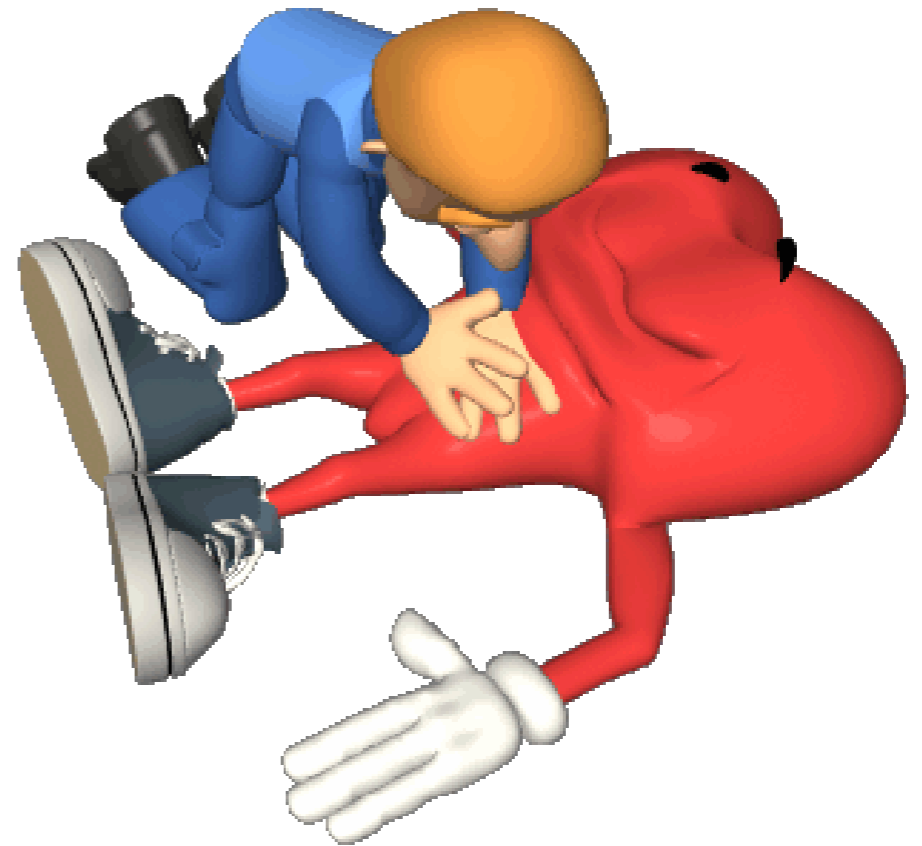
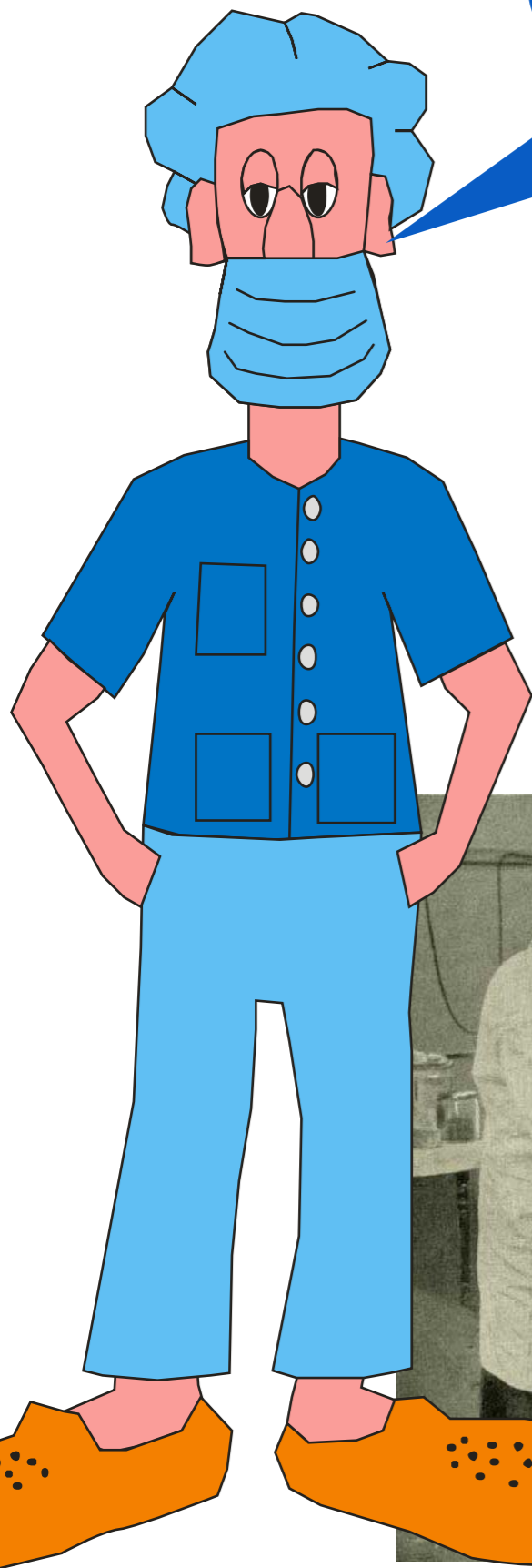


Conceptos
básicos

ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN



¿En qué consiste esta especialidad médica?



Principios del siglo XIX



1946



Principios del siglo XX



Primera mitad del siglo XX



Áreas de actuación del especialista en anestesiología



QUIRÓFANO

ANESTESIA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

HIPNOSIS (coma inducido)

PROCURAR ANALGESIA

MANTENER CONSTANTES VITALES
Y
HOMEOSTASIS DEL MEDIO INTERNO

Áreas de actuación del especialista en anestesiología

ACTIVIDAD FUERA DE QUIRÓFANO

PACIENTES QUE

REQUIERAN SEDACIÓN

EN PRUEBAS

DIAGNÓSTICAS Y TERAPEÚTICAS



Áreas de actuación del especialista en anestesiología

TRATAMIENTO DEL DOLOR

AGUDO

UDA

CRÓNICO

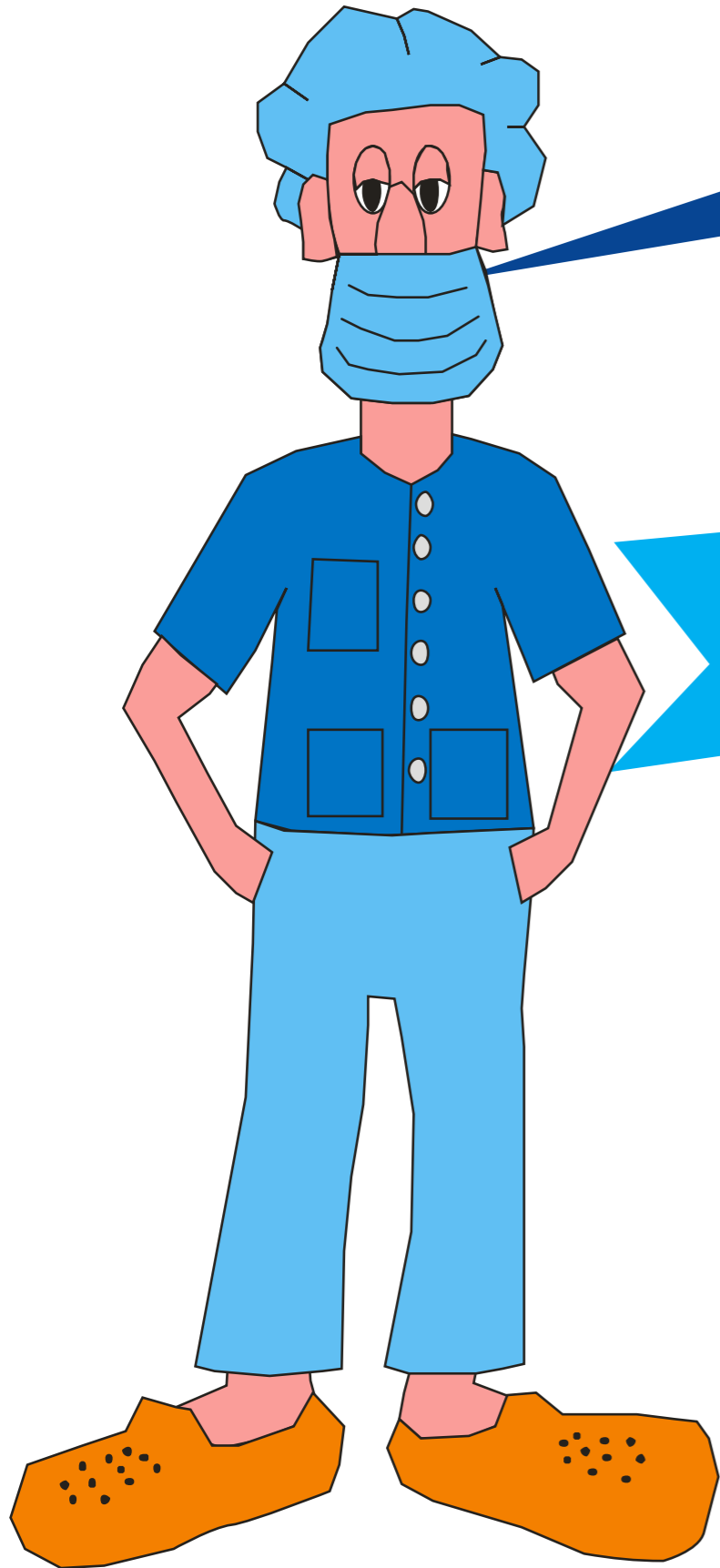
**UNIDADES
DEL DOLOR**

Áreas de actuación del especialista en anestesiología

La reanimación en el lugar del accidente y la evacuación de enfermos o accidentados en situación crítica



MANEJO PERIOPERATORIO



PRE

OPERATORIO

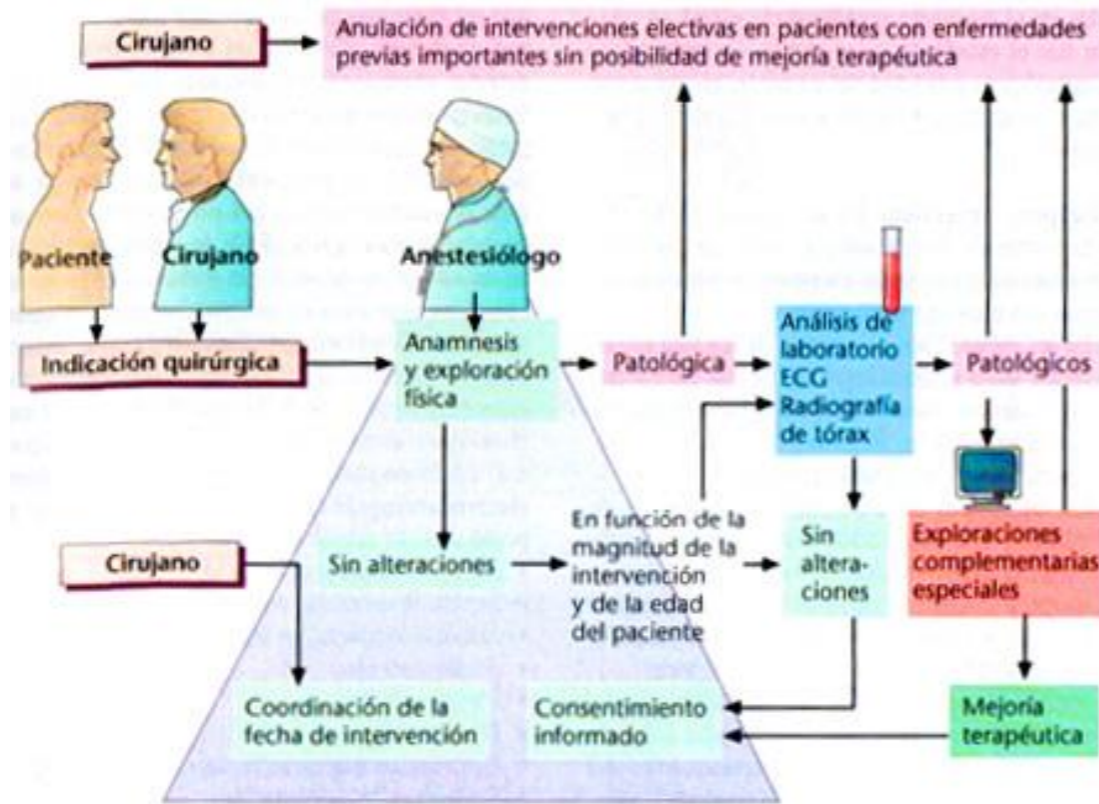
INTRA

OPERATORIO

POST

OPERATORIO

VALORACIÓN PREOPERATORIA



salud servicio integral de salud
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Apellidos _____
Nombre _____
Nº SS _____ Hª. _____
Habitación _____ Planta _____

PROTOCOLO DE ANESTESIA

Servicio: _____ Fecha: _____
Anestesiólogo Dr./a: _____
Diagnóstico: _____
Intervención prevista: _____

Programada
 Urgente
 Hospitalizado
 Ambulatoria
 Emergencia

ANTECEDENTES ANESTÉSICOS: G, LB, SED, L

TRANSFUSIONES ANTERIORES: NO SI

COMPLICACIONES:
 Anestésicas: _____
 Transfusionales: _____

DIFICULTADES / PRECAUCIONES:
 Vías venosas Marcapasos
 Punción espinal Prótesis
 Intubación Riesgo biológico
 Contenido gástrico Tiempo última ingesta _____ horas

EXPLORACIÓN FÍSICA: T.A.: _____ F.C.: _____ min.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
 E.C.G. Coagulación Bioquímica RX

Observaciones: _____

PATOLOGÍA PREVIA

RESPIRATORIO:
 obstructivo
 restrictivo
 bronquitis crónica
 asma
 enfisema
 mal. respiratoria
 obstrucción vías altas

DIGESTIVO:
 hernia hiato
 úlcera activa
 abdomen agudo
 oclusión

MEDIO INTERNO:
 deshidratación
 alt. iónicas
 edemas
 anasarca
 hipovolemia

OBSTETRICIA:
 preeclampsia
 distocia
 patología de canal
 cesárea anterior

OTRAS PAT.:

NEUROLÓGICO:
 A.C.V. coma

RENAL:
 IRC
 insuf. renal aguda
 transplantado
 hemodíalisis

DID DNDI
 coagulopatía
 hepatopatía
 sepsis
 neoplasia
 obesidad
 otras

RIESGO ASA: _____ CHILD: _____

POSTOPERATORIO PREVISTO:
 Ambulatorio Planta U.R.P.A. U.C.I.

ESTUDIO COMPLETADO

salud servicio integral de salud
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"
Avda. San Juan Bosco, 18
50009-ZARAGOZA

1º Apellido: _____
2º Apellido: _____
Nombre: _____ nº Historia: _____
Fecha: _____ Carrera: _____ Servicio: _____

AUTORIZACIÓN TÉCNICAS DE RIESGO

ANESTESIA GENERAL

El propósito principal de la anestesia es permitir que sea operado sin sufrir dolor, mediante la administración de fármacos anestésicos por vía intravenosa y/o inhalatoria, procurando la máxima seguridad, comodidad y vigilancia durante el acto quirúrgico.

La anestesia general consiste en proporcionar un estado reversible de pérdida de la conciencia, de analgesia y de relajación muscular. Para ello, es preciso pinchar una vena por la que se le administrarán los sueros y los fármacos necesarios según su situación y el tipo de cirugía prevista. Durante la anestesia general, al estar dormido y relajado, es preciso colocarle un tubo, a través de la boca y la nariz, que llega hasta la tráquea. Este tubo se conecta a un respirador cuya función es mantener la respiración. Una adhesiva, con unos cables colocados en el pecho, permitirán el control de su función cardíaca. El médico anestesiólogo es el encargado de controlar todo el proceso de principio a fin y tratar las posibles complicaciones que pudieran surgir.

La administración de la anestesia tiene un riesgo, pudiéndose distinguir entre el riesgo debido a la intervención quirúrgica, del cual le informará el cirujano, y el riesgo anestésico. Millones de personas se operan y anestesian todos los años sin complicaciones. No obstante, los riesgos típicos de la anestesia general son:

- Excepcionalmente, la introducción del tubo hasta la tráquea puede entrañar alguna dificultad y, a pesar de hacerlo con cuidado, dañar algún diente.
- Durante la colocación del tubo puede pasar al pulmón parte del contenido del estómago y ocasionar molestias respiratorias. Una forma de prevenir esta complicación es guardar ayuno absoluto, al menos durante 8 horas antes de la intervención programada. Esta complicación es seria, pero poco frecuente.
- Después de la anestesia general, durante algunas horas, pueden aparecer algunas molestias como ronquera, náuseas y vómitos.
- La administración de sueros y fármacos que son imprescindibles durante la anestesia, puede producir, excepcionalmente, reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden llegar a ser graves, pero tienen carácter extraordinario. Está desaconsejada la práctica sistemática de pruebas de alergia a los fármacos anestésicos, ya que no es adecuado hacerlo en pacientes sin historia previa de reacción adversa a los mismos, al igual que ocurre con el resto de los fármacos. Además, estas pruebas no están libres de riesgos, y aun siendo su resultado negativo, los fármacos anestésicos probados pueden producir reacciones adversas durante el acto anestésico.
- Como consecuencia de su estado clínico, puede ser necesaria que le transfundan sangre (o algún derivado de ella) que procede de donantes sanos que no reciben ninguna compensación económica por la donación. Cada donación es analizada con técnicas de máxima precisión para la detección de determinadas enfermedades infecciosas (por ejemplo hepatitis, SIDA, etc.) que se transmiten por sangre. A pesar de ello, la sangre y/o sus componentes pueden seguir transmitiendo esas enfermedades, aunque con un riesgo de muy baja frecuencia. Al igual que los medicamentos, la sangre y sus componentes pueden originar reacciones transfusionales.

Todo acto quirúrgico lleva implícito una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, y que por su

situación vital actual (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos o complicaciones como:

No existe otro tratamiento alternativo y la consecuencia de no dar su autorización para una anestesia general, sería un obstáculo insalvable para recibir la terapéutica quirúrgica que le han propuesto como más conveniente para su situación.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Declaraciones y firmas

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a realizar.

El médico que me atiende me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve la ANESTESIA GENERAL. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación con mis circunstancias clínicas personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa.

He recibido respuestas a todas mis preguntas, he comprendido todo lo anterior perfectamente y comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria. Por ello, doy mi consentimiento, pudiendo retirarlo cuando lo crea oportuno y deberá informar al equipo médico del cambio de decisión.

CONSENTIMIENTO

D. / Dña _____ manifiesta que ha recibido información suficiente y en términos comprensibles para tomar la decisión de acuerdo con su propia y libre voluntad y presta su consentimiento y autorización a la práctica de la intervención reseñada.

En Zaragoza a _____ de _____ de _____

Firma del Médico (nº colegiado) _____ Firma del paciente o representante legal _____

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D. / Dña _____ decido no dar mi consentimiento para que se efectúe la intervención reseñada. Me han sido explicadas, entiendo y asumo las repercusiones que esta decisión pudiera ocasionar sobre la evolución del proceso.

En Zaragoza a _____ de _____ de _____

Firma del paciente o representante legal _____

REVOCACIÓN

D. / Dña _____ retiro mi consentimiento prestado anteriormente, sin que sea necesario aducir justificación alguna.

En Zaragoza a _____ de _____ de _____

Firma del paciente o representante legal _____

Grupos de riesgo de la ASA	Mortalidad perioperatoria (1.ª semana)
I Ninguna enfermedad orgánica o alteración del estado general • Salvo por el motivo de la intervención, paciente sano	ASA 1 0,1 %
II Enfermedad sistémica leve sin limitaciones funcionales • P. ej., anemia moderada, ligeras alteraciones del metabolismo hidroelectrolítico, diabetes mellitus bien controlada, hipertiroidismo controlado, hipertensión moderada, enfisema pulmonar leve, bronquitis leve, asma bronquial no complicada, insuficiencia renal compensada, obesidad, varices; recién nacidos, ancianos, embarazadas en el tercer trimestre de gestación	ASA 2 0,5 %
III Enfermedad sistémica grave con limitación funcional • P. ej., anemia significativa, alteraciones graves del metabolismo hidroelectrolítico y del equilibrio ácido-base, diabetes mellitus grave (complicada), hipertiroidismo sintomático, hipertensión arterial grave, insuficiencia cardíaca compensada, enfermedad coronaria, antecedente de infarto de miocardio, enfisema pulmonar grave, bronquitis purulenta grave, EPOC, insuficiencia renal terminal en programa de diálisis, obesidad mórbida, caquexia	ASA 3 4,4 %
IV Enfermedad sistémica grave que amenaza la vida del paciente • P. ej., anemia extrema, descompensación manifiesta cardíaca, pulmonar, renal o endocrina; peritonitis difusa; shock de cualquier origen; coma; politraumatismo	ASA 4 23,5 %
V Paciente moribundo, que no se espera que sobreviva 24 h con o sin intervención quirúrgica • P. ej., rotura de un aneurisma de aorta, embolia pulmonar fulminante	ASA 5 50,8 %



