



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Cielo Brissel Fernández Colín

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Flashcard

PASIÓN POR EDUCAR

Técnicas Quirúrgicas Complementarias

7"B"

Comitán de Domínguez Chiapas a Septiembre de 2025



SECUENCIA RÁPIDA

de

Introducción



¿QUE ES?

Es el procedimiento estándar para el manejo avanzado de la vía aérea en los servicios de urgencias

indicaciones

- Apnea.
- Estados epilépticos.
- Politraumatismo Severo.
- Insuficiencia respiratoria.
- Parada cardiorrespiratoria.
- Disminución del nivel de conciencia/coma
- Pérdida de reflejos protectores de la VA.
- Quemaduras severas en cara y cuello.
- TCE Severo (Glasgow <8) / HTIntracraneal.

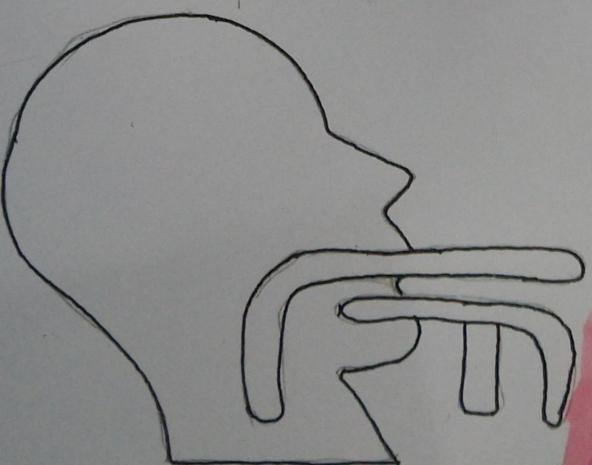
complicaciones

MAYORES

- Neumotórax y enfisema por barotrauma
- Aparición de déficit neurológico
- Traumatismo de la VA. con hemorragia resultante
- Paro cardiorrespiratorio
- Intubación esofágica
- Bronco-aspiración
- Bradicardia.

MENORES

- Falta del laringoscopio o sistema de succión
- Intubación del bronquio principal der.
- Tiempo de intubación prolongado
- Tubo endotraqueal deslizado
- Tubo endotraqueal dañado
- Atelectasia lobar
- Trauma dental.



PREPARACIÓN

Se organiza el equipo, se asignan las funciones específicas, se preparan los equipos de monitorización y reanimación, y los medicamentos.

Succión → succión más pequeña
yankauer para bebés

Oxígeno → Preoxigenato → 100% FiO₂ x 3 min
o 8 respiraciones de TV

oxigenación agnética → NC a los
5L (vacantes), 15L (adolescentes).

Airía aérea → ETT (uncuffed) → 3.5 (al nacer).
5.0 (5 años)

Blade (Miller) → 0 al nacer,
2 a los 2 años

Posición → Levantar la cama (xifoideas)
mueca de oiga a esternón.

Medicamentos / monitores

- Etomidato 0.3 mg/kg IV
- Roc 1.2 mg/kg IV
- Succ 2 mg/kg IV
- Ketamina 2 mg/kg IM/IV
- Fentanilo 1-3 mcg/kg/hora

- Versado 0.1 mg/kg / hr
- Propofol 50 mcg/kg/min

Equipamiento

- ETCO₂ continuo
- BVM
- CXE

LOOK (examinar)

Buscar lesión o trauma

Evaluar (regla 3-3-2)

- Interincisivos → 3
- Mentohipoidea → 3
- Tiroides a suelo de la boca → 2

Mouth (Apertura de la boca)

Mallampati > 3

Obsttrucción

Presencia de epiglotis o
obstrucciones amigdalinas

NECK (movilidad de cuello)

