



QUINTO SEMESTRE GRUPO B

TEMA: ASISTENCIA

**CATEDRATICO: DR. ROMEO ANTONIO
MOLINA ROMÁN**

MAPAS CONCEPTUALES

**ALUMNO:
PABLO ADOLFO JIMENEZ VAZQUEZ**

Manejo de la Vía Respiratoria

1.- Perfusión:

OBJETIVO: mantener una perfusión de oxígeno adecuada en los órganos. Evitar hipoxia e hipercapnia.
*Todo paciente de trauma recibe oxígeno y medición de oximetría.

2.- Trabajo de Equipo:

*Equipo debe estar preparado para manejo de vía difícil.
*Capacidad de reconocer compromiso de vía respiratoria
*Preparación para succión (vómito sin aviso)
*Precaución y estabilización de columna cervical.
*Evitar tubos nasales en fracturas faciales, ojo morado, sangrado nasal, etc.

3.- Intubación:

Puntos clave:
- Tomar escala de Glasgow: menor a 8 (intubación)
- Oxigenación de alto flujo antes y después de cada intento
- Contenga la respiración durante cada intento (cuando le falte el aire a Ud., también oxigene al paciente)

5.- Adyuntos de vía respiratoria:

*Tener conocimiento de adyuntos para vía aérea
*Dispositivos extra glóticos: utilizados en entorno pre hospitalario en caso de laringoscopia fallida.
*Dan tiempo de ventaja para oxigenar al paciente hasta colocar vía aérea definitiva
***GOLD ESTANDAR:** Tubo endotraqueal con balón inflado. (no usar en niños pequeños=tubo sin balón)

*Evaluación de I0s: MIRE, ESCUCHE, TOQUE:

1- Toque al paciente
2- Hable con el paciente
3- Trate de obtener una respuesta verbal
Una respuesta = paso de aire positivo
*Busque taquipnea, ronquera, agitación, sonidos anormales, tráquea en posición medial, enfisema subcutáneo, fractura palpable.
*Registre movimientos torácicos, frecuencia respiratoria, saturación de Oxígeno, ruidos respiratorios

Lesiones cervicales: búsqueda
Investigar con la regla del 3-3-2
Mallampati calificación: hipo faringe
Obstrucción de vía aérea: buscar dificultad
Movilidad del cuello: Impedir como precaución por columna cervical.

4.- Intubación de Secuencia Rápida:

*Requiere habilidad para utilizar fármacos: Anestesiólogo, enfermero anestesiista, etc.
*no se debe paralizar al paciente sin la seguridad de una sedación adecuada.
*Intubación con paciente despierto: doloroso pero necesario.
RIESGO-BENEFICIO

6.- Vía aérea quirúrgica:

*En obstrucción de vías aéreas superiores por traumatismo masivo o cuerpo extraño.
*Fracaso de intubación
*Se realiza Cricotirotomía o Traqueostomía

Cricotirotomía

Técnica de corto tiempo de uso, utilizada para obtener acceso de emergencia por una incisión a través de la piel y membrana cricotiroides.

Contraindicaciones

- Imposibilidad para identificar la membrana cricotiroides
- Anormalidad anatómica subyacente (tumor)
- Transección traqueal
- Patología laríngea aguda por infección o traumatismo
- Niños pequeños menores de 10 años (en estos casos un catéter sobre aguja 12-14 G puede ser más seguro)

Indicaciones

- Imposibilidad de intubación
- Imposibilidad de ventilación
- Lesiones faciales o nasales graves (que no permiten la intubación oral o nasal)
- Trauma medio facial masivo
- Posible traumatismo de la médula cervical que impida una adecuada ventilación
- Anafilaxia
- Lesiones por inhalación de productos químicos

Complicaciones:

