



Mi Universidad

MAPA CONCEPTUAL

Freddy Ignacio Lopez Gutierrez.

Mapa Conceptual de Temas Vistos en Clase.

2do parcial

Clínicas Quirúrgicas Complementarias.

Dr. Erick Antonio Flores Gutierrez.

Licenciatura en medicina humana

7mo semestre Grupo C

Comitán de Domínguez, 11 de octubre del 2024.

TRAUMA TORACICO

1. Trauma torácico cerrado

Fracturas costales: son las más comunes. Suelen afectar las costillas medias y pueden causar hemotórax o neumotórax.

Contusión pulmonar: daño en el parénquima pulmonar debido a un impacto directo.

Neumotórax a tensión: ocurre cuando el aire entra al espacio pleural y no puede escapar, colapsando el pulmón.

Hemotórax masivo: acumulación de sangre en la cavidad pleural que compromete la ventilación.

2. Trauma torácico penetrante:

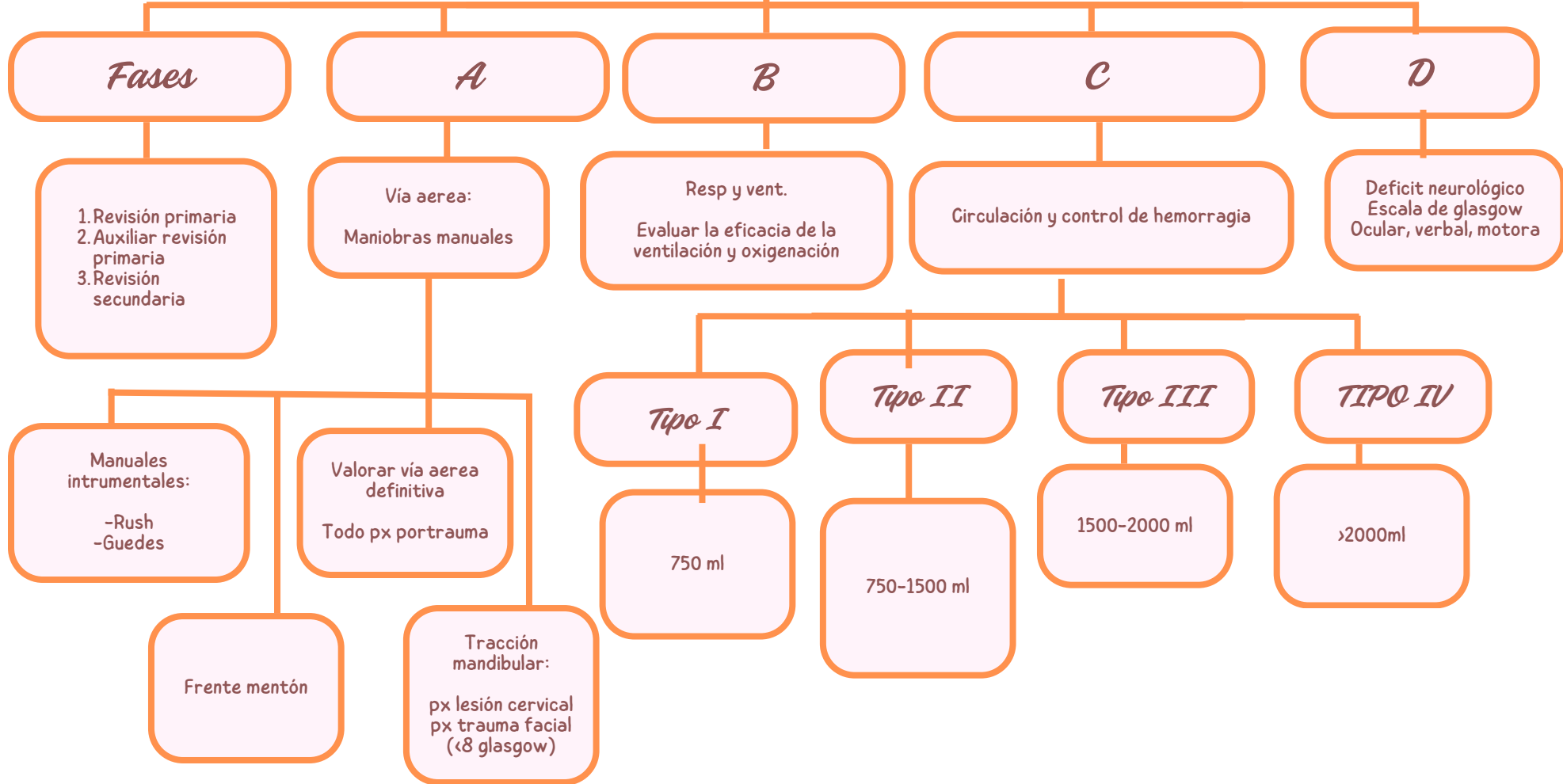
Estudios de imagen:

• Clasificación del trauma torácico

- Radiografía de tórax: es el estudio inicial, pero puede ser insuficiente para detectar pequeñas lesiones.
- Ecografía torácica (FAST): útil para identificar neumotórax, hemotórax y taponamiento cardíaco.
- Tomografía computarizada: indicada en pacientes estables hemodinámicamente para una evaluación más detallada.

