



Nombre del alumno: Karina Montserrat Méndez Lara.

Nombre del profesor: Erick Antonio Flores Gutiérrez.

Nombre del trabajo: Flashcards SRI.

Materia: Clínicas Quirúrgicas Complementarias.

Grado: 7

Grupo: "C"

Comitán de Domínguez Chiapas 14 de septiembre de 2025.

Secuencia Rápida de Intubación (SRI)

Preparación:

- Monitorización.
- Material necesario (SOAPME).
- Evaluar VA difícil (LEMON).

SOAPME:

- Succión.
- Oxígeno.
- Airway.
- Posición.
- Monitoreo/medicamentos.
- Equipamiento.

LEMON:

- Look externally: Dirigido a mandíbula, boca, cuello y vía aérea interna.
- Evaluación (3-3-2):
 - 3 dedos en boca (adecuado apertura).
 - 3 dedos mentón-piso de la boca (adecuado mandíbula).
 - 2 dedos del piso de la boca al cartilago tiroideo (adecuado tamaño y posición del cuello).
- Mallampati: Nivel de dificultad para intubación.
 - Clase I: Paladar blando, Fauces, úvula y pilares.
 - Clase II: Paladar blando, Fauces, úvula.
 - Clase III: Paladar blando, base de la úvula.
 - Clase IV: Solo paladar/duro.
- Obstrucción de la vía aérea:
 - Infecciones.
 - Masas o tumores laringeos.
 - Cuerpos extraños.
 - Trauma directo.
 - Compresión extrínseca de VA.
- Neck mobility:
 - Movilización y alineación de cabeza.
 - Movilización de columna cervical.

Secuencia Rápida de Intubación (SRI)

Preoxigenación:

- Oxígeno mediante mascarilla reservorio (FiO_2 80-100%) durante 5 minutos.
- Tiempo de desaturación relación directa con el peso:
 - Px sano (70 kg): $SpO_2 > 90\%$: 8 minutos.
 - Px obeso (127 kg): 3 minutos. → Elevación de la cabeza 25° puede alargar tiempo de desaturación.
 - Niño sano de 10 kg: 4 minutos.
- Evitar ventilación con presión positiva:
 - Aumento de la presión gástrica.
 - Posibilidad de regurgitación o vómitos.
- Optimizar hemodinámica.

Secuencia Rápida de Intubación (SRI)

Premedicación:

- Administrar fármacos antes de proceder a la inducción-relajación. → 3 minutos antes.
- Disminuye efectos adversos a la intubación orotraqueal:
 - Hipotensión.
 - Aumento de la presión intracraneal.
 - Bradicardia.
 - Resistencia de la VA.
- Fármacos utilizados:
 - Atropina: 0.02 mg/Kg (min 0.1 mg) → Pediatría.
 - Lidocaína: 1 - 1.5 mg/Kg → ↓ PIC y broncoespasmo.
 - Opiáceos de acción corta → Fentanilo: 0.5 - 2 mcg/Kg (analgesia).
- En caso de emergencia puede darse en menos tiempo.
- No siempre se usan.

Secuencia Rápida de Intubación (SRI)

Inducción y Parálisis:

Inducción:

- **Sodantes más utilizados:**
- Midazolam: 0.15 mg/kg (0.1 - 0.2)
- Tiopental: 3-5 mg/kg.
- Fentanilo: 6-10 µg/kg.
- Ketamina: 1-2 mg/kg.
- Etomidato: 0.2-0.4 mg/kg.
- Propofol: 1-2.5 mg/kg.
- **Fármacos según px:**
- Normotensión: Tiopental, Etomidato, Midazolam.
- Hipotensión sin TCE: Etomidato / Ketamina.
- Hipotensión con TCE: Etomidato, midazolam.
- Hipotensión severa: Ketamina, Etomidato.
- Status asmático: Ketamina, Midazolam, Propofol.
- Status convulsivo: Tiopental, Midazolam, Propofol.

Parálisis:

- **BNM despolarizante: Succinilcolina.**
- Dosis: 1-2 mg/kg. • Duración: 3-12 min.
- Efecto: 15 seg.
- **BNM no despolarizante: Rocuronio, Vecuronio.**
- Dosis: 0.6-1 mg/kg. • Duración: 25-60 min.
- Efecto: 30-90 seg. → Rocuronio.
- **Vecuronio:**
- Dosis: 0.1-0.2 mg/kg. • Duración: 90-120 min.
- Efecto: 90-120 seg.

Secuencia Rápida de Intubación (SRI)

Protección y Posición:

- Antes de introducir el tubo:
- Optimización de la visualización de la UA: Maniobra BURP.
- Posición ideal de la intubación orotraqueal.
- Sniffing: Elevación ligera del occipucio en adultos; en trauma cervical mantener alineación y usar técnica de inmovilización manual inline. Cabeza elevada (30°) si candidato a aspiración pueda ayudar.
- Sipping english tea: Hiperextensión de la cabeza y se flexiona el cuello respecto al tronco, facilitando inspección de la boca y Faringe.
- Esta posición permite la alineación de los 3 ejes: Oral, Faringe y laringe.
- Visualización de la glotis.
- Facilita intubación orotraqueal.

Secuencia Rápida de Intubación (SRI)

Posición del tubo y Cuidados Postintubación:

Posición del tubo y comprobación:

- Posición de BUHE.
- Laringoscopia bimanual.
- Tubo orotraqueal: M #7-7.5, H #7.5-8 de preferencia #8-9.
- Contar con mascarilla laríngea y equipo de UAD.
- Evaluación con clasificación: Cormack-Lehane.

Comprobación:

- Auscultación pulmonar con adecuada ventilación bilateral.
- Capnografía.
- Deslizamiento pleural por USG.
- Rx de tórax: TOT a 2 cm de la carina.

Cuidados Postintubación:

- Monitorizar SpO₂ >90%, ETCO₂ 35-45 mmHg, TA adecuado.
- Tratar enf. de base.
- Ajustar parámetros de ventilación.
- Adecuada sedoanalgesia.

Bibliografías:

Brown, C. A., Walls, R. M., & Sakles, J. C. (2022). *Rapid sequence intubation*. In J. Walls & M. Hwang (Eds.), *Manual of Emergency Airway Management* (5th ed., pp. 37–56). Wolters Kluwer.

American College of Emergency Physicians (ACEP). (2021). *Clinical policy: Procedural sedation and analgesia in the emergency department*. *Annals of Emergency Medicine*.