Presencia de collarín,
imposibilidad de exten-
sión del cuello

M A L L A M P A T I



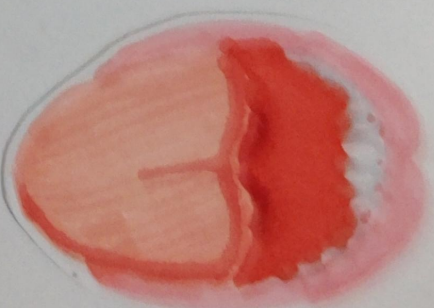
Clase I

Visibilidad del paladar
blando, úvula y pilares
amigdalinos



Clase III

visibilidad
del paladar
blando y
base de
la úvula



Clase II

visibilidad del paladar
blando y úvula



Clase IV

Solo es
visible
el paladar
duro.

PREMEDICACIÓN

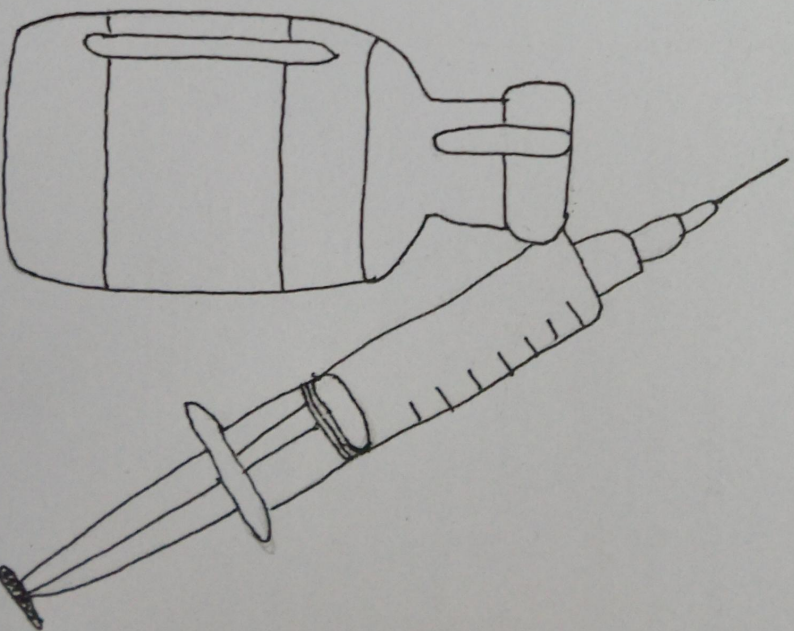
Su objetivo es mitigar la respuesta fisiológica que produce una descarga adrenérgica que implica: **taquicardia**, **hipertensión**, $\uparrow$ **presión intracraneana** y **ocular**.

Lidocaína $\rightarrow$ En hipertensión intracraneana o aumento de la reactividad bronquial $\rightarrow$ Dosis: **1.5 mg/kg**

Opioídeos $\rightarrow$ Fentanilo $\rightarrow$ Disminuye significativamente la respuesta simpática $\rightarrow$ Dosis: **2-3 μ g/kg**

Atropina $\rightarrow$ Previene la bradicardia en los pacientes pediátricos $\rightarrow$ Dosis: **0.02 mg/kg**

Dosis desparasitante de bloqueador neuromuscular $\rightarrow$ Succinilcolina $\rightarrow$ Se desconoce su beneficio real.



