



Nombre del alumno:

Miguel Angel Calvo Vazquez

Nombre del profesor:

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Nombre del trabajo: Flashcard

**Materia: Clínicas Quirúrgicas
Complementarias**

Grado: 7ºmo

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

- **Buccción:** 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 aerea difícil
- **Posición:** Posición de olfateo
- **Medicamento/Monitoreo:** Preparar los fármacos que podrían ser empleados **IFC, PA, FR, SpO₂, Ritmo**

Preparación

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

Preparación

LIMON

- Lesión externa
- Investiga: 3,3,2 (3 dedos entre incisivos, 3 dedos entre hueso hioides y el mentón, 2 dedos esotadura tiroidea y piso de la boca).
- Mollampati; visualizar hipofaringeo y poder clasificarlo entre I y IV
- Obstrucción; de cualquier origen, infecciosa o traumática.
- No manipulación del cuello lesión en acuñado crón

Preoxigenación

Evitir desaturación e hipoxia tisular durante la apnea

- Ventilación manual con Ambú, evitando hiperinsuflación pulmonar y gástrica
- ↑ frecuencia, ↑ volumen, inflaciones suaves presión cricoideo. Ideal en 5 minutos

Pretratamiento

Mitigar esta respuesta fisiológica que produce una potente des carga adrenérgica que implica taquicardia, hipertensión, y de la presión intracraniana y ocular

- Lidocaina
- Opioides
- Atropina
- Dosis desfascolante de bloqueador neuromuscular

Pretratamiento

- Lidocaina -> Hipertensión intracraniana o ↑ de reactividad bronquial -> Dosis 1.5 mg/kg peso
- Oprodós -> Fentanilo : ↓ respuesta simpática
Dosis -> 2 - 3 µg/kg peso
- Atropina -> Disminuir bradicardia en la SRI en pacientes pediátricos -> Dosis -> 0.002 mg/kg Dosis desfáricolante de blaseo dolor neuromuscular succionar colina , no se completa debido a que se desconoce el beneficio real

Parálisis e Inducción

Esta fase consiste en las administraciones secuenciales rápidas de una droga sedante en dosis de inducción que produce inconciencia y luego un relajante neuromuscular sucesivamente.

Sedantes comunes: Barbitúricos, opídos, agentes dissociativos, Benzodiazepinas y/o Barbitúrico.

Relajante muscular: Agente despolarizante (succinilcdina) Agentes no despolarizados (curarina).

Parálisis e Inducción

Propofol -> sedante - hipnótico de acción ultracorta, produce hipotensión arterial, Bradicardia, hipoxemia y apnea, efecto cardiovascular deleterio

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

Paralisis e Inducción

Succinilcolina; Agente despolarizante que es similar a Acetilcolina -> one al receptor de ACh en la placa motora, despolarizando la de manera continua.

Dosis -> 1 - 2 mg/kg

Efecto Adverso; Hiperkalemia

- Aumento de la presión intracranínea en traumas
- Fisioclasiones
- Hipertensión maligna

Paralisis e Inducción

Benzodiazepinos → Tienen efectos sedante hipnótico, amnésico, ansiolíticos, anticonvulsivante y relajación muscular

Midazolam → No empleado por efecto Amnesia profunda → Inicio de la acción más lento que otros inductores, efectos cardiovasculares deleterios en pacientes hipovolémica y produce depresión respiratoria y apnea

Ranílis e Inducción

Ranílis → Agente no despolinizante
bloqueo competitivo del receptor de Ach
Dosis 1-1,2 mg /kg (45-60 seg), ventaja es
mayor seguridad y exceptuando la alergia,
no tiene contraindicaciones.

Pordilios e Inducción

Indomato -> Inductor que tiene efecto hipnotico más empleado, no afecta la hemodinamia
Droga de elección en pacientes con TCE avanzado
o hemorragia o shock. Inhibe la α - β -hidroxibeta
para la síntesis adrenal

Paralisis e Inducción

Ketamina → Inductor que tiene efecto analgésicos. • Produce liberación de catecolamina empleado en pacientes hipotensos. • Alternativo en pacientes con TEC o hipotensión.

Protección y Posición

Posicionamiento → olímpar los 3 ejes
oral, faringeo y laringeo. Mediante extensión
elevación del cuello hasta lograr posición "ollateo"

Protección → uso de la manubra sellick
para prevenir distensión gástrica y aspiración
del contenido gástrico

Compresión del cartílago cricoideas anteroposterior
con los dedos índice y pulgar

Posicionamiento del tubo

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

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

Posicionamiento del tubo

Confirmación → Mediante lo capnografía,
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 sedoanalgésico
- Hipotensión posintubación es de cuidado y detectar
el neumotorax o cierre del retorno sanguíneo

Cuidados posintubación

Fijar el tubo → insuflar manómetro a presión
adeuada → iniciar sedación y analgesia
→ ajustar ventilación IPPEP y solicitar
Rx de tórax → controlar hemodinamia
y glucosa / temperatura