

Flashcard.

Nombre del alumno:
Katia Marlen Espinosa Sánchez.

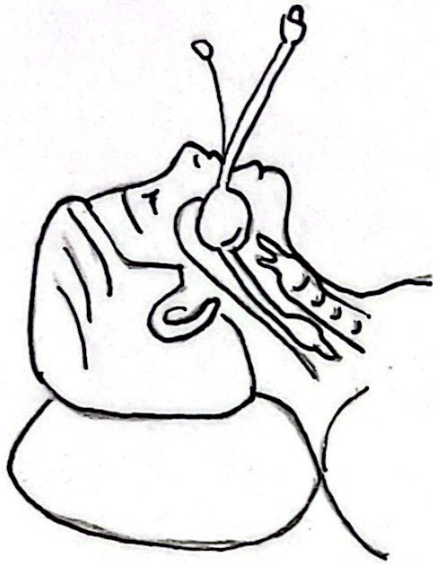
Nombre del profesor:
Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez.

Parcial: 1er parcial.

7mo. semestre / 7 D.

Materia: Clínicas Quirúrgicas Complementarias.

5 Secuencia Rápida de Intubación.



Procedimiento estandar para el manejo avanzado de la vía aérea en los servicios de urgencia.



Realizar la intubación del paciente de manera rápida, efectiva y segura, minimizando el riesgo de aspiración.

Indicaciones:

- Disminución de conciencia / Coma.
- Apnea.
- Insuficiencia Respiratoria.
- Politraumatismo severo.
- Pérdida de reflejos protectores de VA.

Contraindicaciones:

- Ausencia de entrenamiento en la técnica.
- Proximidad estrecha al centro receptor.

Etapas del SRI.

- Preparación.
- Preoxigenación.
- Premedicación.
- Parálisis e inducción.
- Protección y posición.
- Posicionamiento del tubo.
- Cuidados posintubación.

Duración: 6-10 minutos.



Preparación.

Organización, preparación del material y equipo de salud, que se empleará en el procedimiento.

SOAPME.

Succión: Equipo de succión accesible.

Oxígeno: Mascavilla de alto flujo o dispositivo disponible.

Vía aérea: Evaluar y predecir riesgo de VA difícil.

Posición: Posición de olfateo.

Medicamento / Monitoreo: Preparación de fármacos / FC, FR, PA, SpO₂, ritmo cardíaco.

Equipo: Revisar y preparar el equipo necesario: Laringoscopio, laringoscopy, laryngoscopy, laryngoscopy, laryngoscopy.

LIMON

■ Acceso difícil de VA.

Lesión externa:

Investigue: 3 dedos entre incisivos, 3 dedos entre el hueso hioides, y el mentón y 2 dedos entre la escotadura tiroidea y el piso de la boca.

Mallampati: Visualizar hipofaringe y poder clasificarlo entre I y IV.

Obstrucción de cualquier origen.

NO movilización de cuello en aquellos casos que sea imprudente.

Mallampati.

- Grado 1 → Paladar blando, pilares y úvula.
- Grado 2 → Paladar blando y úvula.
- Grado 3 → Paladar blando y base de la úvula.
- Grado 4 → NO se logra ver el paladar blando.

Preoxigenación.



Evitar desaturación e hipoxia tisular durante la apnea.

Ideal $\rightarrow$ 5 minutos.

Ventilación manual con ambú.

$\downarrow$ Frecuencia.

Insuflaciones suaves.

$\downarrow$ Volúmenes.

Presión cricoides.

Premedicación.



Mitigar la respuesta fisiológica que produce una potente descarga adrenérgica.

Empleo de medicamentos antes de la inducción:

LOAD

Lidocaína $\rightarrow$ Hipertensión intracraneal o aumento de la reactividad bronquial.

Dosis: 1.5 mg / Kg / peso.

Opioides $\rightarrow$ Fentanilo — Disminuye de manera significativa la respuesta simpática.

Dosis: 2-3 μ g / Kg peso.

Atropina: Prevenir la bradicardia en la SRI en pacientes pediátricos.

Dosis: 0.02 mg / Kg.

Dosis desfasciculante del bloqueador neuromuscular:
Succinilcolina. (NO se recomienda su empleo).

Parálisis e inducción.

Consiste en la administración secuencial rápida de una droga sedante en dosis de inducción que produce inconciencia y luego un relajante neuromuscular (Succinilcolina).

Sedantes más comunes:

- Barbitúricos.
- Agentes disociativos.
- NO
- Opioides.
- Benzodiazepinas.
- barbitúricos.

Relajantes musculares:

- Agentes despolarizantes (Succinilcolina).
- Agentes NO despolarizantes (Vecuronio y rocuronio).

Etomidato. Dosis: $0.2 - 0.4 \text{ mg/Kg}$.

