



Nombre del alumno:

Miguel Angel Calvo Vazquez

Nombre del profesor:

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Nombre del trabajo: Flashcard

**Materia: Clinicas Quirurgicas
Complementarias**

Grado: 7°mo

Grupo: C

Secuencia de intubación Rápida

¿Qué es?

Técnica para asegurar vía aérea rápidamente en pacientes con riesgo de aspiración usando sedación + bloqueo neuromuscular de rápida actuación sin ventilación con máscara

Preparación

SOPME

- Succión: Equipo de Succión 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 al fatedo
- Medicamento/Monitores: Preparar los farmacos que podrian ser empleados /EC, PA, IR, SpO₂, ritmo

Preparación

- Equipo : Revisar y preparar el equipo necesario : laringoscopio , hojas , tubos traqueal dispositivo de preoxigenación y ventilación de emergencia

Preparación

LIMON

- Lesión externa
- Investigue: 3, 3, 2 (3 dedos entre incisivos, 3 dedos entre hueso hioides y el mentón, 2 dedos entre traquea y piso de la boca).
- Mallampati: Visualizar hipofaringeo y poder clasificarlo entre I y IV
- Obstrucción: de cualquier origen, infecciosa o traumática
- No movilización del cuello o lesión en movilización

Preoxigenación

Evitar desaturación e hipoxia tisular durante la apnea

- Ventilación manual con Ambú, evitando hiperinsuflación pulmonar y gástrica
 - ↑ frecuencia, ↑ volúmenes, insuflaciones suaves
- presión circoidesq., ideal en 5 minutos

Pretratamiento

Mitigar esta respuesta fisiológica que produce una potente descarga adrenergica que implica taquicardia, hipertensión, ↑ de la presión intracraneana y ocular

- Lidocaína
- Propofol
- Atropina
- Dosis desfasca ante de bloqueador neuromuscular

Pretratamiento

- Lidocaína \rightarrow Hipertensión intracraneana o \uparrow de reactividad bronquial \rightarrow Dosis 1.5 mg/kg peso
- Opioides \rightarrow Fentanilo: \downarrow respuesta simpática
Dosis \rightarrow 2-3 μ g/kg peso
- Atropina \rightarrow Prevenir bradicardia en la SRI
en pacientes pediátricos \rightarrow Dosis \rightarrow 0.02 mg/kg
Dosis desfacilante de bloqueador neuromuscular
succinilcolina, no se emplea debido a que se
decapace el beneficio real

Parálisis e Inducción

Esta fase consiste en la administración

Secuencial rápida de una droga sedante en

dosis de inducción que produce inconciencia y

luego un relajante neuromuscular succinilcolina

Sedantes comunes: Barbitúricos, opiáceos,

Agentes Disociativos, Benzodicepinas y NO Barbitúrico

Relajante muscular; Agente depolarizante (Succinil-

colina) Agentes no depolarizados (Vecuronio)

Parálisis e Inducción

Propofol \rightarrow sedante - hipnótico de acción ultracorta, produce hipotensión arterial, Bradicardia, hipoxemia y apnea, efecto cardiovascular deletéreo

Barbitúricos \rightarrow Tiopental \rightarrow \downarrow el flujo sanguíneo cerebral y demanda metabólica del cerebro. Efecto cardiovascular negativo, depresión respiratoria central / Apnea \rightarrow uso en pacientes TCE

Parálisis e Inducción

Succinilcolina: Agente depolarizante que es similar a Acetilcolina \rightarrow une al receptor de ACH en la placa motora, depolarizando la de manera continua.

Dosis \rightarrow 1-2 mg/kg

Efecto Adverso: Hiperkalemia

- Aumento de la presión intracraniana e intraocular
- Fao circulaciones
- Hipertermia maligna

Parálisis e Inducción

Benzodicepinas \rightarrow Tienen efectos sedante hipnótico, Amnésico, Anestésico, Anticolinérgico, anticonvulsivante y relajación muscular

Mida zolam \rightarrow Mas empleado por efecto Amnésico
Desorienta \rightarrow Inicio de la acción es mas lento que otros inductores, efectos cardiovascular depletados en pacientes hipovolemicos y produce depresión respiratoria y apnea

Parálisis e Inducción

Pocuronio \rightarrow Agente no despolarizante
bloqueo competitivo del receptor de Ach
Dosis 1-1,2 mg/kg C45-60 segl, ventaja es
mayor seguridad y exceptuando la alergia,
no tiene contraindicaciones

Parálisis e Inducción

Etodimato \rightarrow Inductor que tiene efecto hipotónico más empleado, no afecta la hemodinamia
Droga de elección en pacientes con TCE asociado a hemorragia o shock. Inhibe la 11- β -hidroxibasa para la síntesis adrenal

Parálisis e Inducción

Ketamina \rightarrow Inductor que tiene efecto analgésicos • produce liberación de catecolamina empleado en pacientes hipotensos • Alternativo en pacientes con T.E.C o hipotensión

Protección y Posición

Posicionamiento -> alinear los 3 ejes
Oral, faríngeo y laringeo, mediante extensión
elevación del cuello hasta lograr posición "olfateo"

Protección -> uso de la maniobra Sellick
para prevenir distensión gástrica y aspiración
del contenido gástrico.
Compresión del cartílago cricoides anteroposterior
con los dedos índice y pulgar

Posicionamiento del tubo

Corresponde al procedimiento de intubación propiamente dicho con el paciente bajo sedación y relajación

Evaluar el grado de relajación mandibular para evitar realizar el procedimiento sin el nivel de relajación y laringoscopias subóptimas

Posicionamiento del tubo

confirmación → Mediante lo capnográfico.
expansión bilateral simétrica del tórax →
auscultación, radiografía de tórax para
confirmar profundidad (2-3 cm por
encima de la carina) Monitorizar SpO₂

Cuidados Posintubación

- Examen de la posición del tubo idealmente capnografía luego asegurar y fijar el tubo
- Monitoreo de efectos hemodinámicos, protocolo de ventilación y sedoanalgesia
- Hipotensión posintubación es de cuidado y detectar el neumotorax o cardo del retorno venoso

Cuidados posintubación

Fijar el tubo → inflar manguito a presión adecuada → insertar sedación y analgesia
→ Ajustar ventilación / PEEP y solicitar Rx de tórax → controlar hemodinamia y glucosa / temperatura