

PROCESO

Secuencia rápida de intubación

Autor: Juan Francisco Morales Arroyo

Fecha de elaboración	Versión	Fecha prevista de revisión
01/06/2018	1	01/06/2020

MISIÓN

Control de la vía aérea en emergencias.

Enfoque	Punto de vista
General	Organizacional

ALCANCE

Límite de Entrada	Límite de Salida
Usuario que presenta cuadro clínico que precisa aislamiento de la vía aérea.	Derivación del paciente al destino que su estado clínico requiera tras la actuación (Habitualmente UCI)

CLIENTES

1. Usuario de la asistencia.

Versión:15/12/2018

Página 1 de 17

**Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias
Región de Murcia**
C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta
30005 Murcia



La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



Necesidades y expectativas	Asistencia sanitaria de urgencias o emergencias. Seguridad en la actuación. Eficacia en la resolución. Atención personalizada. Información adecuada. Toma de decisiones consensuada. Continuidad en la atención.
2. Acompañantes del usuario.	
Necesidades y expectativas	Eficacia en la resolución del proceso. Información sobre su situación.
3. Otros profesionales de la organización (FEA, Urgencias hospital, UCI/UCIp/UCIn...)	
Necesidades y expectativas	Asistencia sanitaria adecuada. Trazabilidad del paciente. Continuidad de cuidados.

ARBOL NODAL

Versión:15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	 AENOR Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	 AENOR Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 2 de 17				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



0 PROCESO Secuencia rápida de intubación.

A1. Historia Clínica.

A11. Edad y sexo.

A12. Factores de riesgo cardiovascular.

A13. Embarazo.

A14. Antecedentes personales y familiares.

A15. Tratamiento actual.

A16. Síntomas acompañantes.

Dicha historia puede ser imposible de obtener ante incapacidad del paciente y ausente testigo que conozca información (si hay filiación, valorar contacto con CCU para consulta de programa Ágora)

A2. Exploración física.

A21. Exploración física. (acceso ABCD según ACLS o ATLS según proceso)

A211. Constantes vitales.

A212. Exploración vía aérea. Exploración torácica. Auscultación

A213. Pulsos centrales y periféricos.

A214. GCS , posición patológica (descerebración/decorticación). Pupilas

A22. Exploraciones complementarias.

A221. ECG, monitorización continua

A222. Pulsioximetría continua

A3.Reconocimiento de necesidad de control de la vía aérea

A31. Necesidad de protección de vía aérea (coma, TCE severo...

A32. Fallo ventilatorio y en la oxigenación

A33. Electivo

Versión:15/12/2018

Página 3 de 17

**Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias
Región de Murcia**
C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta
30005 Murcia

AENOR
ER
Empresa
Registrada
UNE-EN ISO 9001

AENOR
ER
Transporte
Sanitario
UNE 179002

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



PROCEDIMIENTOS

Preparación	- Si es posible, identificar vía aérea difícil y situación agónica - Preparar el material
Preoxigenación	Administrar O2 con alto flujo/ambu durante 2-3 min o 8 ventilaciones a capacidad vital
Premedicación	Administración de medicación para mitigar los reflejos como los efectos secundarios de los sedantes/relajantes elegidos
Parálisis tras inducción	Administración de sedante y posteriormente relajante muscular
Posicionamiento	Colocar la cabeza para alinear los ejes faríngeo, laríngeo y traqueal para facilitar la IOT (variable según sospecha de trauma cervical)
Pasar el tubo	Mediante laringoscopia pasar el tubo a través de las cuerdas vocales y <u>COMPROBAR</u> su colocación
Cuidados postintubación	- Conexión a ventilador - Administrar sedoanalgesia según cuadro - Administrar relajantes musculares según cuadro

ALTA

El paciente que precisa IOT generalmente será transferido a UCI de su área de salud o , según etiología a UCI HUVA (TCE. ictus...) o UCIP o UCIn

OBJETIVOS DE GESTIÓN DEL PROCESO

Versión:15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	 Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	 Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 4 de 17				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



