

**Mi Universidad**

## **Mapas conceptuales**

*ATLS*

*Abril Amairany Ramírez Medina*

*2do parcial*

*Clínicas quirúrgicas complementarias*

*Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez*

*Medicina humana*

*7mo semestre. Grupo C*

*Comitán de Domínguez, Chiapas. 10 de octubre de 2024*

# Estado de choque

Estado de hipoperfusión de los órganos que produce

## Epidemiología

La mortalidad es alta siendo desde el 40 al 60% de los casos

## Fisiopatología

Obstrucción mecánica  
-Taponamiento cardiaco  
-IAM  
Obstrucción  
-Hemorragia  
-Hipovolemia  
Resistencia vascular sistémica  
-Anafilaxia

## Clínica

LEVE  
Debilidad  
Fatiga  
Malestar generalizado  
GRAVE  
Mental  
Hipoxemia  
Bajo gasto urinario

## Se debe evitar

Que los pacientes tengan hipotermia, acidosis, coagulopatía

## Clasificación

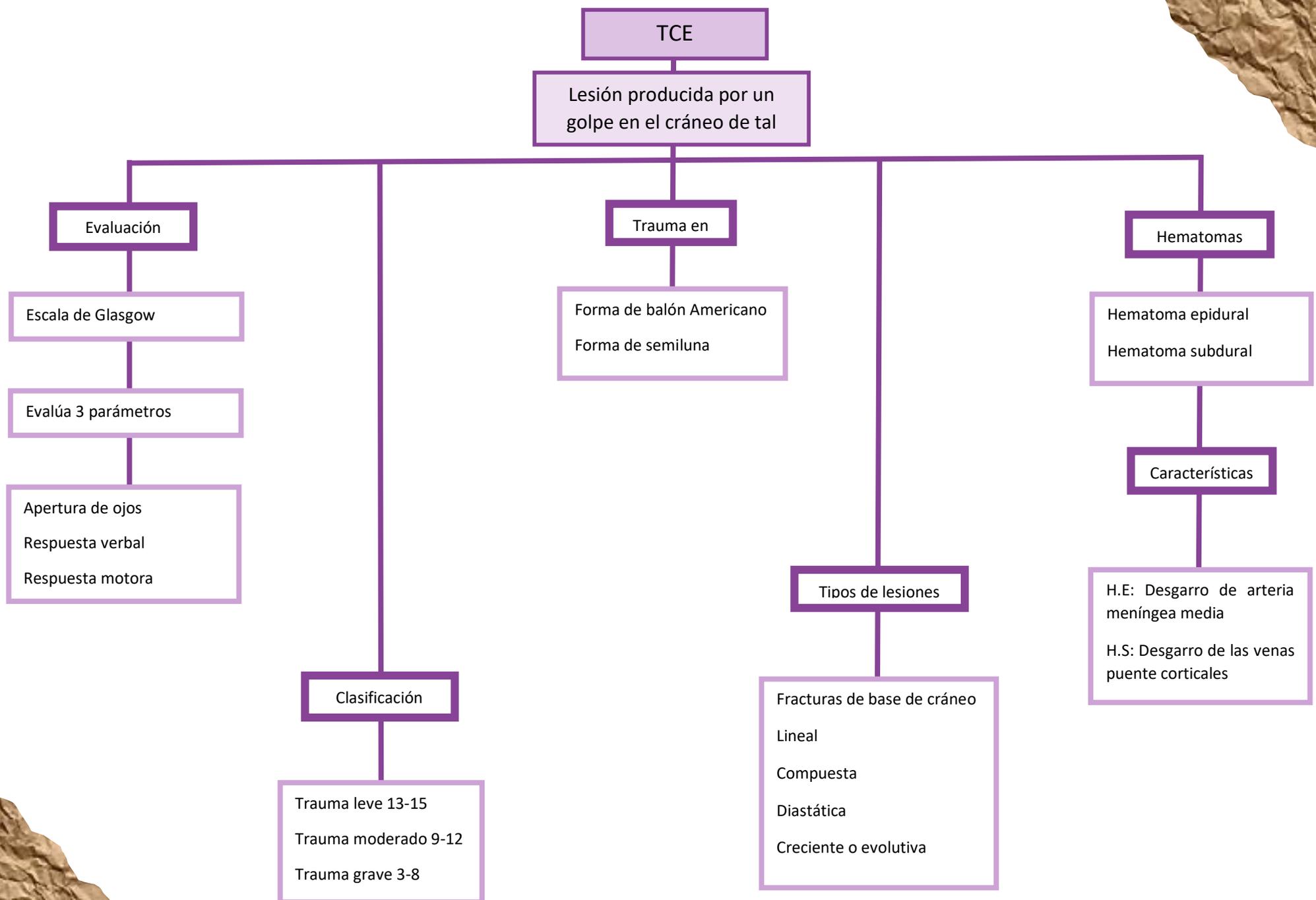
Hipovolémico  
Cardiogénico  
Restrictivo

