



**Oscar Eduardo Guillén Sánchez**

**Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez**

**Clínicas quirúrgicas complementarias**

PASIÓN POR EDUCAR

**Flash card**

**7to**

**“B”**



# Secuencia de intubación rápida

Oscar E. Guillén Sánchez

7º B.



## Secuencia de Intubación rápida.

Procedimiento estándar para el manejo avanzado de vías aéreas en los servicios de urgencias.

### Objetivos:

> Realizar la intubación rápida efectiva y segura posible minimizando el riesgo de aspiración.



# Indicacion

- > Parada cardio respiratoria.
- > Apneas
- > Insuficiencia respiratoria.
- > Quemaduras severas
- > Politraumatismo severo.
- > TCE (severo) flujos <8 / Hipertensión intracranal.
- > Disminución del nivel de conciencia / coma
- > Perdida de reflejos protectores de vía respiratoria.
- > Estatus epilepticos.

# Contraindicaciones

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

# Complicaciones

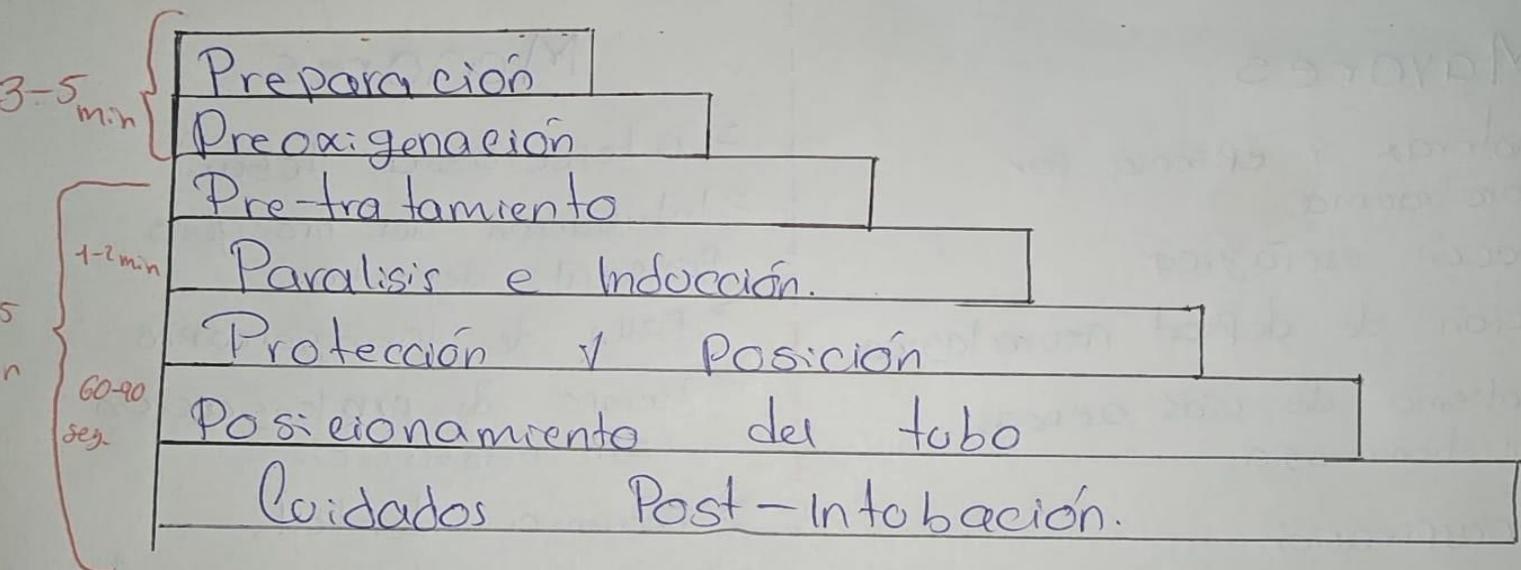
## Mayores

- > Neumotorax y enfisema por barotrauma.
- > Intubación esofágica
- > Aparición de déficit neurológico.
- > Traumatismo de vías aéreas con hemorragia
- > Broncoaspiración.
- > Paro cardiorespiratorio
- > Bradicardia.

## Menores

- > Atelectasia lobar.
- > Intubación del bronquio principal derecho.
- > Falla de laringoscopio
- > Tiempo de intubación prolongado en intubación.
- > Trauma dental.
- > Tubo endotraqueal dañado

# Etapas del SRI



## Pre-Paración:

- > Organización del eq. de salud.
- > Organizar eq. de resucitación y monitorización.
- > Organizar medicamentos
- > Organizar accesos fallidos a acceso quirúrgicos a la vía aérea

Succión  
Oxígeno  
A Vía Aérea  
Posterior  
Medicamento.  
Equipo.

Valoración de acceso directo = **Mallampati**

Lesión	Inversión
Obstrucción,	Mallampati
No intubación	

Clasificación grado I  
Mallampati = Grado II Grado III Grado IV

## Pre Oxigenación:

Evita desaturación e hipoxia tisular durante la apnea.

Lo ideal 5 min. En intubaciones de emergencia realizarla al mismo tiempo que la fase de preoxigenación.

# Pretratamiento.

Mitigar la respuesta fisiologica que produce una etapa potente de descenso adrenérgico, incluye taquicardia hipertensiva + presión intracranial + ocular

LOAD → Medicamentos ante la Inducción

L. docaína, ↑ presión intracranial, ↑ act. bronquial. } 1.5 µg/kg.

Opioides → Fentanilo → ↑ resp. simpática → 2-3 µg/kg.

Atrropina → Preverne bradicardia → 0.02 mg/kg.

Dosis desfase lento de succinilcolina bloqueador neuromuscular.

## Parálisis e Inducción.

Administración secuencial rápida de una droga sedante iniciando con inducción que produce inconsciencia y luego relajante muscular.

> Etomidato → inhibe la H1R-Histamina → No afecta hemodinamia, TCE clímax 0,2-0,4 ms/litas

> Ketamina → analgesia, ↑ catecolaminas 1-2 ms/kg

> Propofol → antiemético, ↓ de la hemodinamia hipotensiva y apnea, 1-2.5 ms/kg

> Tiopental → (barbitárico) → ↓ del flujo cerebral, efecto cardiovascular negativo (TCE, hipertensión endocraneal estables hemodinámicamente) → dosis 3-5 ms/kg.

> Midazolam → produce depresión respiratoria y apnea 0.1-0.2 ms/kg.

> Succinilcolina → único desplazante efecto adverso → Hipertotasia, HEC, Faroce laerenes, hipertermia maligna.

> Rocuronio → Mayor seguridad exceptuando la alergia, no tiene contraindicaciones

## Protección y Posición.

Alineamiento de los 3 ejes oral, faringeo y laringeo. logrando una posición de oípates

## Maniobra de Shleicher

↓  
Prevenir frenos aspiración

Prevenir distensión gástrica

## Posicionamiento del tubo

> Procedimiento de intubación.

> Recomendado valorar el grado de relajación mandibular

## Maniobra de BarP

→ facilita visualización de la glotis

→ Desplazamiento de la laringe haciendo presión sobre el cartílago tiroides hacia atrás y a la derecha.

## Cuidados post intubación.

(Inmediatamente de la intubación)

- > Asegurar Tubo
- > Fijar tubo
- > Monitoreo de efectos hemodinámicos.
- > Adecuada ventilación y sedoanalgesia
- > Rx de tórax.