1. Establecer un documento con los objetivos del proceso asistencial “*secuencia rápida de intubación*” que se realiza entre la Dirección de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 y Servicios Centrales del SMS, a través del Acuerdo de Gestión.
2. Incorporar dicho documento a los Pactos de Gestión de 061 para difundirlo entre sus profesionales, siendo de obligado cumplimiento.
3. Incidir en la mejora de la seguridad del paciente a la hora de tratar el proceso.
4. Homogeneizar el proceso de manejo de la Vía Aérea y mantener unos adecuados niveles de calidad asistencial.
5. Mejorar la satisfacción de usuarios y profesionales.
6. Gestionar eficientemente los recursos en el proceso de “*secuencia rápida de intubación*”

INDICADORES

GRUPO 1. INDICADORES DE ACTIVIDAD

Código	Nombre del Indicador
1.01	Número de asistencias de las unidades móviles.
1.02	Tiempo de activación de las unidades asistenciales.
1.03	Tiempo de llegada al aviso.

GRUPO 2. SEGURIDAD

2.01	Adecuación de la actuación al procedimiento.
2.02	Tasa de mortalidad “in situ”.

GRUPO 3. CALIDAD CIENTÍFICO TÉCNICA

3.01	Cumplimentación correcta de la Historia Clínica.
3.02	Tasa de pacientes IOT a los que se registra capnografía
3.03	Tasa de pacientes IOT en los que no se identifica intubación esofágica o selectiva hasta transferencia
3.04	Registro de tamaño y cm desde boca del tubo
3.05	Tasa de pacientes IOT en los que se eligen sedantes y relajantes según guía

Versión:15/12/2018

Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias
Región de Murcia
C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta
30005 Murcia



Página 5 de 17

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



3.06	Registro de parámetros de ventilación post IOT (modo, Vt, Fr, I/E)
GRUPO 4. SATISFACCIÓN.	
4.01	Tasa de reclamaciones.

Indicación de manejo de la vía aérea

El manejo de la vía aérea en emergencias es un proceso necesario en muchos contextos, por lo que es preciso su conocimiento y habilidad para aportar una adecuada asistencia al usuario.

1. Necesidad de proteger la vía aérea.

Dentro de esta indicación se incluyen todas aquellas patologías que implican que el paciente es incapaz de mantener una vía aérea permeable, porque no mantiene los reflejos fisiológicos (náusea, deglución) por cualquier causa. Habitualmente se recoge como signo la “ausencia de reflejo nauseoso”, pero éste falta en un 12-15% de la población. Por ello, cada vez se tiende a valorar esta necesidad por la presencia de deglución espontánea o a demanda, o en pacientes inconscientes por la posibilidad de colocar una cánula orofaríngea sin respuesta. En estos casos, salvo que se deba a causa fácilmente reversible (hipoglucemia, intoxicación por opiáceos o benzodiacepinas), se considera indicación de IOT.

Dentro de ésta se incluyen el paciente en coma, TCE graves, traumatismos maxilofaciales con sangrado importante, hematemesis continua, entre otras.

2. Fallo de ventilación u oxigenación.

Un paciente que no mejora su hipoxemia a pesar de tratamiento médico, VMNi ineficaz o agotamiento de la musculatura respiratoria, requiere IOT. En emergencias no es preciso la gasometría arterial para determinar la indicación.

Son características el status asmático refractario y el EPOC severo (siempre y cuando la situación basal no la desaconseje)

3. Electiva

Circunstancias en las que por el proceso en sí, o por las necesidades terapéuticas, se prevea la necesidad de proteger la vía aérea o de disminuir el gasto cardíaco.

En el primer caso tendríamos como ejemplos típicos los grandes quemados con afectación de la vía aérea o aquellos que necesitan grandes dosis de opiáceos para el control del dolor, y en el segundo, el shock severo.

Procedimiento

Versión:15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	 AENOR Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	 AENOR Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 6 de 17				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



Para su fácil recuerdo se establece como “7 P”. Son pasos secuenciales, si bien en situación agónica o en PCR pueden obviarse y realizarse las 3 últimas de forma directa (“crash airway”)¹.

1. Planificación y Preparación previas

Debe hacerse con técnica aséptica, por lo que debe cambiarse de guantes y usar solución hidroalcohólica antes de iniciarlo.

