



Oscar Eduardo Guillén Sánchez

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Clínicas quirúrgicas complementarias

PASIÓN POR EDUCAR

Flash card

7to

“B”

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de septiembre del 2025



Secuencia de intubación rápida

Oscar E. Guillén Sánchez
7 de 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.



Indicación

- > Parada Cardio respiratorias
- > Apneas
- > Insuficiencia respiratoria.
- > Quemaduras Severas
- > Politraumatismo Severo.
- > TCE (severo) Glasgow ≤ 8 / Hipertensión Intracraneal.
- > Disminución del nivel de conciencia / coma
- > Pérdida de reflejos protectores de vía respiratorias
- > Estados epilépticos.

Contraindicaciones.

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

Complicaciones

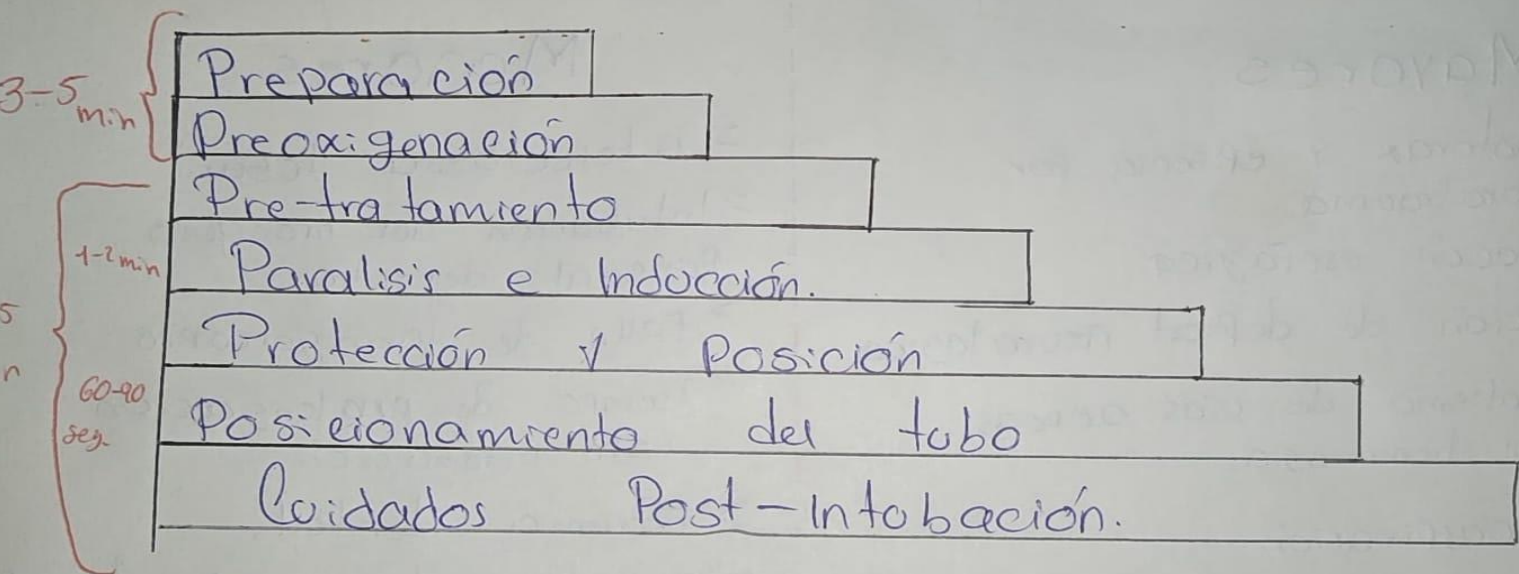
Mayores

- > Neumotorax y efesema 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 laringoscopia
- > Tiempo de prolongación 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 Quirúrgico a la vía aérea

Succión
Oxígeno
A Vía Aérea
Posición
Medicamentos
Equipo.

Valoración de
acceso direct = Mallampati

Lesión
Invisibles
Obstrucciones
No monitorización

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 Intubados de emergencia realizarla al mismo tiempo que la fase de Preanestesia

Pretratamiento.

Minimizar la respuesta fisiológica que produce una etapa potente de descarga adrenérgica, implica taquicardia hipertensión ↑ presión intracraneal y ocular

LOAD → Medicamentos ante la Inducción

Lidocaína → ↑ hipertensión intracraneal, ↑ act. bronquial. } 1.5 mg/kg.

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

Atropina → Previene bradicardia → 0.02 mg/kg.

Dosis desfascoante de succinilcolina bloqueada neuromuscular.

Parálisis e Inducción.

Administración secuencial rápida de una droga sedante iniciando con Inducción que produce Inconciencia y luego relajante muscular

> Etomidato → inhibe la Hb-Hipoxia → No afecta hemodinamia, TCE el hemorrea 0.2-0.4 mg/kg

> Ketamino → analgesia, ↑ catecolaminas 1-2 mg/kg

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

> Tisipental → (barbitúrico) → ↓ de flujo cerebral, efecto cardiovascular negativo (TCE, hipertensión endocraneal estable hemodinamicamente) 3-5 mg/kg.

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

> Succinilcolina → único depolarizante efecto adverso → Hiperkalemia, HEC, Faringolaringoespasmos, Hipertermia maligna.

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

Protección y Posición.

Alineamiento de los 3 ejes oral, faríngeo y laringeo. logrando una posición de ojalates

Maniobra de Shethien



Previene broncoaspiración

Previene distensión gástrica

Posicionamiento del tubo

> Procedimiento de Intubación.

> Recomendado valorar el grado de relajación mandibular

Maniobra de Burp

→ Facilita visualización de la glotis

→ Desplazamiento de la laringe haciendo presión sobre el cartilago tiroideo 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.