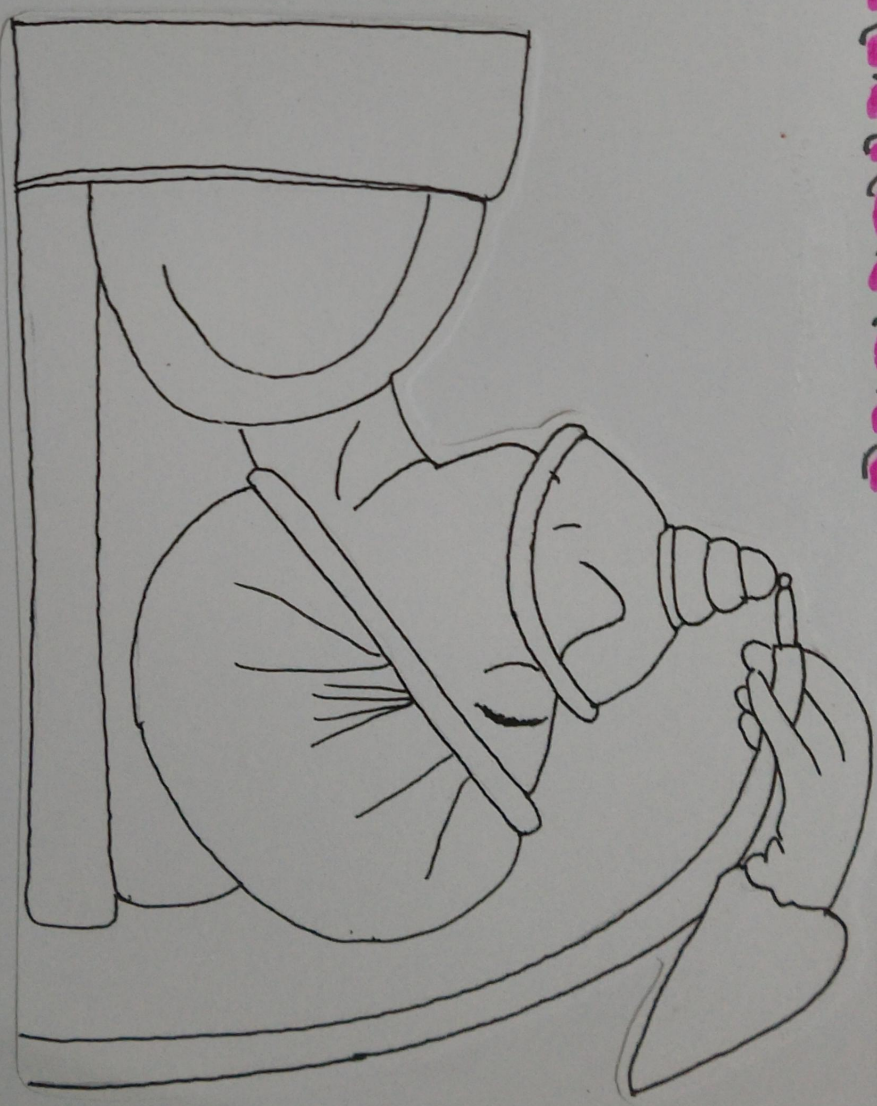
PREOXIGENACIÓN

Su objetivo es evitar la desaturación e hipoxia tisular durante la apnea

↳ Ventilación manual con ambú, evitando la hiperinsuflación pulmonar y gástrica.

↳ ↓ frecuencia, ↓ volúmenes, insuflaciones suaves, presión cricoidea.

↳ Lo ideal son **5 minutos** En intubación de **emergencia** se realiza al mismo tiempo que la fase de preparación.



INDUCCIÓN y PARÁLISIS

Consiste en la administración secuencial rápida de una droga sedante en dosis de inducción que produce inconsciencia y luego un relajante neuromuscular.

Sedantes más comunes: Barbitúricos, opioides, Agentes disociativos, Benzodiazepinas

Relajantes musculares: Agentes despolarizantes y no despolarizantes.

etomidato: Agente inductor de efecto hipotóxico mas empleado, no afecta la hemodinamia → Px con TCE asociado a hemorragia o shock

Ketamina: Es el unico inductor que además tiene efectos analgésicos → Px hipotensos, alternativa en Px con TCE e hipotensión.

