



Ana Kristell Gómez Castillo.

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez.

FLASCARDS.

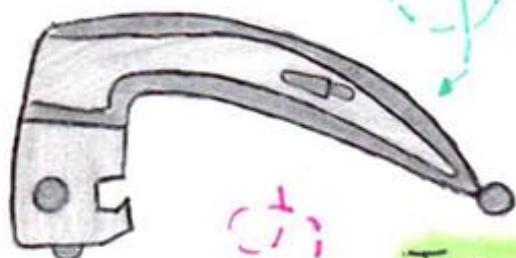
Clínicas Quirúrgicas Complementarias.

7 "B"

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas. A 14 de septiembre, 2025.

SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA



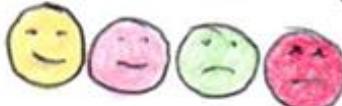
Procedimiento estandar
para el manejo avanzado
de la vía aérea en los
servicios de urgencias

Objetivos:

- Rapido
- Efectiva
- Seguri.

Indicaciones:

- Parada cardiociríptatoria
- Apnea
- Insuficiencia respiratoria
- Politraumatismo.
- TCE severo (glasgow < 8)



Contraindicaciones:

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

Mayores:

- Neumotorax y efusión
- Intubación esofágica
- Deficit neurológico
- Broncoaspiración
- Bradicardia.

Complicaciones:

Menores:

- Atelectasia lobar
- Intubación de bronquio Principal derecho
- Falla laringoscopio
- Tubo endotraqueal desplazado.

ETAPAS

3-5 min	Preparación Preoxigenación
1-2 min	Pretratamiento Paralisis e inducción
60-90 seg	Protección y posición Posicionamiento del tubo Cuidados postintubación.



3 a 5
minutos

Preparación.

En esta etapa se asignan las funciones específicas que desempeñara cada uno. Se preparan los equipos de monitorización y reanimación y medicamentos.

Succión: Técnica Salud.

Oxígeno: Oxigenoterapia O₂ y dispositivos

Air way: Dispositivo para manejar vía aérea.

Posición: Alinear vía aérea: Rompa Bufe-Help.

Monitorio / medicamentos: Monitorio hemodinámico

Equipos / EtCO₂: Capnografía y equipos complementarios

LEMON

LR

Valoración de la vía aérea en el paciente traumático

L: Look Examinar, busca una lesión o trauma

E: Evaluate: Evaluar regla 3-3-2.

Mouth: Aertura de la boca.

Mallampat ≥ 3

O: Obstrucción: Presencia de epiglottis

N: Movilidad de cuello.



Preparación

Mallampat:



- Grado I: Paladar blando + pilares + uvula
- Grado II: Paladar blando + uvula.
- Grado III: Paladar blando + Base de uvula.
- Grado IV: No se lograra a paladar blando.

Material:

- Canula Orofaringea
- Mascarilla facial
- Banda autoinflable
- Tubo endotraqueal
- Laringoscopio
- Pinza Magill
- Sonda aspiración traqueal

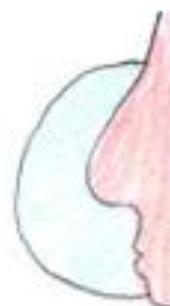


En >8 años se puede utilizar TET

con boya. Fórmula: 3 + (edad/4)

Preoxigenación

Evitar desaturación e hipoxia tisular durante la apnea.



- Ventilación manual con ambu evitando la hipersufacción pulmonar y gástrica.
- ↓ Frecuencia, ↓ volumen, insuflaciones suaves, Presión cricoides.

La ideal 5 min. Al mismo tiempo que la fase de Preparación.

L: Lidocaina

O: Opioides

A: Atropina

D: Dosis desfasciculante de bloques del neuromuscular.

Medicamentos



Lidocaina: Dosis 1,5 mg/kg. Hipertensión intracraniana

Opioides: Fentanilo 2-3 ng/kg. Disminuye respuestas simpáticas

Atropina: Pienso bivaliridina. 0,02 mg/kg.

Desfasciculante de bloques del neuromuscular:

Succinilcolina. **PARALISIS**

Sedantes comunes: Barbitúricos, Opioides,

Agentes dissociativos, Benzodiazepinos y

NO barbitúricos.

Relajantes musculares: Succinilcolina y vecuronio y rocuronio.



Etomidato	Ketamina
Elección para TCE asociado a hemorragia.	Único inductor y anestésico
Propofol	Barbitúricos. Triptental es muy usado en anestesia
Benzodiazepinos	Midazolam • Más empleado • Efecto rápido y corta duración

Succinilcolina: Único agente depolarizante.

172 mg/kg.

Efectos adversos.

- Hipercaloremia
- Fasciculación
- Hipertermia.

PROTECCIÓN y POSICIONAMIENTO

3 ejes

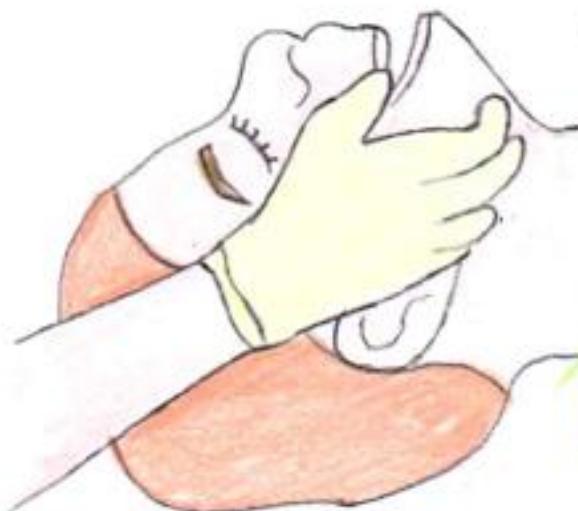
- Oral
- Faríngeo
- Laringeo

Posición "Olfatco"



Uso de maniobras de Delisle previene
la distensión gástrica y aspiración de
contenido.

Maniobra BURP



- Desplazamiento de la laringe haciendo presión sobre el cartílago tiroides hacia atrás, arriba y derecho.

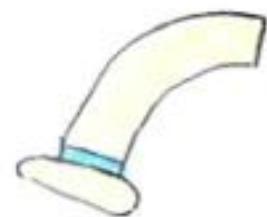
Posición DE TUBO

- Se evalúa el grado de relaxación mandibular obtenido.
- Laringospasmos subóptimos



CUIDADO

Post intubación



Comienzan inmediatamente después de la intubación



- Capnografía
- Lugar se debe asegurar y fijar.
- Efectos hemodinámicos
- Rx torax
- Cuidar hipotensión postintubación

REFERENCIA

Maluenda, F. Aguilera, P. Kripper, c. Navea, Secuencia rápida de intubación en el servicio de urgencia. Revista Chilena de Medicina Intensiva 2015; 30(1) 23 – 32.