



MARIO MORALES ARGUETA

DR. FLORES GUTIERREZ ERICK ANTONIO

FICHAS DE TRABAJO

**CLINICAS QUIRURGICAS
COMPLEMENTARIAS**

7° "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 14 de septiembre de
2025

SECUENCIA DE INTUBACION RAPIDA

PREPARACION

1- Organización del equipo de salud

2- Asignación de las funciones específicas de cada personal

3- Preparación de los equipos de monitorización, reanimación y medicamentos a utilizarse (canúlas of. bolsa autoinflable, mascarilla f. tubo endotraqueal y medidas).

4- Estar preparado para cada situación de intubación y ventilación fallida.

Succión Air way Monitoreo medicamento
Oxigeno Posicion Equipos +CO2

↳ En caso de acceso quirúrgico de la vía aérea o cualquier otro urgencia).

L

Examinar trauma
o lesión

E

Examinar regla
3-3-2

M

Apertura de
la boca

O

Obstrucción

N

Mobilidad

POSICION DEL TUBO

Procedimiento de intubación propiamente con el paciente bajo sedación y relajación

Antes de la intubación:

I Evaluar el grado de relajación mandibular

II Para evitar realizar el procedimiento sin el nivel requerido en la relajación

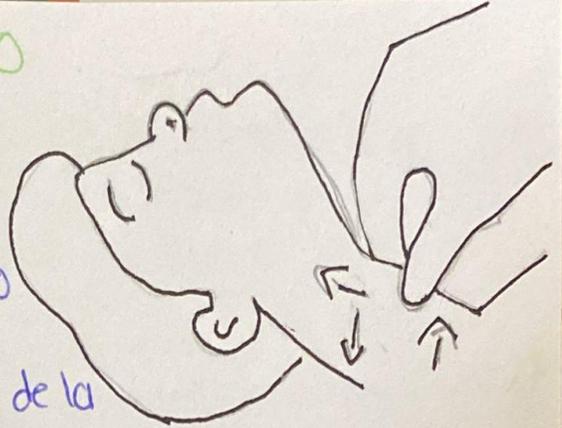
III Por lo consiguiente laringoscopia subóptima



POSICIONAMIENTO DEL TUBO

Maniobra de BURP

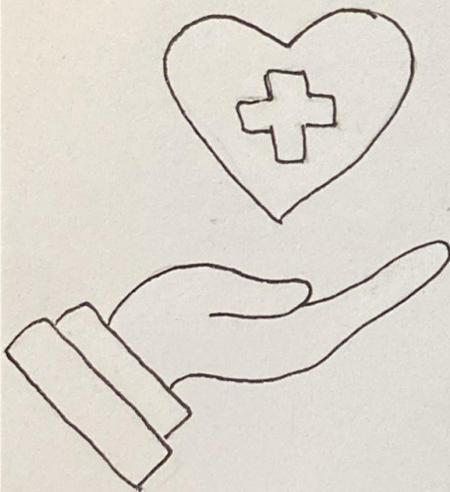
Desplazamiento de la laringe haciendo presión sobre el cartilago tiroide hacia atras, arriba y a la derecha, que mejora la visibilidad de la laringe.



CUIDADOS POSTINTUBACION

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.

- Monitoreo de los efectos hemodinámicos
- Adecuada ventilación y sedoanalgesia
- Ex de torax



OJO:

- Vigilar la presión arterial después de retirar el tubo
- Descartar neumotorax
- Caida del retorno venoso

PREOXIGENACIÓN

Objetivo:

Evitar desaturación e hipoxia tisular durante la apnea

Ventilación manual con ambu

Evitando la hiperinsuflación pulmonar y gástrica

- ↓ Frecuencia
- ↓ Volúmenes
 - Insuflaciones suaves
 - Presión cricoidea

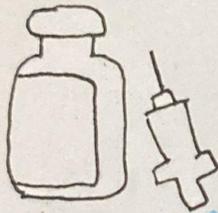
Lo ideal
5 min

En la intubación de emergencia realizarla al mismo tiempo que la fase de preparación

PRETRATAMIENTO

OBJETIVO:

Mitigar esta respuesta fisiológica que produce una potente descarga adrenergética.



Implicando

Táquicardia, hipertensión, aumento de la presión intracraneal y ocular

Nemotécnica **LOAD**: empleo de medicamentos antes de la inducción

L Lidocaina **O** Opioides **A** Anticipina **D** Dosis desasolante de bloqueos neuromuscular

PROTECCION Y POSICION

El posicionamiento del paciente, alinear los tres ejes!

- Oral
- faringeo
- laringeo

Medante la extension/elevacion del cuello hasta lograr la posicion de "olfateo"



La protección de la vía aérea se refiere al uso de la maniobra de Sellick para prevenir la distensión gástrica y la aspiración de contenido gástrico.

Compresión del cartilago cricoides en sentido antero posterior con los dedos indice y pulgar.

INDUCCION Y PARALISIS

Administración secuencial rápida de una droga sedante en dosis de inducción que produce inconciencia y luego un relajante neuromuscular, habitualmente succinilcolina

La elección del inductor la determina el escenario clínico

Sedantes más comunes

Barbituricos

Opioides

Agentes disociativos y no barbituricos

Relajantes musculares

Agentes desparalizantes (succinilcolina)

Agentes no desparalizantes (vecuronio)

Etomidato

De elección en (TCE) asociado a hemorragia o shock

Ke taming

Actúa como analgesico

- Pts. hipotensos

- TCE con hipotension

Propofol

sedantes hipnotico, apnea

hipotermia

Barbituricos

Disminuye el flujo sanguíneo cerebral.