



Julio César Morales López.

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez.

**Clínicas Quirúrgicas
Complementarias.**

PASIÓN POR EDUCAR

Flashcards SRI.

Séptimo Semestre.

“A”.

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de septiembre del 2025.

Secuencia Rápida de Intubación.

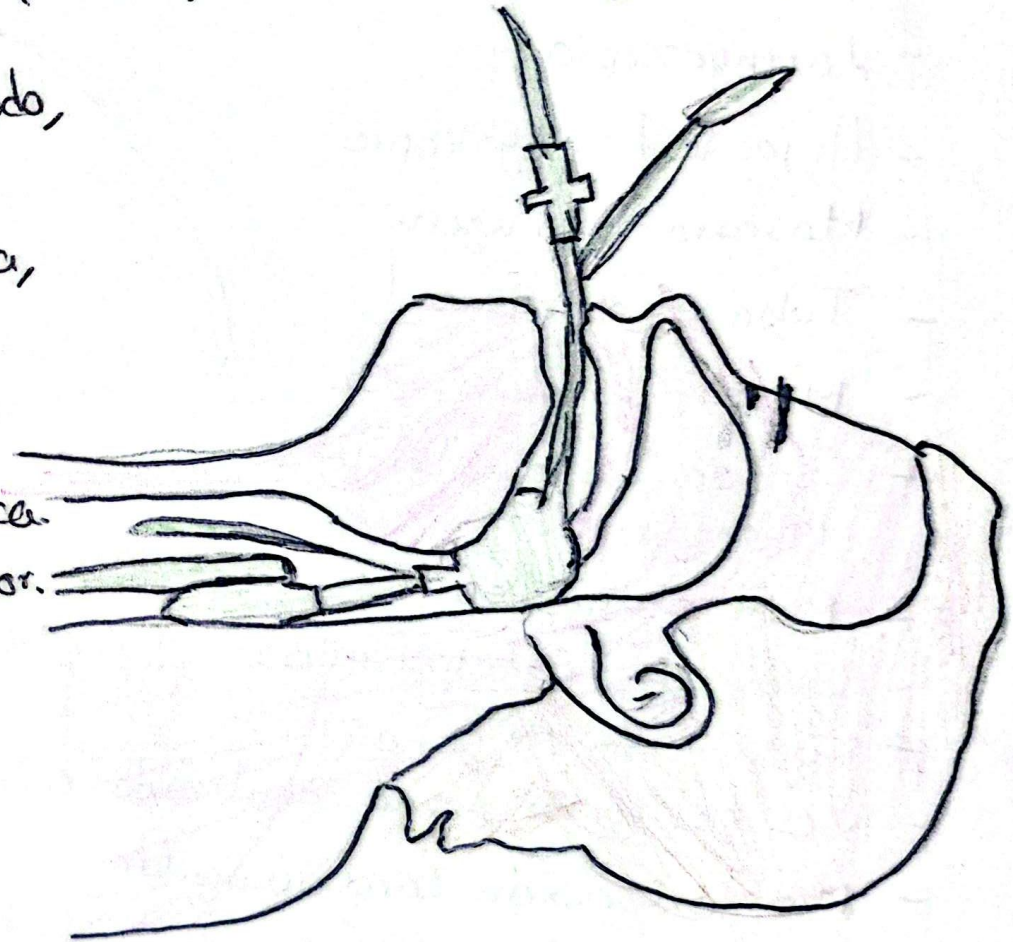
Es el procedimiento estandar para el manejo avanzado de la vía aérea. Mas rápida, efectiva y segura posible, minimizando riesgo de aspiración.

Indicaciones.

Se realiza en pacientes con patología aguda, ayuno, agitados, confusos y en situación crítica, Apnea, Parado Cardiorrespiratorio, Glasgow < 8 , Quemaduras, Convulsiones.

Contraindicaciones.

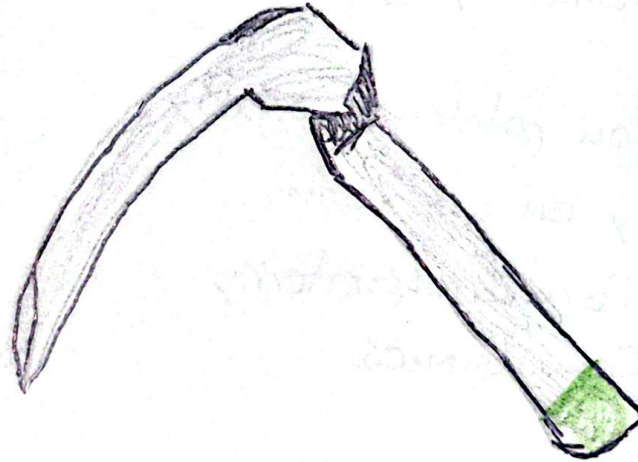
- > Ausencia de entrenamiento en la técnica.
- > Proximidad estrecha al centro receptor.



