



**Alexa Martínez Martínez.**

**Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez.**

**Flashcards, SRI.**

**Clínicas Quirúrgicas**  
**Complementarias.**

**7mo “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 aerea en los servicios de urgencia.

Contraindicaciones:

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

Complicaciones:

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

Menores

- Atelectasia lobar.
- Intubación del bronquio principal derecho.
- Falla de laringoscopio o intubador sucesivo.
- Tiempo de intubación prolongado.
- Tubo endotraqueal desplazado.
- Traumatismo de la vía aerea con hemorragia resultante.

¿En quienes se realiza?

En pacientes con patología aguda, sin humor, agitados o confusos, instables y en situación critica.

# ETAPAS del SRI

## Preparación

- 1) Confirmar indicación de intubación.
- 2) Verificar equipo:
  - Laringoscopia • Hojas • Tubos endotracheales (con balón)
  - Jeringa • Guía • Aspirador
  - Oxígeno • Venchluss • Monitorio
  - ECG
  - SpO<sub>2</sub>
  - TA
  - Capnografía
- 3) Valorar o predecir una vía aérea difícil NEMOTECNIA LIMON
  - > Lección externa
  - > Inversión: 3-3-2 (3 dedos entre mandibula, 3 dedos en la barra hueso hioides y el mentón y 2 dedos entre la escotadura tiroidea y el piso de la boca.
  - > Mallampati: Poco o bien pacientes en situación de emergencia.
  - Visualizar hipofaringe y poder clasificarlo entre I y IV.

> Obstrucción: de cualquier origen,

ya sea infectado o traumático

> No monitorización de oítillo en aquellos casos donde sea imprudente o lesiva su monitorización.

### Nemotécnica SOAPME

- Sociedad: Equipo de succión accesible.
- Oxígeno: Medidor nasal cannula de alto flujo o el dispositivo que este disponible.
- Vía Aérea: Evaluar y medir el neexo de vía aérea difícil.
- Posición: Posición de olfato.
- Medicamentos: Se deben preparar los fármacos que pueden ser empleados durante el procedimiento.
- Equipo: Render y preparar el equipo necesario.

### CLASIFICACIÓN MANAMPAH

#### 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

- Entrar de saturación e hipoxia humoral durante la apnea.
- Ventilación manual con ambú, evitando 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 adrenérgica, como:
  - Taquicardia ↑ de la presión intramembrana y ocular.
  - Hipertensión

Nemotécnica LOAD:

L: lidocaina

A: Atropina

O: Opioides

D: Dosis desactivante del bloqueador neuromuscular.

- Lidocaína

- > En hipertension intracraniana o aumento de la reacididad bronquial.

- > Dosis: 1,5mg/kg peso.

- Opioides:

- Fentanilo → ↓ de manera significativa la respuesta simpática.
- Dosis: 2-3mcg/kg peso.

- Atropina

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

- Dosis: 0,02mg/kg

- Dosis desfasiculante de bloquedador neuromuscular:

- Succinilcolina, no se recomienda su empleo debido a que se descompone su efecto.

# Parálisis e Inducción

Administración secuencial rápida de una droga sedante endógena de inducción que produce inconciencia y luego un relajante neuromuscular habitualmente succinilcolina.

- La dosis efectiva del tipo de inductor va a estar determinada por el oxígeno alveolar.

## Sedante

- > Barbitúricos
  - > Opioides
  - > Agentes
- > Diazáticos
  - > Benzodiazepinos
  - > No barbitúricos.

## Relajantes musculares

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

# Protección y Posición

Posicionamiento del paciente, alinear los tres ejes:

- Oral
- Faringeo
- Laringeo

Técnica: mediante extensión / elevación del cuello hasta lograr la posición de "olfato".

Protección de la vía aérea

uso de la maniobra de Selick para prevenir la distensión gástrica y la aspiración de contenido gástrico.

Compresión del cartílago 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 cartílago hioideo hacia atrás, ambas y a la derecha, mejorando la visibilidad de la laringe.

# !Cuidados Postintubación!

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

# FARMACOLOGÍA

SEDANTE	DOSIS	SPIC.	CARDIOVASCULAR	BRONQUIAL
Midazolam	0,1 - 0,2 mg/kg	Diminuye	Igual	No efecto
Tiopental	3-5 mg/kg	Diminuye	Diminuye	Broncoespasmo
Fentanilos	6-10 mg/kg	Diminuye	Igual	No efecto
Ketamina	1-2 mg/kg	Aumenta	Aumenta	Broncodilatación
Etoridato	0,2-0,4 mg/kg	Diminuye	Igual	No efecto
Propofol	1-2,5 mg/kg	Diminuye	Diminuye	No efecto.