



Erivan Robely Ruiz Sánchez.

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

FLASHCARDS SRI

**CLINICAS QUIRURGICAS
COMPLEMENTARIAS**

Séptimo “A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 13/09/2025.

SRI Secuencia rápida de Intubación

Es el procedimiento estandar para el manejo avanzado de la vía aérea en urgencias,

• Objetivo

Asegurar la vía aérea del p x rápidamente, minimizando riesgo de aspiración

Indicaciones ✓

Parada cardiorespiratoria

Apnea

IR, Quemaduras, Politrauma

TCE severo, HT intracraneal

Disminución nivel de conciencia

Pérdida de reflejos protectores vía aérea

Contraindicaciones ✗

- Ausencia de entrenamiento en técnica
- Proximidad estrecha al centro receptor

Complicaciones

- Mayores
 - Neumotorax, enfisema por barotrauma, Intubación esofágica
 - Trauma en vía aérea, Bronco-asp.
 - Paro cardíaco, Bradicardia
- Menores
 - Atelectasia lobar, Int. al bronquio principal derecho, fallas en equipo
 - Trauma dental, tubo endotraqueal dañado

Etapas de SRI

"7- P's"

Preparación

3-5 min Preoxigenación

Pretratamiento

1-2 min Parálisis e inducción

Protección y posición

3-5 min { 60-90 seg { Posicionamiento del tubo

Cuidados postintubación

Preparación

Verifica todo el equipo y medicamentos en listos y en mano

Materiales - Personal - Fármacos

- Laringoscopio, videolaringoscopio
- Hojas de laringo dif. tamaños
- Mascara laríngea
- Tubo endotraqueal dif. tam.
- Mascarilla facial
- Bolsa autoinflable - Medicamentos
- Guantes, estetoscopio, fuente O₂
- Vías periférica - canalizada y permeable
- Monitoreo cardiovascular
- Equipo para traqueostomía ⚠
- Capnógrafo - Ventilador

Preparación exitosa

S
U
C
C
E
S
O

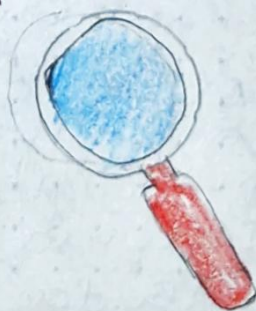
O
X
I
G
E
N
O

A
I
R
W
A
Y

F
A
R
M
A
C
O
S

M
O
N
I
T
O
R
E
O

E
Q
U
I
P
O



Preparación

Para valoración de un posible acceso difícil a la vía aérea.

LIMON - LEMON

Lesión externa / Look: ~~4~~ datos de alarma

Investigue 3-3-2 ↓

→ Evalúe

3 dedos entre incisivos

3 Hioides - menton

2 Piso boca - cartilago
+ tiroides

Mallampati:

ver faringe y clasificar I-IV

Obstrocción: Cualquier causa

No mover cuello - Movimiento o
↳ Neck mobility Imprudente

SRI. Preoxigenación

Objetivo

Evitar desaturación e hipoxia tisular durante la apnea.

- Ventilación manual con ambú
- Evitar Hiperinsuflación pulmonar y gástrica.
- Durante 3-5 min IDEAL 5 min

SRI Pretratamiento

Objetivo

Mitigar respuestas fisiológicas a la intubación.

Lidocaína

Opioides

Atropina

Dosis desfasciculante de bloqueador neuromuscular

Empleo medicamentos antes de la inducción

Lidocaína = 1.5 mg/kg peso Hipertensión intracraneana o ↑ reactividad bronquial

Opioides = fentanilo + Res. simp. 2-3

Atropina = Prevenir bradicardia p x pediatri.
0.02 mg/kg

Dosis desfasciculante de bloqueador neuromuscular → Se desconoce beneficio.
Succinilcolina

SR1. Parálisis e inducción

Inducción = Pérdida de consciencia

Etomidato: 0.2 - 0.4 mg/kg
Hipnótico de elección - Estabilidad hemodinámica - Disminuye PIC