Hemorragia
Enfisema subcutáneo
Neumomediastino
Neumotórax

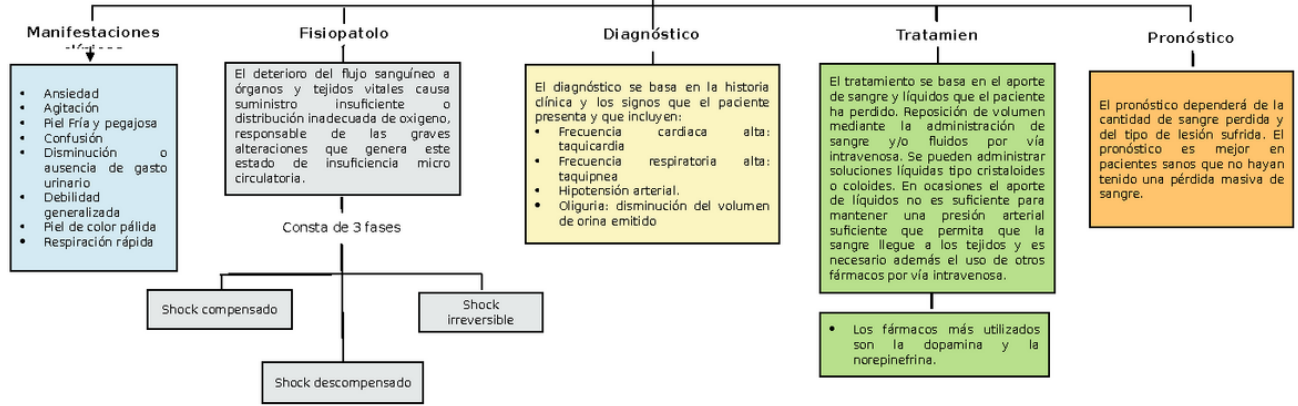
TÉCNICA:

1. Prepare todo el material necesario
2. Coloque al paciente en posición supina, con el cuello en posición neutral
3. Para orientación, localizar la muesca del cartilago tiroides, espacio cricotiroides y horquilla supra esternal.
4. Prepare el área quirúrgica, y coloque anestesia si el paciente está consciente
5. Estabilice el cartilago tiroides con una mano y mantenga hasta que la tráquea sea intubada.
6. Realizar una incisión vertical con un bisturí, de 1 cm a través de la piel para acceder a la membrana cricotiroides. Atravesar esta membrana mediante una incisión longitudinal.
7. Ampliar el orificio insertando el mango del bisturí en la herida y rotándolo 90 grados o usando un clamp.
8. Insertar un tubo de traqueostomía o tubo endotraqueal de 6 o 7 mm de diámetro interno.
9. Inflar el balón y asegurar el tubo.
10. Ventilar con un ambú a la mayor concentración de oxígeno posible.
11. Determinar si la ventilación es efectiva (mediante auscultación bilateral y observación del movimiento del tórax).
12. No se debe intentar retirar el tubo de traqueostomía o endotraqueal en ambiente pre hospitalario.

CHOQUE HIPOVOLÉMICO

¿Qué

Se considera un síndrome clínico humoral donde la pérdida de fluidos corporales causa una hipotensión inicial que genera un desorden sistémico del flujo sanguíneo y en consecuencia, la perfusión tisular y la liberación de oxígeno están reducidas hasta niveles inferiores a los requeridos.



Manifestaciones

- Ansiedad
- Agitación
- Piel fría y pegajosa
- Confusión
- Disminución o ausencia de gasto urinario
- Debilidad generalizada
- Piel de color pálido
- Respiración rápida

Fisiopatolo

El deterioro del flujo sanguíneo a órganos y tejidos vitales causa suministro insuficiente o distribución inadecuada de oxígeno, responsable de las graves alteraciones que genera este estado de insuficiencia microcirculatoria.

Consta de 3 fases

Shock compensado

Shock irreversible

Shock descompensado

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la historia clínica y los signos que el paciente presenta y que incluyen:

- Frecuencia cardíaca alta: taquicardia
- Frecuencia respiratoria alta: taquipnea
- Hipotensión arterial.
- Oliguria: disminución del volumen de orina emitido

