



Liliana Pérez López

Dr. Erick Antonio Flores Gutierrez

Flash cards

Clínicas quirúrgicas

Septimo semestre

Grupo "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de septiembre de 2025.

Secuencia rápida de intubación

- Procedimiento estándar para el manejo avanzado de la vía aérea en los servicios de urgencia.

¡Indicaciones!

- Paro cardiorespiratorio
- Coma
- Politraumatismo
- Apnea
- I. Respiratoria
- Quemaduras
- TCE severo
- Epilepsia

¡Contraindicaciones!

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

- Complicaciones -

(+) ↓ neurológico

Trauma vía aérea

Bronco-aspiración

Bradicardia

Paro cardiorespiratorio

Intubación esofágica

Neumotórax

(-) Atelectasia lobar

Tiempo de intubación

Prolongada

Trauma dental

Falla de laringoscopio

Tubo endotraqueal

dañado / desplazado

¡Etapas del SRI!



1. PREPARACIÓN

- Organización de equipo
- Asignación de funciones
- Preparación de equipo: Monitorización, reanimación y medicamentos
- Preparación de situación intubación / ventilación fallida.

Succión

Oxígeno

Air way → Manejar vía aérea

Posición

Monitoreo / medicamentos

Equipos / EtCO₂

Look = Buscar lesión / trauma

Evaluar regla 3-3-2

Mouth = Aportura de la boca por mallampati > 3

Obstrucción = Epiglotitis / absceso amigdalino

Neck = Movilidad del cuello.

Mallampati

- | | |
|------------------------|---|
| 1. Visibilidad total | <ul style="list-style-type: none">• Paladar blando• Úvula• Pilar amigdalino |
| 2. Visibilidad alta | <ul style="list-style-type: none">• Paladar blando• Úvula |
| 3. Visibilidad parcial | <ul style="list-style-type: none">• Paladar blando• Base de la Úvula |
| 4. Visibilidad difícil | <ul style="list-style-type: none">• Paladar duro |

	Prematuro	RN < 6m	76m/11a	1-2a	2-5a	5-8a	78a
Cánula Orofaringea	00	0	1	2	3	4	4-5
Tubo Endotraqueal	-1kg 2.5 1-2kg 3 2-3kg 3.5 3kg 3.5/4	3.5/4	4	4/4.5	4.5	4.5	4.5
Laringoscopio	Recta #0	Rectal curv #1	Rectal curv #1	Curv #1-2	Curv #2	Curv #2-3	
Sonda de aspiración	6	6-8	8-10	8-10	10-12	12-14	

2. Preoxigenación

- Evitar desaturación / hipoxia tisular durante la apnea
- Ventilación manual con AMBU = Evitar hiperinsuflación
- Tiempo ideal "5 minutos"

3. Pretratamiento

- Mitigar respuesta fisiológica = Descarga adrenérgica
(Taquicardia, hipertensión,
↑ presión intracraneal /
ocular)
- Lidocaína
- Opioides
- Atropina
- Dosis desfasciculante de bloqueador neuromuscular.

• **Ketamina**

- Inductor con efecto analgésico
- Libera catecolaminas
- usado en px hipotensión
- Alternativa en px con TCE / hipotensión

• **Propofol**

- Sedante-hipnótico
- Acción corta
- propiedad antiemética
- Produce hipotensión, bradicardia, hipoxemia y apnea.
- Efecto cardiovascular deletéreos.

• **Barbitúricos**

- Tiopental como anestésico
- ↓ flujo sanguíneo cerebral y demanda metabólica
- Efecto cardiovascular (-)
- Depresión respiratoria
- uso en px con TCE y sospecha de hipertensión endocraneana y que está estable.

• **Benzodiazepinas**

- Efecto sedante, hipnótico, amnésico, amnésico, anticonvulsión y relajante muscular.

• **Midazolam**

→ **Desventajas:**

- Inicio de acción lento
- Efecto rápido
- Efecto cardiovascular en px hipovolémico
- Depresión respiratoria y apnea
- No recomendado de tra línea

• **Succinilcolina**

- Efecto despolarizante
- Inicio de acción rápido
- corta duración

DO: 1-2 mg/kg

EA → • Hipertalemia • Fasciculaciones • Hipertermia maligna
• ↑ presión intracraneana / ocular

- **Lidocaína**: Hipertensión intracraneana
↑ reactividad bronquial DO: 1.5 mg/kg
- **Opiode (fentanilo)**: ↓ respuesta simpática DO: 2-3 µg/kg
- **Atropina**: Prevenir Bradicardia DO: 0.02 mg/kg
- **Dosis desfasiculante**: Desconocer beneficio
(succinilcolina)

4. Parálisis / inducción

- Administración de droga sedante en dosis de inducción produciendo inconciencia
- Aplicación de relajante neuromuscular (succinilcolina)

+ Comunes: Barbitóricos, opioides, A. disociativo,
(sedante) Benzodiazepinas y no barbitóricos

Relajante muscular: Despolarizante → Succinilcolina
No despolarizante → vecuronio / rocuronio

• Etomidato

- Efecto hipnótico - No afecta hemodinamia
- Elección en px con TCE por hemorragia / shock

• Rocuronio

- Efecto no despolarizante
- DO : 1-1.2 mg/kg
- Acción rápida 45-60 seg
- + seguridad
- Sin contraindicaciones

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	Aumenta	Broncodilatación
Etomidato	0,2 - 0,4 mg/Kg	Disminuye	Igual	No efecto
Propofol	1 - 2,5 mg/Kg	Disminuye	Disminuye	No efecto

Paciente	Sedante
Normotensión	Tiopental, Etomidato, Midazolam
Hipotensión sin TCE	Etomidato, Ketamina
Hipotensión con TCE	Etomidato, Midazolam
Hipotensión severa	Ketamina, Etomidato
Estatus asmático	Ketamina, Midazolam, Propofol
Estatus convulsivo	Tiopental, Midazolam, Propofol

5. Protección / posición

- Alinear 3 ejes : oral - faríngeo - laríngeo
Extensión^x / elevación = "olfateo"
- Protección vía aérea : Maniobra Sellick → Evitar distensión gástrica / aspiración
- Compresión cartilago cricoides
↳ Anteroposterior → índice / pulgar

• 6 Posicionamiento del tubo

- Maniobra BURP
- Desplazamiento de la laringe
 - ↳ Presión cartilago tiroides hacia atrás, arriba, derecha
 - ↳ Mejora visibilidad de laringe

7. Cuidados posintubación

- Posterior a la intubación → Asegurar fijar
- Monitorear efecto hemodinámico
- Protocolo de ventilación / sedoanalgesia
- Rx tórax
- Hipotensión ¡cuidado! = Descartar Neumotorax o caída de retorno venoso