



**Alumna: Roblero Roblero
Evangelina Yaquelin 7° C**

Profesor: Dr. Flores Gutiérrez

Erick Antonio

Actividad: Flashcards SRI

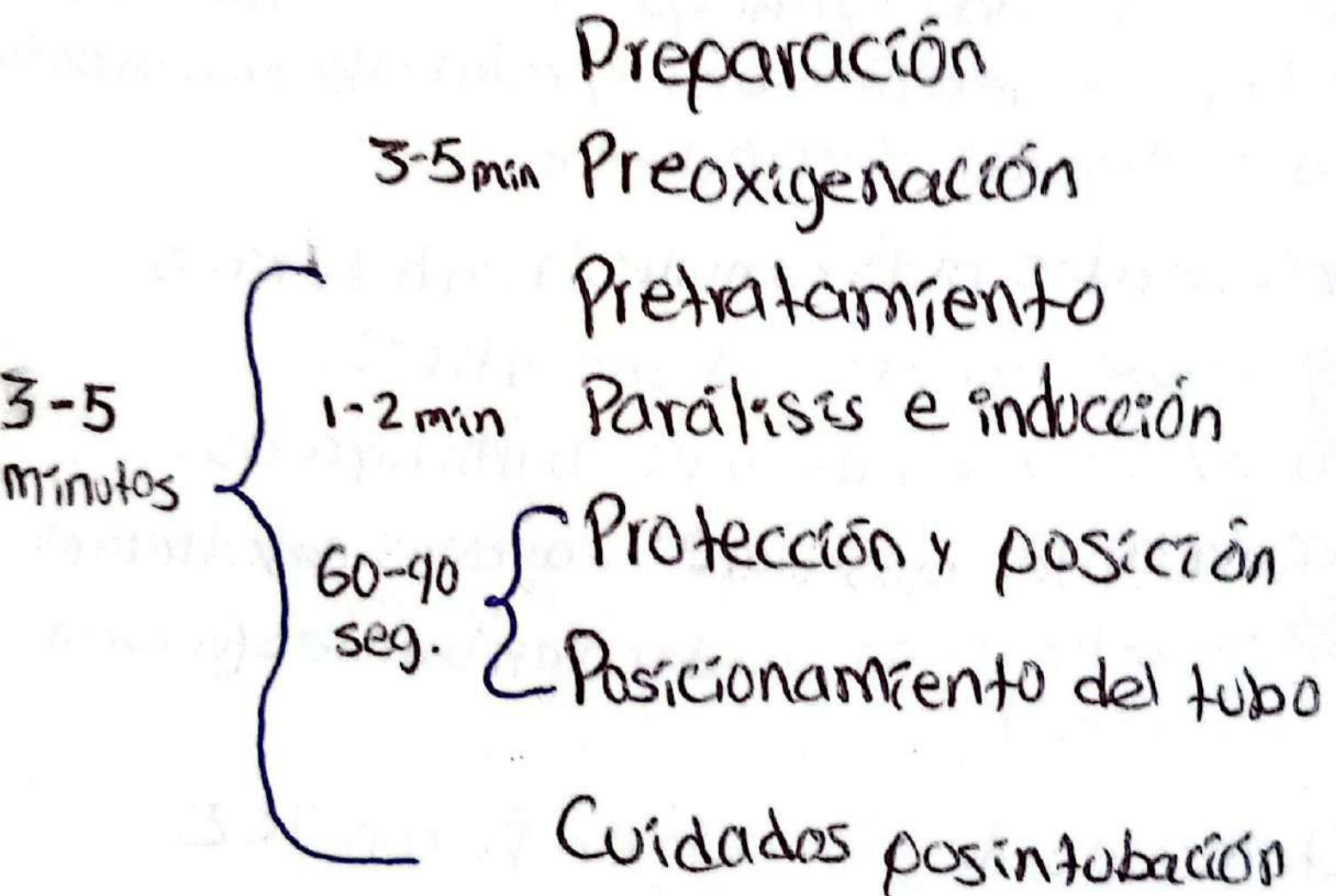
Materia: Clínicas

quirúrgicas

complementarias

Comitán de Domínguez Chiapas a 07 de Septiembre del 2025

SECUENCIA DE INTUBACIÓN RAPIDA (SRI)



Preparación

* Nemotecnica SOAPME

- Succión: equipo de succión accesible.
- Oxígeno: mediante mascarilla de alto flujo
- Vía Aérea: evaluar y predecir VA difícil.
- Posición: Posición del olfateo.
- Medicamentos/monitor: Preparar fármacos que se usaran
- Equipo: revisar y preparar equipo necesario; laringoscopio, hojas, tubos traqueales, dispositivos de preoxigenación y ventilación de emergencia, equipo profesionales.

* Nemotecnica LIMON (para VA difícil).

- Lesión externa
- Investigue 3-3-2 (3 dedos en incisivos, 3 dedos entre hueso hioides y mentón y 2 dedos entre escotadura tiroidea)
- Mallampati: visualizar hipofaringe y poder clasificar entre I y IV.
- Obstrucción de cualquier origen; infeccioso o trauma.
- No movilización de cuello en casos imprudente.

Clasificación de mallampati

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

objetivo: evitar desaturación e hipoxia tisular durante la apnea.

ventilación manual con ambú, evitando la hiperinsuflación pulmonar y gástrica

* $\uparrow$ frecuencia, $\uparrow$ volúmenes, insuflaciones suaves, presión cíclica.

Lo ideal: 5 minutos, en intubación de emergencia, realizarla al mismo tiempo que la fase de preparación.

