIC 5-15 mmHg, temp 36-38°C, glucemia 80-180 mg/dL, PbtO₂ ≥15 mmHg, INR ≤1.4

HEMATOMA EPIDURAL

Infrecuente 0.5%.
Biconvexa ó lenticular. Arteria menígea media. Región temporal ó parietotemporal.
Intervalo de lucidez con deterioro neurológico

HEMATOMA SUBDURAL

Más comun 30%. Se adapta al contorno del cerebro (bicóncavo).
Vasos venosos. Más severo por lesión parenquimatosa asociada.
Sin intervalo de lucidez.

HEMATOMAS INTRACEREBRALES

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 ptos.
2. Pupilas no reactivas.
3. Ausencia de reflejos del tronco cerebral.
Ausencia de esfuerzo ventilatorio espontáneo. Ausencia de factores que confundan.

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

TRAUMA TORACICO

Reconocimiento primario de lesiones con compromiso vital inmediato

Reconocimiento secundario de las lesiones torácicas

Neumotórax a tensión

Es la presencia de aire en el espacio pleural

Diagnostico

RX: desviación de la tráquea y mediastino
clínico: triada de beck, shock obstructivo (hipotención taquicardia)

Tratamiento

inicial: descompresión con aguja de 8cm
definitivo: tubo endopleural

Neumotorax abierto

Es consecuencia de una herida penetrante del tórax.

Diagnostico

clínico

Tratamiento

inicial: valvula unidireccional
definitivo: tubo endopleural

hemotorax masivo

drenaje >1500 ml ó >1/3 de la volemia

Diagnostico

clínico: Lado afectado: matidez, ruidos respiratorios abolidos y datos de choque hipovolemico

Tratamiento

restitución del volumen sanguíneo, SIP de 28-32 Fr en 5º EIC LMA. Toracotomía qx si: drena >1500 ml ó >200 ml en 2-4 hrs.

taponamiento cardiaco

traumatismo penetrante seguido de traumatismo cardíaco..

Diagnostico

clínico: Tríada de Beck: 1)hipotensión, 2)distensión yugular, 3)ruidos cardíacos ausentes
EKG: alternancia eléctrica, ritmo de paro actividad eléctrica sin pulso (AESP)

Tratamiento

pericardiocentesis ecoguiada aguja 16- 18 Fr. Definitivo: resolución quirúrgica..

Neumotorax simple

La causa más frecuente es una fractura costal con el extremo de la costillas fracturada lacerando la pleura visceral.

Diagnostico

clínico: Lado afectado: ausencia de movimientos respiratorios, hiperresonancia, ruidos respiratorios abolidos

Tratamiento

Asintomático manejo expectante. Sintomático o en expansión descomprimir con aguja ó colocación de SIP.

tórax inestable

fractura en ≥ 2 costillas consecutivas en ≥ 2 sitios de ésta misma

Diagnostico

clínico

Tratamiento

analgesia, oxígeno suplementario, valorar resolución qx de ser necesario.

hemotorax

contenido <1500 ml. Mismos hallazgos a la exploración física que en hemotórax masivo.

Diagnostico

clínico, datos de choque hipovolemico

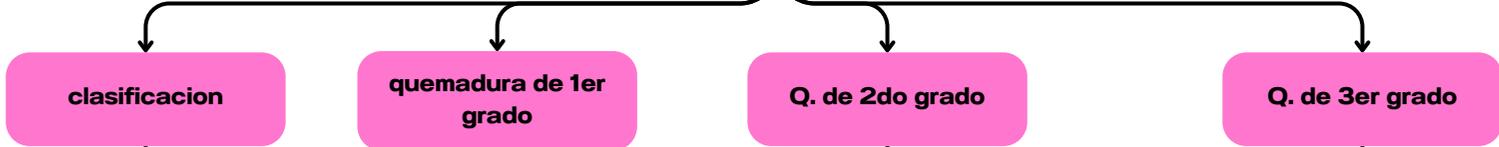
Tratamiento

restitución del volumen sanguíneo, SIP de 28-32 Fr en 5º EIC LMA. Generalmente no necesitan intervención qx, las indicaciones son las mismas que en masivo.

lee

Quemaduras

son lesiones que afectan la integridad de la piel, causando una pérdida de la superficie corporal producidas por diversos agentes



- clasificación**
- quemadura con escaldadura
 - por fuego
 - por contacto
 - por electricidad
 - por químicos

Evaluación

1. compromiso de la vía aérea
2. manejo de lesión mecánica
3. Estabilización hemodinámica

evaluación de px quemado

1. historia del evento
2. estimación de la superficie quemada (regla de los 9)
3. profundidad de la quemadura

quemadura de 1er grado

se limita a la epidermis. Son dolorosas, eritematosas, y palidecen al contacto. tx: AINES y ungüentos o aloer

Q. de 2do grado

lesiones en dermis y epidermis

superficial

lesión epidermis y dermis superficiales: eritematosas, dolorosa, palidece al contacto, formando una ampolla

profunda

lesión epidermis y hasta la zona profunda de la dermis

Q. de 3er grado

lesión de espesor completo que compromete la epidermis, dermis y tejido subcutáneo. caracterizada por una escara dura e indolora, la lesión puede estar rodeada con un edema

lesión de 4 grado

Lesión que atraviesa toda la piel y la grasa subcutánea hasta músculo o hueso adyacente afectan a otros órganos

tratamiento

- escarotomía
- fasciotomía (sx compartimental)
- analgésicos
- Excisión Tangencial
- coloides
- antibióticos
- vacunación: tetanos

lee

Trauma de toracico

El traumatismo abdominal severo debe ser evaluado en la revisi3n primaria en el punto C (de la secuencia ABCDE).

Evaluacion

- Relleno vascular
- Estado de consciencia
- Pulso (frecuencia cardíaca) y presi3n arterial
- Diuresis
- Auscultaci3n cardíaca
- Monitorizaci3n ECG

control de hemorragia

lesiones sangrantes externas: compresi3n

- Traumatismos cerrados abdominales/pélvicos: detenci3n y tratamiento (cirugía/arteriografía)

Accesos venosos

- Analítica y pruebas cruzadas
- Reanimaci3n con fluidos

clasificacion

Traumatismo cerrado. Sin soluci3n de continuidad en peritoneo.

Traumatismo penetrante abierto. Con soluci3n de continuidad que pone en contacto la cavidad abdominal con el exterior.

trauma cerrado

En estos pacientes, el bazo y el hígado son los más frecuentemente lesionados.

estable

TC O FAST segun el hayasgo el tx puede ser conservador o qx

inestable

Si existen signos de irritaci3n peritonea sangrado gastrointestinal

ECO-FAST O LPD laparotomia

trauma abierto

las estructuras más frecuentemente lesionadas en los traumatismos penetrantes son el hígado, el intestino delgado y el riñ3n.

Arma de fuego

laparotomia exploratoria

arma blanca

inestable laparotomia

Estable TC,LPD, Laparoscopia

Referencias

- ATLS - Advanced trauma life support, 10° edition: Chicago, Ill.: American College of Surgeons, Committee on Trauma, 2018
- Manual CTO de Medicina y Cirugía: Digestivo. ENARM México. 10° edición.