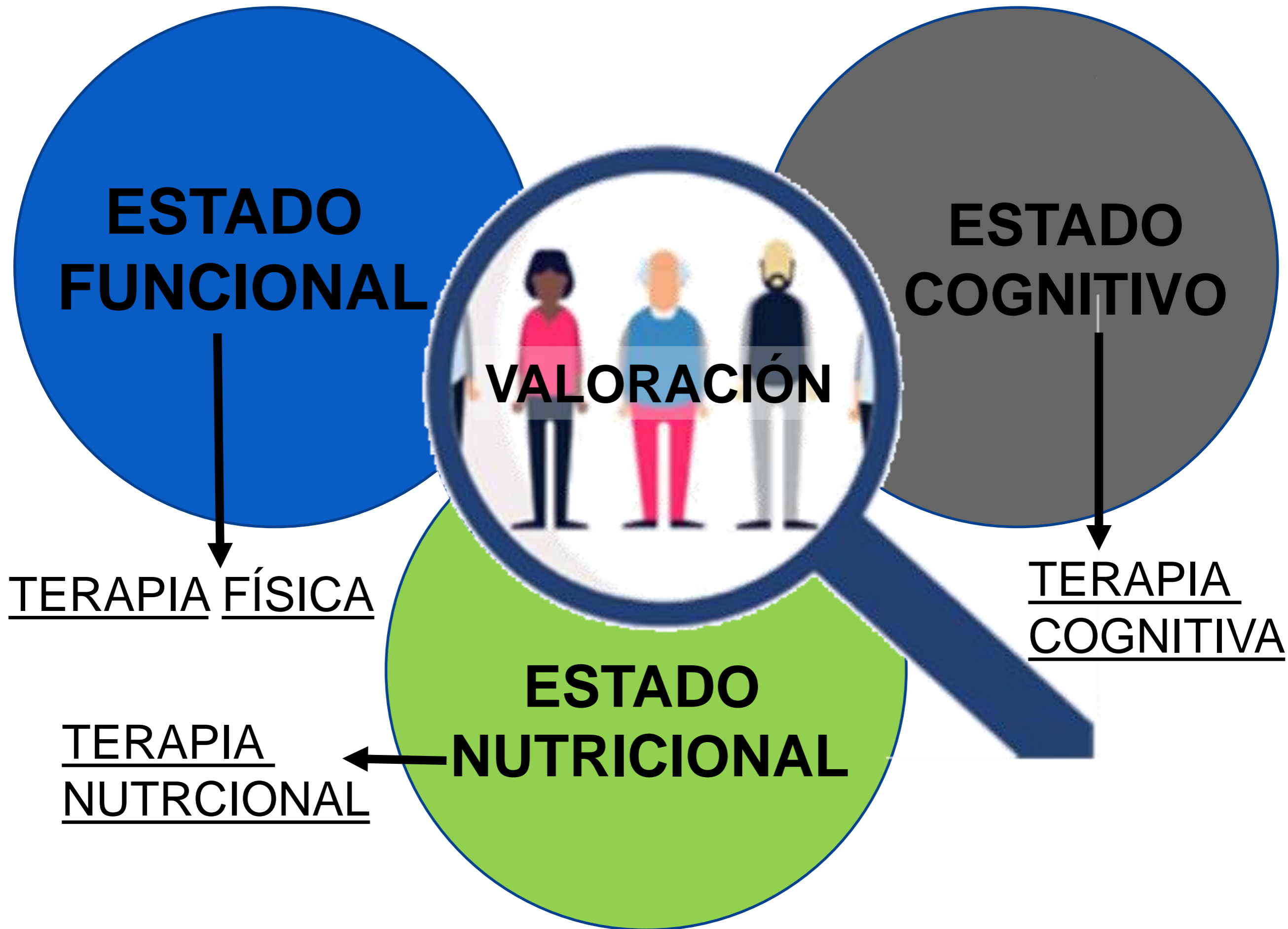
RIESGO

ANESTÉSICO



PREHABILITACIÓN

**OPTIMIZACIÓN
ACTIVA DEL
PACIENTE
QUIRÚRGICO**



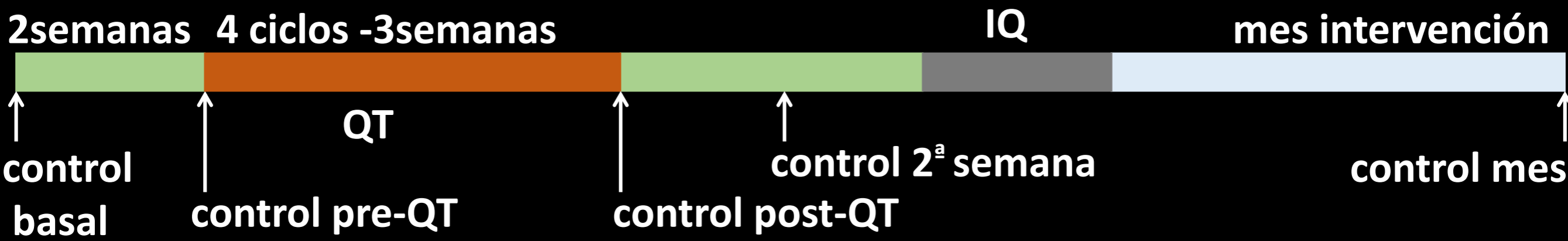
PROTOCOLO COLON



PROTOCOLO ESTÓMAGO



PROTOCOLO VEJIGA

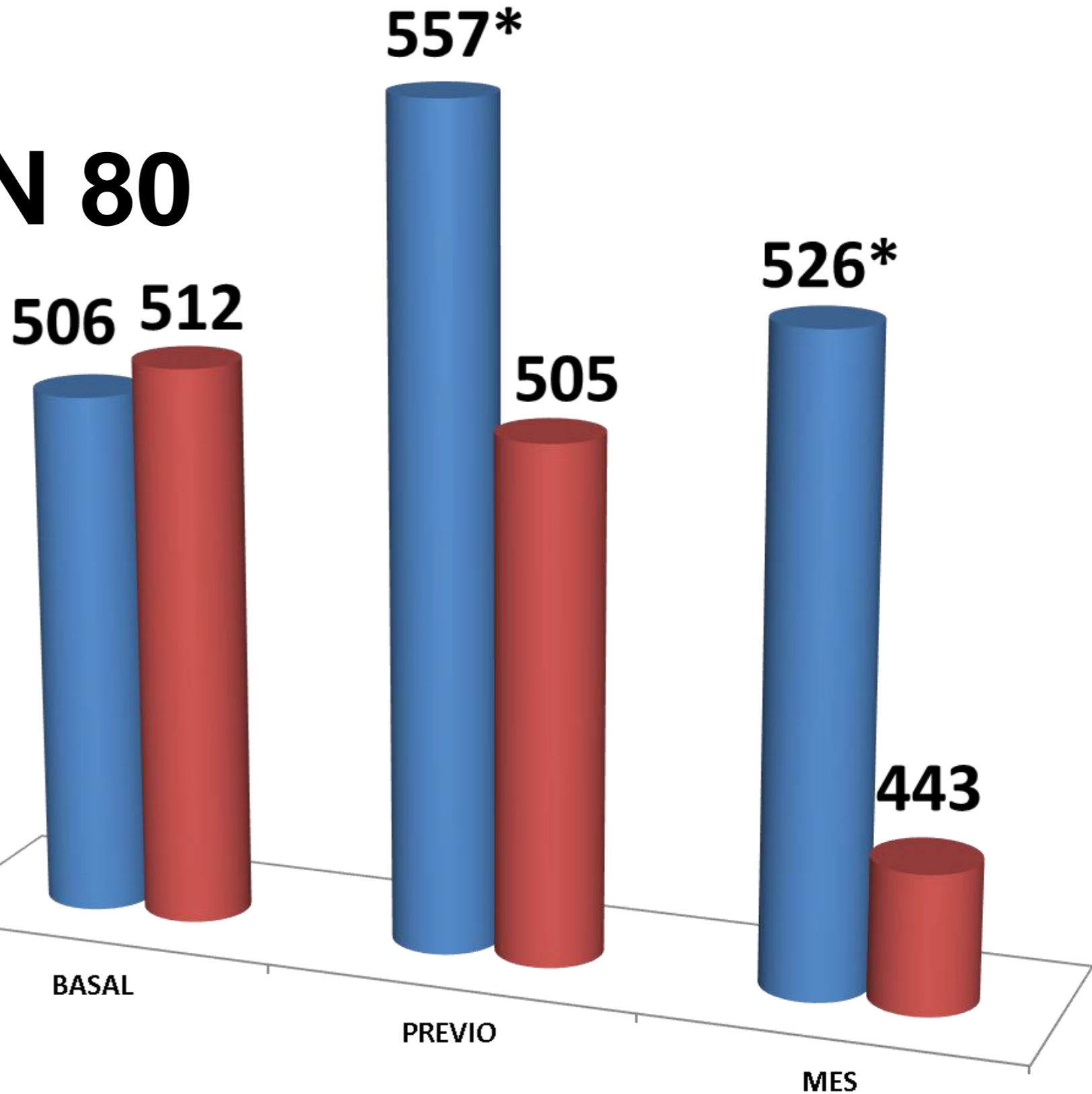
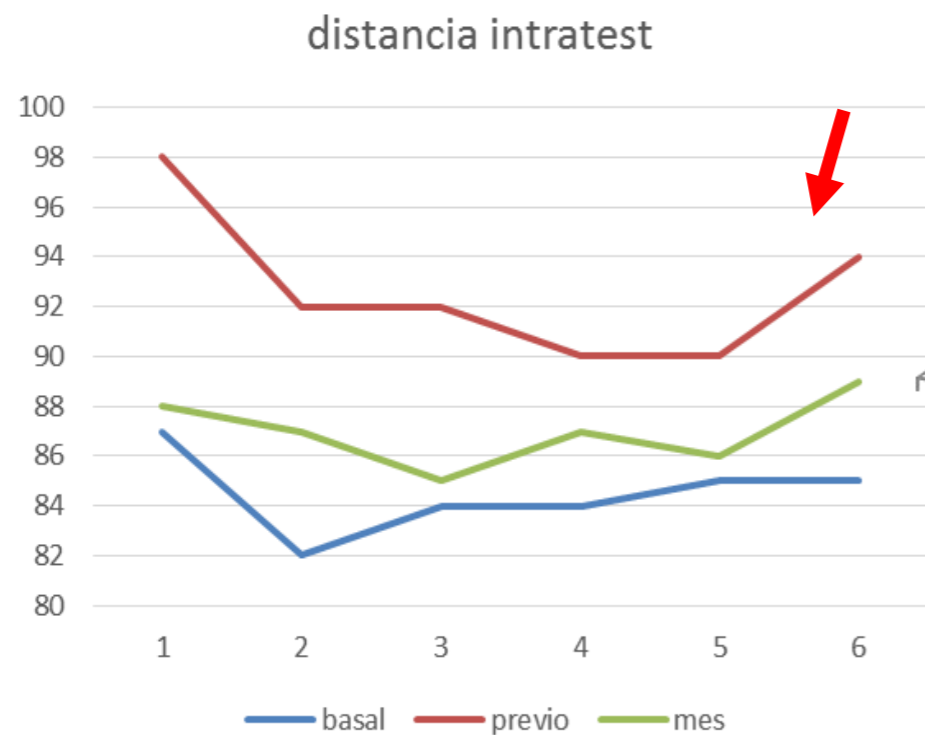


¿PODEMOS MODULAR LA RESPUESTA INFLAMATORIA?

Pacientes intervenidos de colon izquierdo

	PREA	PRI
EDAD	67+/-10,9	66,8+/-6,4
TALLA	165,5+/-7,3	163,2+/-2,1
PESO	77,1+/-11,2	79,6+/-2,7
N	40	40

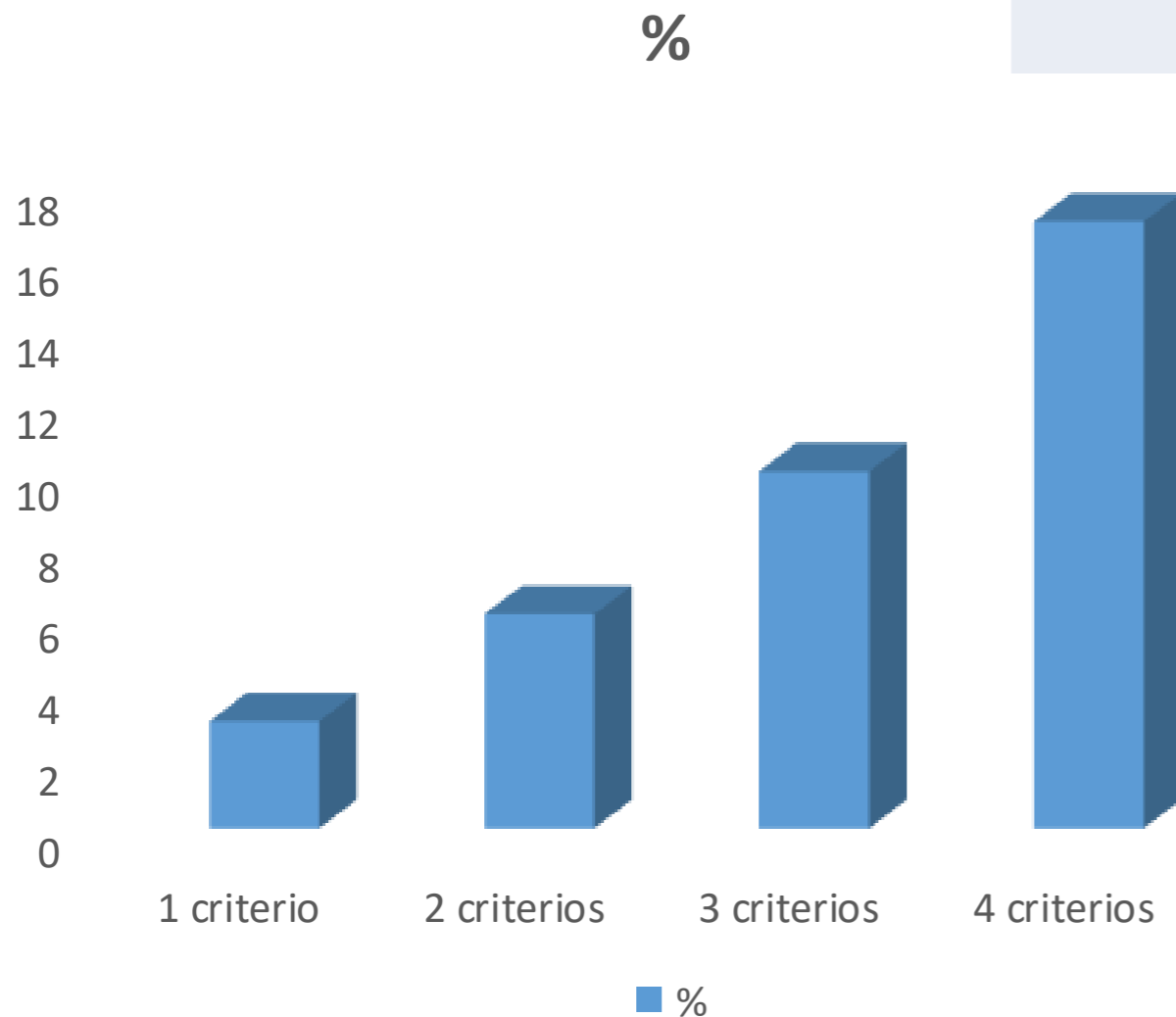
N 80



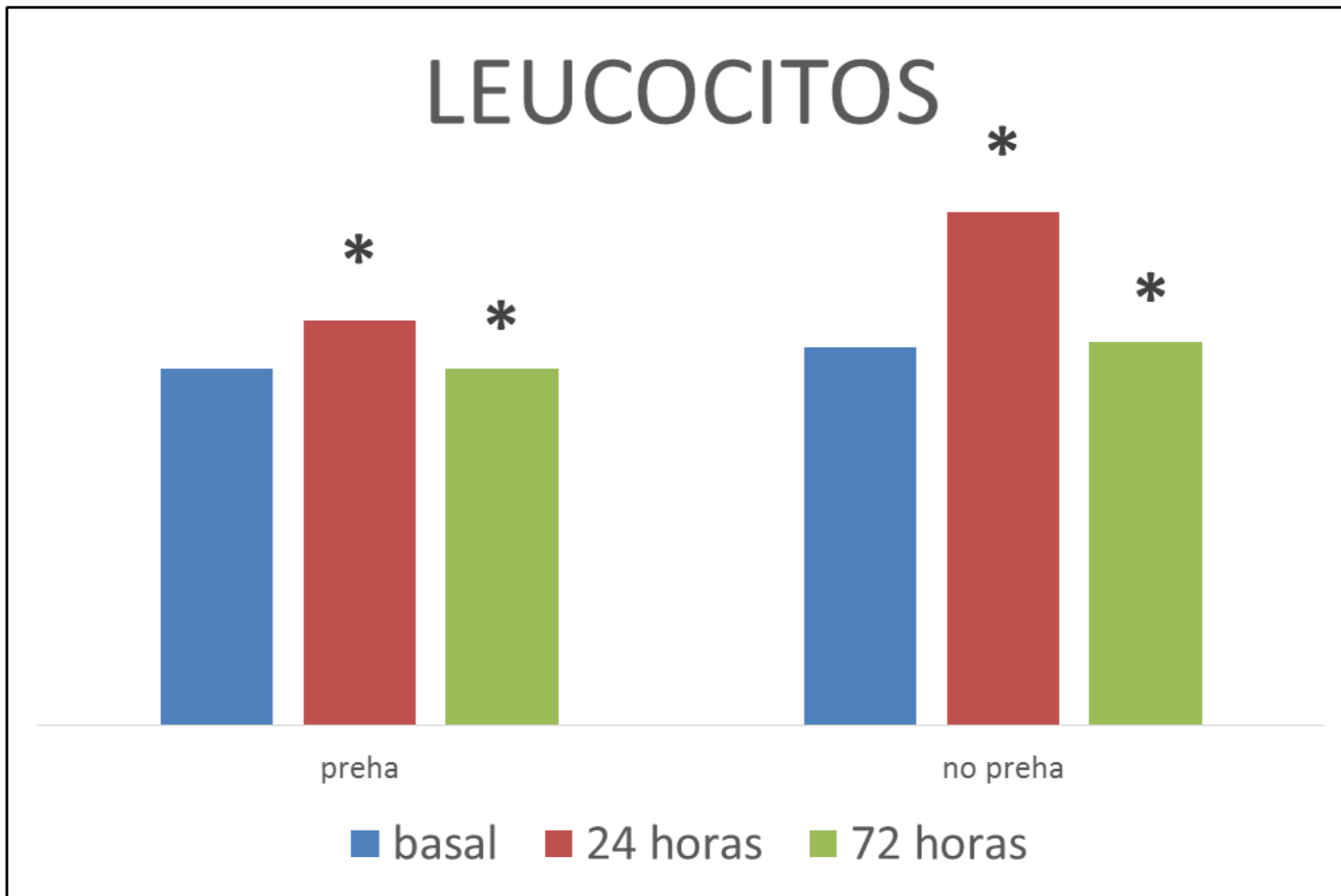
SRIS

Concepto que se define
1992 para definir estados
de respuesta de inflamatoria

CRITERIOS	VALORES
FRECUENCIA CARDÍACA	Más de 90 latidos
FRECUENCIA RESPIRATORIA	Más de 20 respiraciones o $po_2 < 32$ mmHg
TEMPERATURA	Mayor de 38° o menor de 36°
LEUCOCITOS	Leucocitosis mayor de 12000 o menor 4000



Es una variable ***poco específica*** y en general hoy en día está superada por otro tipo de marcadores biológicos
Pero nos sirve para ver la ***respuesta inflamatoria global del paciente*** y el potencial riesgo de aparición de complicaciones



