



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Débora Mishel Trujillo Liévano

Nombre del tema: flashcard de SRI

Parcial: 1

I

Nombre de la Materia: clínicas quirúrgicas complementarias

Nombre del profesor: Erick Antonio Flores Gutiérrez

Nombre de la Licenciatura: medicina humana|

Cuatrimestre: 7

Fecha de elaboración: 12 de septiembre del 2025

secuensia de intubacion rapida
definicion:

tecnica que utiliza agentes sedantes y paralisis neuromuscular para asegurar una vía aerea rapidamente y de forma segura en pacientes con alto riesgo de broncoaspiracion

etapas del SRI:

preparacion:

en esta etapa se organiza el equipo de salud, se asignan las funciones especificas que desempeñara cada profesional, se prepararan los equipos de monitorizacion y reanimacion, y los medicamentos que se emplearan en el procedimiento.

existe una nomotecnia SOMME

-succión: equipo de succión accesible.

-oxigeno: mediante mascarilla de alto flujo

-Vía aerea: evaluar y predecir el riesgo de vía aerea dificil.

-Posicion: posicion de olfateo.

~~M~~edicamentos/monitoreo: se deben preparar los farmacos que podrian ser empleados durante el procedimiento.

-Equipo: revisar y preparar el equipo necesario

para la valoracion de un posible acceso a la vía aerea se puede usar la nemotecnia LEMON, que incluye:

-Lesion externa

-investige: 3-3-2

-mallampati

-obstruccion de cualquier origen, ya sea infecciosa o traumática.

-no movilizacion de cuello

Preoxigenacion

objetivo: evitar desaturacion e hipoxia tisular durante la apnea.

- ventilacion manual con ambu, evitando la hiperinsuflacion pulmonar y gastrica
- lo ideal 5 min. en intubacion de emergencia realizarla al mismo tiempo que la fase de preparacion.
- oxigeno por mascarilla reservorio con FI_O_2 del 80-100% en 3 minutos
- evitar ventilacion con presion positiva.
- .optimice hemodinamia.

pre-medicacion

objetivo: es tratar de mitigar esta respuesta fisiologica que produce una potente descarga adrenegica que implica taquicardia, hipertencion aumento de la presion intracraniana y ocular.

-neumotecnia LOAD: empleo de medicamentos antes de la induccion.

-Lidocaina

-Opioides

Atropina

Dosis desfasiculante de bloqueador neuromuscular:

Lidocaina: en hipertension intracraniana o aumento de la reactividad bronquial. Dosis: 1.5 mg/kg peso.

Opioides: fentanilo. disminuye de manera significativa la respuesta simpatica. Dosis: 2-3ug/kg peso.

Atropina: se recomienda su empleo para prevenir la bradicardia en la SRI en pacientes pediatricos la dosis de la atropina es de 0.02 mg/kg.

Dosis desfasiculante de bloqueador neuromuscular: succinilcolina. actualmente no se recomienda su uso.

paralisis e induccion
esta fase consiste en la administracion se cuenta
con el rapido de una droga sedante en dosis de induc-
cion que produce inconciencia y luego un relajante
muscular habitualmente succinilcelina.

La elección mas especifica del tipo de inductor va
estar determinada por el estado clínico.

A sedantes mas comunes: barbituricos, opioides, agen-
tes disociativos, benzodiazepinas y no barbituricos.
relajantes musculares: agentes despolarizantes (succ-
inilcelina) y agentes no despolarizantes (vecuronio)
- etomidato: es el agente inductor de efecto hipno-
tico

-Ketamina: es el unico inductor que ademas tiene
efectos analgesicos

-propofol: sedante hipnotico de accion ultra corta.
rapido uso de accion y su cortaduracion, propiedades
antiemeticas.

-Barbituricos: el tiopental es muy usado en anestesi-
a. Disminuye el flujo sanguineo cerebral y la dema-
nda metabolica del cerebro.

-Benzo diazepinas: estos agentes poseen efectos se-
dantes, hipnoticos, amnesicos, ansioliticos, anticon-
vulsivantes y relajacion muscular.

el midazolam es el farmaco de esta categoria mas
empleado, por su efecto relativamente rapido y su
corta duracion y mayor efecto analgesico

-succinilcolina: unico agente despolarizante que ex-
iste en el mercado

-Rocuronio: agente no despolarizante, bloqueo com-
petitivo del receptor de ach. en la dosis recomen-
dada es de 1-1.2 mg/kg

dosis

midazolam: 0.1-0.2mg/kg

tiopental: 3-5mg/kg

fentanil: 6-10 ug/kg

ketamina: 1-2 mg/kg

etomidato: 0.2-0.4 mg/kg

propofol: 1-2.5 mg/kg

protección y posición
el posicionamiento del paciente minimizar los tres ejes:
oral, faringeo y laringeo Mediante extensión/elevación
del cuello hasta lograr la posición de olfato

la protección de la vía aérea se refiere al uso de la maniobra de sellick para prevenir la distension gástrica y la aspiración de contenido gástrico

compresión del cartílago cricoides en sentido antero-posterior con los dedos índice pulgar.

posicionamiento del tubo

corresponde al procedimiento de intubación propiamente dicha con el paciente bajo sedación y relajación. Antes de hacer 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.

maniobra burp
para facilitar la visualización de la glotis.

consiste en el desplazamiento de la laringe haciendo presión sobre el cartílago tiroideas hacia tras, arriba y a la derecha que mejora la visibilidad de la laringe

cuidados postintubación

comienzan inmediatamente después de la intubación con el examen de la posición del tubo mediante capnografía, luego se debe asegurar y fijar el tubo
el monitoreo de los efectos hemodinámicos
protocolo de ventilación y sedoanalgesia
radiografía de tórax mandatoria

la hipotensión postintubación es de cuidado y siempre hay que descartar el neumotorax o la caída del retorno venoso.