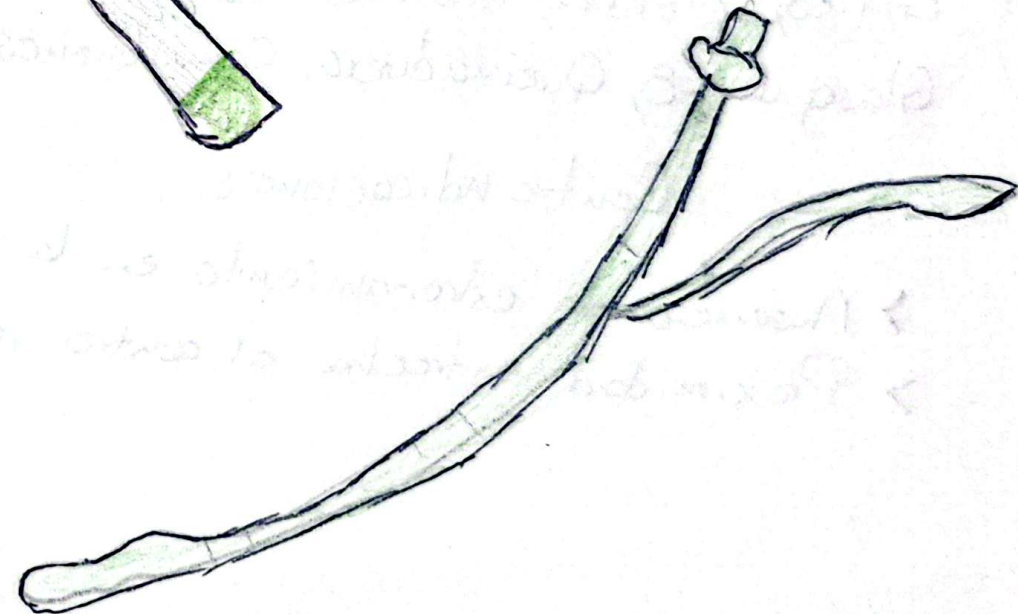
Preparación.

Involucra la planificación de materiales, medicamentos y la evaluación del paciente, se asignan funciones a cada profesional.

- Laringoscopio.
- Hoja de laringoscopio
- Mascara Laríngea.
- Tubo endotraqueal
- Mascara Laríngea.
- Bolsa autoinflable. (AMBUL).
- Medicamentos.
- Guantes, estetoscopio
- Fuente de oxígeno.
- Vía periférica previa canalizada.
- Monitorización Cardiovascular.
- Equipo necesario en caso de Traqueostomía.



Se debe estar preparado para una situación fallida de intubación o ventilación.



- Equipos de monitorización

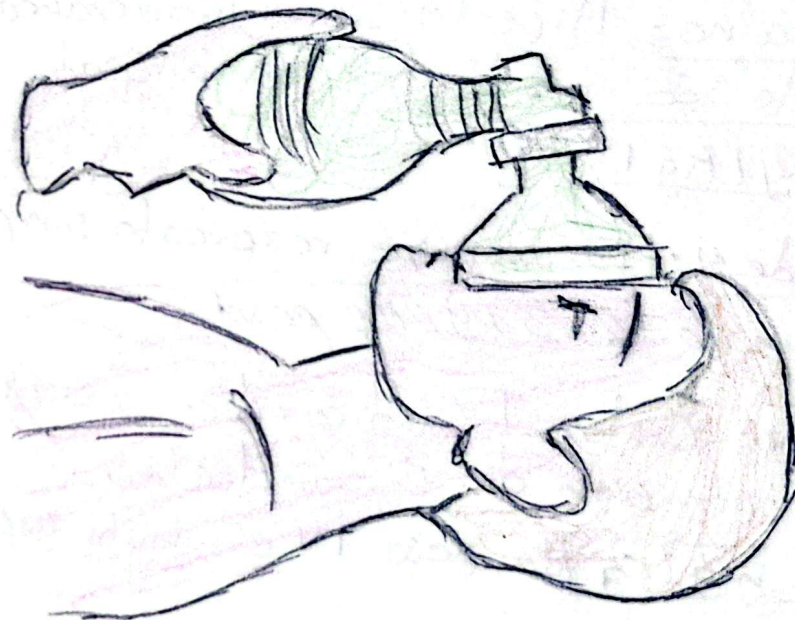
Preoxigenación.