Propofol: Sedante-hipnótico de acción ultracorta. Produce hipotensión arterial, bradicardia, hipoxemia y apnea, efectos cardiovasculares.

barbitúricos: Tiopental → Disminuye el flujo sanguíneo cerebral y la demanda metabólica del cerebro. Tiene efectos cardiovasculares negativos, depresión respiratoria central / apneas → Px con Tlc y sospecha de hipertensión endocraneana.

benzodiazepinas: Midazolam → Efectos sedantes, hipnóticos, amnésicos, ansiolíticos, anticonvulsivos y relajación muscular. → Tiene efectos cardiovasculares deletéreos en px hipovolémicos y produce depresión respiratoria y apnea.

Succinilcolina: Tiene rápido inicio de acción y corta duración, es el agente paralizante ideal → Dosis: $1-2 \text{ mg/kg}$ → Efectos adversos: hiperkalemia, aumento de la presión intracraneana e intraocular, fasciculaciones, hipertermia maligna.

Midazolam → $0.1-0.2 \text{ mg/kg}$

Tiopental → $3-5 \text{ mg/kg}$

Fenlanoil → $6-10 \text{ mg/kg}$

Ketamina → $1-2 \text{ mg/kg}$

Etomidato → $0.2-0.4 \text{ mg/kg}$

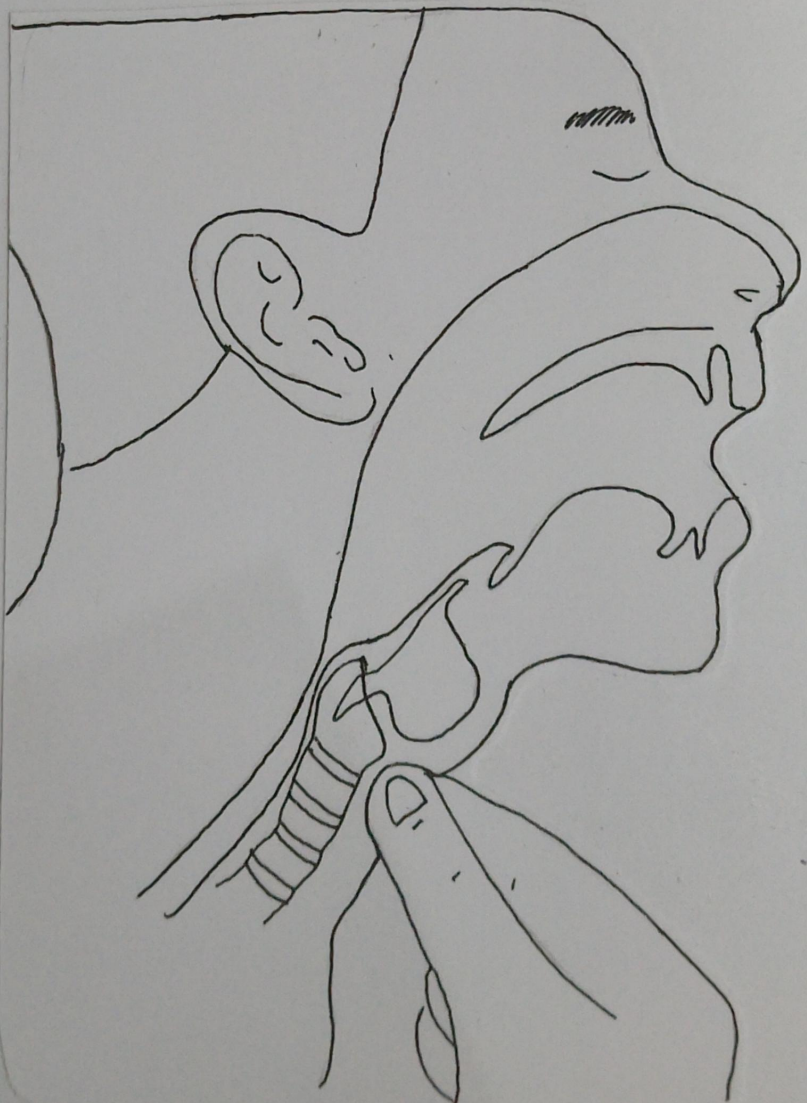
Propofol → $1-2.5 \text{ mg/kg}$

PROTECCIÓN Y POSICIÓN

Protección: Se refiere al uso de la manobra de Jellik para prevenir la distensión gástrica y la aspiración de contenido gástrico