Ketamina: 1 - 2 mg/kg
Aumenta TA y FC
Analgesico

Propofol: 1 - 2.5 mg/kg
Sedante hipnótico
Depresión cardiovascular
No p x Hemodinámico inestable

Tiopental 3-5 mg/kg
Anestésico ↓ flujo sanguíneo cerebral y demanda metabólica
Depresión respiratoria

Midazolam 0.1 - 0.2 mg/kg
propiedades anesésicas
vasodilatador, cardiopresor
Acción lenta

Parálisis: Relajación muscular

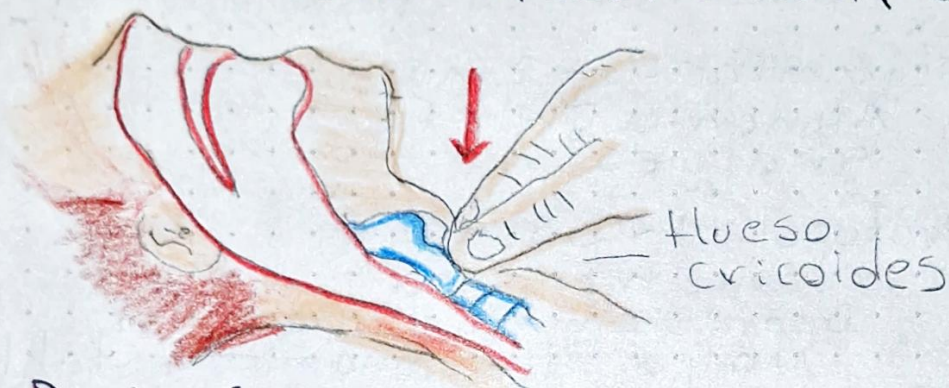
Succinilcolina: 1-2 mg/kg
Inicio rápido (45-60 seg)
Duración corta (5-10 min)
E. adversos: Hiperkalemia
↑ PIC y PIO

Rocuronio: 1-1.2 mg/kg
Rápido (60-90 seg)
Larga duración (45-70 min)
Alternativa de succinilcolina

SR1 Protección y Posición

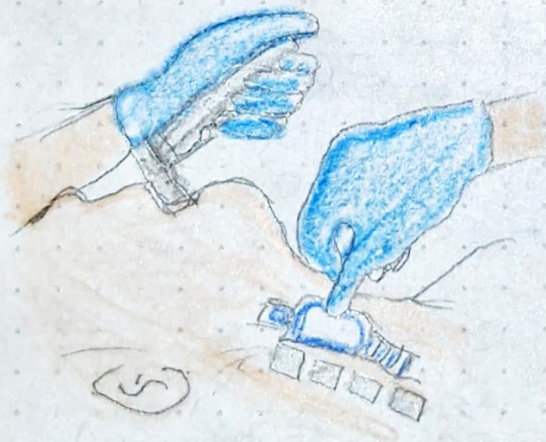
Protección= Maniobra de Sellick

Mantener la presión cricoides hasta que el tubo endotraqueal este colocado, balón inflado y correcta posición



Posición= Alineación de los 3 ejes oral, faríngeo, laríngeo - Mediante extensión/elevación hasta llegar posición olfateo.

SR1 Posicionamiento del tubo
proceso de intubación con px
sedado y relajado



Maniobra de BURP

Movilización del cartilago cricoides hacia el fondo arriba y derecha para mejorar la visibilidad de la laringe.

Cuidados-

RSI - **Post** - Intubación

Verificar = confirmar
posición de manera
inmediata y continua.

Capnografía =

Estándar de oro
Detecta CO_2 - confirma tubo
en tráquea

Auscultación - Ruidos simétricos

Ambos campos = Pulmonares

Epigastrio = Ausencia de
ruidos

Rx de tórax = Mandatoria

Monitoreo continuo

SatO_2 , FC, TA,

Hipotensión posintubación



Descartar Neumotorax ó
caída de retorno venoso