El paciente cursa con un periodo de apnea al momento de la colocación del tubo endotraqueal.

Para evitar que la apnea progrese a hipoxemia, desaturación e Hipoxia tisular.

Se recomienda preoxigenación previo a colocación de tubo ET 3-5 minutos. de oxígeno

- Paciente respirando por su cuenta.
- Flujo máximo con AMBU o mascarilla de reservorio.
- Dependiendo de estado ventilatorio no se permite preoxigenación en tiempo establecido, se sugiere tiempo menor 4-8 respiraciones profundas.

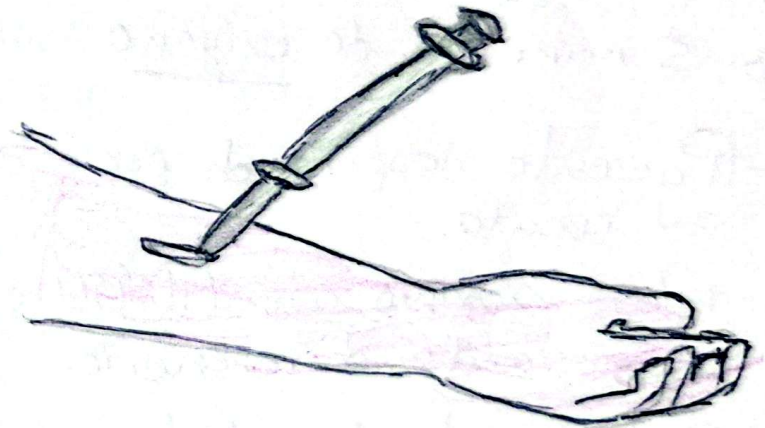


Pretratamiento.

Debido a importantes efectos hemodinámicos durante el proceso de intubación. 2-3 min previos a inducción.

- Manejo de Volumen
- Lidocaína: Hipertensión Intracraneal, aumento de reactividad bronquial.
1.5 mg/kg IV.
- Opioides: Disminuye respuesta simpática
Fentaniilo 2-3 µg/kg peso
- Atropina: Evitar Bradicardia asociado a administración de Succinilcolina.
0.02 mg/kg de peso IV en bolo rápido.

^ No se recomienda. Succinilcolina no tiene efecto benéfico



Paralisis con Inducción.

Administración secuencial de un sedante en dosis de inducción que produce inconciencia y luego un relajante neuromuscular (Succinilcolina).

- Benzodiazepinas

• Midazolam

Efecto sedante, Hipnótico, Ansiolítico y Anticonvulsivante.

No empleo de primera línea.

Disminuir dosis en ex hemodinámicamente inestable 0.1-0.3 mg/kg IV.

Duración más lenta de acción.

- Sedante Hipnótico.

- Propofol: Rápido inicio de acción y corta duración, antiemético.
Produce Hipotensión, Bradicardia, Apnea y efectos cardiovasculares deletéreos.
Dosis 1-2 mg/kg IV

- Barbitúricos

- **Tiopental:** Muy usado en anestesia, en paciente con TCE y sospecha de hipertensión endocraneal, estable hemodinámicamente.

Contraindicación: Hipotensor, Depresión miocárdica y depresión respiratoria.

Dosis: 3 - 5 mg / Kg IV

- **Etomidato:** No afecta la hemodinámica, Droga de elección de TCE asociado a hemorragia o shock.

Potente depresor respiratorio.

Dosis: 0.1 - 0.5 mg / Kg IV.

- **Ketamina:** Único inductor con efecto analgésico, liberador de catecolaminas.

Empleado en pacientes hipotensos.

Dosis 1 - 2 mg / Kg IV.

- Despolarizante.

- Succinilkolina: Se une al receptor de ACh, despolarizando de manera continua, rápido inicio de acción y corta duración.

Agente paralizante ideal.

Efectos Adversos: • Hiperkalemia.

Dosis: 1-2 mg/kg.