- Patologías más comunes:
 - o Fractura costal: tratamiento con analgesia y, en casos severos, intubación y ventilación.
 - o Neumotórax: punción y drenaje torácico en el segundo espacio intercostal.
 - o Hemotórax: si el drenaje inicial excede 1,500 mL o hay más de 200 mL/h, puede requerir toracotomía.

ATLS



Estado de choque

S. Anafilactico

Reacción sistémica de hipersensibilidad de caracter grave en consecuencia de la exposición a una sustancia sensibilizante

S. Cardiogenico

Se relaciona con un bajo gasto cardiaco ("falla de bomba")

S. Hipovolemico

Es una pérdida rapida y masiva de hipovolemia

S. Septico

Hipotensión arterial debida a la sepsis que persiste

Sepsis grave

Sepsis con disfunción de uno o más órganos

Sepsis

Respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) a la infección grave documentada

Bacteriemia

Presencia de bacterias en la sangre

Infección

Respuesta inflamatoria a la presencia de microorganismos

TCE

LEVE

Categoría 1

Observación ambulatoria

Categoría

Realizar TAC craneal

TC ANORMAL
Fx de cráneo, hematoma epidural o subdural, zonas de contusión, hemorragia intracraneal, edema cerebral, hemorragia subaracnoidea, neumoencéfalo.

LLAMAR A NEUROLOGÍA

TC NORMAL; GSC <15
Signos neurológicos focales, amnesia postraumática prolongada, cefalea intensa, vómitos persistentes, trastorno de la coagulación, intoxicación (alcohol o drogas), sospecha de TCE no accidental.

MODERADO, SEVERO O CRÍTICO

Realizar TAC craneal
Valorar ingreso hospitalario
LLAMAR A NEUROLOGÍA

Manejo inicial Politraumatizado

5-10 min

10-20 minutos

Cada 5 minutos

Manejo

1. Examen secundario:
Exploración detallada de cabeza a pies Historia Clínica
2. Reevaluación tras intervención
3. Controles cada 5 minutos

1. evaluación tras intervención [ABCDE],
2. Glasgow y CSV cada 5 minutos. Ampliar exámenes complementarios
3. Valorar destino

Manejo

Manejo

X: Presión directa Vendaje compresivo Extremidad: Torniquete Tronco: Ag. hemostático/presión directa
A: Apertura vía aérea t/- aspiración secreciones +/- canula orofaríngea y vía aérea quirúrgica.
B: ventilación Bolsa mascarilla +/- IOT Toracocentesis Apósito lubricado fijada por 3 lados Tubo de drenaje pleural Ventilación Bolsa mascarilla
C: RCP, control compresión, fluidoterapia, pericardiocentesis, inmovilizar pelvis.
D: Intubación ET si Glasgow < 9 o descenso rápido de Glasgow o signos de herniación. Elevar cabecera y/o hiperventilación moderada/agresiva osmóticos/Neurocirugía
E: Retirar ropa/ calentamiento

- Rx de columna cervical, torax y pelvis
- Colocar SNG u SOG
- Fijación TET
- Drenaje pleural o Pericardico definitivo
- Sondaje uretral, /Tabla espinal
- Tratar deformidades del cr y convulsiones

1. Si es preciso actuar ante lo detectado
2. Si precisa ECO Fast, TAC de cráneo u otras localizaciones, Rx...

X: Hemorragia Exanguinante.

A: Obstrucción
Vía aérea difícil/trauma vía aérea

B: Ausencia de respiración/imposibilidad de oxigenación-ventilación
Neumotorax atencido
Neumotorax abierto
Hemotorax masivo

C: Ausencia de pulso
Hemorragia externa
Signos de shock
Taponamiento cardiaco
Fractura de pelvis

D: Glasgow, hipertensión endocrinólogo

E: Hipotermia

Traumatismo abdominal

abierto

Cerrado

Arma blanca

Arma de fuego

DAÑA: INTESTINO DELGADO

DAÑA:
1. BAZO
2. HÍGADO

ESTABLE

INESTABLE

Observación

Observación: TAC

Reposición de volumen
(Cristoloides)

-ESTABLE:

-INESTABLES

LAPAROTOMÍA

-Penetrante

-No Penetrante

"-"
Noresponde
Sangrado activo severo, no tiempo para exámenes

"+"
Confirar trauma.
ECOFAST: Evaluar espacios: Pericardio, perihepático, periesplénico

LPD:
> 10 ml de sangre aspirada
> 10 000 eritrocitos
> 500 leucocitos

Bibliografías:

Manejo inicial del politraumatizado:

- Secretaría de Salud. (2016). *Guía de práctica clínica. Manejo integral del paciente politraumatizado en el primer nivel de atención (IMSS-689-16)*. México: CENETEC.

Estado de choque:

- Secretaría de Salud. (2017). *Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del choque hipovolémico en el paciente politraumatizado (IMSS-239-17)*. México: CENETEC.

Traumatismo craneoencefálico (TCE):

- Secretaría de Salud. (2016). *Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve en el adulto (IMSS-644-16)*. México: CENETEC.

Trauma torácico:

- Secretaría de Salud. (2017). *Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del trauma torácico (IMSS-761-17)*. México: CENETEC.

Traumatismo abdominal:

- Secretaría de Salud. (2018). *Guía de práctica clínica. Manejo inicial del trauma abdominal cerrado en el adulto (IMSS-760-18)*. México: CENETEC.