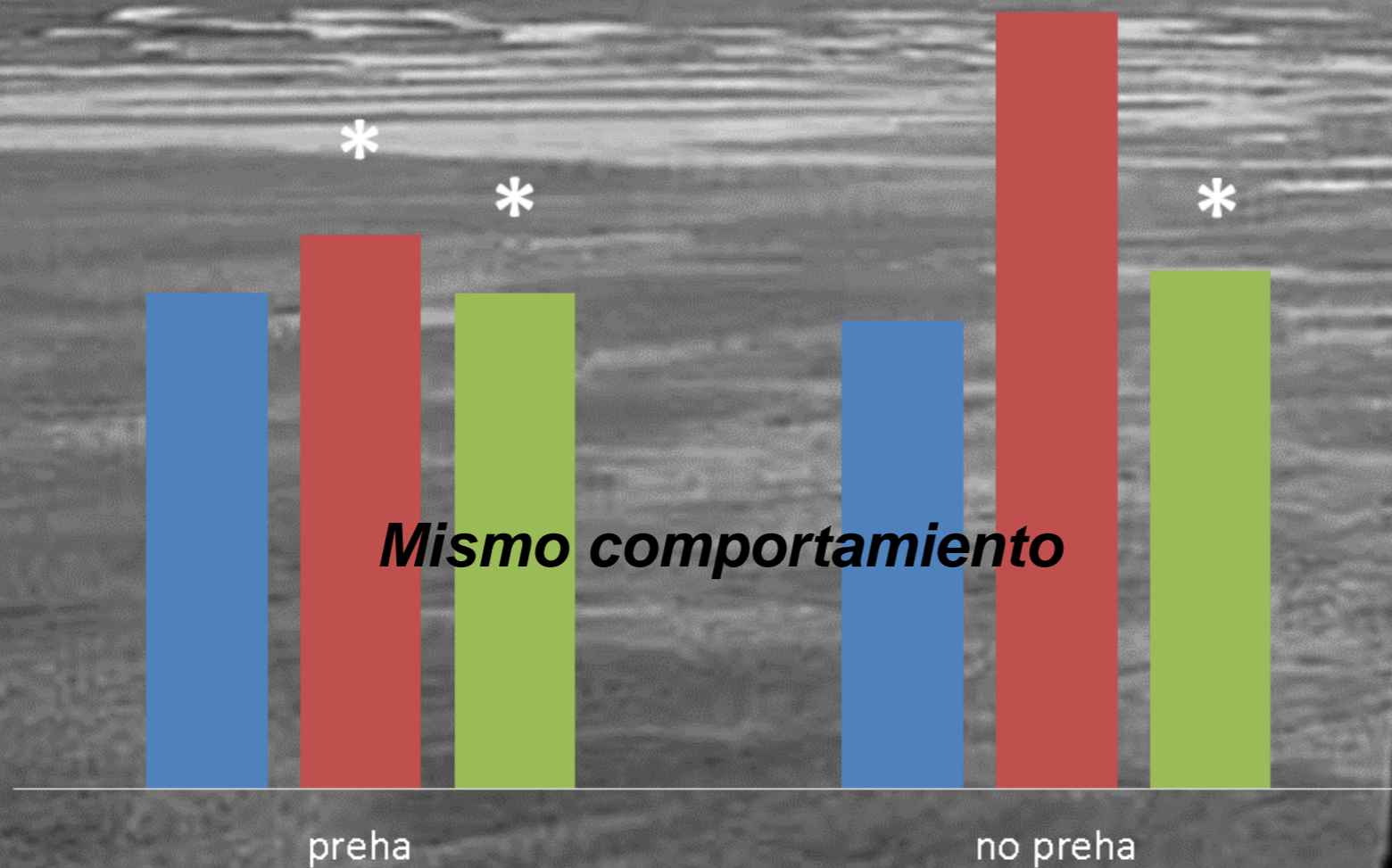
INCIDENCIA DE SIRS

GRUPO PREHA 2%

GRUPO NO PREHA 13%

LEUCOCITOS

■ basal ■ 24 horas ■ 72 horas *

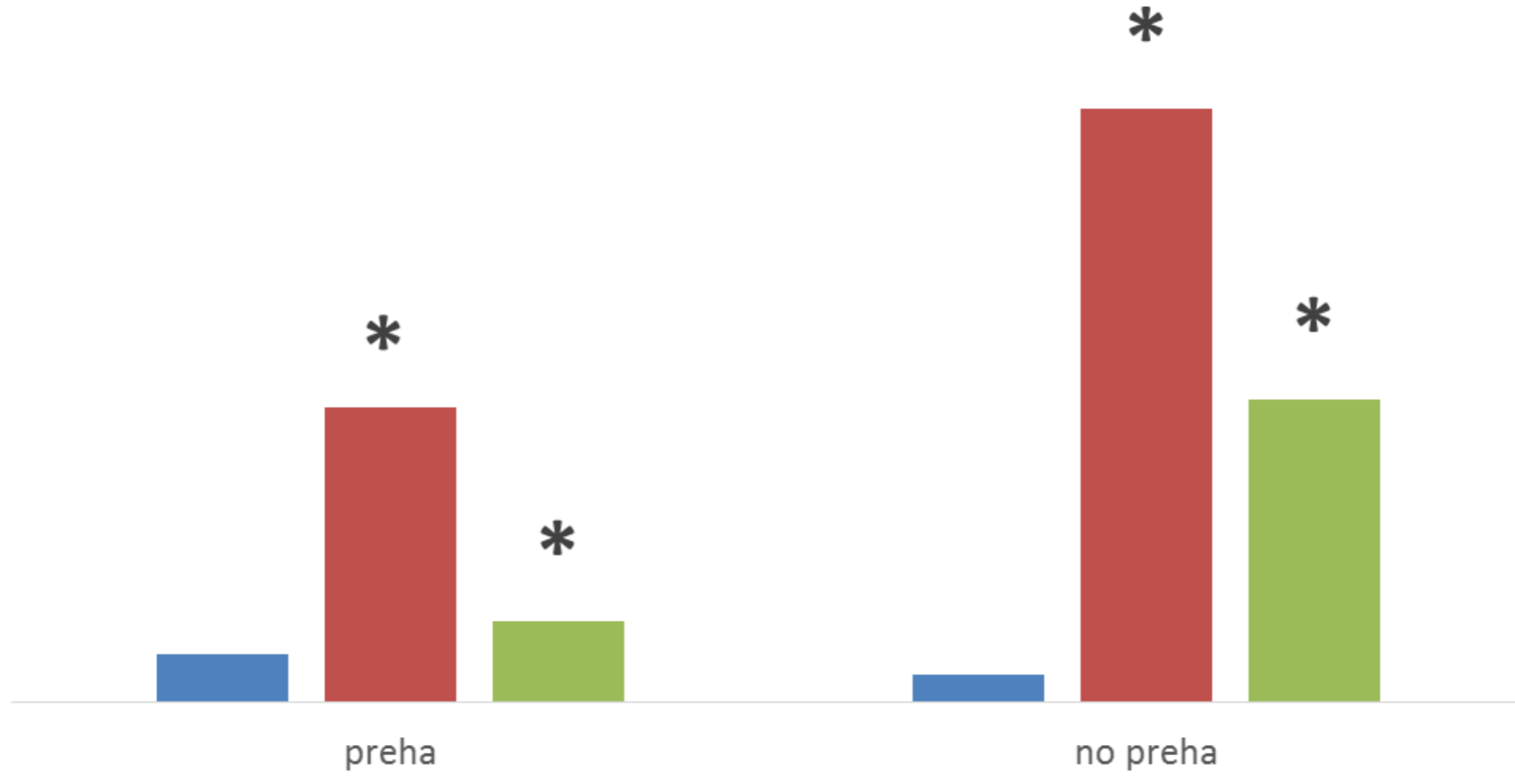


INCIDENCIA DE SIRS PACIENTE FRÁGIL

GRUPO PREHA 4%

GRUPO NO PREHA 20%

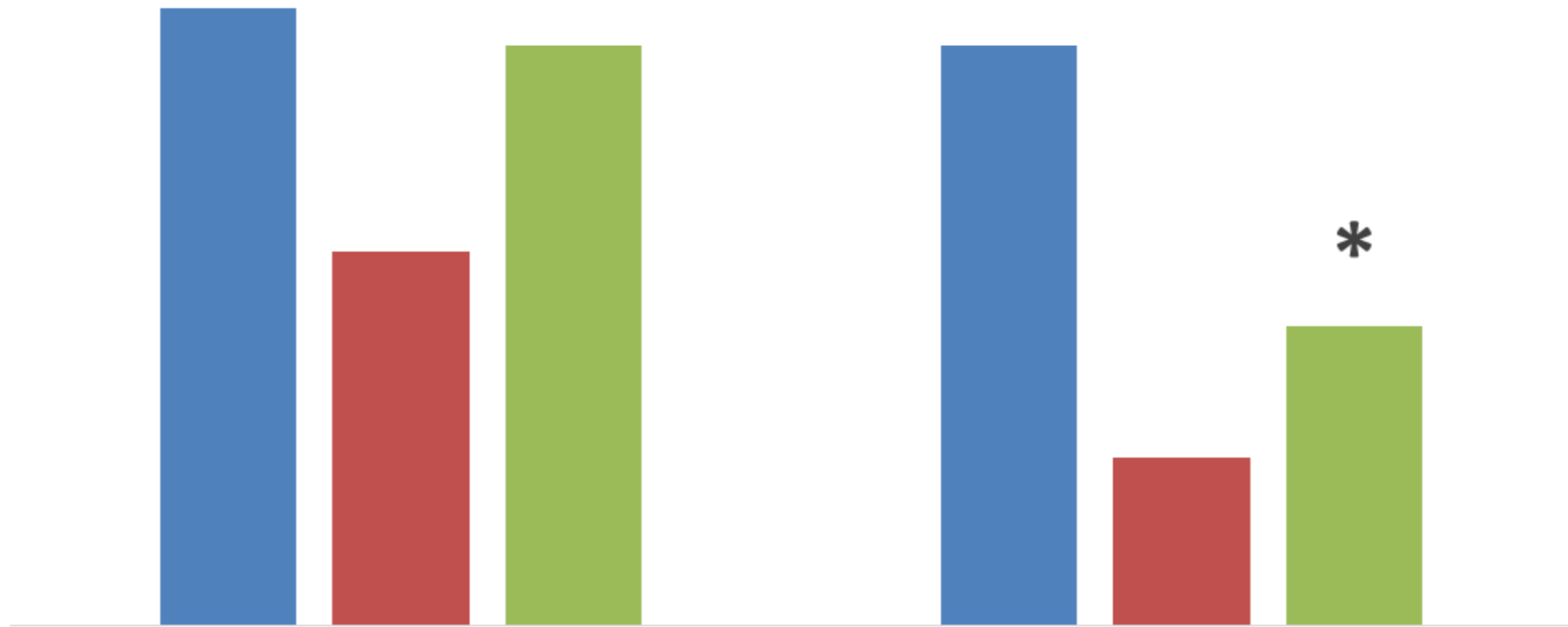
PCR



■ basal ■ 24 horas ■ 72 horas

LINFOCITOS

*



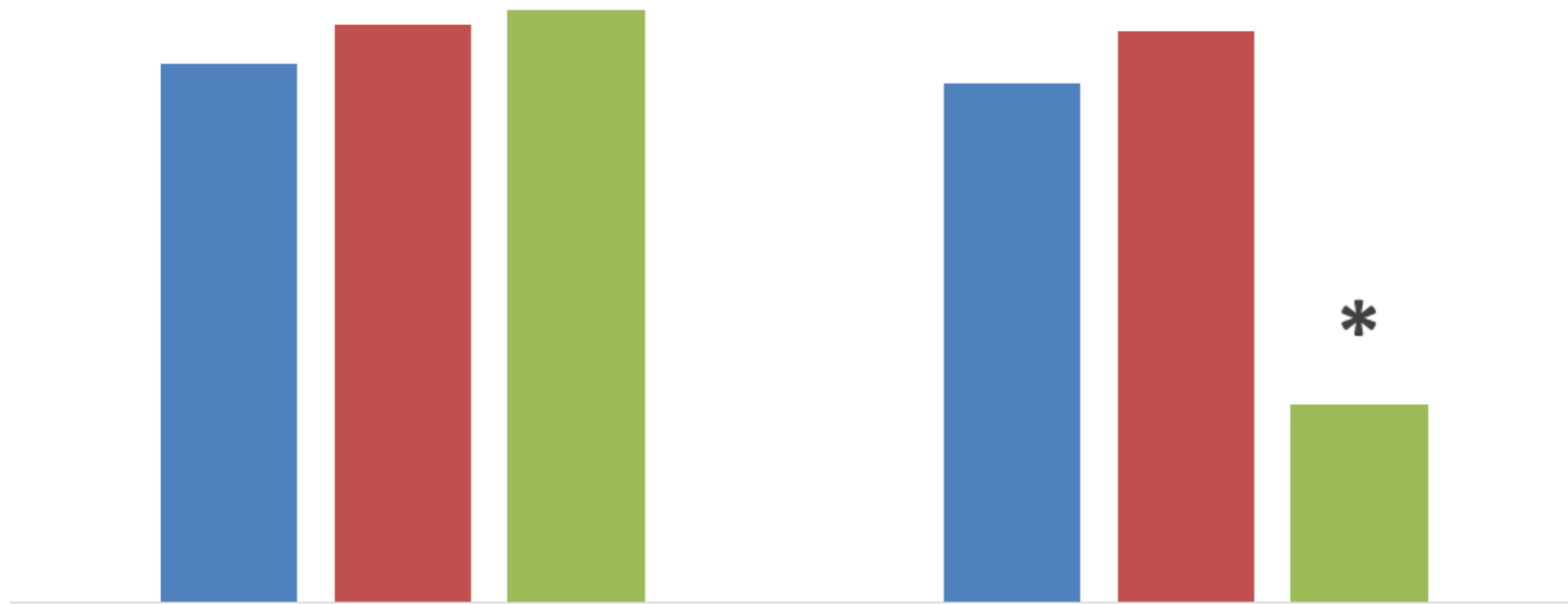
preha

no preha

■ basal ■ 24 horas ■ 72 horas

MONOCITOS

*



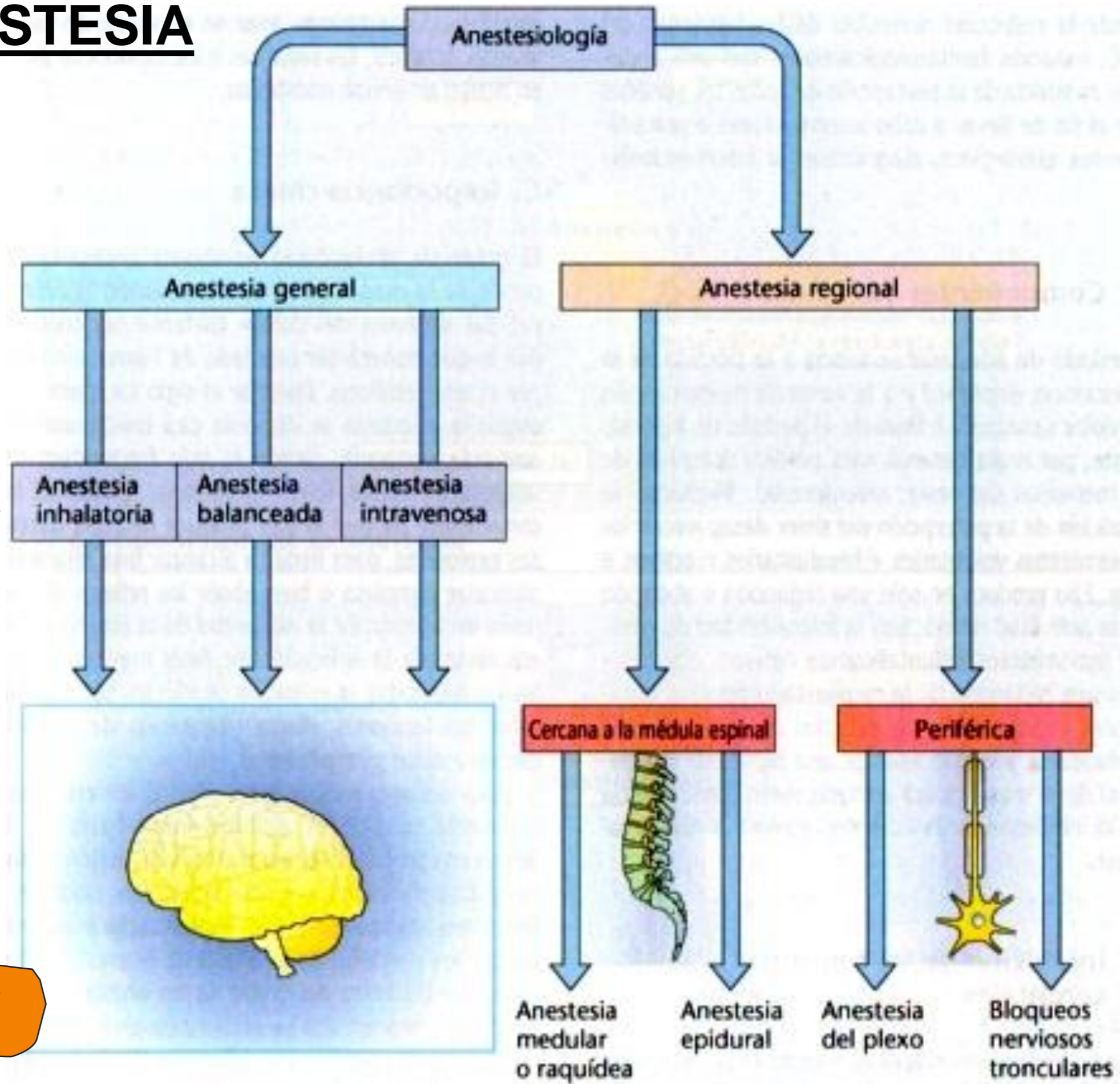
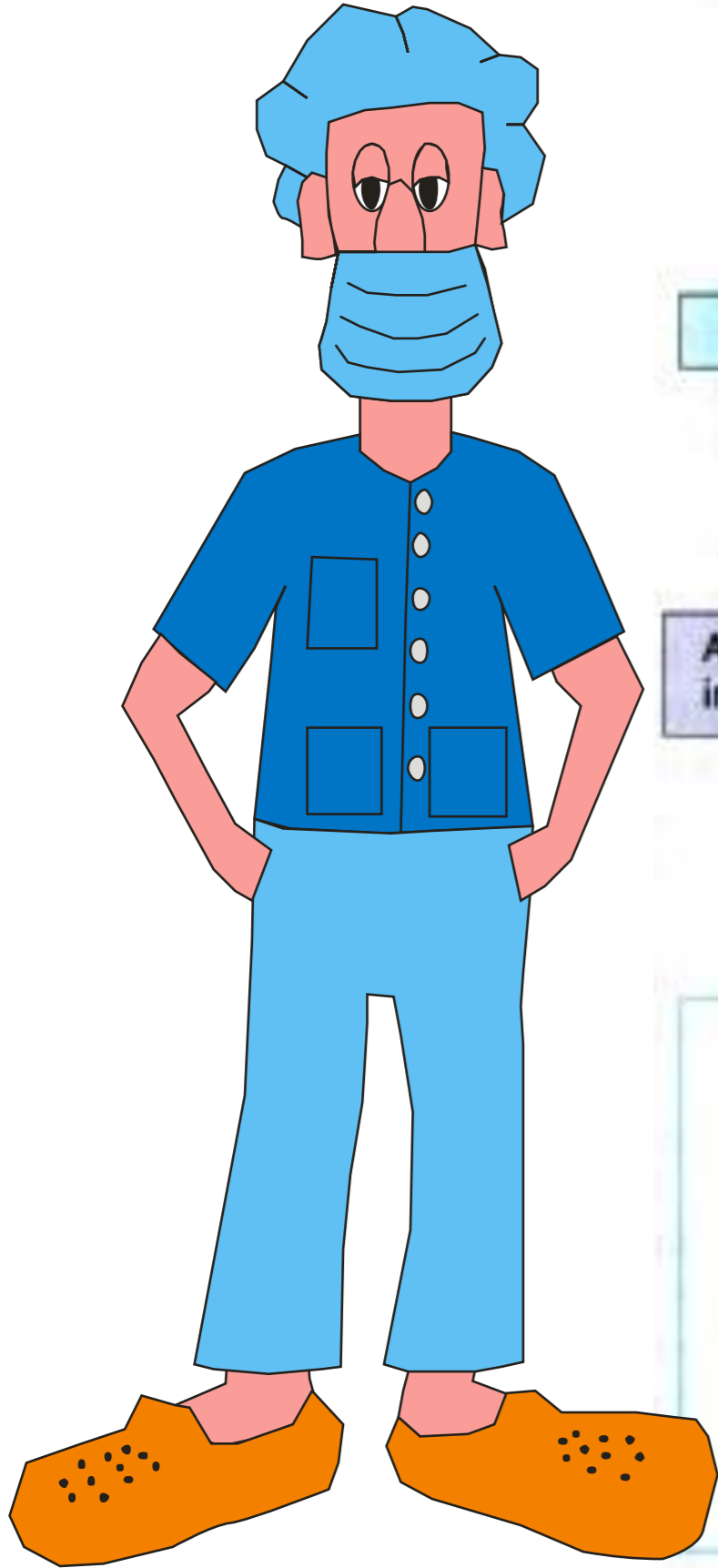
preha

no preha

■ basal ■ 24 horas ■ 72 horas

*

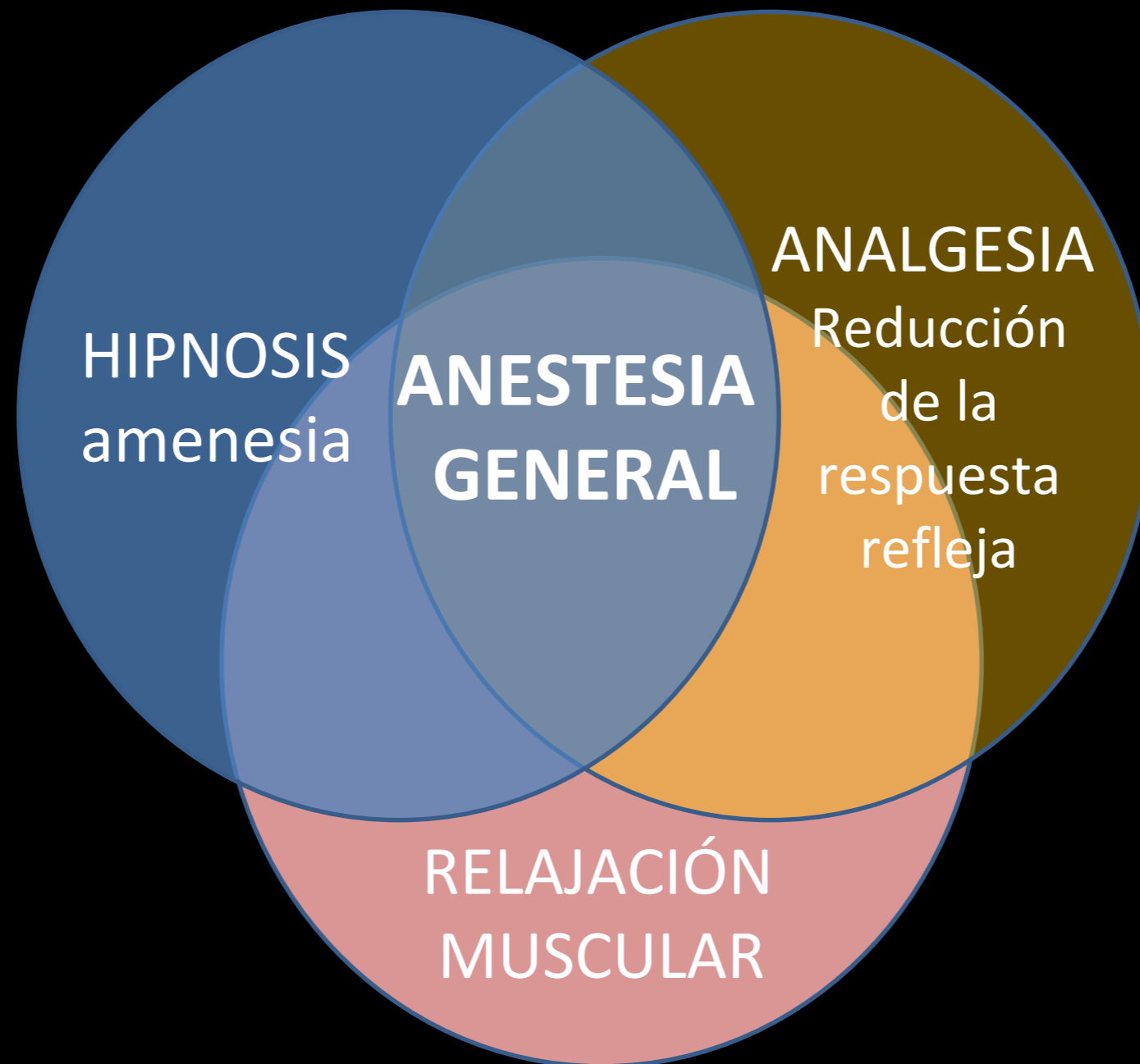
TIPOS DE ANESTESIA



ANESTESIA GENERAL



OBJETIVOS ANESTÉSICOS



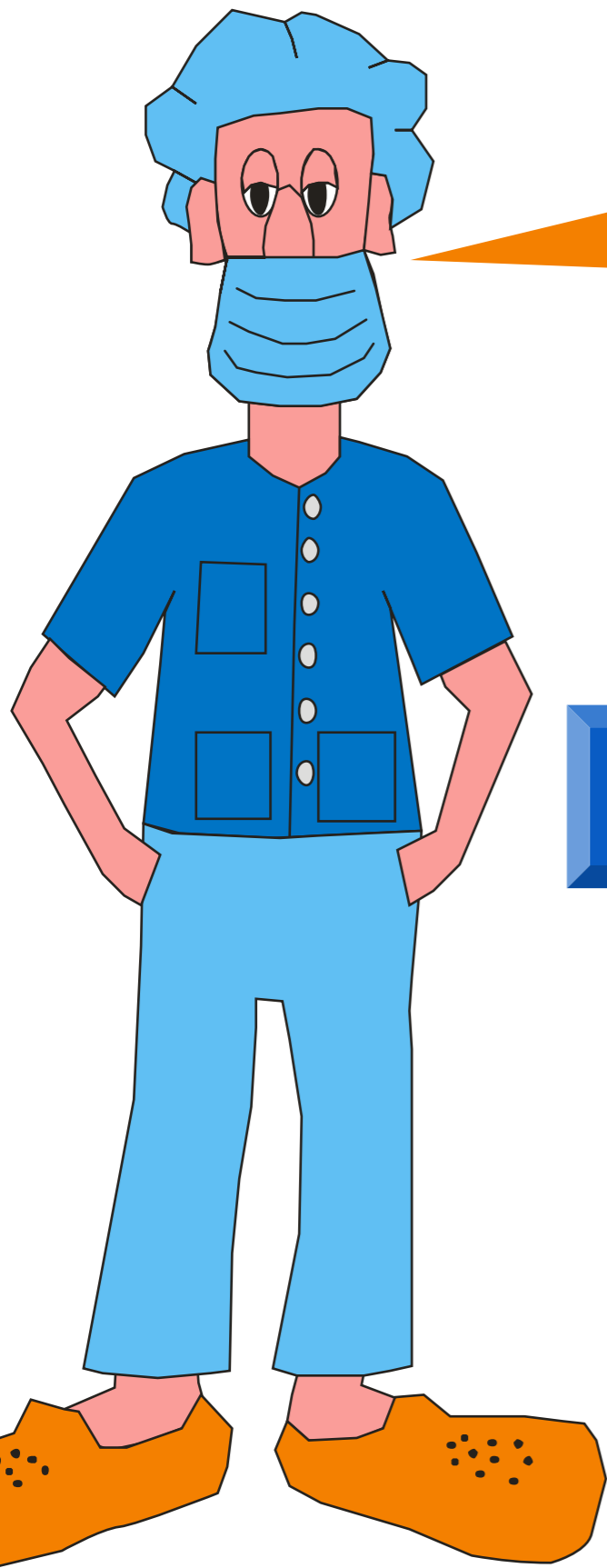
FASES DE LA ANESTESIA GENERAL

Premedicación

Inducción

Mantenimiento

Recuperación



Accesos vasculares

Accesos venosos I

V. basilíca

V. cefálica

Flexura del codo (peligro: arteria y nervio)

Antebrazo (zona de flexión; peligro: arteria y nervio)

Dorso de la mano

1. Zonas de punción

- Dorso del pie o tobillo
- V. yugular externa

2. Cánula venosa permanente

- Punción fallida
 - Extravenosa
 - Intraarterial
- Dolor de la inyección (irritación de la pared venosa)
- Tromboflebitis o trombosis de la vena

4. Complicaciones de la punción venosa periférica

Válvula de inyección

Accesos venosos II

Generales

- Medición de la presión venosa central (PVC)
- Gasometrías: saturación de O_2 ($satO_2$), $PvCO_2$, equilibrio ácido-base
- Administración de fármacos irritantes de la pared venosa (p. ej., tratamiento prolongado con catecolaminas)
- Sueroterapia prolongada
- Nutrición parenteral hipercalórica

Especiales

- Intervenciones quirúrgicas con gran desplazamiento de líquidos y/o pérdidas hemáticas
- Intervenciones con alto riesgo de embolias gaseosas
- Deshidratación intensa
- Shock
- Sospecha de embolia pulmonar
- Politraumatismo
- Ventilación mecánica controlada en pacientes con insuficiencia respiratoria

1. Indicaciones del CVC

- V. innominada
- Zonas de punción periféricas
 - V. basilíca o v. cubital media
 - V. femoral (punta del CVC en la v. cava inferior)