- APIC
- Fasciculaciones
- Hipertermia maligna.

- No Despolarizante.

- Rocuronio: Bloqueo competitivo de ACh

Inicio de acción rápido.

Es de mayor seguridad exceptuando la alergia.

Dosis: 1-1,2 mg/kg.

Protección y Posición.

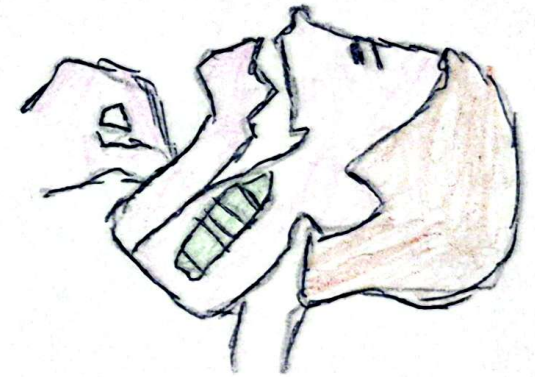
- Posicionamiento: Alinear tres ejes :
 - Oral
 - Faríngeo
 - Laringeo.

Mediante elevación de cuello hasta lograr posición de olfateo.

- Protección:
 - Maniobra de Sellick
 - Prevenir distensión y aspiración de contenido gástrico.

↓

Compresión de cartilago Cricoides: en sentido AP con índice y pulgar.

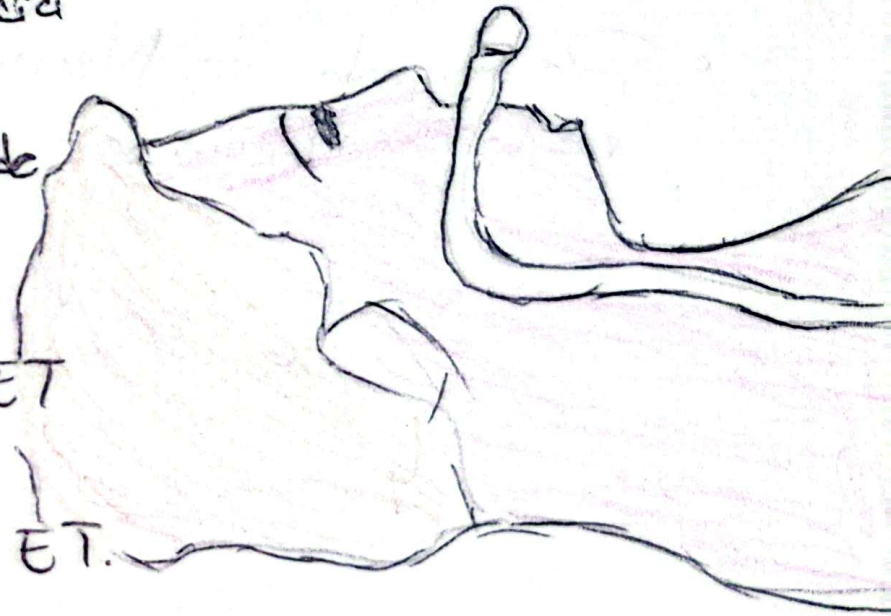


Posicionamiento de Tubo.

Posterior a la Sedación y relajación con fármacos.

- a) Abrir la boca del px introducir laringoscopio.
- b) Insertar hoja de laringoscopio con mano lza. por ángulo derecho de la boca y avanzar punta hasta base de lengua.
- c) Desviar lengua y tejidos blandos hacia izquierda de la lengua.
- d) Levantar laringoscopio con ángulo de 45 grados ejerciendo fuerza con brazo y hombro.
- e) Con mano derecha insertar Tubo ET o insertar en cuerdas vocales
- f) Remover guía e inflar balón de Tubo ET.
- g) Confirmar adecuado posicionamiento de tubo.

Si no se logra adecuada intubación realizar maniobra de Burp.



Cuidados Post-intubación.

- Examen de posición de tubo → Capnografía.
- Asegurar y fijar tubo.
- Monitoreo de efectos hemodinámicos.
- Protocolo de ventilación y Sedoanalgesia
- Descarte de Neumotórax o caída de retorno venoso.

Referencias.

Villalobos Zúñiga, G., & Solano Guillén, M. J. (2022). Secuencia rápida de intubación: Revisión de literatura. *Revista Ciencia y Salud*, 6(4), 79–88.
<https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i4.449>