



PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del alumno: Hatziry Gómez Hernández

Nombre del profesor: Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Nombre del trabajo: secuencia rápida de intubación

Materia: clínicas quirúrgica avanzadas

Grado: 7mo

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de septiembre del 2025.

SECUENCIA RAPIDA DE INTUBACIÓN (SRI)

- Hatziry Gómez Hernández 7B.

-> SRI <-

• Es el procedimiento estandar para el manejo avanzado de la vía aérea en los servicios de urgencias.

= Se realiza en pacientes con patología aguda o sin agono, agitado o confusos, inestables y en situación critica.

>> **Objetivo :** realizar intubación del paciente de la manera + rapida, efectiva y segura posible, minimizando el riesgo de aspiración.

>> Indicaciones <<

- Parada Cardiorespiratoria
- Apnea
- I. respiratoria
- Quemaduras severas = cara y cuello ★
- Politraumatismo severo
- TCE (Glasgow < 8)
- ↓ de nivel de conciencia / coma.
- Ø reflejos protectores de vía aérea
- Estados epilepticos.

>> Contraindicación <<

- Ø de entrenamiento en la técnica.
- Proximidad estrecha al centro receptor.
- NO contraindicación absoluta

COMPLICACIONES.

MAYORES

- Neumotorax y efisema por barotrauma
- Intubación esofágica.
- Aparición de déficit neurológico.
- Traumatismo vía aérea con hemorragia resultante.

MENORES

- Atelectasia lobar.
- Intu. bronquio principal derecho.
- Falla del laringoscopio o sistema de succión.
- ① de intubación prolongada.
- Tubo endotraqueal desplazado



3-5 MIN

- ① Preparación
- ② Preoxigenación → 3-5 min
- ③ Pretratamiento
- ④ Inducción e Parálisis 1-2 min
- ⑤ Protección y posición
- ⑥ Posicionamiento del tubo. } 60-90 seg
- ⑦ Cuidados Posintubación



ETAPAS

① PREPARACIÓN

- Etapa en donde se organiza el equipo de salud, se asignan las funciones específicas que desempeñarán cada profesional, se prepararán los equipos de monitorización y reanimación, y los medicamentos que se emplearán en el procedimiento.

Nemotécnia

SOEFANE

- S**ucción = equipo accesible.
- O**xigenación = mascarilla alto flujo.
- F**ármacos = preparar fármacos que podrían ser empleados.
- V**ía **A**érea = evaluar y predecir el riesgo V.A. difícil.
- M**onitoreo = FC, PA, FR, SpO₂ y Ritmo cardíaco.
- E**quipo = revisar y preparar equipo necesario ⇒ laringoscopio, tubos, hojas, etc.

- Para valorar posible acceso difícil
V.A. = LIMON

- Luce difícil? = lesión externa.
- Identificar 3-3-2.
- Mallampati > 3
- Obstrucción / Obesidad
- No movilización del cuello

Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
Paladar blando + Pilares + Úvula.	Paladar blando + pilares + Base de Úvula.	Solo se OO paladar blando.	OOO paladar blando.

② PREOXIGENACIÓN

» Objetivo = evitar desaturación e hipoxia tisular durante la apnea.

= Ventilación manual con ambu, evitando la hiperinsuflación pulmonar y gástrica.

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

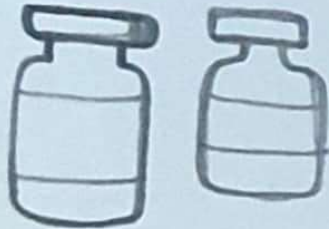
»» Lo ideal 5 min = en intubación de emergencia realizarla al mismo tiempo que la fase de preparación.



③ PRETRATAMIENTO

⇒ Objetivo = mitigar esta respuesta fisiológica que produce una potente descarga adrenérgica que implica taquicardia, hipertensión, ↑ P. intracraneal y ocular.

★ LOAD = empleo medicamentos antes de la inducción.



- = L idocaina = Hiper. intracraneal o ↑ act. bronquial = 1-1.5 mg/Kg.
- = O pioides = Fentanilo ↓ respuesta simpática = 2-3 mcg/Kg.
- = A tropina = prevenir bradicardia en pediátricos = 0.02 mg/Kg.
- = D osis desfaculantes de bloqueador
neuromuscular. = Succinilcolina = ∅ recomendado actualmente.

④ PARÁLISIS E INDUCCIÓN

- Administración secuencial rápida de una droga sedante en dosis de inducción que produce inconciencia y luego un relajante neuromuscular habitualmente Succinilcolina.
- Sedantes + comunes = barbitúricos, Opioides, agentes disociativos, benzodiazepinas y NO barbitúricos.
- Relajantes musculares = agentes despolarizados (Succinilcolina) y Agentes no despolarizantes (Vecuronio y rocuronio). → 1-2 mg/kg.

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



- Succinilcolina = 1-2 mg/kg.
- Rocuronio = 1 - 1.2 mg/kg.

⑤ PROTECCIÓN Y INDUCCIÓN

① Posicionamiento = alinear 3 ejes → Oral, faríngeo y laríngeo.
↳ Mediante extensión/elevación del cuello = posición "olfateo".

② Protección = uso de manobra de Sellick para prevenir la distensión gástrica y aspiración de contenido gástrico.

= Compresión del cartilago cricoides en sentido AP con los dedos índice y pulgar.

⑥ POSICIONAMIENTO DEL TUBO

➤➤ Procedimiento de intubación propiamente dicho con el px bajo sedación y relajación

= Antes se recomienda evaluar grado de relajación mandibular.

TÉCNICA DE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

- ① Laringoscopio con mano izquierda y con el primer y segundo dedo de mano derecha abrimos boca.
- ② Introducir laringo por lado derecho de comisura bucal e ir avanzando por encima de la lengua hacia la hipofaringe = hasta la epiglotis.
- ③ Apoyar punta de laringo en la uelécuda.

④ la glotis = maniobra de BURP → desplazamiento de la laringe sobre el cartilago tiroides hacia atras, arriba y a la derecha, mejora visibilidad laringea.

⑤ Introducir el tubo endotraqueal entre las dos cuerdas vocales hasta la profundidad calculada.

⑥ CUIDADOS POSINTUBACION

➤ Comienza inmediatamente despues de la intubación con el examen de la posición del tubo idealmente mediante capnografia → asegurarse y fijar el tubo.

- IMPORTANTE ★ ➤
- monitoreo de efectos hemodinamicos.
 - Protocolo adecuado de ventilación y sedoanalgesia.
 - Rx de torax es mandatoria
 - La hipotensión posintubación es de cuidado y siempre hay que descartar el neumotorax o caída del retorno venoso.