



**Fernando Ailton Maldonado
Hernández**

Dr. Romeo Antonio Molina Román

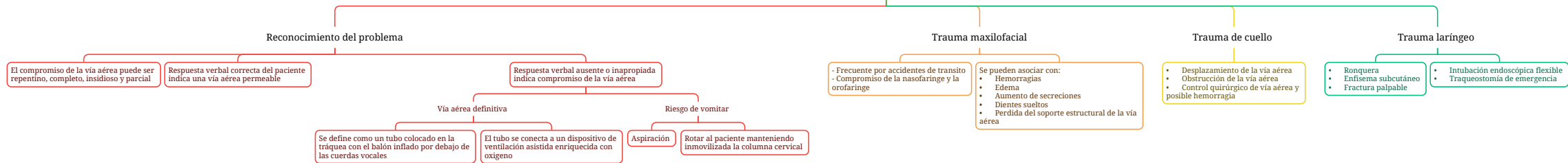
Patologías quirúrgicas

Clínica quirúrgica

5° "C"

Comitán de Domínguez Chiapas a 09 de noviembre de 2024

Manejo de la vía aérea y ventilación



Manejo de la vía aérea y ventilación

Signos objetivos de la vía aérea

- Agitado = Hipoxia
- Obnubilado = Hipercapnia
- Cianosis = Signo tardío de hipoxia
- Ronquera o disfonía = obstrucción laríngea
- Gorgoteo
- Estridor
- Pacientes abusivos pueden estar hipóxicos; no suponer intoxicación

Ventilación

Puede verse comprometida por obstrucción de la vía aérea

En casos de

- Alteración de la mecánica respiratoria por depresión del SNC
- Traumatismos directos sobre el tórax
- Pacientes adultos o con enfermedades pulmonares preexistentes
- Lesiones intracraneanas
- Lesiones de la medula espinal

Manejo de la vía aérea

Debe valorarse la permeabilidad y suficiencia ventilatoria

- Oximetría de pulso para la medición del CO₂ al final de la espiración
- Mejorar la oxigenación y reducir riesgos de compromiso ventilatorio

Predecir el manejo de una vía aérea difícil

L = Mire externamente
E = Evaluar regla 3-3-2
M = Mallampati
O = Obstrucción
N = Movilidad del cuello

Vías aéreas definitivas

- Tubo orotraqueal
- Tubo nasotraqueal
- Vía aérea quirúrgica (cricotiroidotomía y traqueostomía)

Criterios para establecer vía aérea definitiva

- Incapacidad para vía aérea permeable
- Incapacidad para mantener oxigenación
- Obnubilación (hipoperfusión cerebral)
- Obnubilación (lesión encefálica)
- Glasgow <8

Técnicas de mantenimiento de la vía aérea

- Maniobra de elevación del mentón
- Maniobra de tracción mandibular
- Vía aérea nasofaríngea
- Vía orofaríngea

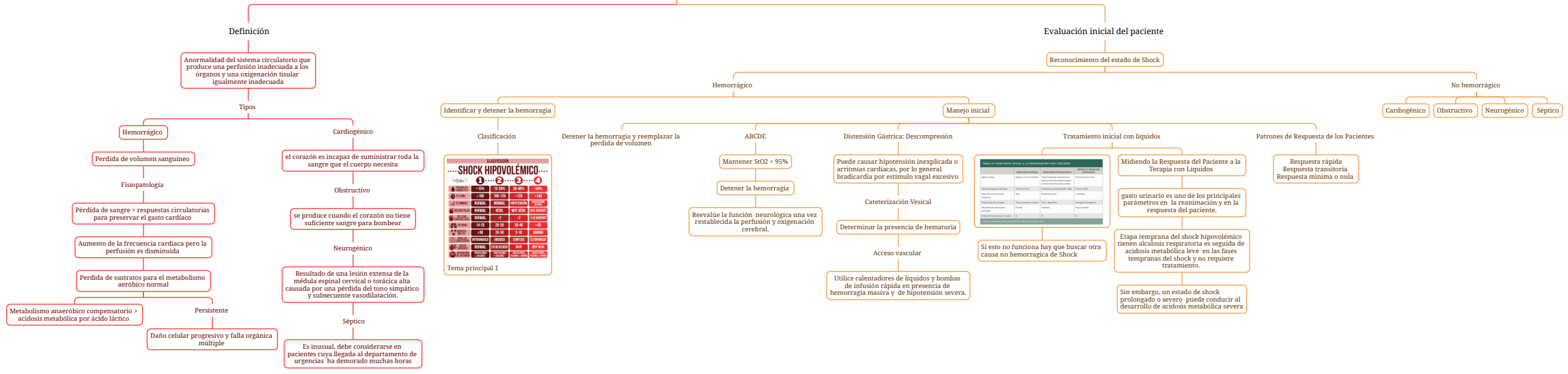
Intubación inducida por medicamentos

Se indica en pacientes que necesitan control de la vía aérea pero que tienen reflejo de deglución intacta