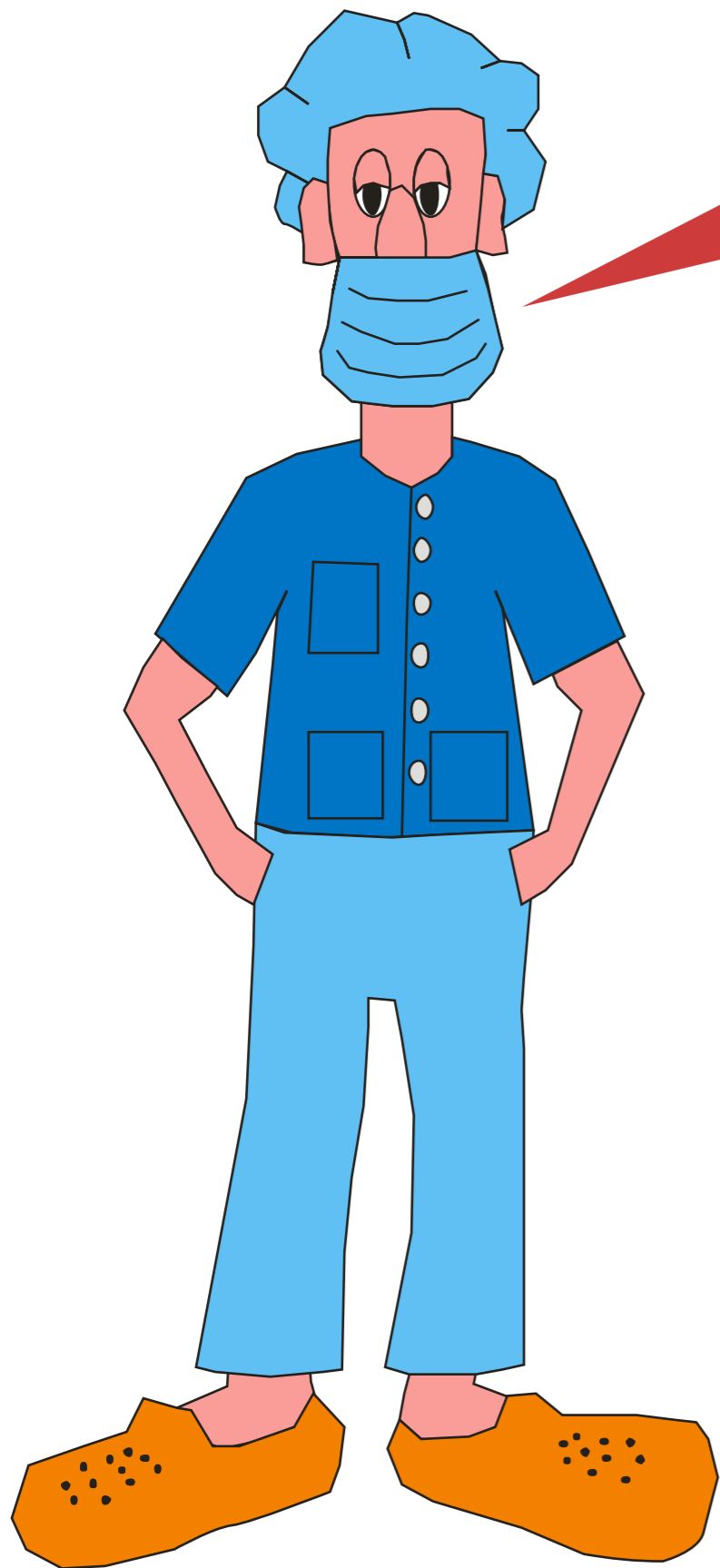
○ Paso a través de la piel

● Paso a través de la vena

2. Zonas de punción



MONITORIZACIÓN



NUESTRO NUEVO
NARKOSOMAT HACE
QUE FINALMENTE EL
ANESTESIÓLOGO SE OCUPE DE
LAS COSAS VERDADERAMENTE
IMPORTANTES



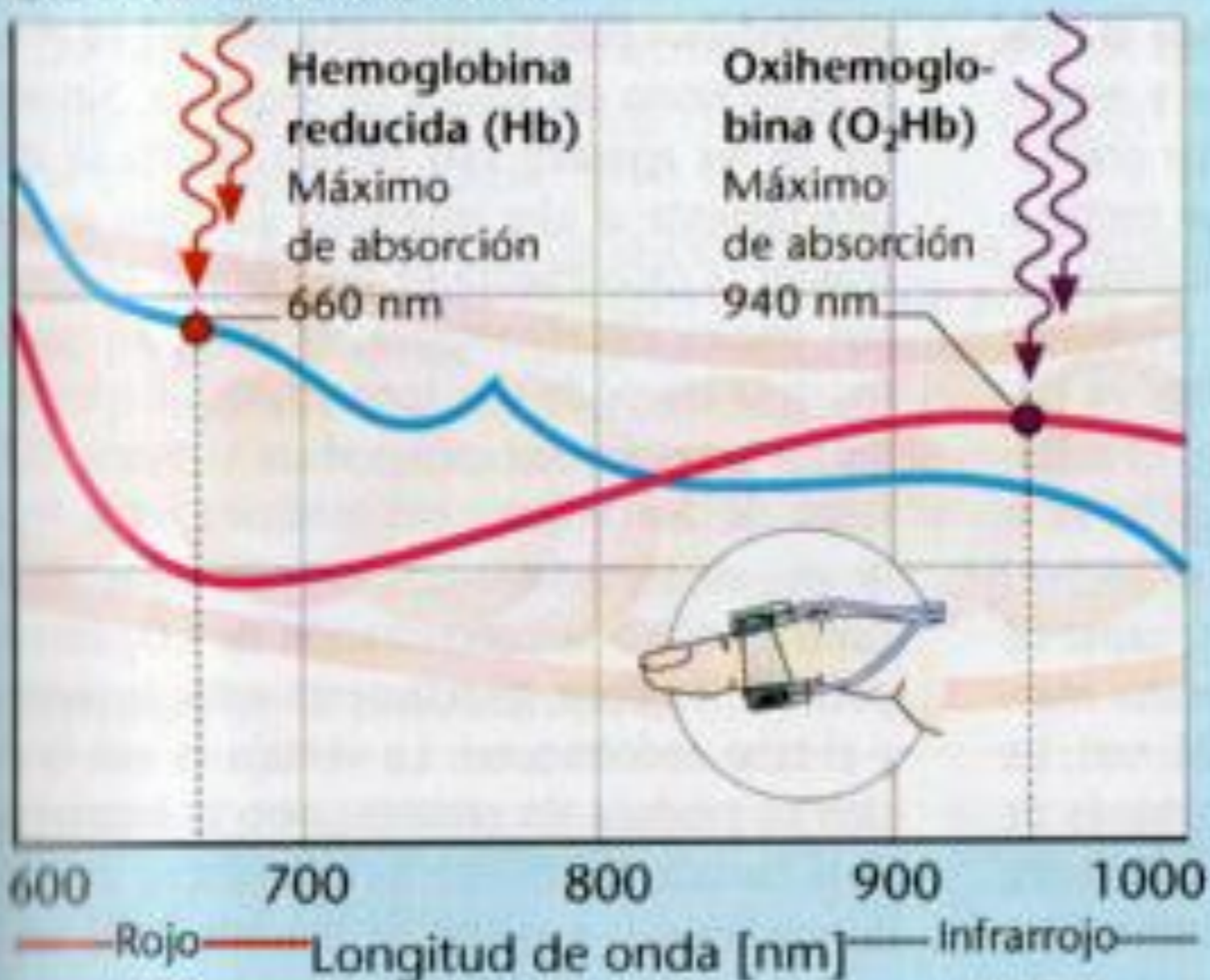


MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA BÁSICA

MONITORIZACIÓN

función cardiopulmonar III

Coeficiente de extinción



1. Curva de absorción de la oxihemoglobina (O₂Hb) y de la hemoglobina reducida (Hb)

pSaO ₂ [%]	PaO ₂ [mm Hg]
99 o 100	95-650
95	= 80
90	= 60
70	= 40
50	= 25

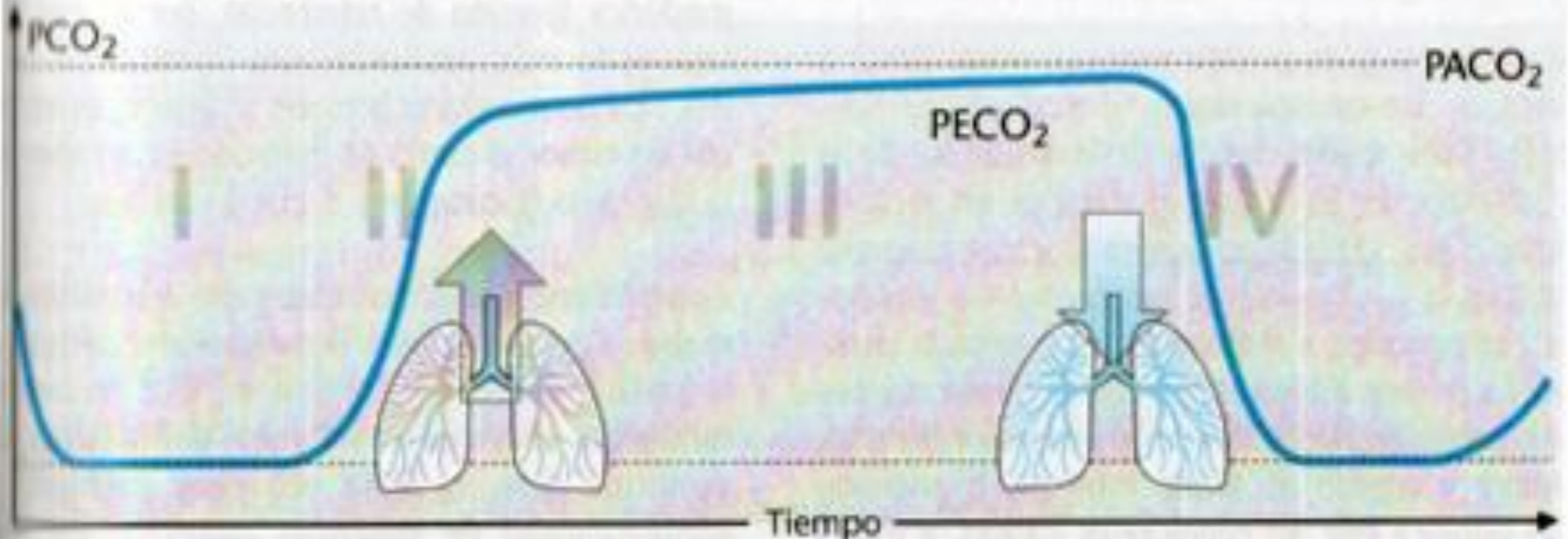
Los valores dependen de:

- Temperatura
- Valor de pH
- [2,3-DPG]
- PaCO₂

2. Correlación entre pSaO₂ y PaO₂

MONITORIZACIÓN

Función cardiopulmonar V

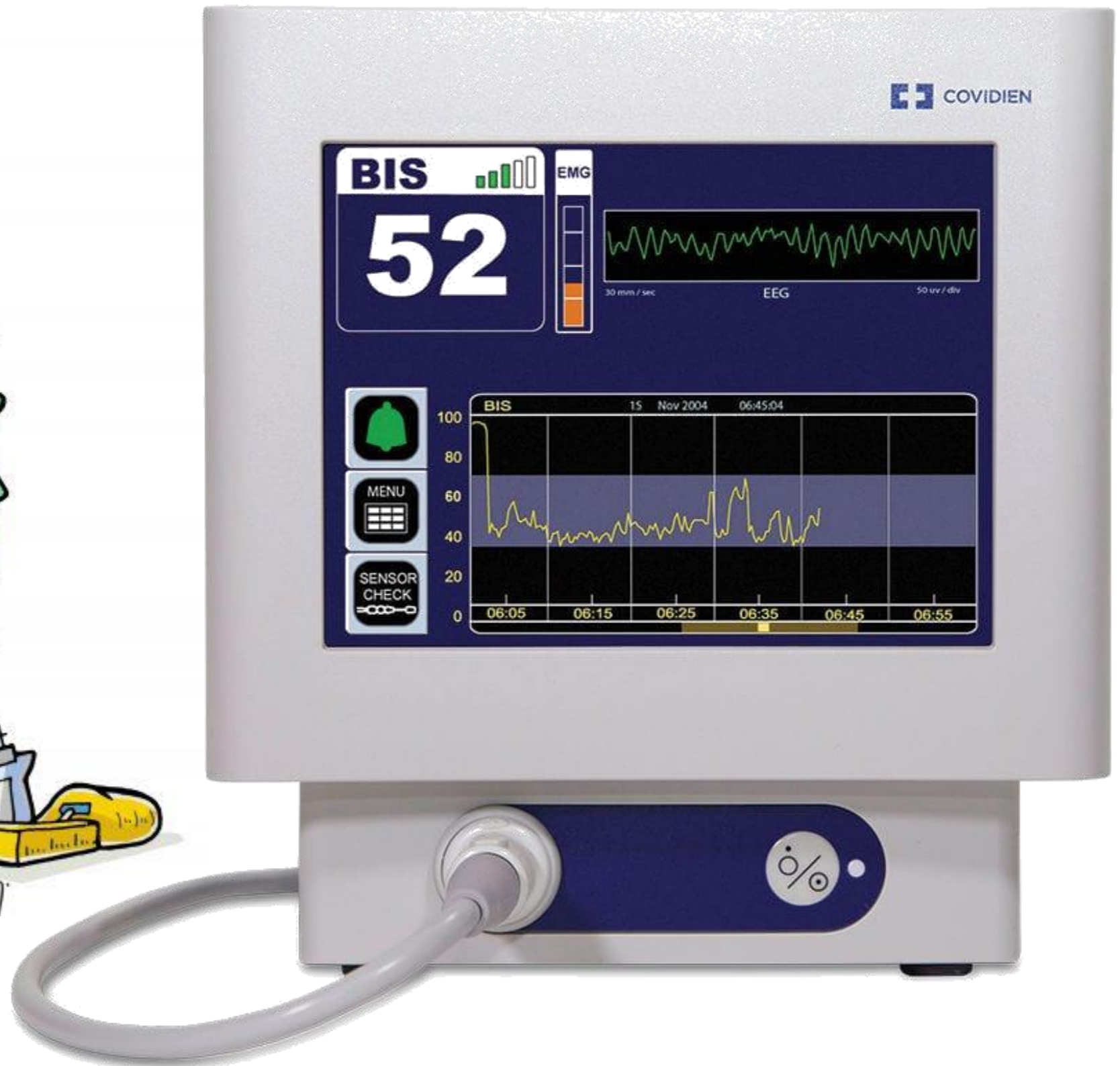


Fase I
Gas inspiratorio
sin CO_2

Fase II
Inicio de la
fase espiratoria:
incremento
rápido de la
 PCO_2

Fase III (fase de meseta)
Fase de espiración de CO_2 alveolar.
El valor máximo de la PCO_2 se alcanza
al final de la espiración o al final del VC
(punto D) y se indica como dígitos
en el monitor: $PetCO_2$ o $PECO_2$.
La $PECO_2$ corresponde normalmente
a la PCO_2 alveolar media ($PACO_2$)

Fase IV
Inicio de la
fase inspiratoria:
declive de la PCO_2



MONITORIZACIÓN DE LA PROFUNDIDAD ANESTÉSICA GRADO DE HIPNOSIS

BIS



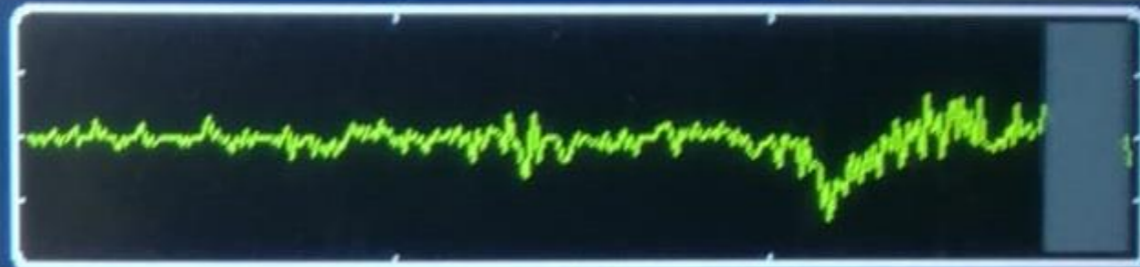
94

EMG



TS

0



25 mm / seg.

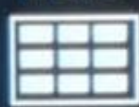
EEG

25 μ v / división

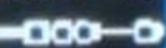
SILENCIO



MENÚ



SENSOR
COMPROB



BIS

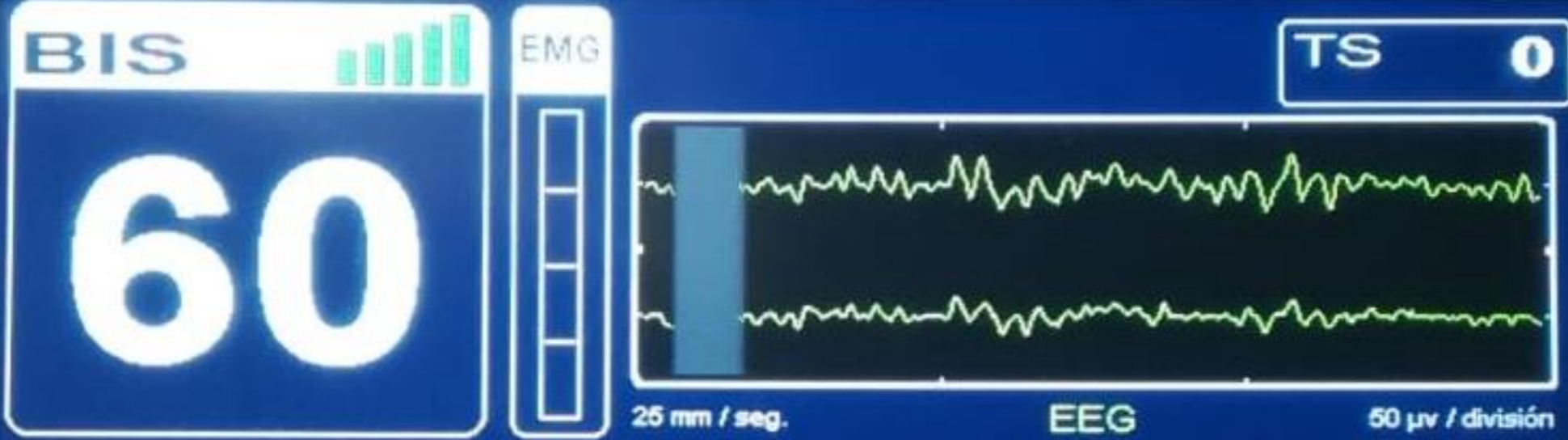
17 Feb 2020 17:51:29
YB5j

EMG

100
80
60
40
20
0



80
70
60
50
40
30



SILENCIO

MENÚ

SENSOR COMPROB



BIS



39


EMG





TS 0



25 mm / seg. EEG 50 µv / división

SILENCIO 

MENÚ 

SENSOR COMPROB 

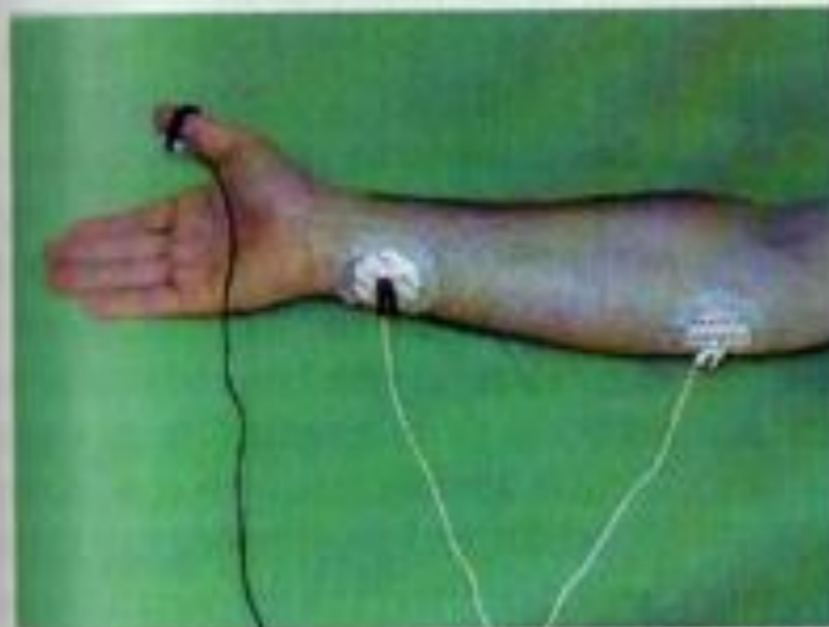


MONITORIZACIÓN

Relajación muscular



A. Valoración clínica

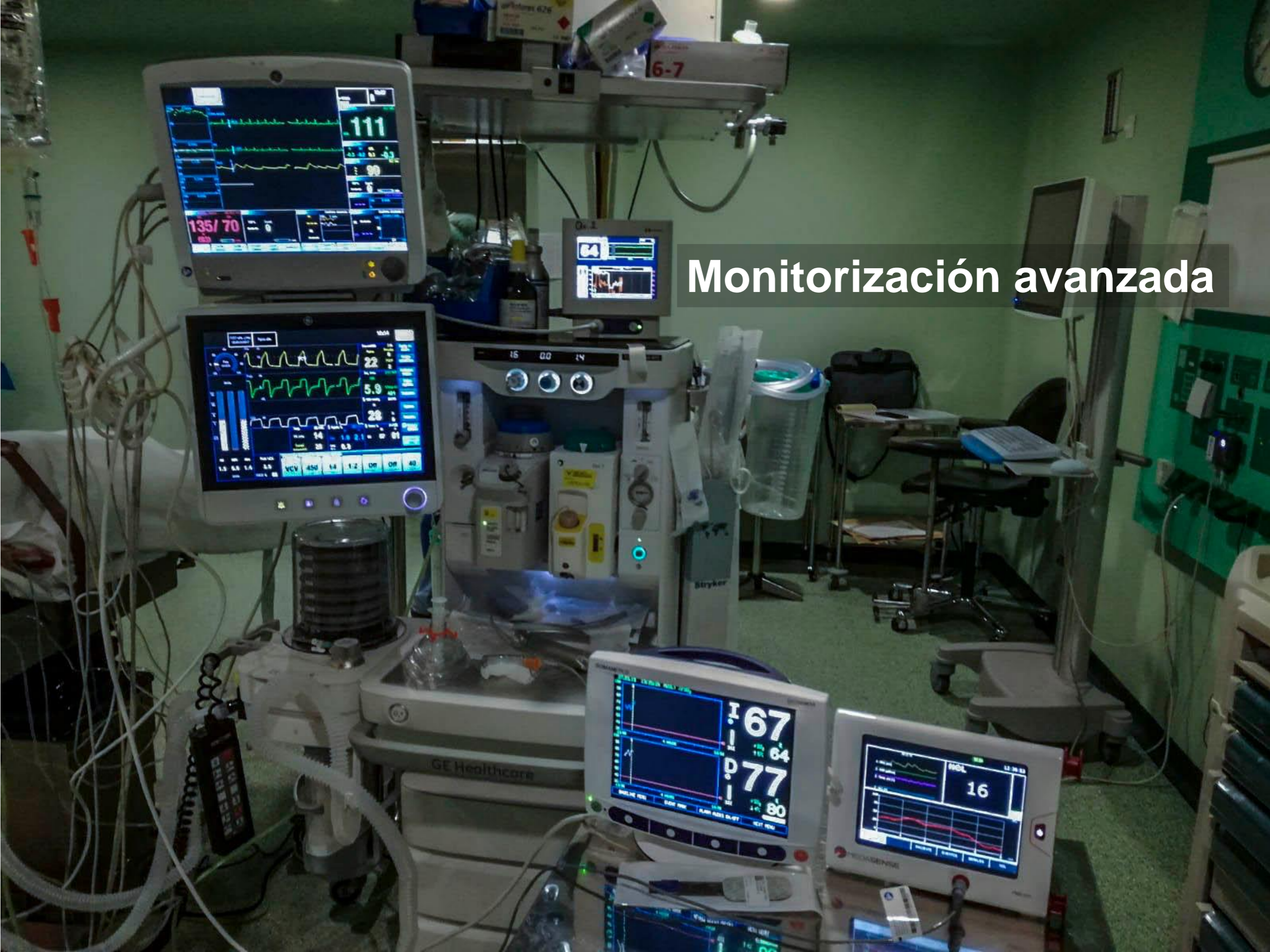


1. Electromiografía de aceleración

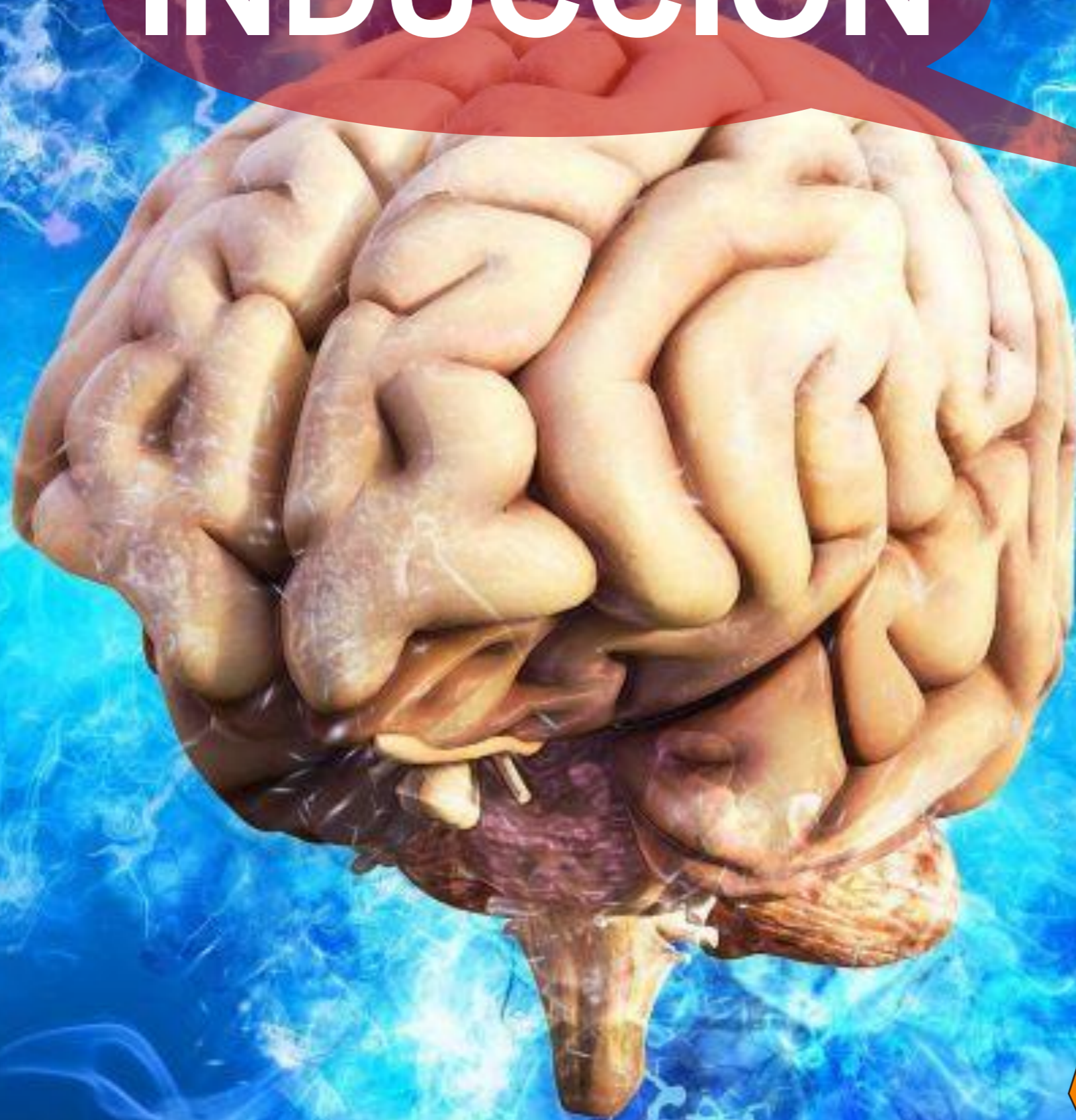
Intensidad eléctrica	40 mA
Estimulaciones simples (<i>twitch</i>)	Frecuencia 0,1 Hz (actividad continua), duración del estímulo 0,1-0,2 ms
TOF	Frecuencia de estimulación 2 Hz (máximo cada 10 s)
Tétanos	Frecuencia 50 Hz, duración del estímulo 5 s (máximo cada 5 min)
Estimulación simple postetánica	Frecuencia 1 Hz