Agente inductor de efecto hipnótico.

NO afecta la hemodinámica.

Más empleado.

De elección en Px con TCE asociado a hemorragia o shock.

Inhibe la 11- β -hidroxilasa.

Ketamina.

Inductor que tiene efectos analgésicos.

Px hipotensos. o Px con TEC.

Libera catecolaminas.

Dosis: $1 - 2 \text{ mg/Kg}$.

Benzodiazepinas $\rightarrow$ Efectos sedantes, hipnóticos, amnésicos, anticonvulsivantes y relajación muscular.

Midazolam.

Efecto rápido, corta duración y mayor efecto amnésico.

NO se recomienda su empleo de 1ª línea en la SRI.

Dosis: $0.1 - 0.2 \text{ mg/Kg}$.

Propofol.

Sedante - hipnótico de acción ultracorta.

Rápido inicio de acción, propiedades antieméticas.

Dosis: $1 - 2.5 \text{ mg/Kg}$.

Produce hipotensión arterial, apnea, hipoxemia.

Barbitúricos.

Tiopental.

Muy usado en anestesiología.

Uso en Px con TCE y sospecha de hipertensión endocraneana.

Dosis: 3-5 mg / Kg.

Succinilcolina.

Único agente despolarizante.

Rápido inicio de acción y corta duración.

Agente paralizante ideal.

Dosis: 1-2 mg / Kg.

Rocuronio.

Agente NO despolarizante

Dosis: 1-1.2 mg / Kg.

Inicio de acción rápido.

Mayor seguridad, NO tiene contraindicaciones.

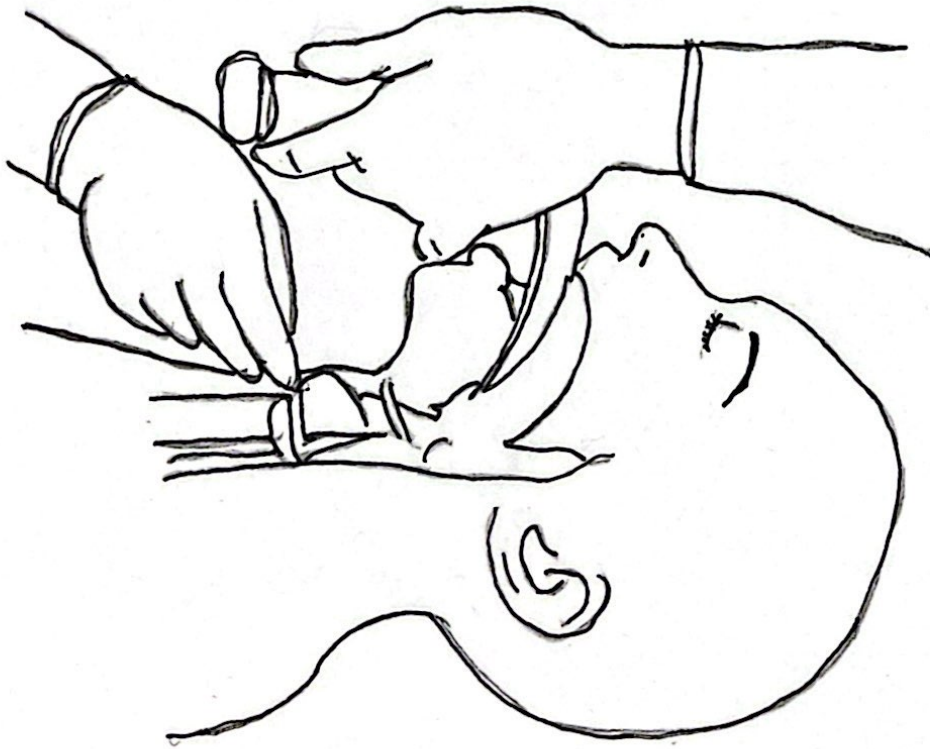
Paciente.

- 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.

Protección → Uso de la maniobra de Sellick para prevenir la distensión gástrica y la aspiración de contenido gástrico.

Posición → Alinear los ejes (oral, faríngeo y laríngeo).
Mediante extensión / elevación del cuello hasta lograr la posición de olfateo.



Posicionamiento del tubo.

Procedimiento de intubación propiamente dicho con el paciente bajo sedación y relajación.

Maniobra de BURP.



de la glotis.

Consiste en el desplazamiento de la laringe haciendo presión sobre el cartílago tiroideo hacia atrás, arriba y a la derecha, mejora la visibilidad de la laringe.

Cuidados posintubación.

Comienza después de la intubación con el examen de la posición del tubo idealmente mediante capnografía, luego se debe asegurar y fijar el tubo.

La hipotensión posintubación es de cuidado y hay que descartar el neumotórax o la caída del retorno venoso.