



Nombre del alumno: Mayra Grissel Mollinedo Noyola.

Nombre de docente: Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Nombre del trabajo: Flascard SIR

Materia: Clínicas quirúrgicas complementarias

Grado y grupo: 7º "B"

Carrera: Medicina humana.

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de septiembre de 2025

Secuencia Rápida de Intubación

Es el procedimiento estándar para el manejo avanzado de la vía aérea en servicios de urgencia.

Objetivo

Intubación del paciente de manera rápida, efectiva y segura y minimizar el riesgo de aspiración

Indicaciones

- Glasgow < 8
- Ausencia de reflejo nauseoso.
- Quemaduras o lesiones de vía aérea
- Politraumatismo severo
- Apnea
- Parada cardiorrespiratoria

Contraindicaciones

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

Existen distintos pasos, los cuales son denominados las "7p"

Preparación

- Se organiza al equipo de salud
- Se debe estar preparado para una situación de intubación fallida.

Se necesita

Succión → Equipo de succión

Oxígeno → Marcarilla de alto flujo / nariceras

Airway → Evaluar riesgo de VA difícil

Position → Alinear VA

Meds monitors → Monitoreo hemodinámico
Medicamento para SIR

Equipment → capnografía y equipos complementarios.

Evaluar vía aérea difícil

Look externally → Anatomía → obesidad
Trauma facial
Lengua grande

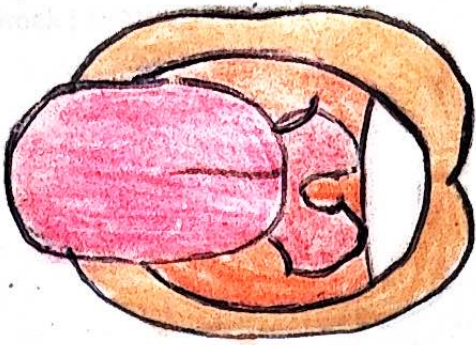
Evaluación 3-3-2 →

Mallampati

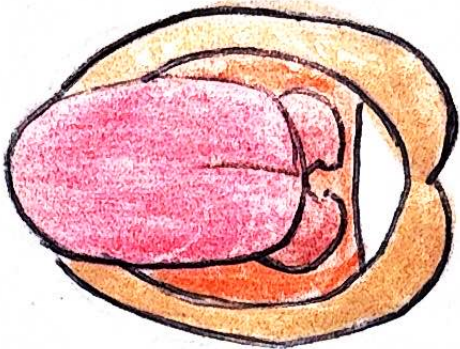
Obstrucción VA → Trauma, cuerpos extraños
compresión de VA

Neck mobility → Movilización de cabeza
Movilización de columna

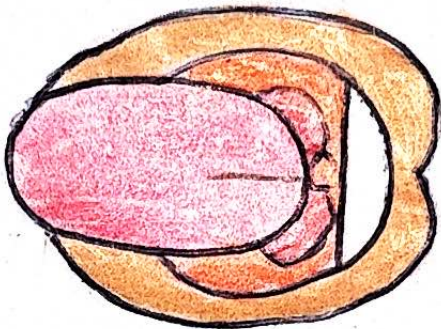
MALLAMPATI CLASSIFICATION



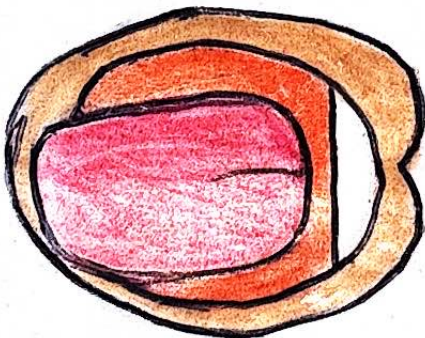
Clase I



Clase II



Clase III



Clase IV

Clase I
visible amígdalas,
úvula, y paladar
blando

Clase II
visible paladar
blanco y duro, úvula,
parte sup. amígdalas

Clase III
visible paladar
duro y blando y base
de úvula

Clase IV
solo visible
paladar duro.

• Evaluación 3-3-2

3 dedos en boca

3 dedos mentón-piso de la boca

2 dedos del piso de la boca al cartilago tiroides.

Preoxigenación

Evitar desaturación e hipoxia tisular durante apnea.

Se realiza simultáneamente con la preparación

Lo ideal son 5 minutos

Al paciente se le debe posicionar en 30° , a menos que sea politrauma.

Prefratamiento

Busca mitigar los efectos fisiológicos derivados de la laringoscopia y del uso de bloqueadores neuromusculares.

Lidocaina $\rightarrow 1,5 \text{ mg/kg}$

Opioides $\rightarrow$ fentanilo $\rightarrow 2-3 \text{ µg/kg}$

Atropina $\rightarrow 0,02 \text{ mg/kg}$

Drogas vasoactivas.

$\hookrightarrow$ succinilcolina.

$\hookrightarrow$ NO se recomienda su uso

Paralisis e inducción

Administración secuencial rápida de una droga sedante en dosis de inducción generando inconciencia
sedación con parálisis neuromuscular

Sedantes más comunes

- Barbitúricos
- Opioides
- Agentes disociativos
- Benzodiazepinas.
- No barbitúricos

Relajantes musculares

- Agente despolarizante.
- Agente NO despolarizante.

• Barbitúricos

Tiopental 3-5 mg/kg

farmacos.

- Etomidato
0,2 - 0,4 mg/kg
- Ketamina
1-2 mg/kg
- propofol
1-2,5 mg/kg
- Midazolam
0,1 - 0,2 mg/kg.
- succinilcolina
1-2 mg/kg
- Rocuronio
1 - 1,2 mg/kg.
-

Protección y Posición

colocar al paciente en la posición idónea para facilitar la intubación

Mediante extensión/elevación del cuello hasta lograr la posición de "el tateo"

- Maniobra de Sellick
 - previene distensión gástrica
 - previene aspiración

Se hace comprensión del cartílago cricoides en sentido anteroposterior con los dedos índice y polgar.

Posicionamiento del tubo

para la visualización de la glotis se describió la maniobra ~~BRP~~

1. Desplazamiento de la laringe

2. Hacer presión sobre el cartilago tiroides hacia arriba, atras y a la derecha.

3. Mejora la visibilidad de la laringe.

corresponde al procedimiento de intubación propiamente dicho

Cuidados Postintubación

inicia inmediatamente posterior a la intubación con el examen capnográfico, se asegura y fija el tubo.

- Monitoreo de efectos hemodinámicos.
- Radiografía de tórax es mandatoria.
- Hipotensión posintubación
- Descartar neumotórax.
- Descartar caída de retorno venoso.