3. Programación básica del neuroestimulador

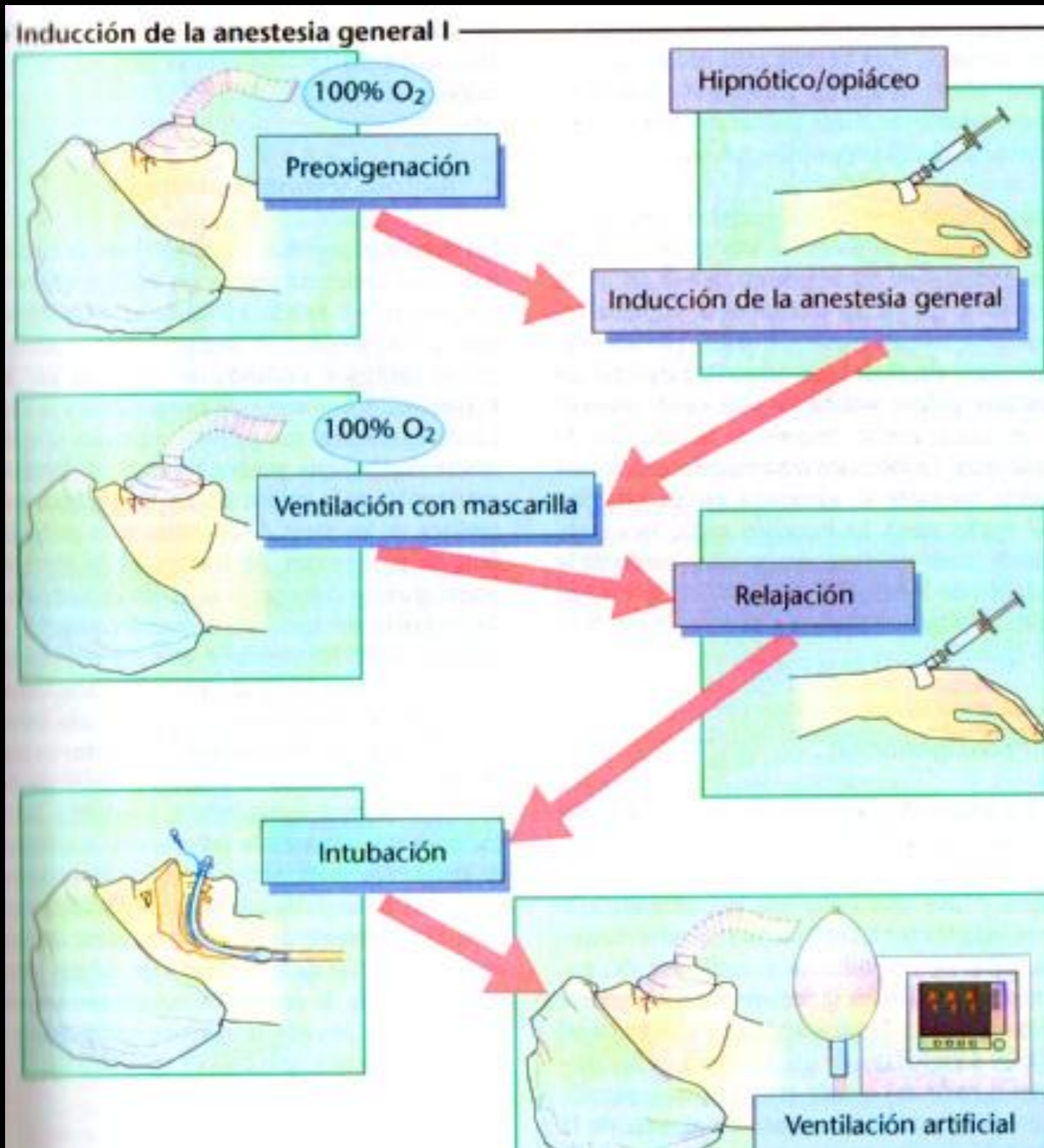
Monitorización avanzada



INDUCCIÓN



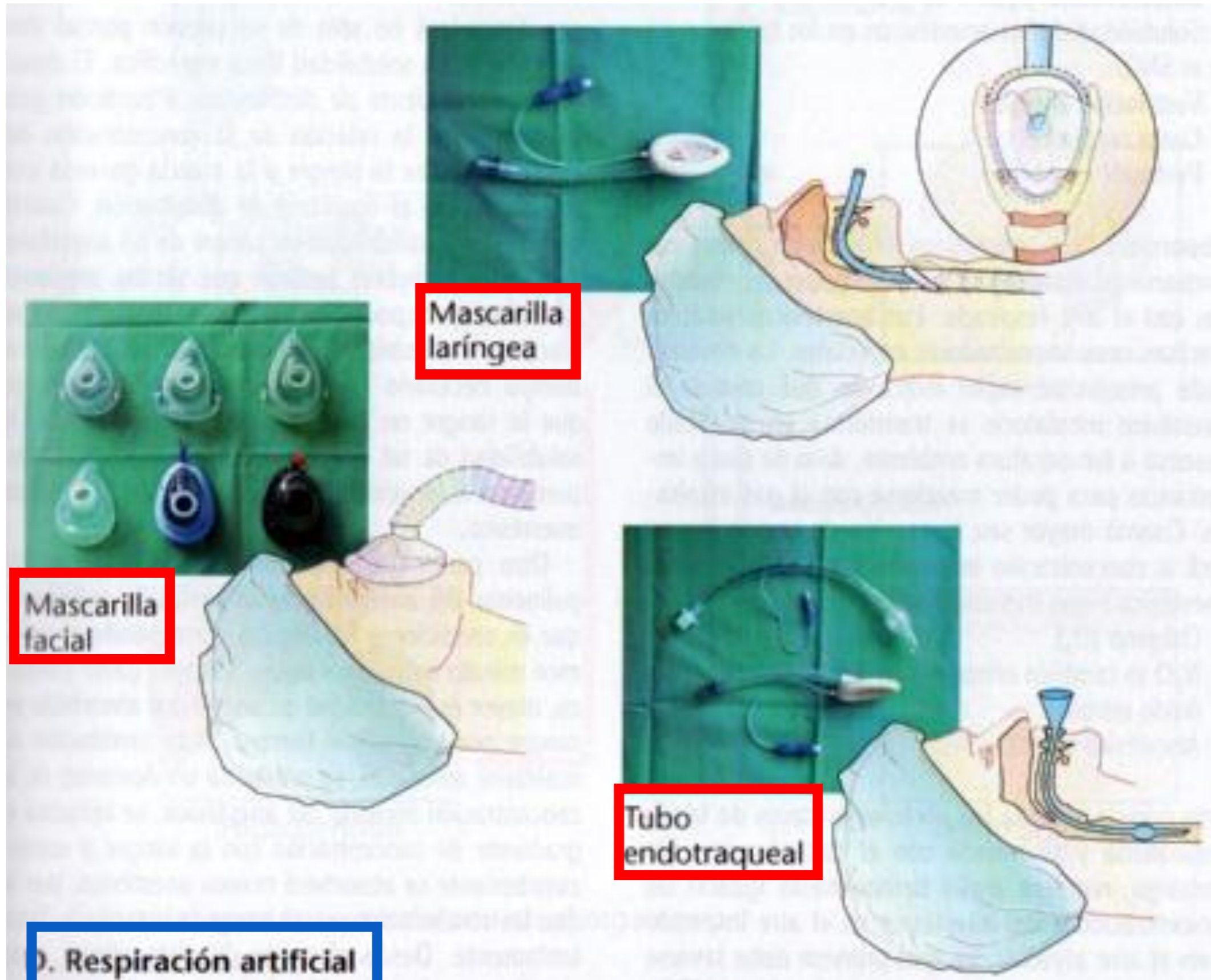
INDUCCIÓN



ACTUACIÓN SOBRE DE LA VÍA AÉREA

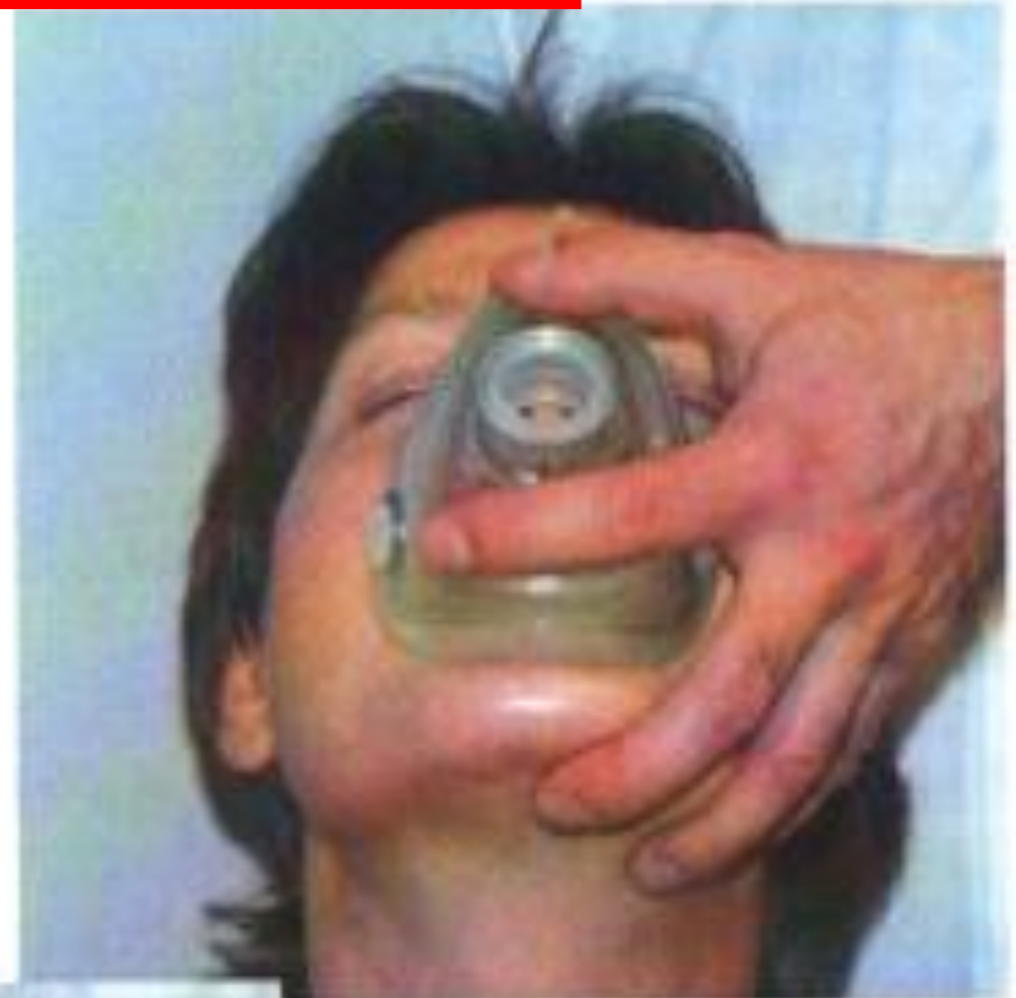


CONTROL DE LA VÍA AÉREA



VENTILACIÓN A MASCARILLA

Mascarillas y mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea I



Mascarillas faciales



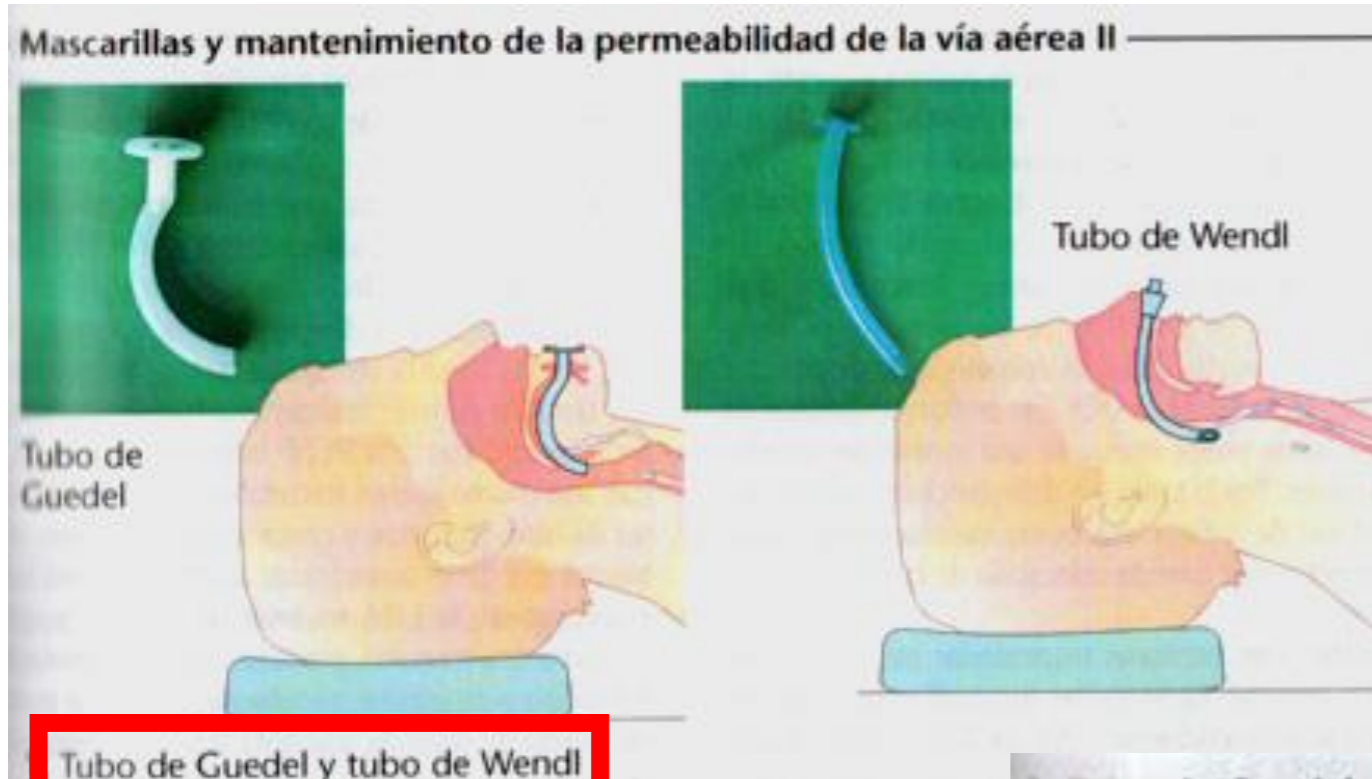
La ventilación mediante una mascarilla debe realizarse exclusivamente de forma manual con una bolsa de ventilación



Colocación de los dedos para un buen ajuste de la mascarilla: «maniobra en C»



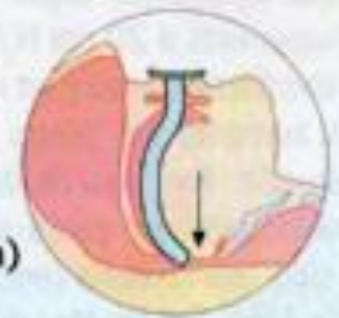
APERTURA VÍA AÉREA



1. Tubo de Guedel y tubo de Wendl

- Obstrucción de la vía aérea
 - Desplazamiento de la epiglotis
 - Caída posterior de una lengua grande (tubo de Guedel)
 - Epistaxis/hemorragia nasal (tubo de Wendl)
- Lesiones dentarias (mordedura durante la fase de excitación)
Ulceraciones de labios y nariz
- Edema de úvula (tubo de Guedel)
- Tos, náuseas, vómitos
- Laringoespasma
- Broncoaspiración
- Estimulación cardiovascular (más intensa con el tubo de Guedel)

Complicaciones del tubo de Guedel y de Wendl



MASCARILLA LARÍNGEA

- Intervenciones en que no es necesaria o deseable una intubación endotraqueal y la mascarilla facial no es adecuada
- Duración de la intervención > 15 min y < 2-3 h
- Intervenciones ambulatorias
- Intervenciones en ojos y oídos
- Anestesia general en cantantes
- Intubación difícil inesperada (como guía para la colocación del tubo endotraqueal)
- Ventilación en situación de urgencia



- Franca reducción de la apertura bucal (p. ej., anquilosis)
- Dientes incisivos sueltos
- Falta de ayuno o alto riesgo de broncoaspiración
- Decúbito prono
- Intervenciones intraabdominales, intratorácicas e intracraneales
- Aplicación de altas presiones de ventilación (p. ej., en enfermedades pulmonares)
- Obesidad
- Enfermedades de la boca, faringe o laringe
- Hipertrofia amigdalar
- Previsión de una intubación difícil
- Falta de experiencia

a. Indicaciones de la LMA

b. Contraindicaciones de la LMA

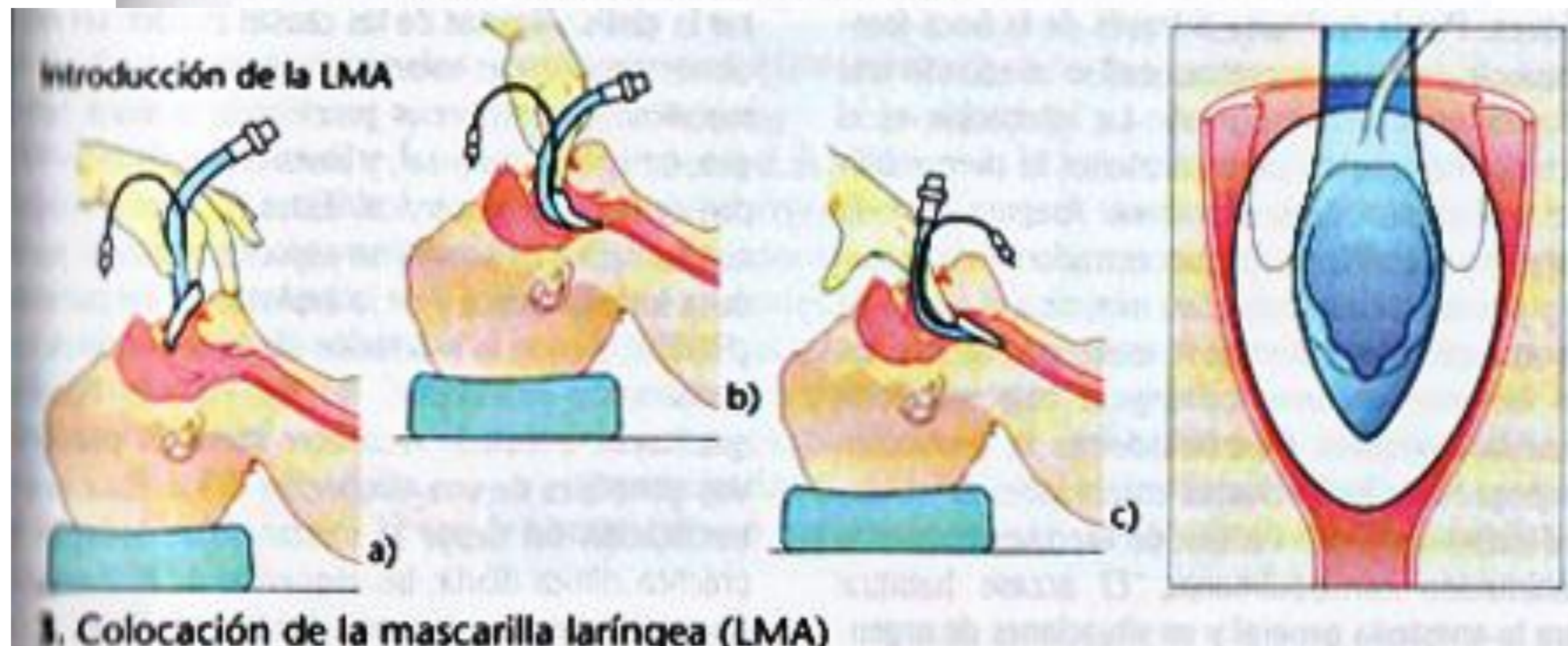
MASCARILLA LARÍNGEA



1. Mod. estándar

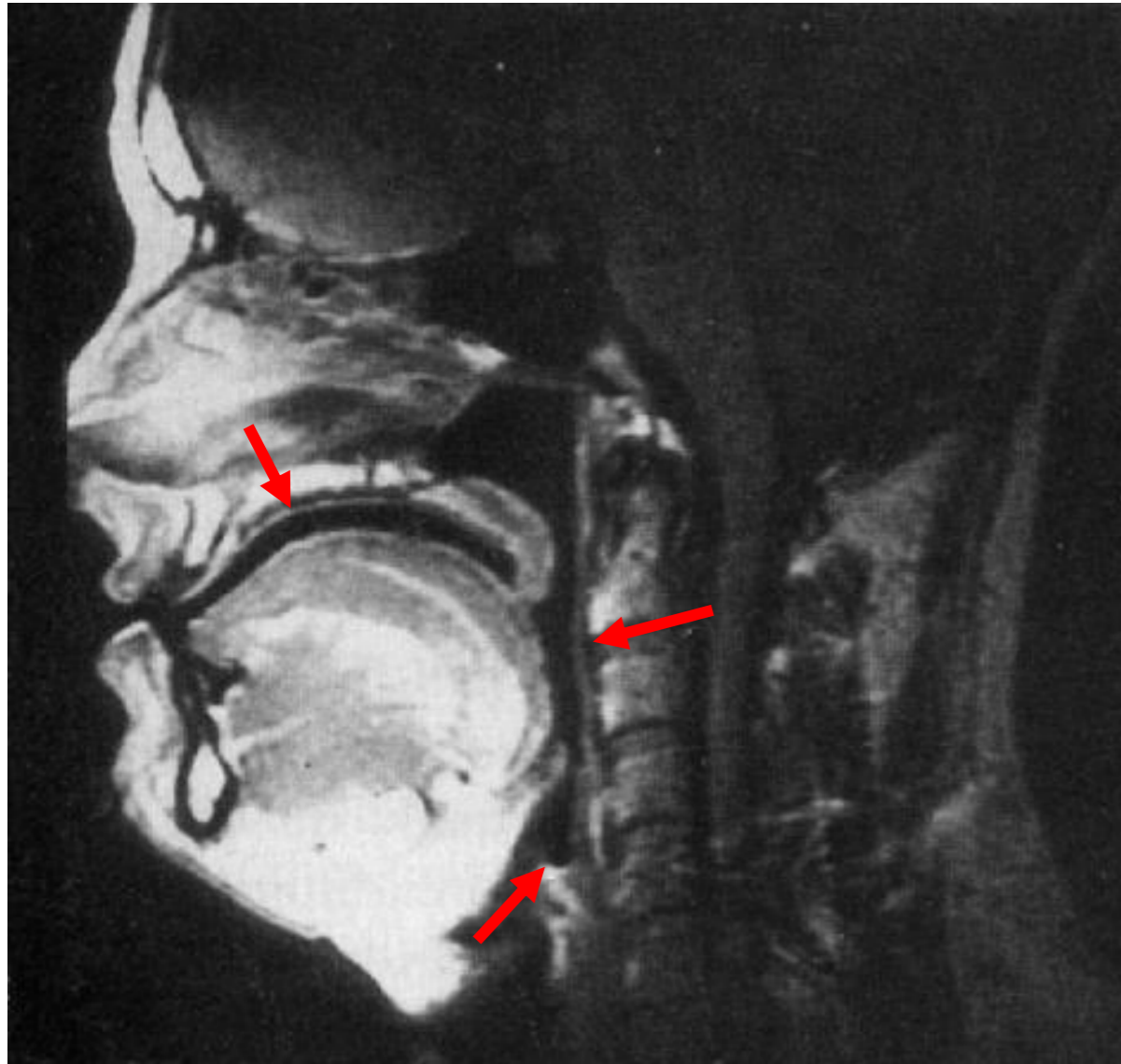
Tamaño/ n.º	Aplicable en	Volumen máximo de llenado del balón (ml)
1	Lactantes hasta 6,5 kg	5
2	Niños pequeños hasta 20 kg	10
2,5	Niños (20-30 kg)	20
3	Adolescentes (30-50 kg)	25
4	Adultos	35
5	Adultos corpulentos > 90 kg o mal ajuste del n.º 4	40

