

UDS

Edwin Alejandro Morales Velasco

Clinicas Quirurgicas Complementarias

FlasCard SMI

7. "A"

13/09/25

SECUENCIA DE INTUBACION RAPIDA

Definición

La secuencia rápida de intubación involucra una serie de pasos ordenados en los cuales se basa la administración virtualmente simultánea de un agente de inducción y de bloqueador neuromuscular con el fin de inducir la pérdida de consciencia y parálisis neuromuscular del paciente y conseguir las indicaciones óptimas para una rápida intubación.

1.- Preparación

- Involucra la preparación de materiales, medicamentos y la evaluación del px.

- ## 1 Organización del equipo

- 2 Asignar función al personal

- 3 Preparación de material →
- Tubo endotraqueal
 - Bolsa AMBU
 - Medicamentos
 - Equipo (Traqueostomía)
- 4 Estar listo para casos de intubación y ventilación fallida

Solucion Array Monitoreo
edicamentos

Oxígeno	Posición	Equipos.
---------	----------	----------

LEMON

2. Preoxigenación

Se busca un buen manejo durante la apnea para evitar desaturación e hipoxia tisular.

- Ventilación manual con AMBU

- Evitar hiperinsuflación pulmonar y gástrica.

↓ Frecuencia
↓ Presión Cricóidea
↓ Volumen
Insufla suave

Lo ideal



5

minutos en intubación de EMERGENCIA

- A flujo máximo con AMBU

(Ala par de la preparación)

El fin es sustituir el Nitrogeno por Oxígeno

3 Premedicacion

Se plantea a fin de reducir la severidad de respuesta
- Taquicardias/Hipertension/Aumento de presion Intracraneal

Lidocaina → Hipertension intracraneal o Actividad bronquial ↑
Dosis: 1.5 mg/kg IV

Opioides → Fentanilo → Disminuye respuesta simpatica
Dosis: 2-3 mg/kg IV bolo lento

Atropina → Prevencion de paro cardiaco en SRA
Uso en pacientes pediatricos
Dosis: 0.02 mg/kg de peso IV bolo rapido

 Dentro de los tratamientos se deben brindar
2-3 min previos a la induccion con mayor probabilidad
de uso los antes mencionados.

4.- Inducción y parálisis

A. Inductores → llevan al px a inconciencia y atenúan reacción hemodinámica

- Midazolam 0.1-0.3 mg/kg IV
- Propofol 1-2 mg/kg IV
- Etomidato 0.1-0.5 mg/kg IV
- Ketamina 1-2 mg/kg IV
- Tiopental 3-5 mg/kg IV

Relajantes Musculares → Producen bloqueo de transmisión Colinérgica

Despolarizantes
succinilcolina

0.4 - 0.6 y  mg/kg

Mayor resultado

5.- Protección y posición



Los 3 ejes →

Oral/Faríngeo/Laríngeo

Mediante una extensión y elevación del cuello buscando una posición de alfateo

Protección de
Vía Aérea

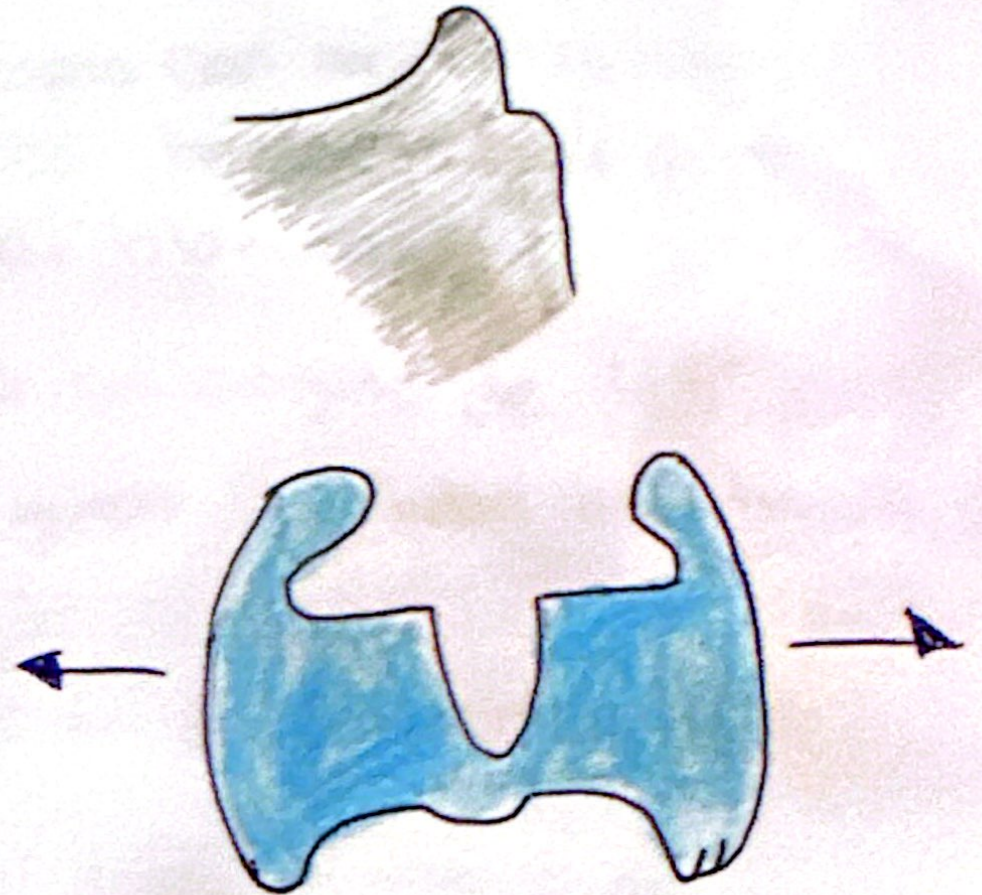
- Maniobra de Selick ayuda a prevenir la distensión gástrica y una bronco aspiración
- Se busca compresión del cartilago Cricoides con el índice y el pulgar

5.. Posicion del tubo

Maniobra Burp



Desplazamiento de la laringe haciendo presión sobre el cartilago tiroides hacia atras, arriba y la derecha que mejora la visibilidad de la laringe



Pasos de Colocacion de tubo

- a) Abrir la boca del paciente para colocar laringoscopio
- b) Insertar hoja de laringoscopio con mano izquierda por el angulo derecho de la boca hasta la base de la lengua
- c) Desviar la lengua y tejidos blandos
- d) Elevar el laringoscopio a un angulo de 45°
- e) Con la mano derecha guiar el tubo endotraqueal hacia la glotis
- f) Remover la guia e inflar el balon del tubo
- g) Confirmar el adecuado posicionamiento
- h) Asegurar el tubo al paciente

Cuidados Post-Intubación

- Comienza inmediatamente después de la intubación con el examen de la posición del tubo.

Apnografía

- Revisar presión arterial después de retirar tubo
- Descartar neumotorax

Otros

- Monitoreo de efectos hemodinámicos
- Adecuada ventilación
- Adecuada sedoanalgesia
- Rx de torax