PRETRATAMIENTO

*El objetivo es mitigar esta respuesta fisiológica que produce una potente descarga adrenérgica.

*Nemotecnica LOAD

Lidocaína

Opioides

Atropina

Dosis desfasciculante del bloqueador neuromuscular.

opioides: disminuye respuesta simpática

Dosis: 2-3 mg/kg peso

Lidocaína en hipertensión intracraneana o aumento de la reactividad bronquial

Dosis: 1.5 mg/kg peso.

Atropina para prevenir la bradycardia en la SRI en Px pediátricos. Dosis: 0.02 mg/kg

Dosis desfasciculante de bloqueador neuromuscular:
Succinilcolina no se recomienda su empleo.

PARALISIS E INDUCCION

Consiste en la administración secuencial rápida de una droga sedante en dosis de inducción que produce inconciencia y luego un relajamiento/relajante neuromuscular habitualmente succinilcolina.

*Sedantes más comunes: barbitúricos, opioides, agentes disociativos, benzodiazepinas y no barbitúricos.

*Relajantes musculares: agentes despolarizantes (succinilcolina) y ag. no despolarizantes (vecuronio y rocuronio).

Etomidato: de elección en Px con TCE asociado a hemorragia o shock. Inhibe la 11- β -hidroxilasa, enzima necesaria para la síntesis adrenal.

Ketamina: ES el único inductor que además tiene efectos analgésicos. Produce liberación de catecolaminas, Siendo empleado en Px hipotensos. Es una alternativa en Px con TCE e hipotensión.

Propofol: sedante-hipnótico de acción ultracorta.

Rápido inicio de acción y corta duración, propiedades antieméticas.

Produce hipotensión, bradicardia, hipoxia y apnea, efectos cardiovasculares deletéreos.

Barbitúricos: el Tiopental es muy usado en anestesia.

Disminuye el flujo sanguíneo cerebral y la demanda metabólica del cerebro.

Tiene efectos cardiov. negativos. Uso en Px con TCE y sospecha de hipertensión endocraneana que están estables hemodinámicamente.

Benzodiacepinas: estos agentes poseen efectos sedantes, hipnóticos, agnéticos, ansiolíticos, anticonvulsivantes y relajación muscular.

Midazolam es el fármaco de esta categoría más empleado por su efecto relativamente rápido y su corta duración y mayor efecto amnésico.

Desventajas: si el inicio de la acción es más lento que otros inductores
efectos cardiovasculares de eféreos en Px
hipovolémicos y produce depresión respiratoria y apnea.

No se recomienda su empleo de primera línea en la SRI.

Succinil colina: único agente despolarizante que existe en el mercado. Similar a la acetilcolina.

Se une al receptor de ACh en la placa motora, despolarizándola de manera continua. Este agente tiene rápido inicio de acción y corta duración, lo que lo convierte en el agente paralizante ideal.

Dosis: 1-2 mg / kg.

Efectos adversos de Succinilcolina:

- Hiperkalemia
- Aumento de la presión intracraneana e intraocular.
- Fasciculaciones
- Hipertermia maligna

Rocuronio: Agente no despolarizante, bloqueo competitivo del receptor de Ach.

Dosis recomendada: 1-1.2 mg/kg.

El inicio de la acción del fármaco es rápido (45-60 seg.).

La principal ventaja de esta droga es la mayor seguridad y exceptuando la alergia, no tiene contraindicaciones.

SRI PARALISIS E INDUCCION

Sedante	Dosis	PIC	Cardiovascular	Bronquial
Midazolam	0.1-0.2mg/kg	↓	Igual	No efecto
Tiopental	3-5mg/kg	↓	Disminuye	Broncoespasmo
Fentanilo	6-10µg/kg	↓	Igual	No efecto
Ketamina	1-2mg/kg	Aumenta	Aumenta	Broncodilatación
Etomidato	0.2-0.4mg/kg	↓	Igual	No efecto
Propofol	1-2.5mg/kg	↓	Disminuye	No efecto

Paciente

Sedante

- Normotensión → Tiopental, etomidato, Midazolam
- Hipotensión sin TCE → Etomidato, Ketamina
- Hipotensión con TCE → Etomidato, Midazolam
- Hipotensión severa → Ketamina, Etomidato
- Estatus asmático → Ketamina, Midazolam, Propofol
- Estatus convulsivo → Tiopental, Midazolam, Propofol.

PROTECCIÓN Y POSICIÓN

El posicionamiento del Pr, alinear los 3 ejes:

1. Oral
2. Faríngeo
3. Laríngeo

Mediante extensión/elevación del cuello hasta lograr la posición del "olfateo."

La protección de la VA se refiere al uso de la manobra Sellick para prevenir la distensión gástrica y la aspiración del contenido gástrico.

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

POSICIONAMIENTO DEL TUBO

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

Antes de realizar la intubación se recomienda evaluar el grado de relajación mandibular obtenido, para evitar realizar el procedimiento sin el debido nivel de relajación y por consiguiente laringoscopias subóptimas.

CUIDADOS POSINTUBACIÓN

- Comienzan inmediatamente después de la intubación con el examen de la posición del tubo idealmente mediante capnografía luego se debe asegurar y fijar el tubo.
 - El monitoreo de los efectos hemodinámicos es importante al igual que un protocolo adecuado de ventilación y sedoanalgesia.
- La radiografía de torax es mandatoria.
- La hipotensión posintubación es de cuidado y siempre hay que descartar el neumotórax o la caída del retorno venoso.