



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 RAPIDA



Procedimiento estándar
Para el manejo avanzado
de la vía aérea en los
servicios de urgencias

Objetivos:

- Rápido
- Efectiva
- Segura.

Indicaciones

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

Contraindicaciones

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



Complicaciones.

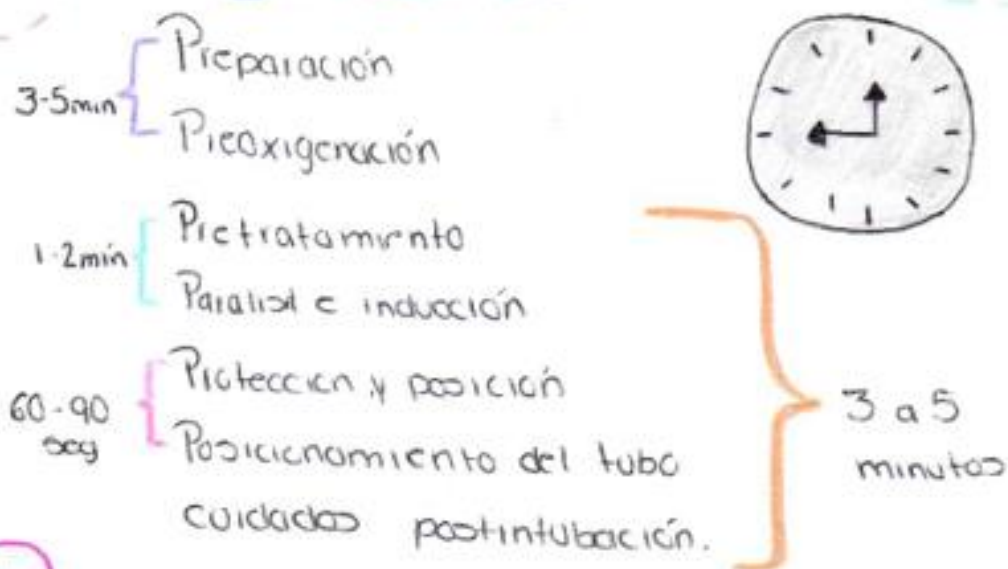
Mayores

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

Menores

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

ETAPAS



Preparación.

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

Succión: Técnica Salud.

Oxígeno: Oxigenoterapia O_2 y dispositivos

Air way: Dispositivo para manejar vía aérea.

Posición: Alinear vía aérea: Rampa Bule-Help.

Monitoreo / medicamentos: Monitoreo hemodinámico

Equipos / Etcó2: Capnografía y equipos complementarios

LEMON

Valoración de la vía aérea en el paciente traumatizado.

L: Look Examinar, buscar una lesión o trauma

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

M: Mouth: Apertura de la boca.
Mallampati >3

O: Obstrucción: Presencia de epiglotis

N: Movilidad de cuello.



Preparación

Mallampati:

• Grado I: Paladar blando + pilares + uvula

→ Grado II: Paladar blando + uvula.

→ Grado III: Paladar blando + Base de uvula.

→ Grado IV: No se logra ver el paladar blando.

Material:

- Cánula orofaríngea
- Mascara facial
- Bolsa autoinflable
- Tubo endotraqueal
- Laringoscopia
- Pinza Magill
- Sonda aspiración traqueal.



En >8 años se puede utilizar TET
con botón. Fórmula: $3 + (\text{edad} / 4)$

Preoxigenación

Evitar desaturación e hipoxia tisular durante la apnea.

- Ventilación manual con ambú evitando la hipersuflación pulmonar y gástrica.
- ↓ Frecuencia, ↓ volúmenes, insuflaciones suaves, Presión cricoides.



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

L: Lidocaína

O: Opioides

A: Atropina

D: Dosis desfasciculante de bloqueador neuromuscular.

Medicamentos



Lidocaína: Dosis 1,5 mg/kg. Hipertensión intracraneal

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

Atropina: Previene bradicardia. 0,02 mg/kg.

Desfasciculante de bloqueador neuromuscular:

Succinilcolina.

PARALISIS

Sedantes comunes: Barbitúricos, Opioides,

Agentes disociativos, Benzodiazepinas y NO barbitúricos.

Relajantes musculares: Succinilcolina y vecuronio y rocuronio.



Etomidato Eleccion para TCE asociado a hemorragia.	Ketamina Unico inductor y anestésico
Propofol • Sedante - hipnótico de accion ultracorta	Baibituricos Triopental es muy usado en anestesia
Benzodiazepinas Efectos sedantes, hipnóticos, amnésicos.	Midazolam • Mas empleado • Efecto rapido y corta duracion

Succinilcolina: Unico agente despolarizante.

1-2 mg/kg.

Efectos adversos:

- Hiperkalemia
- Fasciculaciones
- Hipertermia.

PROTECCIÓN y Posicionamiento

3 ejes

- Oral
- Faríngeo
- Laringeo

Posicion "olfateo"



Uso de maniobra de Sellick previene la distensión gástrica y aspiración de contenido.

Maniobra BURP

6



- Desplazamiento de la laringe haciendo presión sobre el cartilago tiroideos hacia arriba y derecho.

Posición DE TUBO

- Se evalúa el grado de relajación mandibular obtenida.
- Laringopopios subóptimas



CUIDADO



Postintubación

Comienzan inmediatamente después de la intubación

- Capnografía
- Luego se debe asegurar y fijar.
- Efectos hemodinámicos
- Rx torax
- Cuidar hipotensión posintubación



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.