2. Elección de la mascarilla laríngea

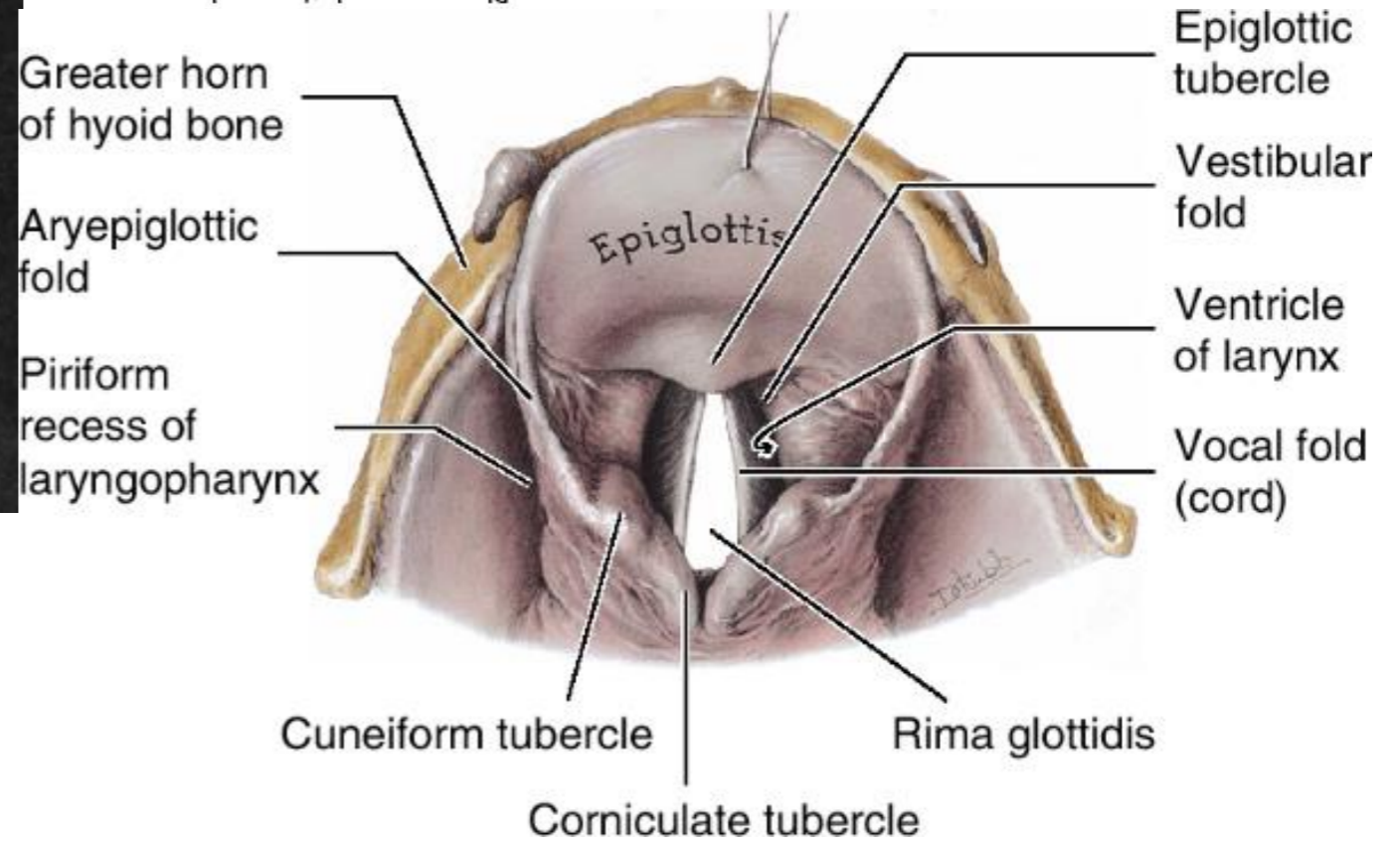
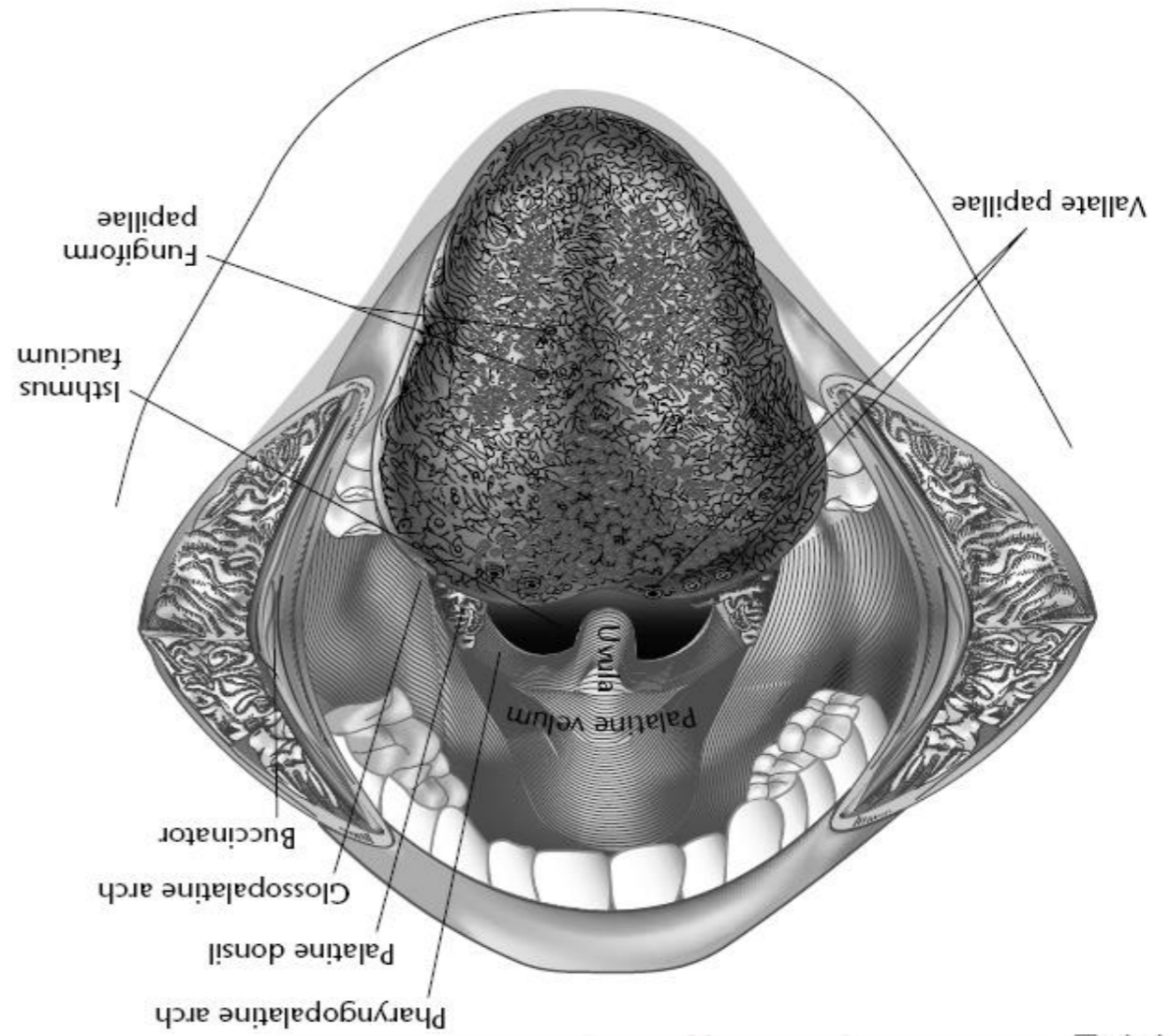


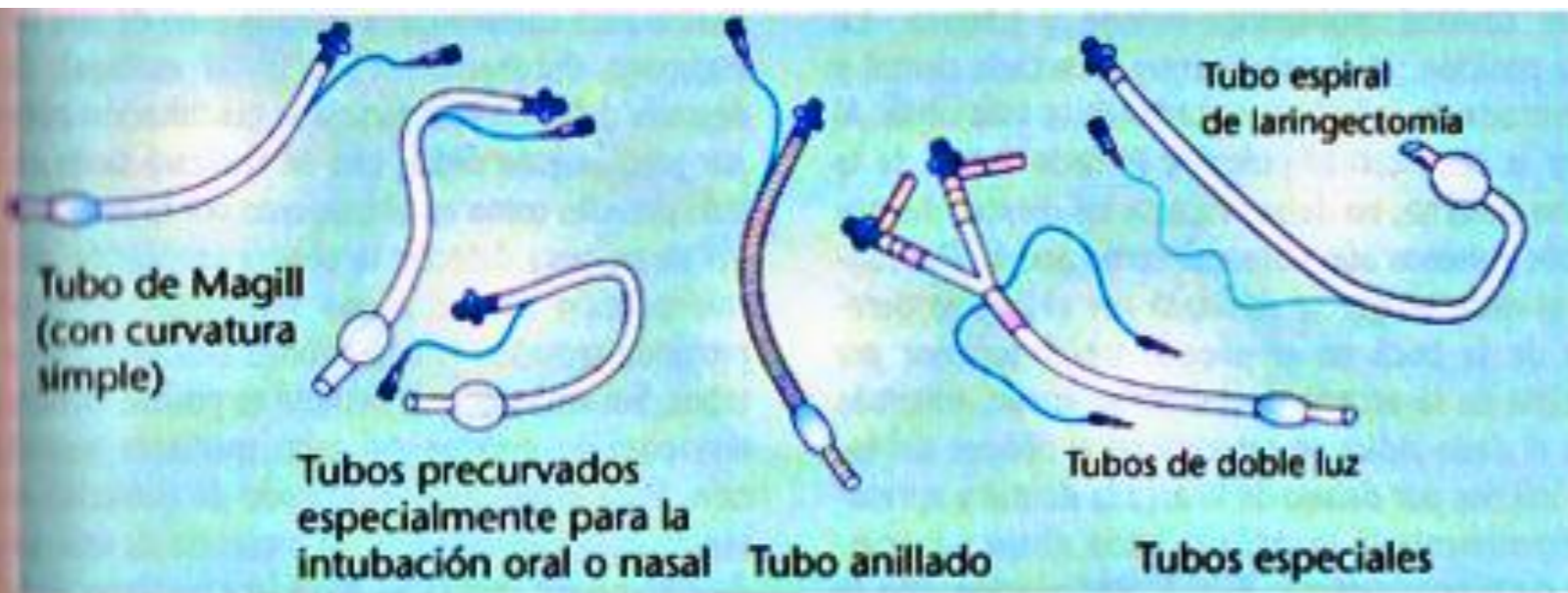
INTUBACIÓN



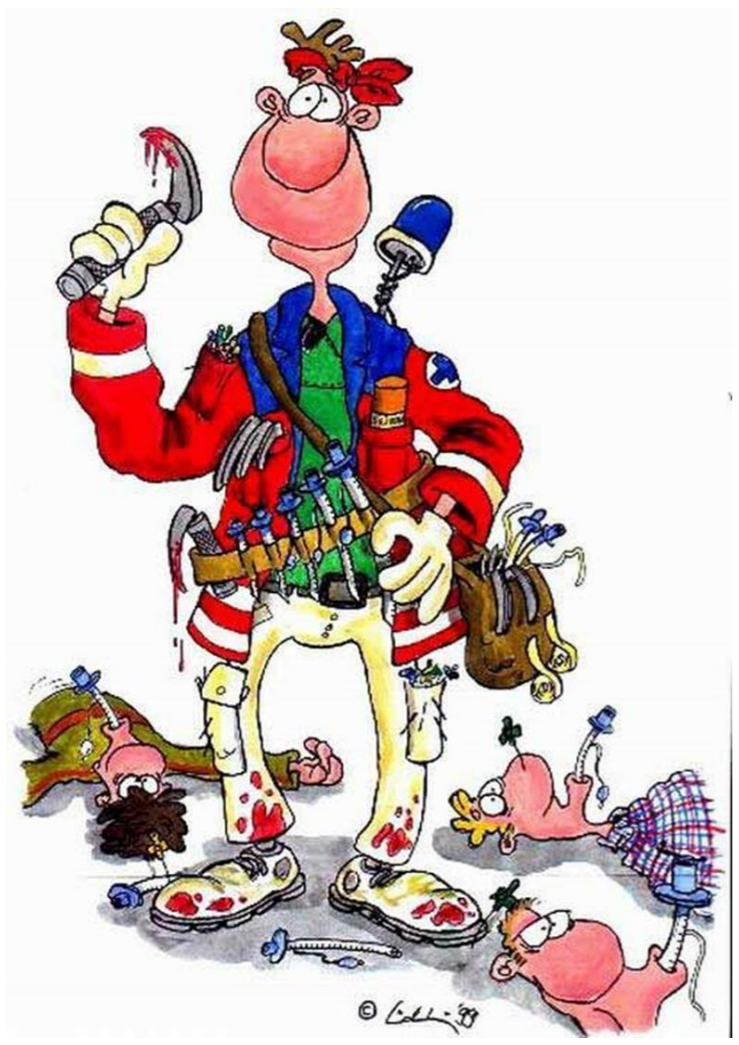


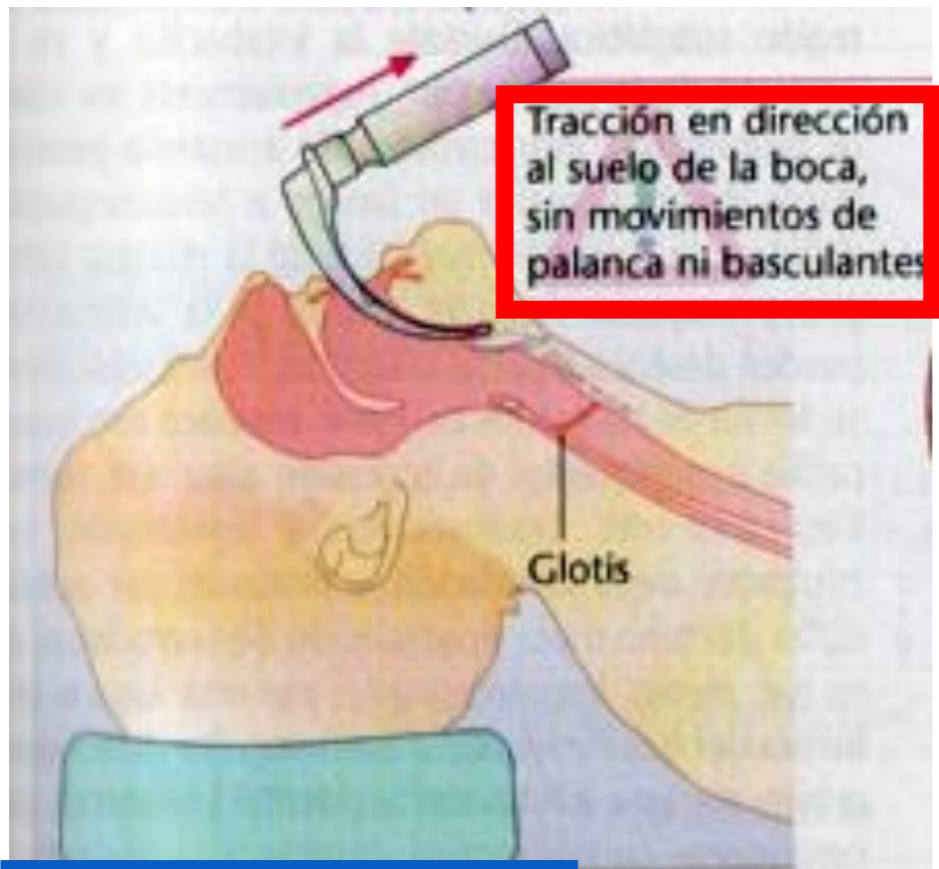
POSICIÓN NEUTRA





Visión global de los tubos endotraqueales
C. Tubos endotraqueales

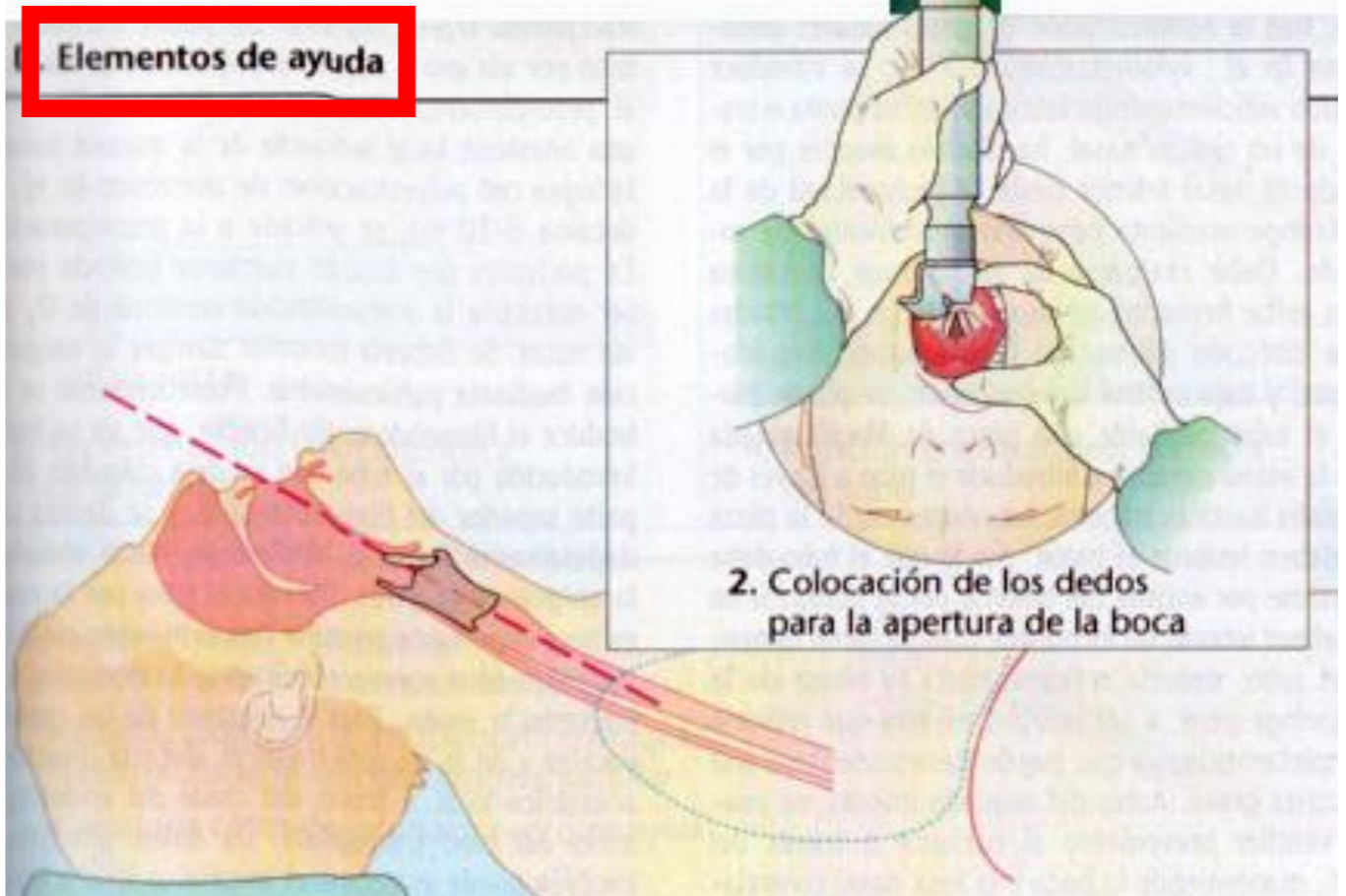




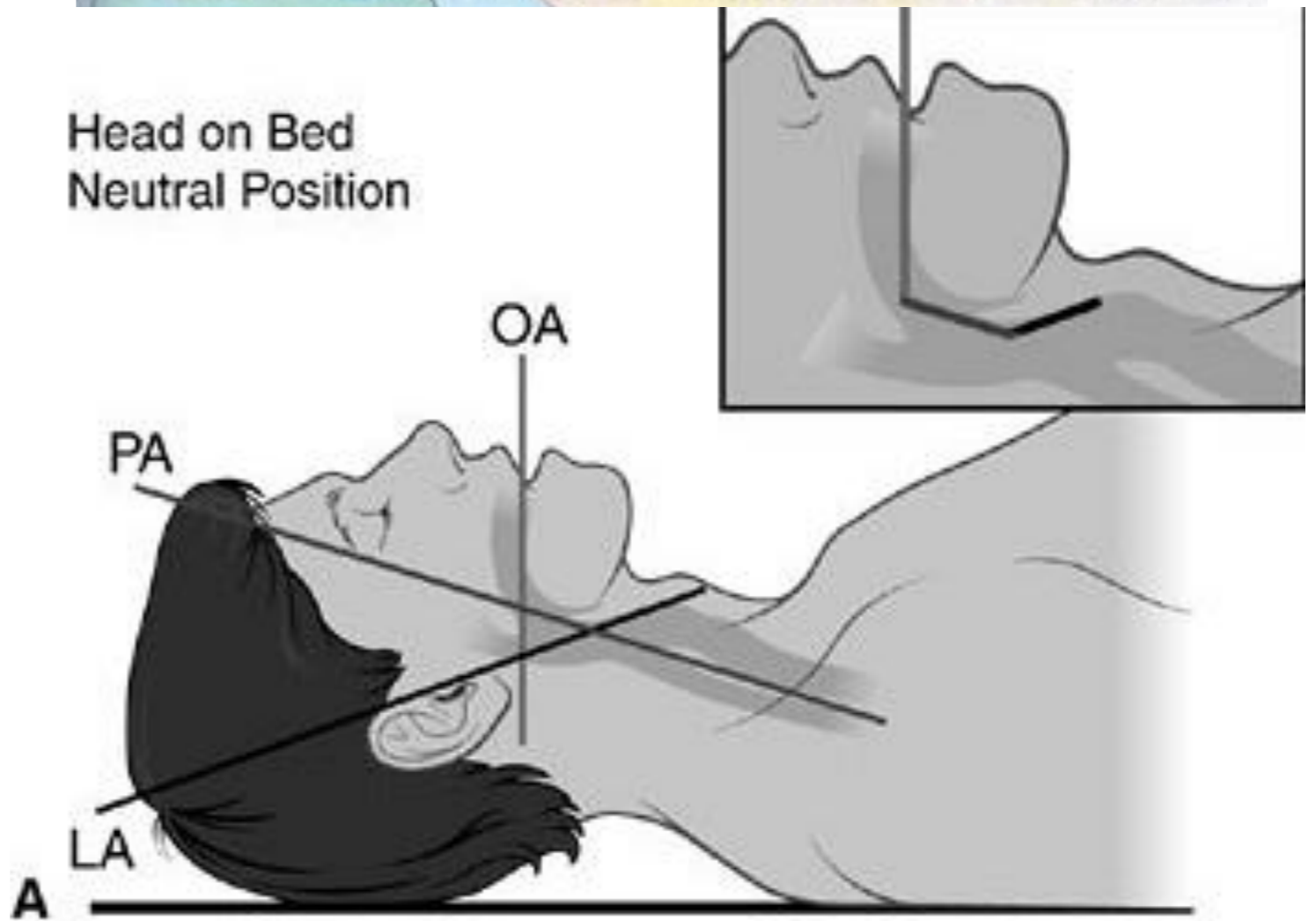
Pala curva de Macintosh



Pala recta



Head on Bed
Neutral Position



Intubación endotraqueal II

Clase I
Pared posterior de la faringe, úvula, paladar duro y blando visibles



Clase II
Punta de la úvula tapada por la base de la lengua; paladar duro y blando visibles



Clase III
Únicamente visible el paladar blando



Clase IV
(modificado según Samsoon y Young)
Únicamente visible el paladar duro

Grado 1
Visualización completa de la glotis



Grado 2
Únicamente visible el tercio posterior de la glotis y la comisura posterior



Grado 3
Glottis completamente tapada; sólo se visualiza la epiglotis



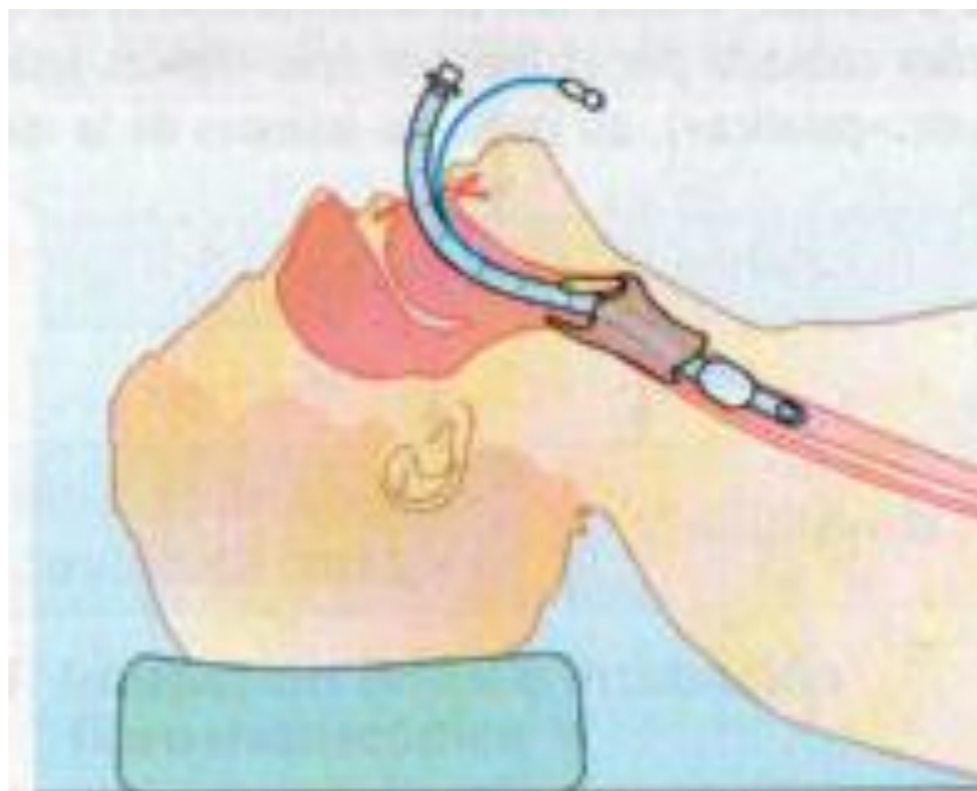
Grado 4
Como el 3; además, oclusión completa de la epiglotis por las estructuras del suelo de la boca

