



Jazmin Guadalupe Ruiz García

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Clínica quirúrgicas complementarias

Flashcards SRI

PASIÓN POR EDUCAR

7º “A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de septiembre de 2025.

Secuencia rápida de intubación

Qué es?

Procedimiento estándar para el manejo avanzado de la vía aérea.

Objetivo

Realizar intubación del paciente de la manera más rápida, efectiva y segura posible, minimizando el riesgo.

Indicaciones

- * Parada cardiorrespiratoria
- * Apnea
- * Insuficiencia respiratoria
- * Quemaduras severas, sobre todo cara y cuello.
- * Politraumatismo severo
- * TCE severo (Glasgow <8).

7P

- ① Preparación
- ② Preoxigenación
- ③ Predrataamiento
- ④ Parálisis e inducción
- ⑤ Protección y posición
- ⑥ Posicionamiento del tubo
- ⑦ Post intubación

PREPARACIÓN

Organización y asignación de funciones.

Equipo necesario.

- Fuente de oxígeno
- Sistema de aspiración
- Bolsa auto-insufrible.
- Laringoscopio.
- Tubos endotraqueales
- Equipo de intubación difícil:
 - Mascarilla laringea
 - Equipo de cricotomía
- Equipo de reanimación
- Farmacos
- Monitorización del px.
 - Saturación de oxígeno
 - FC.
 - TA
 - Registro electrocardiográfico.

① Equipo necesario reglas memotécnicas

Succión
Oxígeno
Airway
Pharmacology
Monitorreo
Equipamiento

② Evaluar la presencia de vía áerea difícil

LEMON



Look externally.

Dirigido a → - Mandíbula - cuello
- Boca - VA interna.

• Características anatómicas para VA difícil.

- Obesidad
- Formas faciales anormales
- Trauma facial o cervical.
- Lengua grande.



Evaluación 3-3-2.

- 3 dedos en boca → adecuada apertura
- 3 dedos mentón-piso de la boca → adecuada mandíbula.
- 2 dedos del piso de la boca al cartílago tiroideo → adecuado tamaño y posición del cuello.

M

Mallampati

- Puesto de vertical abre la boca y saca la lengua
- Se visualiza la hipofaringe con fuente de luz.
- Se clasifica en 4 grados
- Dificultad para intubación en grados III y IV

O

Obstrucción de la vía aérea.

- Se evalúa infecciones de la vía aérea
 - Epiglotitis
 - Abscesos perигlóticos.
 - Prevertebrales.
- Masas o tumores laringeos.
- Cuerpos extraños.
- Compresión extrínseca de VA.
- Trauma directo.

N

Neck mobility.

Se evalua:

- Movilización y alineación de la cabeza.
- Movilización de la columna cervical.

PRE - OXIGENACIÓN

Objetivo

Estar desaturación e hipoxia durante la apnea.

Se realiza simultáneamente con la preparación.
13 (ts) min.

Consiste en la aplicación de oxígeno mediante mascarilla reservorio (F_{IO_2} 80-100%) durante 5 minutos.

- Para sustituir el nitrógeno de la capacidad residual funcional x oxígeno → Fenómeno de desnotrogenización.

Permite mantener a p_x 3-8 min en apnea sin hipoxia

- Tiempo de desaturación relación directa con el peso.

- P_x sano 70 Kg -- Sat_{O₂} > 90% -- 8 min

- P_x Obeso 127 Kg -- 3 min

- Niño sano de 10 Kg -- 4 min.

PRETRATAMIENTO

Objetivo

L idocaina
O pioides
A tropina
D osis desfacilitante
de ⊗ neuromuscular

Mafigur respuesta fisiologica que produce una potente descarga adrenergica que implica taquicardia, hipertension y ↑ de la presion intracraniana y ocular

Lidocaina

En hipertension intracraniana o ↑ de la reactividad braquial.

Dosis: 1,5 mg / Kg / Peso.

Opioides

Fentanilo. Disminuye de manera significativa la respuesta simpatica.

Dosis: 2-3 ug / Kg peso.

Atropina

Previen bradicardia en las SRI en px pediatricos.

Dosis 0,02 mg / Kg.

Dosis desfacilitante de bloqueador neuromuscular

Succinilcolina. Se desconoce beneficio.

PARALISIS E INDUCCIÓN

Administración Secuencial rápida de una droga dada en dosis de inducción que produce inconciencia y luego un relajante neuromuscular.

Sedantes + comunes

- Barbitúricos
- Opioides
- Agentes disociativos
- Benzodiazepinas.
- No barbitúricos.

Relajantes musculares

Agentes despolarizantes

- Succinilcolina

Agentes no despolarizantes

- Vecuronio
- Rocuronio.

Sedante

Dosis PIC Cardiovascular Bronquial

Midazolam

0,1 - 0,2 mg/kg

Disminuye

Igual

No efecto.

Tiopental

3 - 5 mg/kg

Disminuye

Disminuye

Broncoespasmo.

Fentanilo

6 - 10 µg/kg

Disminuye

Igual

No efecto.

Ketamina

1 - 2 mg/kg

Aumenta

Breco de latencia

Etilmidato

0,2 - 0,4 mg/kg

Disminuye

Igual

No efecto

Propofol

1 - 2,5 mg/kg

Disminuye

Disminuye

No efecto

PROTECCION y POSICIÓN

Posicionamiento del paciente, alinear los ejes.

- 3 ejes
- ① oral
 - ② Faringeo
 - ③ Laringeo

Mediante extensión / elevación del cuello hasta lograr la posición de "olfateo"

Protección de VA.

- Uso de la maniobra de Sellick
Para prevenir la distensión gástrica y aspiración de contenido gástrico.
- Compresión del cartílago cricoideas en sentido antero posterior con los dedos índice y pulgar.

POSICIONAMIENTO DEL TUBO

Qué es?

Procedimiento de intubación con el px
bajo sedación y relajación.

Antes de realizar la intubación
se recomienda evaluar el grado
de relajación mandibular obtenido,
para evitar realizar el procedimiento
sin el debido nivel de relajación.

Maniobra BURP

En que consiste?

Desplazamiento de la laringe
haciendo presión sobre el
cartílago tiroideas hacia atrás,
arriba y a la derecha, que
mejora la visibilidad de la laringe.

POST INTUBACIÓN

Comienza inmediatamente después de la intubación con el examen de la posición del tubo idealmente mediante capnografía, luego se debe asegurar y fijar el tubo.

→ Rx de tórax → mandatoria.

Se monitoriza

- Sat O₂
- Capnografía.
- Frecuencia cardíaca.
- Presión arterial.