## Choque hipovolémico

La reanimación debe ser intensiva  
Canalizar 2 catéteres de gran calibre  
Realizar pruebas cruzadas

## Tratamiento

Soporte hemodinámico  
Tratar la causa del choque  
Restablecer volumen sanguíneo



# Traumatismo torácico

Lesión grave en el tórax, bien sea por impactos de golpes contusos o por heridas penetrantes

## Lesiones de compromiso vital

Obstrucción de vía aérea por lesión de la vía aérea principal.

Alteración de la ventilación

Alteraciones hemodinámicas

## Volet costal o TI

Se debe a una doble fractura en tres o más niveles adyacentes

## Tratamiento

1er paso analgesia y 2do control de la función respiratoria

## Lesiones

Contusión pulmonar  
Hemotórax  
Neumotórax

## Neumotórax abierto

Consecuencia de una herida penetrante

## Fisiopatología

El aire entra en el tórax con más facilidad en la inspiración que cuando sale en la expiración originando colapso progresivo pulmonar

## Manejo

Parche oclusivo en tres lados  
Colocación de tubo pleural alejado de la herida  
Llevar a quirófano

## Hemotórax

-Masivo: salida en el tubo pleural >1.500 ml de sangre  
-Continuo: salida por el tubo pleural >2000ml de sangre durante 3/4hrs

## Taponamiento cardíaco

Por trauma penetrante  
Triada de Beck: hipotensión, ingurgitación yugular y tonos cardíacos apagados