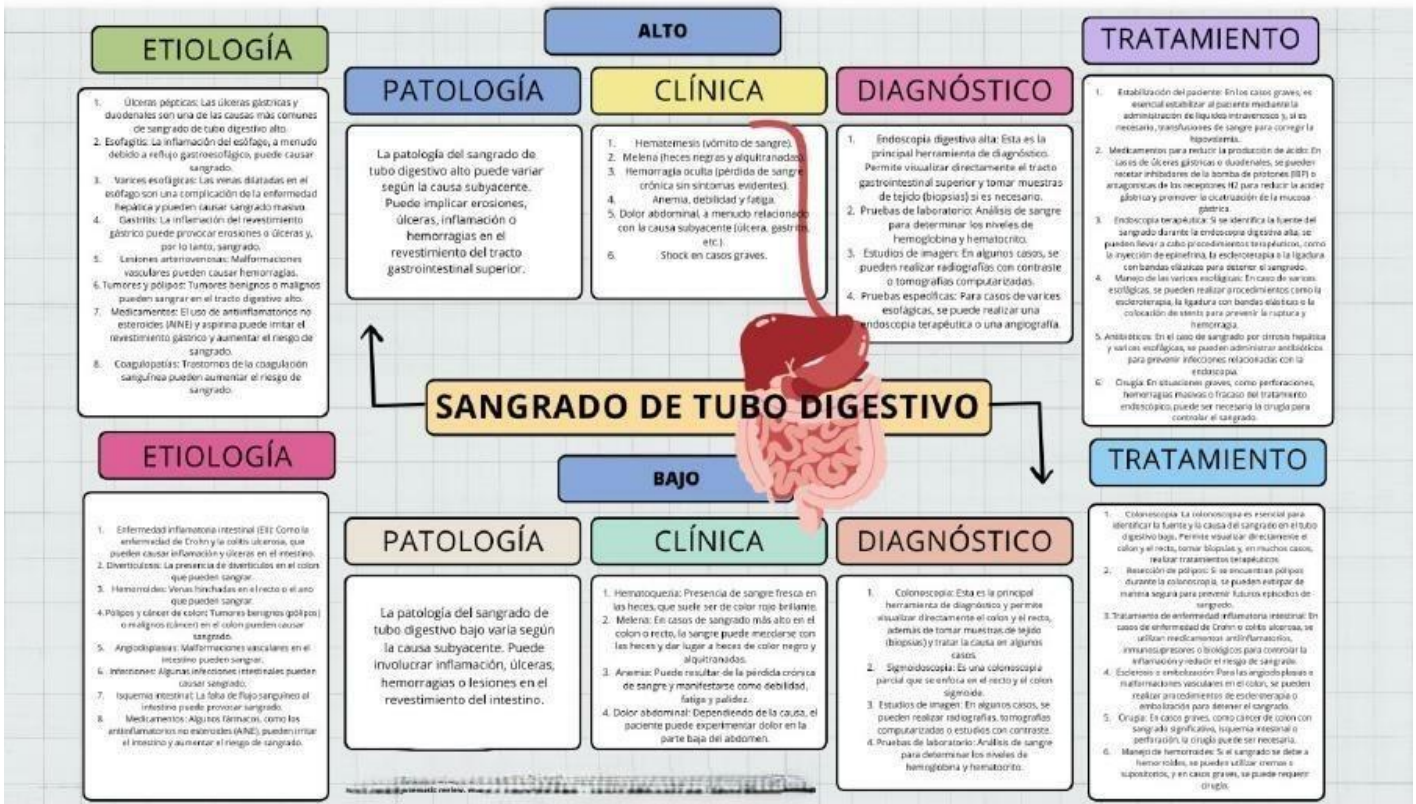
Tratamien

El tratamiento se basa en el aporte de sangre y líquidos que el paciente ha perdido. Reposición de volumen mediante la administración de sangre y/o fluidos por vía intravenosa. Se pueden administrar soluciones líquidas tipo cristaloides o coloides. En ocasiones el aporte de líquidos no es suficiente para mantener una presión arterial suficiente que permita que la sangre llegue a los tejidos y es necesario además el uso de otros fármacos por vía intravenosa.

- Los fármacos más utilizados son la dopamina y la norepinefrina.

Pronóstico

El pronóstico dependerá de la cantidad de sangre perdida y del tipo de lesión sufrida. El pronóstico es mejor en pacientes sanos que no hayan tenido una pérdida masiva de sangre.



COLECISTITIS AGUDA

