

Anestesiología

PREOPERATORIO
Desde la vista preoperatoria empieza a configurarse la estrategia anestésica de antecedentes familiares y personales.

VALORACION DE LA SITUACION CLINICA
una vez establecido el DX, deben valorarse multiples parametros de mayor y menor agresividad.

La utilización por primera vez como anestésico en 1844 del óxido nítrico, al que siguió la del éter etílico en 1846 y el cloroformo en 1847 marcaron los inicios de la anestesiología actual.

ANESTESIA GENERAL
Se define como un estado inconsciente, con efectos de analgesia y relajación muscular.

INDUCCION
(se debe cumplir:)

HIPNOSIS

ANALGESIA

RELAJACION MUSCULAR

ANTICOLINERGICOS

PREMEDICACION:
Se realiza con el fin de prevenir o contrarrestar los efectos indeseables del anestésico o del acto quirúrgico.

ANSIOLISIS
PREVENCIÓN DE LA BRONCOASPIRACIÓN

Anestesia en obstetricia:
En obstetricia el objetivo es el bienestar de la madre y del feto. El manejo anestésico debe de ser adecuado al paciente.

Anestesia General:
Se emplea raramente en parto vaginal, ya que constituye una de las principales causas de muerte materna.

MANTENIMIENTO
La situación anestésica conseguida tras la inducción se debe mantener tanto tiempo como dure la situación.

REUPERACION:

Hipnosis: Al cesar se produce una vuelta progresiva del estado vigil.

Analgesia:

Es importante que el px tenga una buena analgesia al momento de despertar, pero hay que tener en cuenta que los opiáceos provocan sedación y depresión respiratoria.

Sedación:
Es un estado de sopor o adormecimiento que puede ser revertido con estímulo suficiente y no debe confundirse con la anestesia.

Relajación Musc.
Al retirar los fármacos hipnóticos debemos de estar seguros de que no existe relajación muscular de lo contrario se produce una situación angustiosa para el paciente.