I. Clasificación de Mallampati (inspección de la cavidad oral)

II. Clasificación de Cormack y Lehane (inspección laríngea directa)

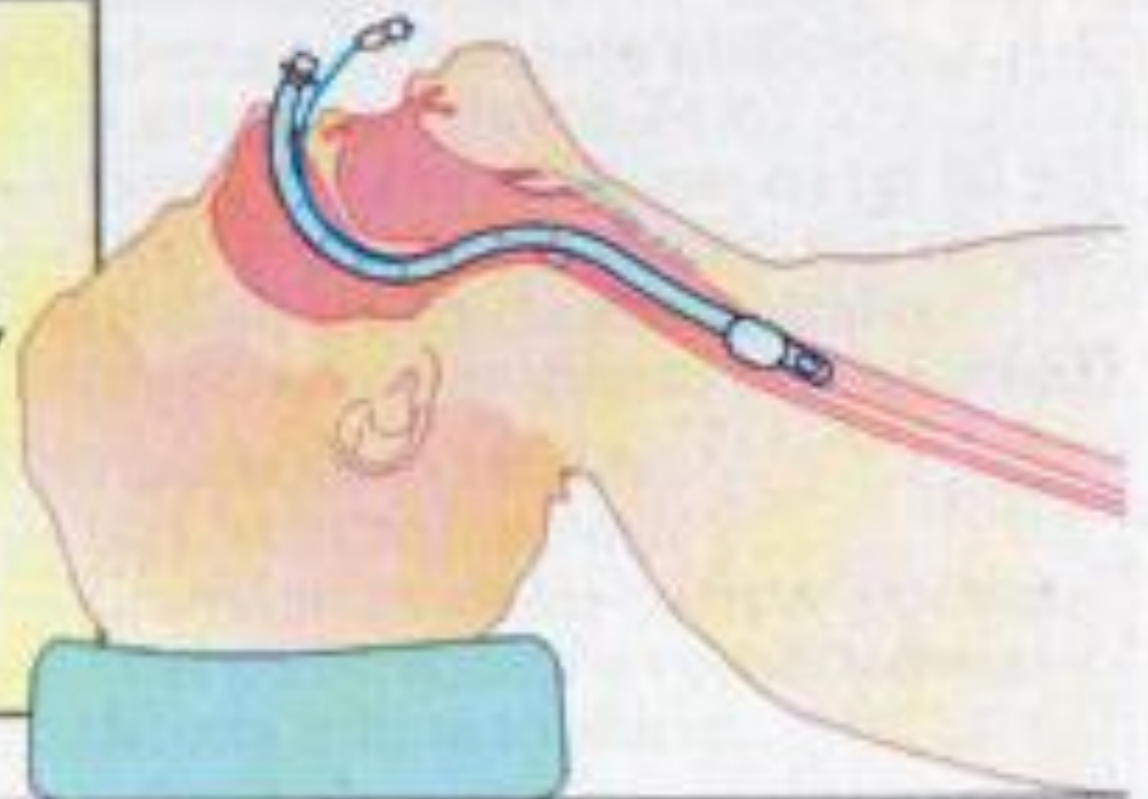
II. Valoración de las condiciones de intubación





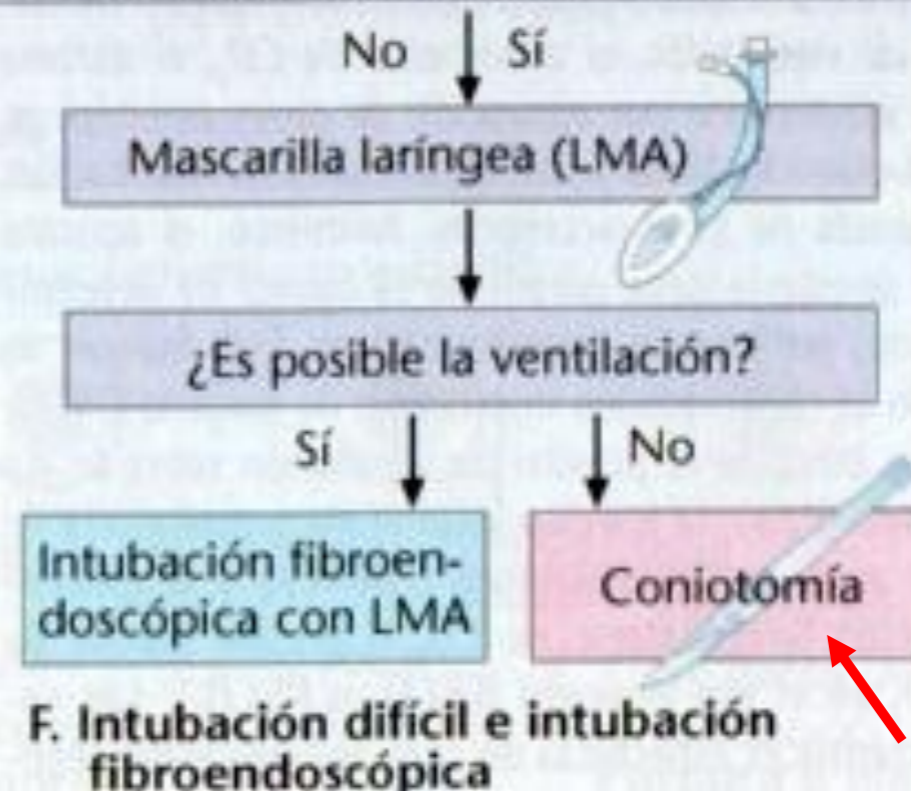
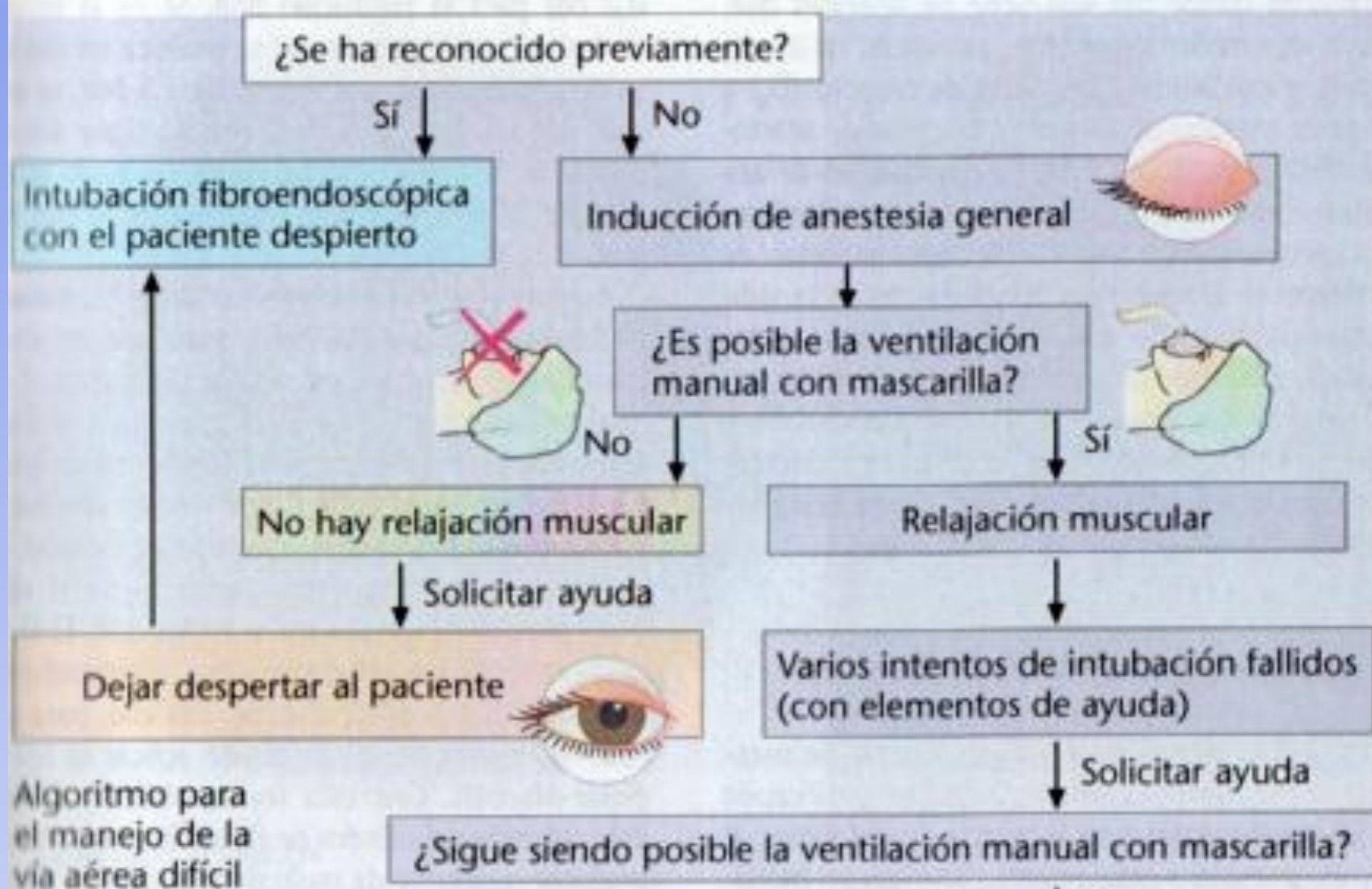
4. Posición endotraqueal correcta del tubo

- Intervenciones en que un tubo orotraqueal sería un obstáculo
- Obstáculos para la intubación orotraqueal, distrofias de la articulación mandibular
- Algunos casos de intubación orotraqueal difícil



5. Indicaciones de la intubación nasotraqueal

ALGORITMO



- Lesiones dentarias
- Hemorragias
- Heridas de la laringe (p. ej., luxación aritenoidea)
- Perforación traqueal
- Broncoaspiración
- **Intubación esofágica**
- Intubación endobronquial (unilateral)
- Estimulación refleja (laringoespasma, broncoespasmo; simpático-adrenérgica-vagal)
- Lesiones de la médula en casos de trauma previo de la columna cervical



1. Durante la intubación

- Obst. tubo endotraqueal
- Fugas/hernia del balón
- Dislocación del tubo en dirección endotraqueal, extubación accidental
- Broncoespasmo
- Neumotórax (barotrauma)
- Broncoaspiración (especialmente microaspiración)



2. Con el tubo endotraqueal colocado

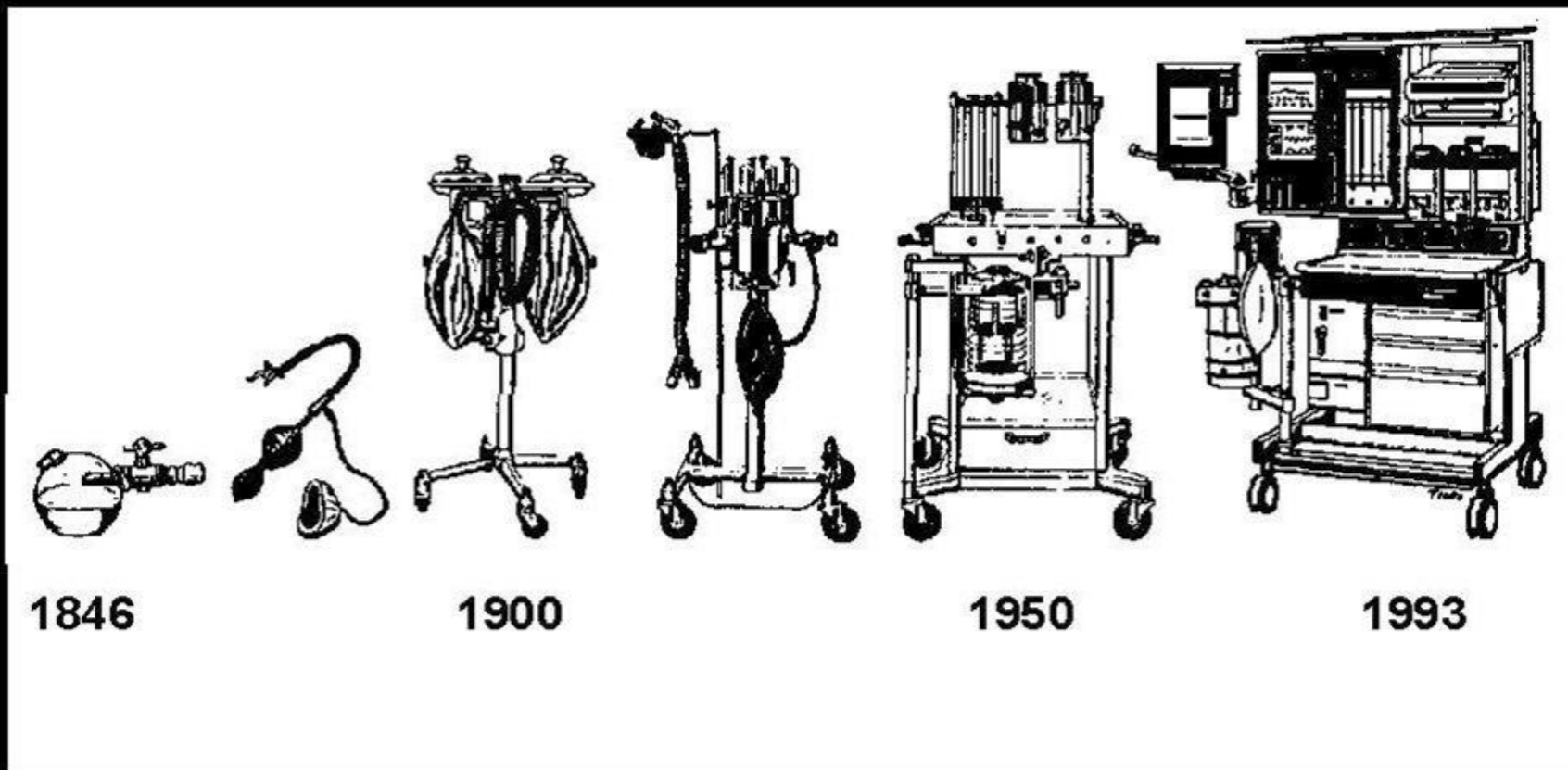
G. Complicaciones de la intubación

- **Complicaciones precoces**
 - **Laringo y broncoespasmo**
 - **Broncoaspiración**
 - Edema o hematoma glótico o subglótico (hasta 24 h)
 - Faringitis/laringitis (hasta en un 50 %)
 - Molestias en la articulación mandibular
 - Parálisis de las cuerdas vocales (muy rara; mecanismo desconocido)
- **Complicaciones tardías**
 - Ulceraciones/necrosis
 - Granulomas de las cuerdas vocales
 - Estenosis traqueal a consecuencia de una traqueomalacia

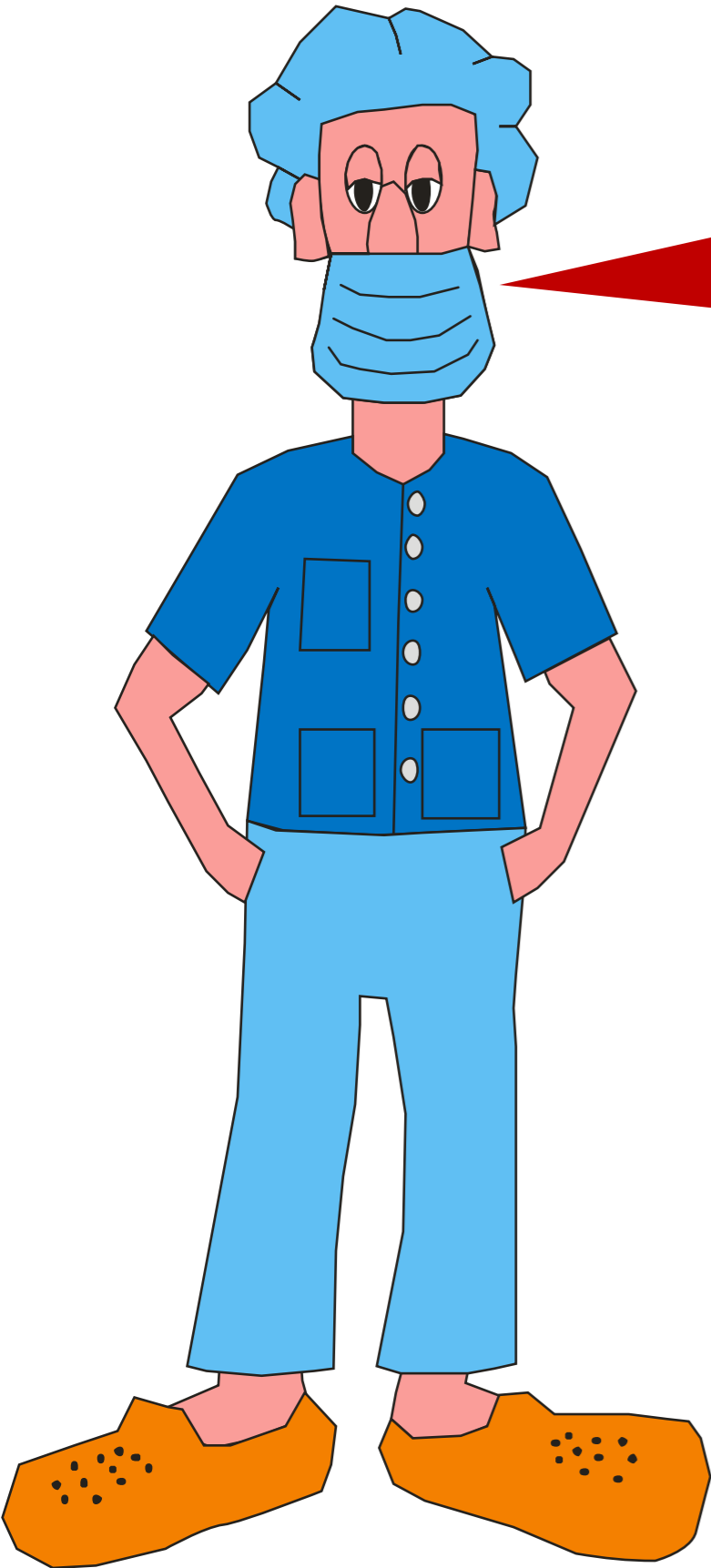


3. Después de la extubación

Anesthesia Machine Evolution



Modalidad	Principio de funcionamiento
Manual asistida	Soporte de la respiración espontánea (que es insuficiente) a una frecuencia sincronizada con la del paciente
Manual controlada	Ventilación manual completa en ausencia de respiración espontánea
Mecánica asistida	Disparo (<i>trigger</i>) de la ventilación mecánica por la inspiración espontánea
Mecánica controlada	Ventilación mecánica completa en ausencia de respiración espontánea



**MANTENIMIENTO
ANESTÉSICO**

HIPNOSIS
-halogenados
-IV

ANALGESIA

OFA
OTA
regional

**Bloqueo
muscular**



DESPERTAR

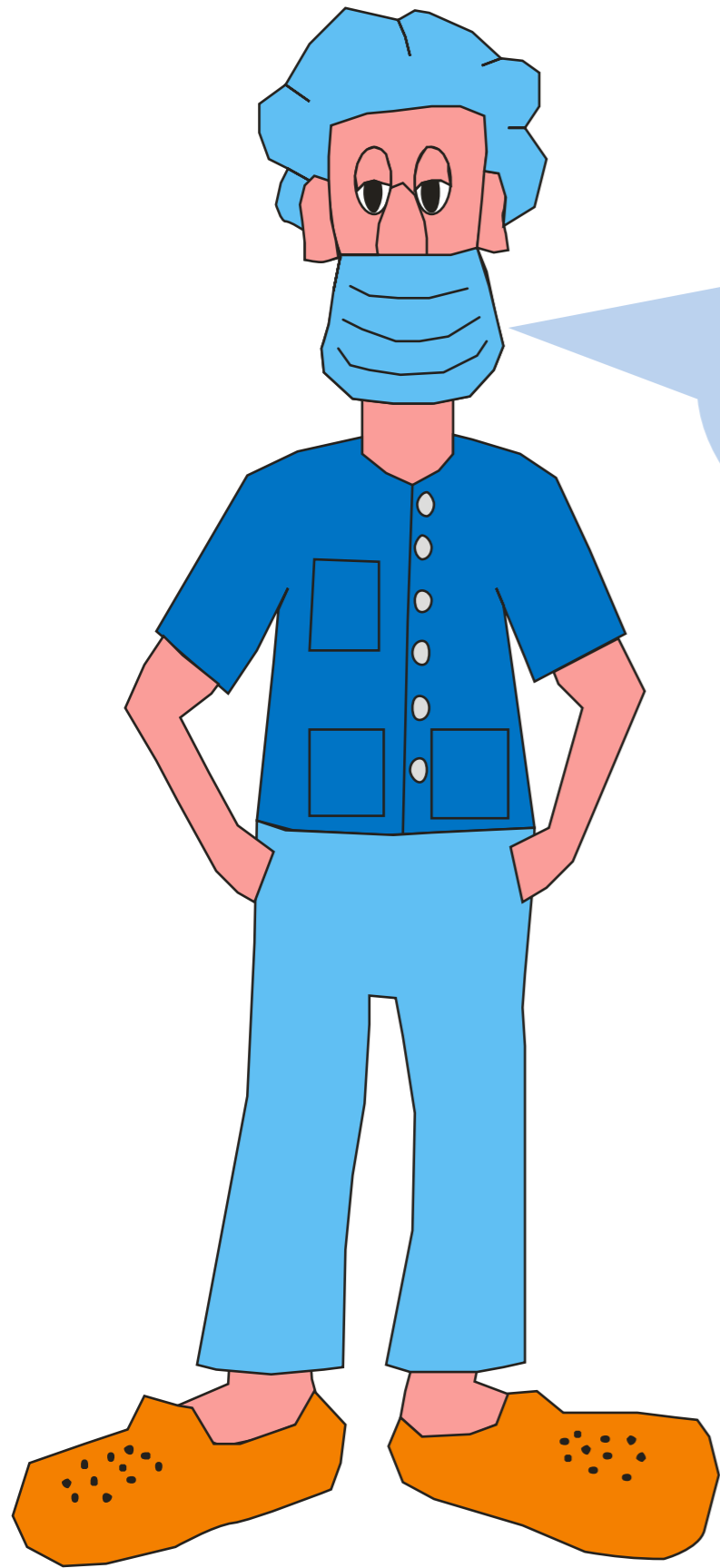
EDUCACIÓN

Se interrumpe
la administración
de fármacos
anestésicos

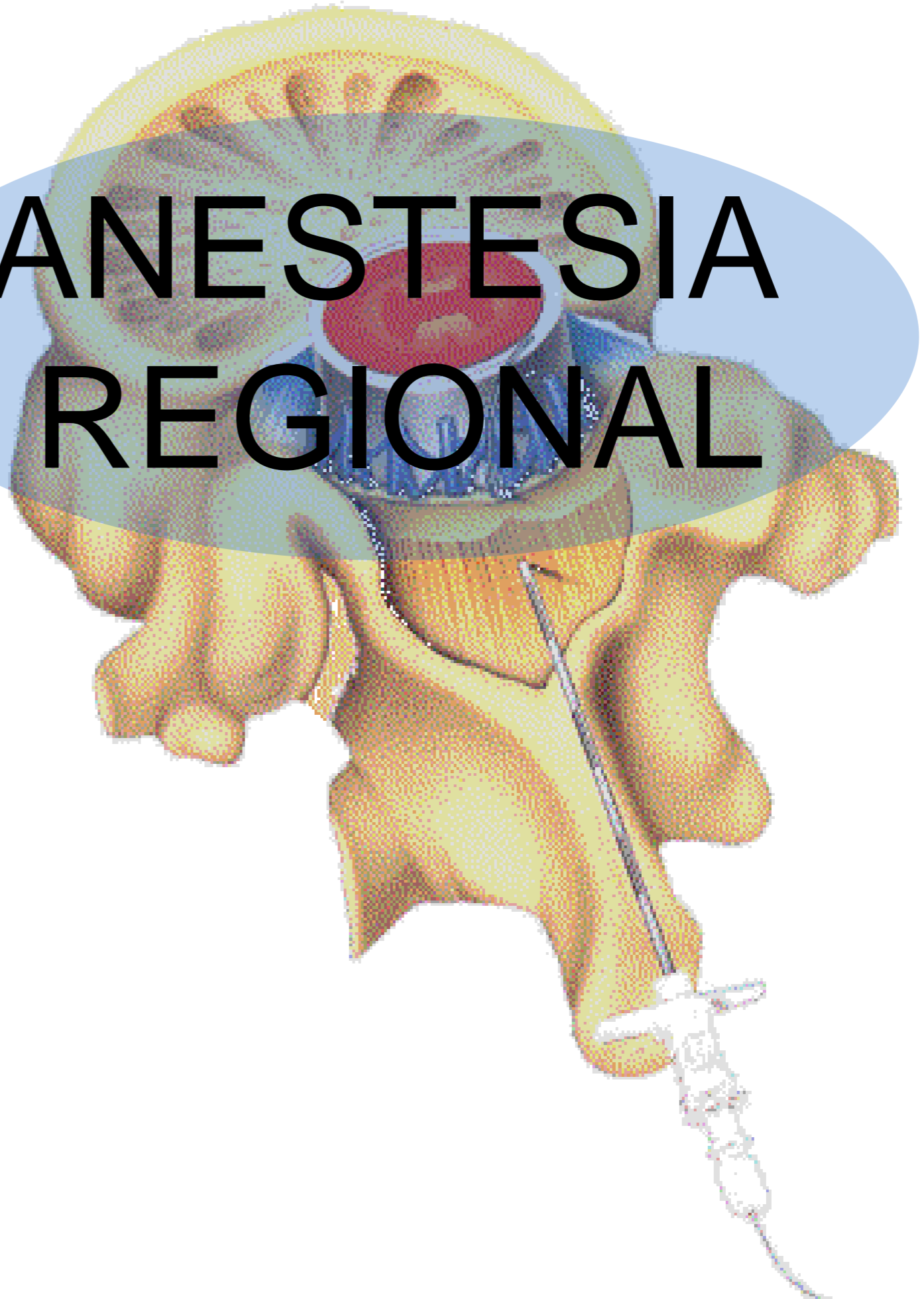
Reversión
del bloqueo
muscular

Extubación

Ingreso
a
Urpa



ANESTESIA REGIONAL



Regional Anesthesia

(VICTOR PAUCHET'S TECHNIQUE)

BY

B. SHERWOOD-DUNN, M.D.

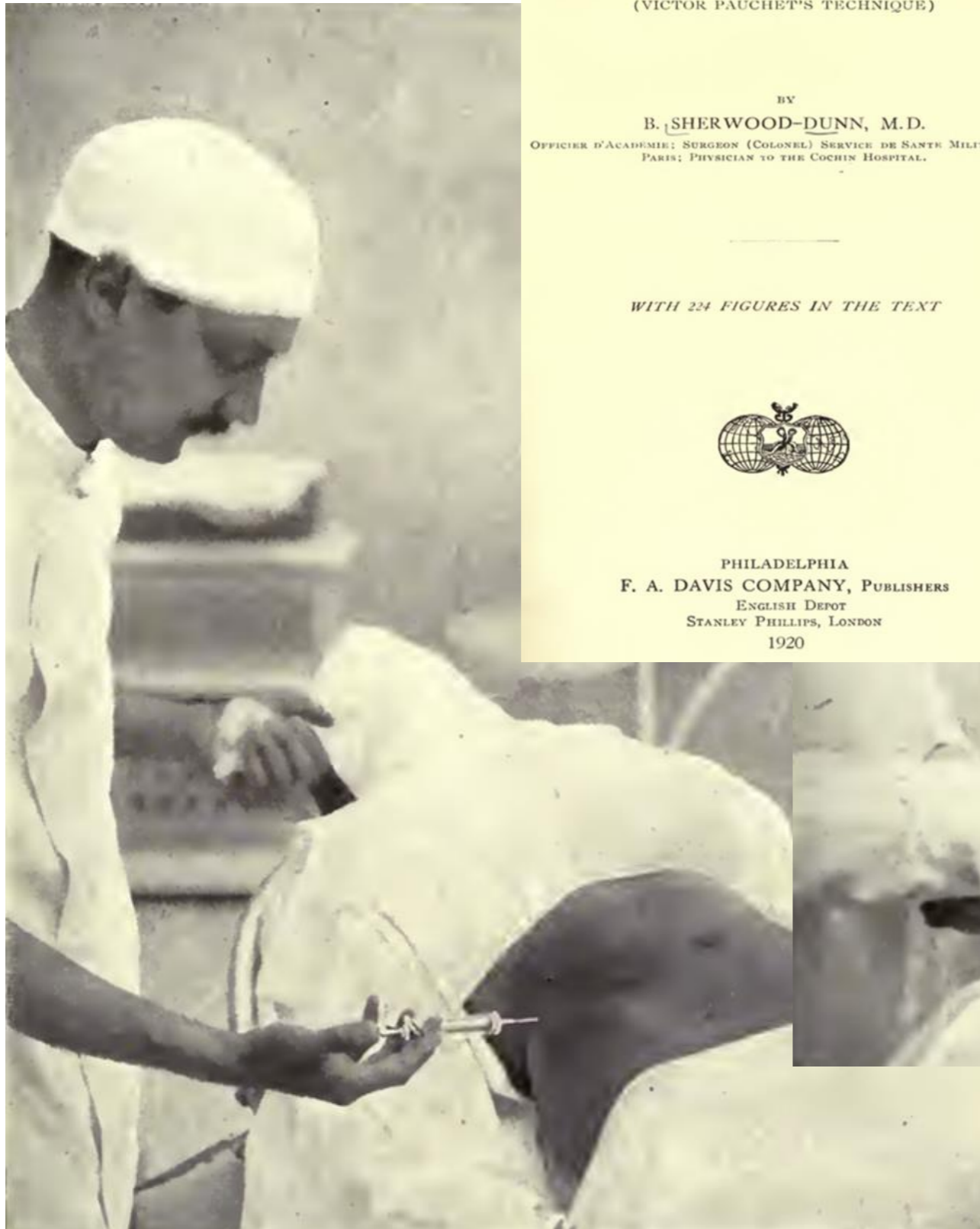
OFFICIER D'ACADEMIE; SURGEON (COLONEL) SERVICE DE SANTS MILITAIRES DE
PARIS; PHYSICIAN TO THE COCHIN HOSPITAL.

