



Alexa Martínez Martínez.

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez.

Flashcards, SRI.

**Clínicas Quirúrgicas
Complementarias.**

7^{mo} "C"

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de septiembre de 2025.

~~Secuencia Rápida de Intubación~~

¿Qué es?

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

Contraindicaciones

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

Complicaciones

Mayores

- Neumotorax y efusión por barotrauma
- Intubación esofágica.
- Aparición de defectos neurológicos.
- Taponamiento de la vía aérea con hemorragia resultante.

¿En quienes se realiza?

En pacientes con patología aguda, sin ayuno, agitados o confusos, inestables y en situación crítica.

Complicaciones

- Mayores
- Bronco-aspiración
- Paro cardiorespiratorio
- Bradicardia.

Menores

- Atelectasia lobar.
- Intubación del bronquio principal derecho.
- Falla de laringoscopio o sistema de succión.
- Tiempo de intubación prolongado.
- Tubos endotraqueal desplazados.
- Trauma dental. Tubo endotraqueal dañado.

ETAPAS SRI

del

Preparación

3-5 min Preoxigenación

Pretratamiento

1-2 min Parálisis e inducción

0.5-1 min Protección y posición.

0.5-1 min Posicionamiento del tubo

Cuidados posintubación

Preparación

1) Confirmar indicación de intubación.

2) Verificar equipo:

- Laringoscopia • Hojas • Tubos endotra-
- Jeringa • Guía • Aspirador queales (con balón)
- Oxígeno • Ventilador • Ambu • Monitorio

• ECG

• SpO2

• TA

• Capnograph

3) Valorar o predecir una vía aérea difícil **Nemotécnica LIMON**

> Lesión externa

> Inverhague: 3-3-2 (3 dedos entre incisivos,

3 dedos entre el hueso hioides y el mentón y 2 dedos entre la escotadura tiroidea y el píico de la boca,

> Mallampark: Poco o h en pacientes en situación de emergencia.

Visualizar hipofaringe y poder clasificarlo entre I y IV.

> Obstrucción: de cualquier origen, ya sea infeccioso o traumático

> No movilización de cuello en aquellos casos donde sea imprudente o lesiva su movilización.

Memotécnica SOAPME

- Succion: Equipo de succion accesible.
- Oxígeno: Mediante mascarilla de alto flujo o el dispositivo que este disponible.
- Vía Aérea: Evaluar y predecir el riesgo de vía aérea difícil.
- Posición: Posición de cabeza.
- Medicamentos: Se deben preparar los fármacos que podran ser empleados durante el procedimiento.
- Equipo: Revisar y preparar el equipo necesario.

CLASIFICACIÓN MANAMDAH

GRADO I
Paladar blando + Pilares + Úvula.

GRADO II

Paladar blando + Úvula.

GRADO III

Paladar blando + base de la úvula.

GRADO IV

No se logra ver el paladar blando.

Preoxigenación

- Entor deoxaturación e hipoxia hoular durante la apnea.
- Ventilación manual con ambú, entando la hiperinflación pulmonar y gástrica.
- lo ideal es min. en intubación de emergencia, realizar al mismo tiempo que la fase de preparación.

Premedicación

- Mitigar esta respuesta fisiológica que produce una potente descarga adrenergica, como:
 - Taquicardia
 - ↑ de la presión intramembrana y ocular.
 - Hipertensión

Nemotécnica LOAD:

L: Lidocaína

A: Atropina

O: Opioides

D: Dosis desfaculante de bloqueador neuromuscular.

• Lidocaína

> En hipertensión intracranéana o aumento de la reactancia bronquial.

> Dosis: 1.5mg/kg peso.

• Opioides:

- Fentanyl \rightarrow \downarrow de manera significativa la respuesta simpática.

- Dosis: 2-3mcg/kg peso.

• Atropina

- Para prevenir la bradicardia en la SPI en pacientes pediátricos.

- Dosis: 0,02mg/kg

• Dosis desfasicante de bloqueador neuromuscular:

- Succinilcolina, no se recomienda su empleo debido a que se asocia su beneficio.

Parálisis e Inducción

Administración secuencial rápida de una droga sedante en dosis de inducción que produce inconsciencia y luego un relajante neuromuscular habitualmente succinilcolina.

- La elección específica del tipo de inductor va a estar determinada por el escenario clínico.

Sedantes

- > Barbitúricos
- > Disociativos
- > Opioides
- > Benzodiazepinas
- > Agentes
- > No barbitúricos.

Relajantes musculares

- Agentes despolarizantes (succinilcolina)
- Agentes no despolarizantes (vecuronio y rocuronio).

Protección y Posición

Posicionamiento del paciente, alinear los tres ejes:

• Oral • Faríngeo • Laringeo.

Técnicas: mediante extensión / elevación del cuello hasta lograr la posición de "olfateo".

Protección de la vía aérea

- Uso de la maniobra de Sellick para prevenir la distensión gástrica y la aspiración de contenido gástrico.

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

Posicionamiento del Tubo

Procedimiento de intubación con el paciente bajo sedación y relajación.

Antes de realizar la intubación, se recomienda evaluar el grado de relajación mandibular obtenido.

Maniobra de BURP

Se utiliza para facilitar la visualización de la glotis.

Técnica

Consiste en el desplazamiento de la laringe haciendo presión sobre el cartilago huido hacia atrás, arriba y a la derecha, mejor la visualización de la laringe.

¡Cuidados Posintubación!

- Inician inmediatamente después de la intubación con el examen de la posición del tubo, mediante capnografía, luego de asegurar y fijar el tubo.
- Monitoreo de los efectos hemodinámicos es importante al igual que un protocolo adecuado de ventilación y sedoanalgesia.
- Rx de tórax → mandatoria.
- Hipotensión posintubación es de cuidado y siempre descartar el neumotórax o la caída del retorno venoso.

~~PARMACO~~

Sedante	Dosis	PIC	Cardiovascular	Bronchial
Midazolam	0,1-0,2 mg/kg	Diminuye	Igual	No efecto
Propofol	3-5 mg/kg	Diminuye	Diminuye	Broncoespasmo
Fentanyl	6-10 mg/kg	Diminuye	Igual	No efecto
Ketamina	1-2 mg/kg	Aumenta	Aumenta	Broncodilatación
Etomidato	0,2-0,4 mg/kg	Diminuye	Igual	No efecto
Propofol	1-2,5 mg/kg	Diminuye	Diminuye	No efecto.