Posicionamiento: Alinear los 3 ejes oral, faríngeo y laríngeo. Mediante extensión/elevación del cuello hasta lograr la posición de airhead

Compresión del cartílago cricoides en sentido anteroposterior con los dedos índice y pulgar



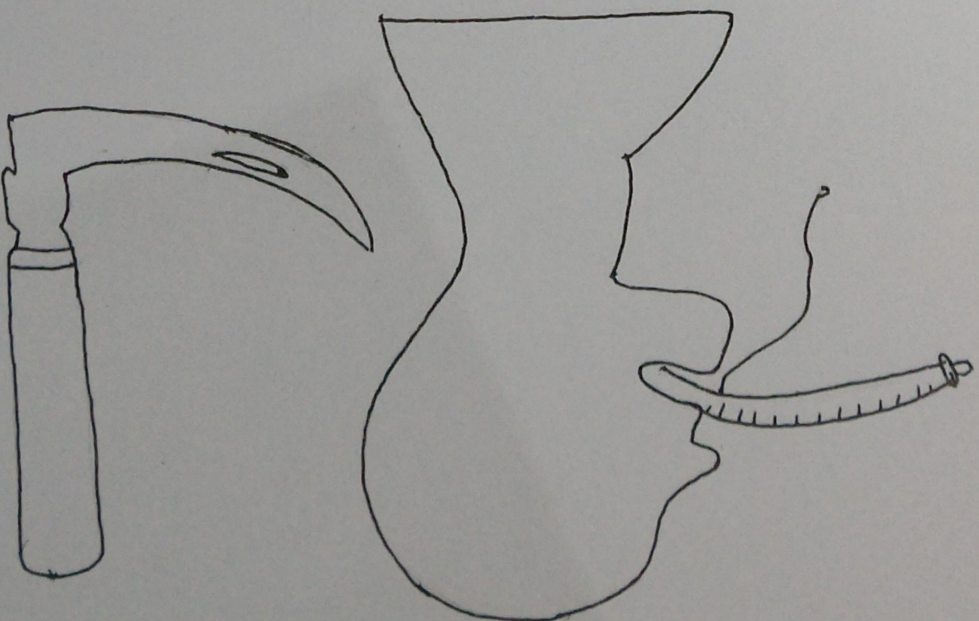
POSICIÓN del TUBO

Maniobra BURP: Facilita la visualización de la glotis.

Consiste en el desplazamiento de la laringe haciendo presión sobre el cartilago tiroideo hacia atrás, arriba y a la derecha, que mejora la visibilidad de la laringe.

Intubación Endotraqueal

- Laringoscopia con la mano izq y con el primer y 2do dedo de la mano derecha abrir la boca.
- Introducir el laringoscopio por el lado der. de la comisura bucal e ir avanzando por encima de la lengua hacia la hipofaringe hasta ver la epiglotis
- Apoyar la punta del laringoscopio en la vallecula
- Visualizar la glotis → **Maniobra BURP**
- Introducción del tubo endotraqueal hasta la profundidad calculada.



CUIDADOS POSTINTUBACIÓN

Comienza después de la intubación con el examen de la posición del tubo mediante **capnografía**, para posteriormente asegurar y fijar el tubo.

Δ importante

- Monitorear los efectos hemodinámicos
- Protocolo adecuado de ventilación y sedoanalgesia.

- La **Radiografía de tórax** es mandatoria
- Tener cuidado con la **hipertensión posintubación**
- Decartar un **pneumotórax** o una **caída del retorno venoso**.