## Tratamiento

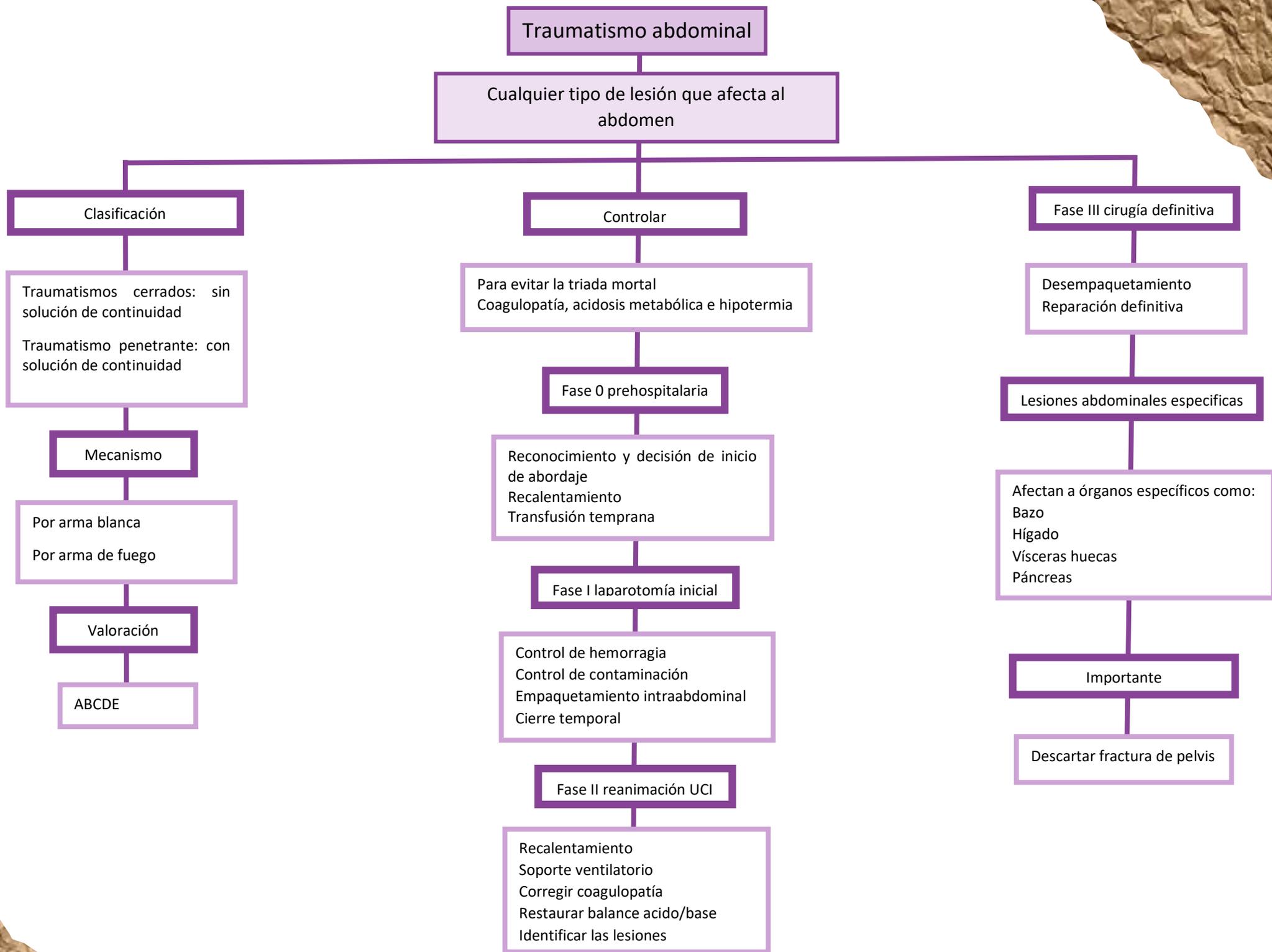
Toracotomía de reanimación  
Toracotomía anterolateral izquierda  
Masajear directamente el corazón y controlar el sangrado y a quirófano

## Reconocimiento secundario

Fractura costal  
Fractura del esternón

## Lesiones del parénquima pulmonar

Neumotórax simple  
Contusión pulmonar  
Hemotórax simple



# Manejo inicial del politraumatizado

Se basa en el enfoque ABCDE, que prioriza la evaluación y el tratamiento de las funciones vitales

## ABCDE

### A (airway-vía aérea)

Asegurar que la vía aérea esta permeable  
Control de la columna cervical

### B (respiración y ventilación)

Evaluar expansión torácica, ventilación y oxigenación

### C (circulación)

Valorar pulso y PA  
Control de hemorragia externa e interna

## D (déficit neurológico)

Evalúa estado neurológico (escala de Glasgow)

## E (exposición)

Exponer al paciente para detectar lesiones ocultas, manteniendo la temperatura corporal

## Auxiliar de revisión primaria

Imágenes rápidas: radiografía y ecografía  
Laboratorios: gasometría, hemograma, pruebas cruzadas para transfusión

## Revisión secundaria

Diagnóstico de:  
Taponade cardiaco, neumotórax simple, hemotorax inestable, contusión pulmonar  
AMPLE: alergias, medicamentos, patologías previas, eventos relacionados al trauma

## Tratamiento

Intervenciones definitivas:  
cirugía de control de daños, estabilización hemodinámica

## Tratamiento

Terapias de soporte  
Fluidoterapia  
Transfusiones  
Monitorización continua

## Bibliografía

Manejo avanzado en trauma, Libro CTO de Medicina y Cirugía, ENARM 6° edición