WITH 224 FIGURES IN THE TEXT



PHILADELPHIA
F. A. DAVIS COMPANY, PUBLISHERS
ENGLISH DEPOT
STANLEY PHILLIPS, LONDON
1920

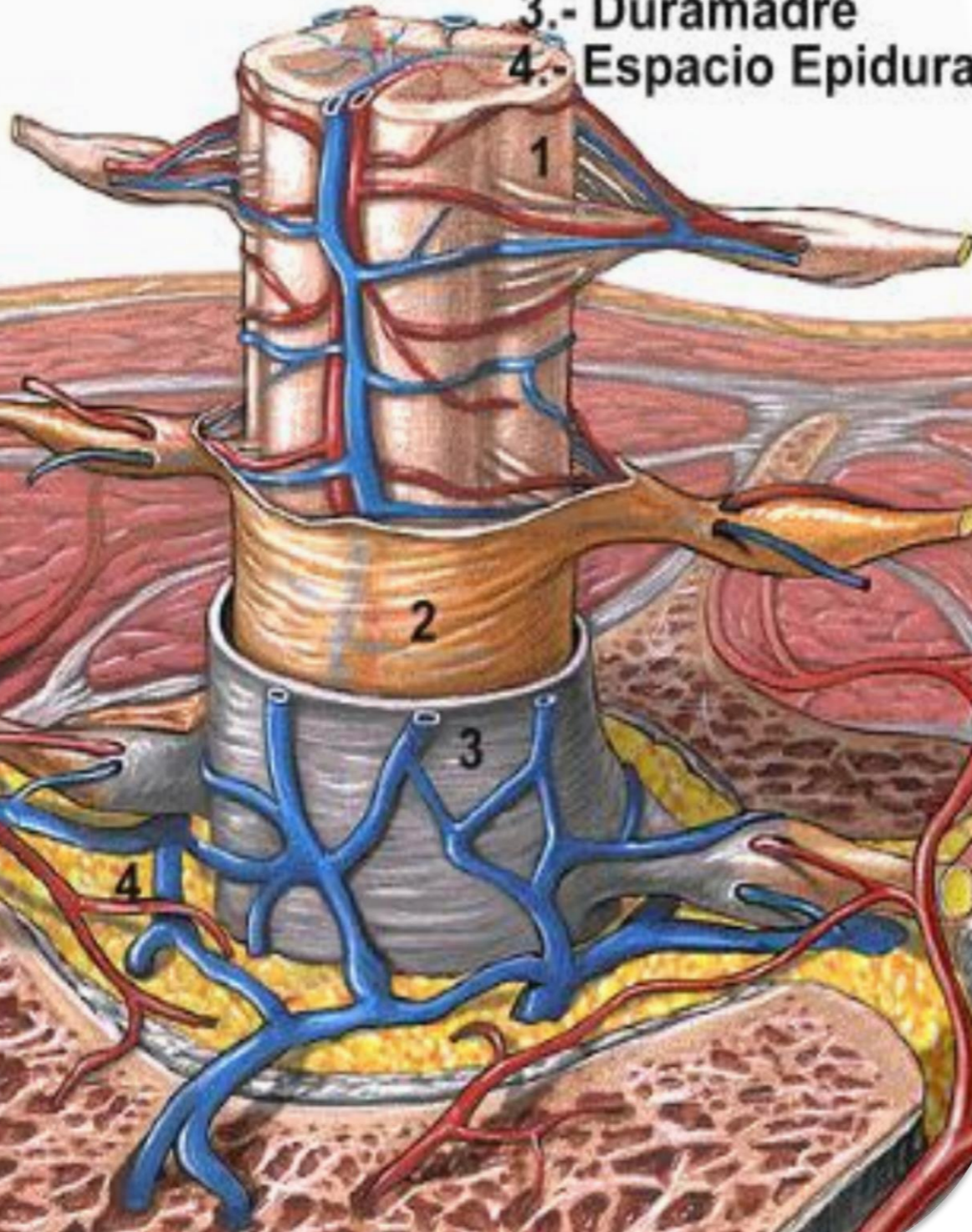
¿ES UNA TÉCNICA NOVEDOSA?



ANESTESIA NEUROAXIAL

MENINGES ESPINALES

- 1.- Piamadre
- 2.- Aracnoides
- 3.- Duramadre
- 4.- Espacio Epidural



◎ Piamadre:

-Muy vascularizada.

◎ Aracnoides:

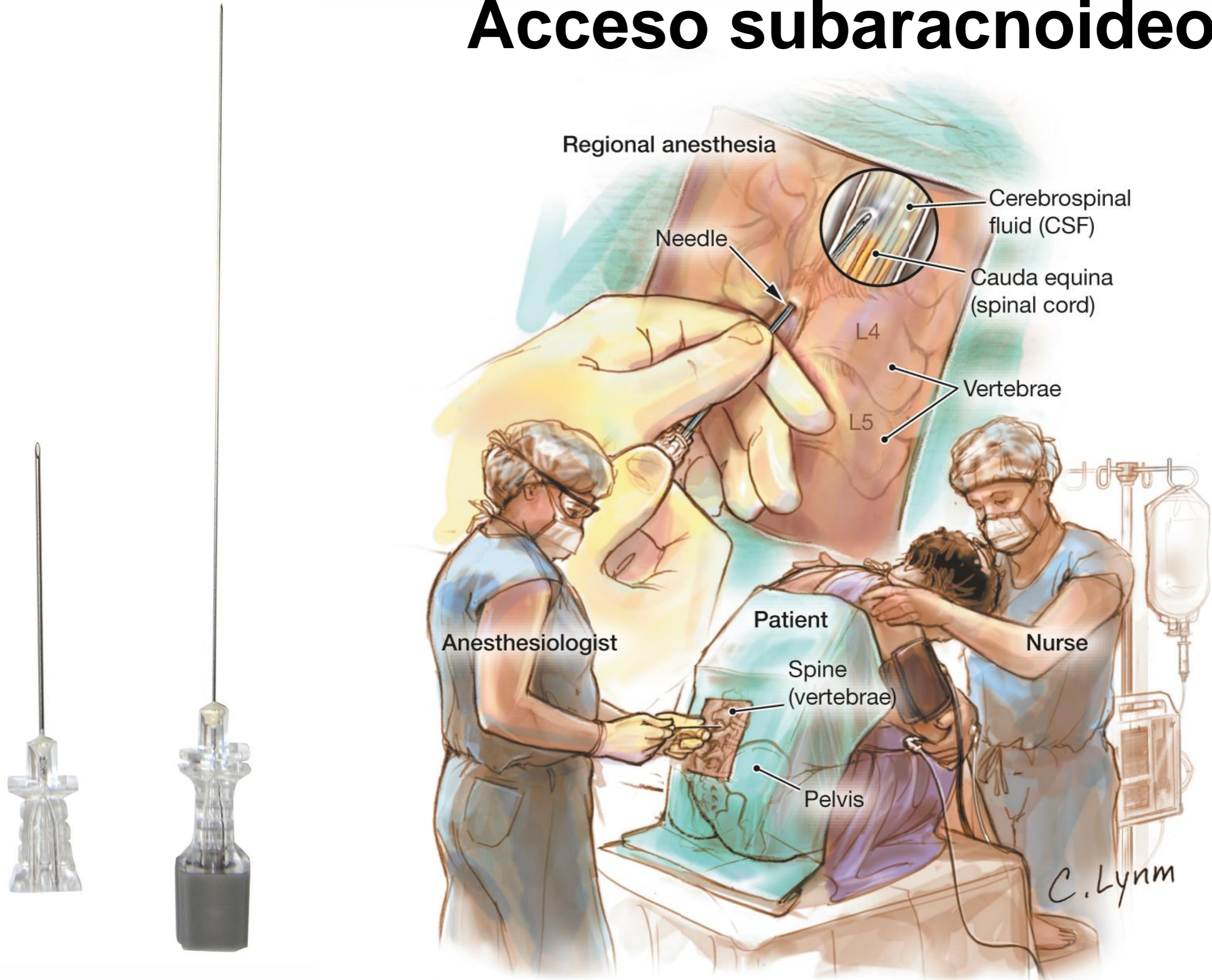
-Avascular,

◎ Duramadre:

-tejido fibroso resistente

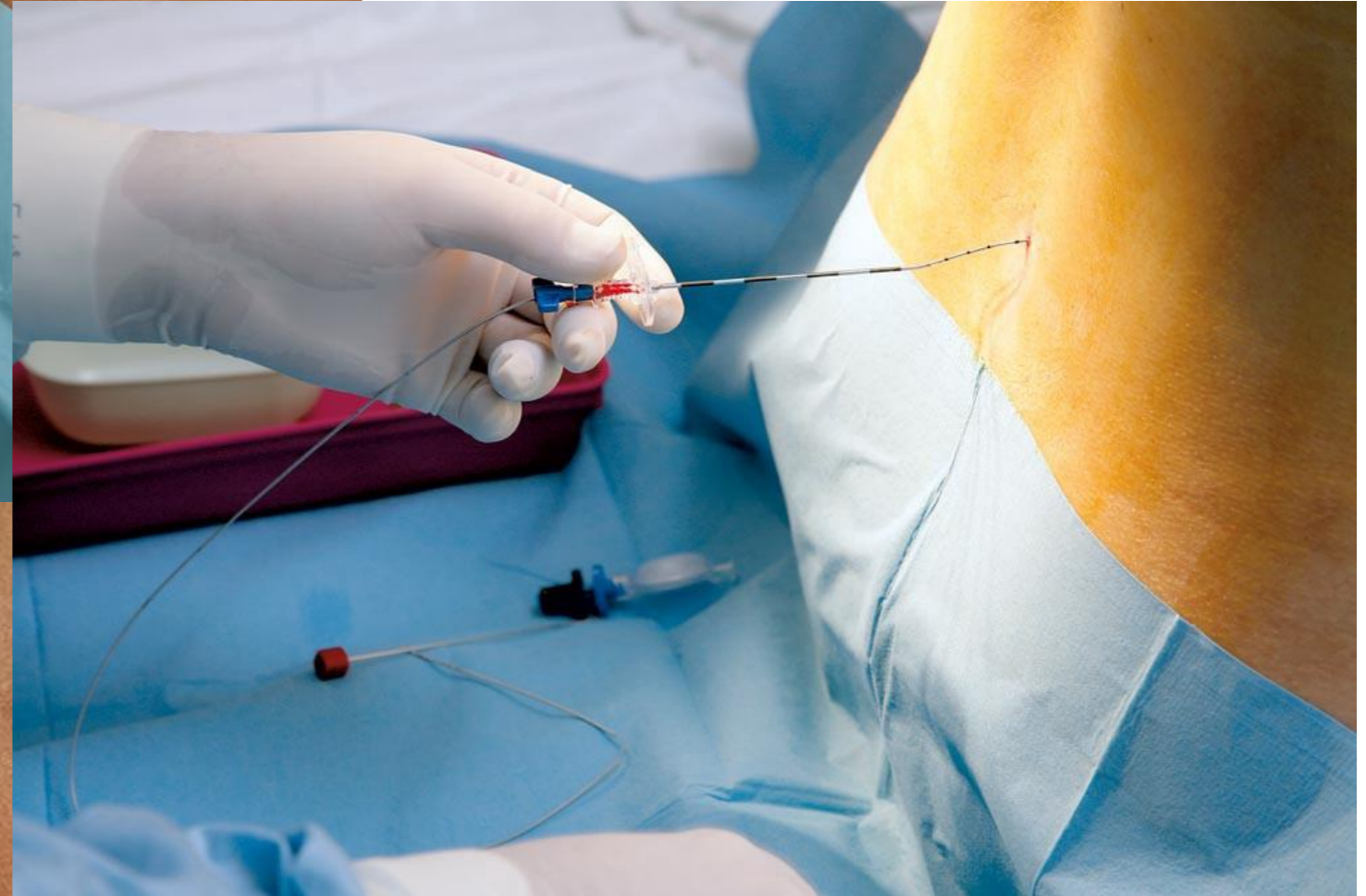
-Va desde agujero magno hasta S2 (filum terminal)


Acceso subaracnoideo



ACCESO EPIDURAL





- 
- Técnica más sencilla
 - Tasa de punciones fallidas menor
 - MAYOR BLOQUEO MOTOR
 - Inicio de acción más rápido (5-10 min)
 - Requiere menor dosis de AL

A. RAQUIDEA

-Posible analgesia sin bloqueo motor

-CUALQUIER nivel de la columna

-MANTENER CATÉTER PARA ANALGESIA POSTOPERATORIA

A. EPIDURAL

Anestesia troncular y periférica 😊

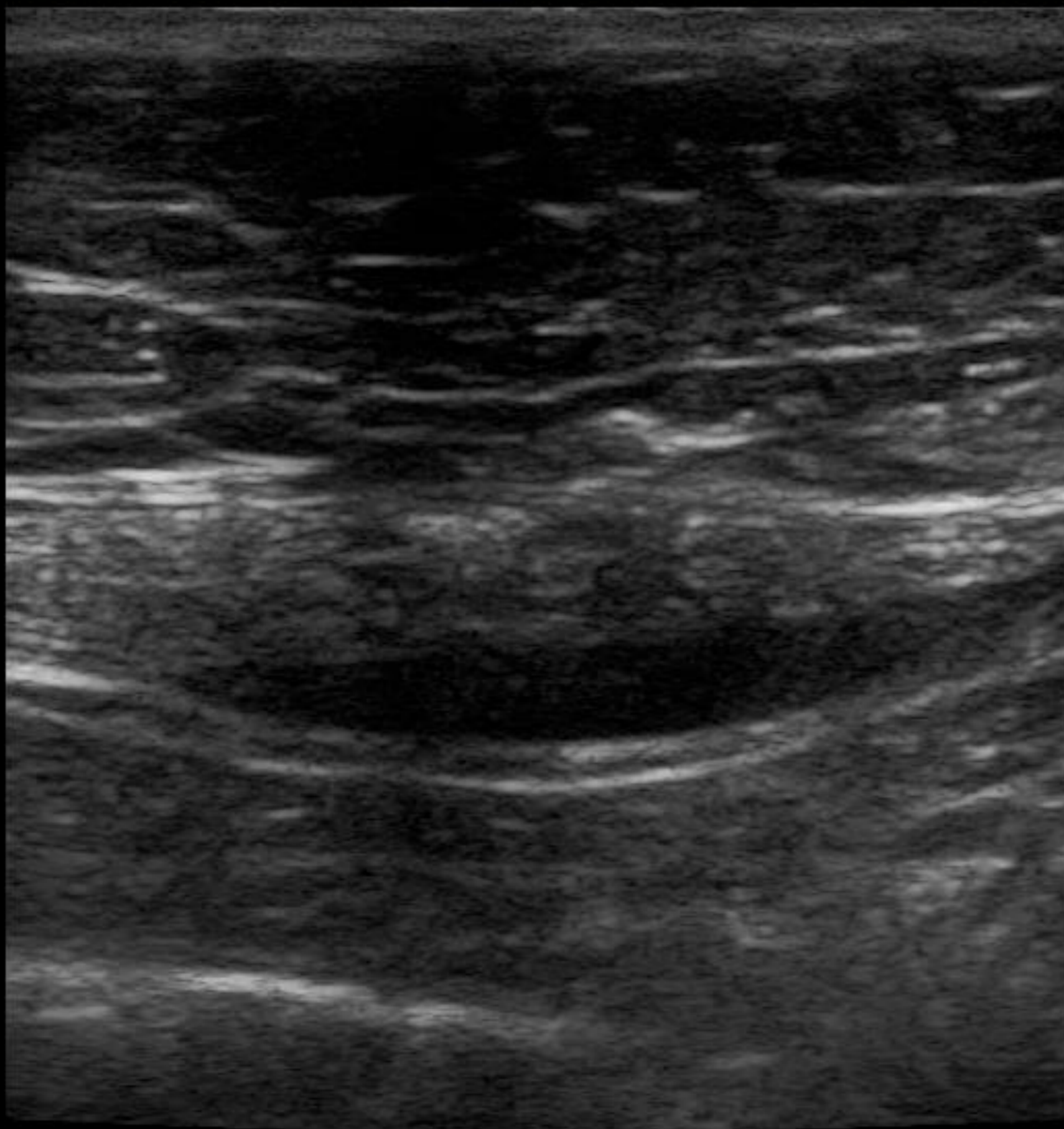


Consiste en la administración de una solución anestésica a nivel troncular de los plexos nerviosos o a nivel del nervio periférico

Introducción de los ultrasonidos en la práctica anestésica



Nerve Block



MI:
TIC < 0.4

UST-TL01
OM/3/B/A/AIP1

4 cm



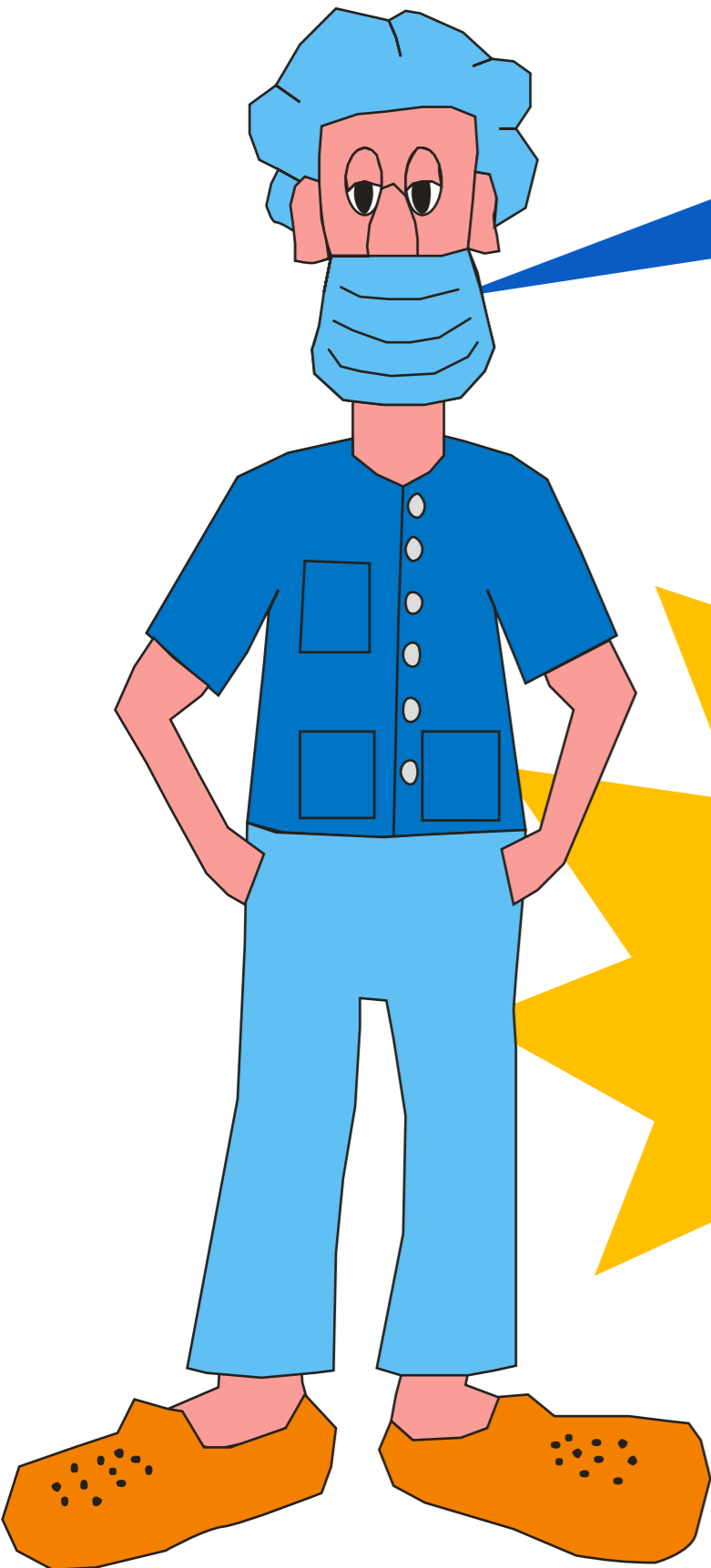
ANESTESIA PERIFÉRICA



URPA-REA



MITOS SOBRE LA ANESTESIA



" Si calculan mal y se pasan **no te despiertas**, pero como te pongan poca, y **te despiertes** en medio..."

La anestesia se "**echa**" por la boca y/o por la orina"

Le operaron la hernia con la "**epidural**"



La anestesia epidural siempre tiene **menos riesgo** que la anestesia general porque es local

El anesthesiólogo está **a las órdenes** del cirujano



PRINCIPIOS DE LA ANESTESIA



<https://anestesiahcub.wordpress.com>

- Mujer 55 años
- Intervención: colecistectomía.
- Alergia a níquel, no medicamentosas
- HTA en tratamiento con IECA.
- Fumadora de 10 cigarrillos/ día
- Variables antropométricas:



-Talla: 1,60 m; Peso: 67 kg; IMC: 26,1

-Valoración de vía aérea:

-Mallampati 1

-Distancia TM 6 cm 26,



-Varón 74 años.

-Intervención: laparotomía exploradora,
por imagen no concluyente en TAC
en hilio hepático.



-No alergias medicamentosas.

-DMNID, HTA (controlada con tres fármacos anti HTA)

-Fumador de 1 paquete/ día. **ASA?**

-Variables antropométricas:

-Talla: 1,70 m; Peso: 80 kg; IMC: 27,6

-Valoración de vía aérea:

-Apertura bucal > 4cm

-Mallampati II

-DTM 8 cm

-DEM 16 CM

-Test de la mordida I/III