Después de que el paciente se relaje

- Intubar al paciente por la vía orotraqueal
- Inflar el balón y confirmar la ubicación del tubo
- Liberar la presión cricoidea
- Ventilador al paciente

SHOCK



SHOCK

Restitución de sangre

En pacientes que se presentan como respondedores transitorios o no respondedores

requieren reposición de paquetes de glóbulos rojos, plasma y plaquetas ya en las fases iniciales de su reanimación

Pruebas cruzadas, tipo específico y sangre tipo 0

Si la sangre con pruebas cruzadas no está disponible, se puede indicar sangre tipo 0 para pacientes con hemorragia exanguinante

Se indica plasma AB cuando se requiere plasma sin tipificar

Es preferible usar sangre tipo 0 Rh negativo en mujeres en edad reproductiva

Prevención de la hipotermia

Cualquier paciente que recibe volúmenes grandes de cristaloides es calentar estos líquidos a 39 °C (102, 2 °F) antes de administrarlos

Otros

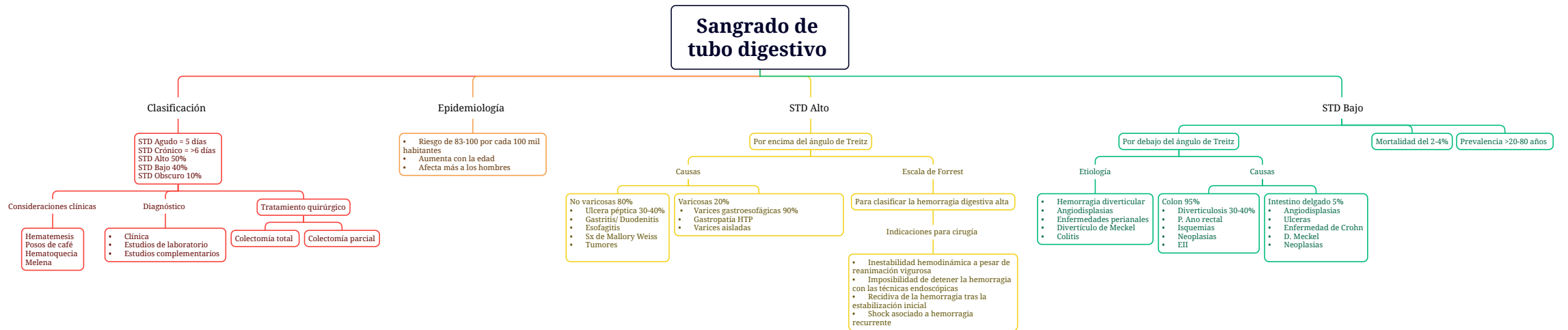
Autotransfusión
Transfusión masiva
Coagulopatía
Administración de calcio

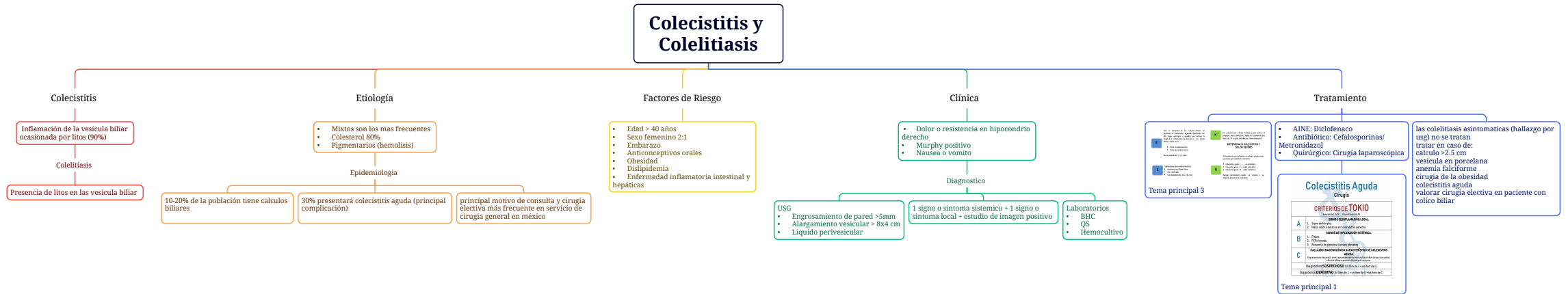
Consideraciones especiales

Edad avanzada
Atletas
Embarazo
Medicamentos
Hipotermia
Presencia de marcapasos o desfibrilador-cardioversión implante

Reevaluación de la respuesta del paciente y prevención de complicaciones

Hemorragia persistente
Monitorización
Reconocimiento de otros problemas





Bibliografía

Cirujanos, C. A. (2018). *ATLS soporte vital avanzado en trauma 10ma edición*. Chicago :
The Commite on Trauma.

F. Charles Brunicardi, D. K. (2011). *Schwartz. Principios de cirugía novena edición*.
México: Mc Graw Hil.