



Emmanuel Hernández Domínguez

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Flashcards SRI

Clínicas quirúrgicas complementarias

PASIÓN POR EDUCAR

7-B

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de septiembre del 2025

SR I

Procedimiento estándar para el manejo avanzado de la VA en los servicios de urgencias

Indicaciones

- Parada cardiorrespiratoria
- Apnea
- Insuficiencia respiratoria
- Quemaduras severas
- Politraumatismo severo
- TCE severo (Glasgow < 8) / hipertensión intracraneal

Contraindicaciones

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

Complicaciones

Mayores

- Neumotórax y enfisema
- Intubación esofágica
- Aparición de déficit neurológico
- Trauma de VA con hemorragia
- Bronco-aspiración
- Paro cardiorrespiratorio
- Bradicardia

Menores

- Atelectasia lobar
- Intubación de bronquio principal derecho
- Fallo de laringo o succión
- Tiempo de intubación prolongado
- Tubo endotraqueal desplazado
- Trauma dental
- Tubo endotraqueal doñado

ETAPAS DEL SRI

7P

- | | | | |
|---------|-------------|---|--------------------------|
| | | 1 | Preparación |
| | 3-5 min | 2 | Preoxigenación |
| | | 3 | Pretratamiento |
| | 1-2 min | 4 | Parálisis e inducción |
| 3-5 min | { 60-90 seg | 5 | Protección y posición |
| | | 6 | Posicionamiento del tubo |
| | | 7 | Cuidados Posintubación |

PREPARACION

Etapa donde se organizan el equipo de salud, se asignan funciones específicas, se preparan equipos y medicamentos

Suction

Oxygen

Airway / Adjuncts

Position

Meds monitors

Equipment

Vibración de la vía aérea en el px traumatizado

Look → Examinar lesión o trauma

Evaluar → Regla 3-3-2

Mouth → Apertura de la boca, Mallampati ≥ 3

Obstucción → Presencia de epiglotitis o absceso amigdalino

Neck → Movilidad de cuello

Mallampati:



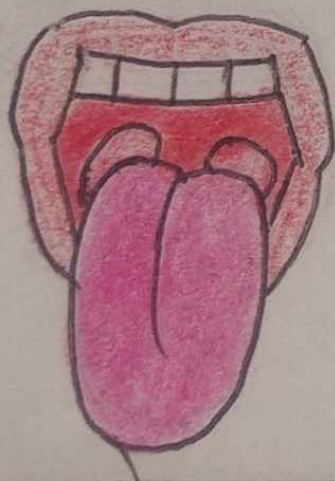
Clase I

- Paladar blando, fauces, úvula y pilares



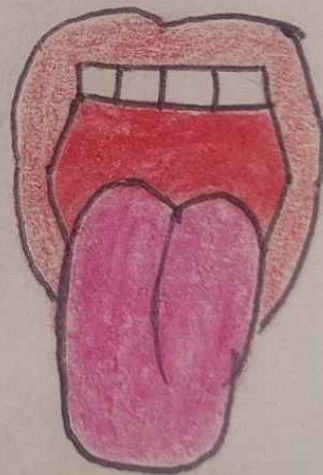
Clase II

- Paladar blando, fauces y úvula



Clase III

- Paladar blando y base de úvula



Clase IV

- Solo paladar duro

PREOXIGENACION

Evitar desaturación o hipoxia tisular durante la apnea

- Ventilación manual con ambú, evitando hiperinsuflación pulmonar y gástrica
- Ideal 5 minutos.

PRETRATAMIENTO

Mitigar la respuesta fisiológica que produce una potente descarga adrenérgica que implica taquicardia, hipertensión, $\uparrow$ PIC y ocular.

Lidocaína $\rightarrow$ Dosis: 1.5 mg/kg

Opiodes $\rightarrow$ Fentanilo $\rightarrow$ Dosis: 2-3 mg/kg

Atropina $\rightarrow$ Dosis $\rightarrow$ 0.02 mg/kg

Dosis desfasciculante de bloqueador neuromuscular $\rightarrow$ Succinilcolina

PARALISIS E INDUCCION

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

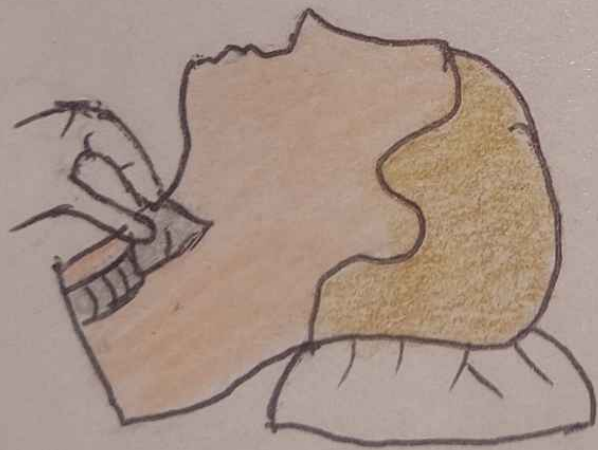
- **Sedantes más comunes:** Barbitúricos, opiodes, agentes disociativos, benzodicepinas y no barbitúricos.
- **Relajantes musculares:** Agentes despolarizantes (succinilcolina) y no despolarizante (vecuronio y rocuronio)

Farmacos:

- Midazolam → 0.1 - 0.2 mg/kg
- Tiopental → 3 - 5 mg/kg
- Fentanilo → 6 - 10 µg/kg
- Ketamina → 1 - 2 mg/kg
- Etomidato → 0.2 - 0.4 mg/kg
- Propofol → 1 - 2.5 mg/kg

PROTECCION Y POSICION

- Alinear los tres ejes : oral , faringeo y laríngeo , mediante extensión / elevación del cuello hasta lograr la posición de "olfateo"

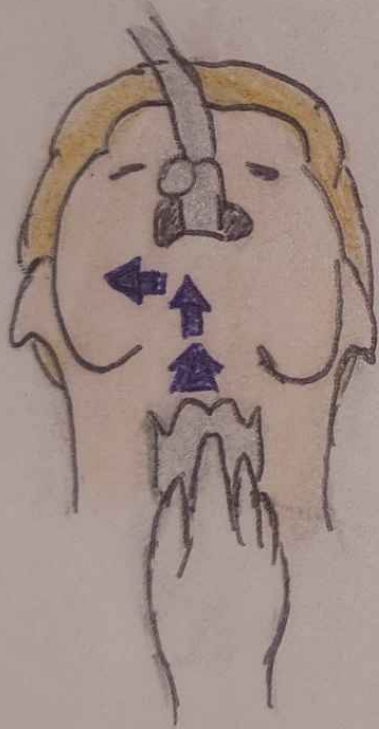


Maniobra de Sellick

Compresión del cartilago cricoideo en sentido anteroposterior con el índice y pulgar

POSICIONAMIENTO DEL TUBO

Maniobra de BURP



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

CUIDADOS POSINTUBACIÓN

Comienzan inmediatamente después de la intubación con el examen de la posición del tubo idealmente por capnografía, luego asegurar y fijar el tubo.

- Monitoreo de efectos hemodinámicos es importante al igual que un protocolo adecuado de ventilación y sedoanalgesia.