



Nombre del alumno: Zenaida Saragos Jiménez.

Nombre del tema: Secuencia Rápida de Intubación.

Parcial: 1.

Nombre de la materia: Clínicas Quirúrgicas Complementarias.

Nombre del profesor: Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez.

Medicina Humana.

7mo semestre.

Comitán de Domínguez Chiapas 14 de septiembre 2025.

~SRI~

La Secuencia rápida de Intubación (SRI) es el procedimiento estándar para el manejo avanzado de la vía aérea en el área en los servicios de urgencias.

Etapas Del SRI

PREPARACIÓN

Se organiza el equipo y se asignan las funciones específicas que desempeñarán cada profesional, se separan los equipos de monitorización, reanimación y los medicamentos que se emplearán en el procedimiento.

3-5 MIN

3-5 min

1-2 min

60-90 seg

Preparación

Preoxigenación

Pretratamiento

Parálisis e Inducción

Protección y Posición

Posicionamiento del tubo

Cuidados postintubación

Succión

Oxígeno

Air way

Posición

Monitorio/medicación.

Equipos/ EtCO2.

Localizar

Evaluar 3-3-2

Mallumpati

Obstáculo / obesidad

No mueve el cuello.

	Prematuro	AN y <6m	>6m y <1 año	1-2 años	2-5 años	5-8 años	8 años
Cunula oroFaringea	00	0	1	2	3	4	4-5
Mascarilla facial	Redonda	Redondo	Triangular ○ Redonda	△	△	△	△
	Modelo Prematuro	M. Raven nacido	M. lactante	M. niños	M. Niños	M. niño	M. Niños Adulto Pequeño
Bolsa autoinflable	250 ml	500 ml	500 ml	500 ml	1600- 2000 ml	1600 2000 ml	
Tubo endotraqueal	<1 kg: 2,5 1-2 kg: 3 2-3 kg: 3,5 >3 kg: 3,5-4.	3,5-4	4	4-4,5	4+ (Edad 14) (en años)	4+ 4+	4+
Cm a Intro- ducir por boca.	<1 kg: 6,5-7 1-2 kg: 7-8 2-3 kg: 8-7 >3 kg: >9	(10-12) # tubo x3	(12) # tubo x3	(12-14) # tubo x3	(14-16) # tubo x3	(16-18) # tubo x3	(18-20) # tubo x3

PREDOXIGENACION

Objetivo.

Evitar desaturación e hipoxia tisular durante la apnea.

Ventilación manual con ambu,
evitando la hiperinsuflación pulmonar
y gástrica

> ↓ Frecuencia, ↓ volumen,

Insuflación Seca, Presión
Crioidea.

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

PRETRATAMIENTO

Mitigar la respuesta fisiológica que produce una potente descarga adrenérgica que implica taquicardia, hipertensión, $\uparrow$ de la presión intraocular y ocular.

Emplo de medicamentos ante de la Inducción.

L. Lidocaína

O. Opioides

A. Atropina

D. Dosis desfasigante de
bloqueador neuromuscular.

NEMOTECNIA
"LOAD"

Lidocaína: en hipertensión Intracraniana
 $\uparrow$ de la reactividad bronquial.
Dosis: 1.5mg/kg po.

opioide: Fentanyl. $\downarrow$ de manera
significativa la respuesta simpática.
Dosis: 2-3mg/kg po.

Atropina: se recomienda su
empleo para prevenir la
bradicardia en la SRI. en
Pr. Pediátricos.
Dosis: 0.1-0.2 mg/kg

Dosis desfasigante del bloqueador
neuromuscular: Succinilcolina.
Actualmente no se recomienda su
empleo debido a que se desconoce
su beneficio real que ocasiona.

PARALISIS e INDUCCION

Consiste en la administracion secuencial rapida de una droga sedante en dosis de induccion que produce inconsciencia y luego un relajante neuromuscular habitualmente la succinilcolina.

La eleccion especifica del tipo de Inductor
va a estar determinada por el examen clinico.

Sedantes + comunes: Barbituricos, opioides, agentes Disociativos, Benzodiazepinas y NO barbituricos.

Relajante muscular: Agente depolarizante (Succinilcolina) y No depolarizante (Vecuronio y Rocuronio).

Etomidato: agente inductor de efecto hipnotico mas empleado, Droga de eleccion en Px con TCE asociado a hemorragia, Shock. Inhibe la 11- β -hidroxilasa enzima necesaria para la sintesis de cortisol.

Ketamina: Unico Inductor que tiene efectos catalgésicos, produce liberacion de catecolaminas, siendo empleado en Px hipotensos.

Propofol: Sedante hipnotico de accion ultra corta. Rapida inicio de accion y su corta duracion, propiedades antiemeticas, produce: hipotension A., bradicardia, hipoxia y apnea.

Barbituricos: El tiopental es muy usado en anestesia, ↓ el flujo sanguineo cerebral y la demanda metabolica del cerebro.

Benzodiazepinas: Poseen efectos sedantes, hipnoticos, amnóticos etc.



Midazolam: Es el farmaco de esta categoria mas utilizado por su efecto relativamente rapido y su corta duracion y mayor efecto amnésico.

Succinilcolina: unico agente depolarizante que existe en el mercado, similar a la acetil colina.
- Dosis de 1-2 mg/kg.

Rocuronio: Agente no depolarizante bloqueo competitivo del receptor ACh.
Dosis recomendada 1-1,2 mg/kg al inicio del farmaco o rapido (45-60 seg).

Sedante

DOSIS

Midazolam	0,1 - 0,2 mg/kg
Tiopental	3-5 mg/kg
Fentanilo	6-10 μ g/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 ulimar los 3 ejes.

> ORAL
> FARINGEO
> LARINGEO

Mediante extension/elevacion del cuello hasta lograr la posición de "DIFATEO"

La protección de la vía aérea se refiere al uso de la manobra de **SELLICK** para prevenir la distensión gástrica y la aspiración de contenido gástrico.

Compresión del cartilago cricoideo en sentido antero-posterior con los dedos índice y pulgar.

POSICIONAMIENTO DEL TUBO

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.

MANIOBRA "BURP"

Para facilitar la Visualización de la glotis se describe esta maniobra.

Consiste = Desplazamiento de la laringe haciendo presión en el cartilago tiroideo hacia atrás, arriba y a la derecha, que mejora la visibilidad de la laringe.

CUIDADOS POSINTUBACIÓN.

Comienza inmediatamente después de la intubación con el examen de la posición del tubo idealmente cefalografía.

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 tórax es mandatoria

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