



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Débora Mishel Trujillo Liévano

Nombre del tema: flashcard de SRI

Parcial: 1

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

I

secuenciando intubación rápida

definición:

técnica que utiliza agentes sedantes y parálisis neuromuscular para asegurar una vía aérea rápidamente y de forma segura en pacientes con alto riesgo de broncoaspiración

etapas del SRI:

preparación:

en esta etapa se organiza el equipo de salud, se asignan las funciones específicas que desempeñará cada profesional, se preparan los equipos de monitorización y reanimación, y los medicamentos que se emplearán en el procedimiento.

existe una nomenclatura SORME

-succión: equipo de succión accesible.

-oxígeno: mediante mascarilla de alto flujo

-Vía Aérea: evaluar y predecir el riesgo de vía aérea difícil.

-Posición: posición de olfateo.

-Medicamentos//monitoreo: se deben preparar los fármacos que podrían ser empleados durante el procedimiento.

-Equipo: revisar y preparar el equipo necesario

para la valoración de un posible acceso a la vía aérea se puede usar la nomenclatura LEMON, que incluye:

-Lesión externa

-investiga: 3-3-2

-Mallampati

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

-no movilización 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, hipertension aumento de la presion intracraneana y ocular.

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

-Lidocaina

-Opioides

-Atropina

Dosis desfasiculante de bloqueador neuromuscular

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

.Opioides: fentanilo. disminuye de manera significativa la respuesta simpatica. Dosis: $2-3 \mu\text{g/kg}$ 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 neuro muscular: succinilcolina. actualmente no se recomienda su uso.

parálisis e inducción
esta fase consiste en la administración se cuenta
cial rápida de una droga sedante en dosis de induc-
ción que produce incónciencia y luego un relajante
neuromuscular habitualmente succinilcolina.

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

Asedantes mas comunes: barbituricos, opioides, agen-
tes disociativos, benzodiazepinas y no barbituricos.
relajantes musculares: agentes despolarizantes (succ-
inilcolina) 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 corta duracion, propiedad
des antiemeticas.

-Barbituricos: el tiopental es muy usado en anestesi-
a. Disminuye el flujo sanguineo cerebral y la deman-
da 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

fentanyl: 6-10 ug/kg

ketamina: 1-2 mg/kg

etomidato: 0.2-0.4 mg/kg

propofol: 1-2.5 mg/kg

proteccion y posicion
el posicionamiento del paciente alinear los tres ejes
oral, faringeo y laríngeo Mediante extension/elevacion
del cuello hasta lograr la posicion de olfateo

la proteccion de la via aerea se refiere al uso de la manio
bra de sellick para prevenir la distension gastrica y la aspi
racion de contenido gastrico

compresion del cartilago cricoides en sentido antero poste/
rior con los dedos indice pulgar.

posicionamiento del tubo

corresponde al procedimiento de intubacion propiamente
dicho con el paciente bajo sedacion y relajacion. Antes
de hacer la intubacion, se recomienda evaluar el grado de
relajacion mandibular obtenido, para evitar realizar el proce
dimiento sin el debido nivel de relajacion y por consiguiente
laringoscopias sobooptimas.

maniobra burp

para facilitar la visualizacion de la glotis.

consiste en el desplazamiento de la laringe haciendo presion
sobre el cartilago tiroides hacia atras, arriba y a la derecha
que mejora la visibilidad de la laringe

cuidados postintubacion

comienzan inmediatamente despues de la intubacion con el
examen de la posicion del tubo mediante capnografia; luego
se debe asegurar y fijar el tubo
el monitoreo de los efectos hemodinamicos
protocolo de ventilacion y sedoanalgesia
radiografia de torax mandatoria

la hipotencion postintubacion es de cuidado y siempre hay
que descartar el neumotorax o la caida del retorno venoso.