1.- Preparación (10')

Se asume la revisión previa del material necesario de acuerdo a edad, sexo y peso (importancia en niños). Se necesitará:

1. Balón resucitador según edad
2. Laringoscopio con pala curva o recta y de diferente tamaño de acuerdo a peso
3. Tubos endotraqueales
4. Cánula de Guedel ® de acuerdo a tamaño
5. Aspirador + Sonda de Yankauer
6. Fiador semirigido.
7. Lubricante hidrosoluble o en spray (silkospray ®)
8. Pinzas de Magill según edad
9. Fondendoscopio
10. Sonda de capnografía
11. Venda o esparadrapo y tijera.
12. Importante tener a mano medios de rescate: Mascarilla laríngea y kit de cricotiroidotomía

¹ ver anexo 1

Versión:15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	 AENOR Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	 AENOR Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 7 de 17				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



Este material se debe colocar próximo a la cabecera del paciente sobre un campo o empapador, de forma ordenada para su rápida selección.

Mientras se coloca por parte de TES dicho material, el médico, debe evaluar la posibilidad de encontrarse una VÍA AÉREA DIFÍCIL mediante exploración somera de la vía aérea. Salvo extrema urgencia, se suele recoger como mnemotécnica LEMON: Look (mira en busca de deformidad, trauma, secreciones, sangre) Evalúa (3-3-2: si hay 3 traveses de dedo de apertura bucal, 3 de suelo de boca y 2 de distancia tiromentoniana la geometría laríngea favorecerá la laringoscopia directa), Mallampati, Obstrucción/obesidad, Neck (movilidad cervical disminuida contraindicada). En caso de encontrar esa posibilidad, con los recursos actuales materiales que dispone la Gerencia 061, habrá que prever una IOT dificultosa o imposible, por lo que es más necesario aún la preparación de medios de rescate supraglóticos o quirúrgicos (kit portex®), si bien las guías recomiendan el uso de videolaringoscopia² sobre la laringoscopia directa de forma electiva, actualmente no disponible.

2.- Preoxigenación (5')

Se administra, según nivel de consciencia y trabajo respiratorio, mediante balón resucitador o máscara reservorio O2 a FiO2 lo más alta posible durante 3 minutos u 8 respiraciones a capacidad vital (en caso de urgencia) con el fin de minimizar el impacto de la apnea durante la intubación.

Recientemente se empieza a recoger el uso de gafas nasales a flujos altos con el fin de aporte continuo de O2 durante toda la secuencia (oxigenación en apnea)³.

3.- Premedicación (3')

² Difficult Airway Society intubation guidelines working group "Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults" *BJA: British Journal of Anaesthesia*, Volume 115, Issue 6, 1 December 2015, Pages 827–848

³ Semler, Mathew W et al "Randomized Trial of Apneic Oxygenation during Endotracheal Intubation of the Critically Ill" *AJRCCM* October 2015

Versión:15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	 AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	 AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 8 de 17				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



Se administra, según patología, mientras se realiza la preoxigenación, medicaciones con el fin de bien suprimir los reflejos fisiológicos que se desencadenan con la IOT, bien evitar los efectos adversos de la medicación administrada.

FÁRMACO	DOSIS-COMENTARIO
Atropina	0,01mg/kg (dosis mínima 0,1mg) Sobre todo en niños para evitar la bradicardia vagal
Valorar:	
Fentanilo	1-3mcg/kg en bolo, no en “embolada”. Importante efecto analgésico, efecto vagotónico que se potencia con el uso de propofol (necesidad de asociar atropina, máxime si se utiliza en niños.) Permite disminuir la dosis de fármacos de inducción. Muy útil en pacientes con urgencias coronarias, aórticos y neurovasculares en general. Evita el aumento de la PIC durante la IOT en situaciones de hipertensión intracraneal
Lidocaína	1,5mg/kg Anestésico central utilizado en el protocolo de TCE moderado severo, generalmente asociado a fentanilo o esmolol. Usado durante mucho tiempo en situaciones con aumento de PIC y broncoespasmo Atenua los efectos hemodinámicos de la IOT (aneurisma de aorta, isquemia miocárdica). Actualmente se restringe a status asmático donde no se ha podido administrar Salbutamol.
Defaculación e impregnación de Bloqueante NeuroMuscular (BNM)	Rocuronio a dosis de 0,06mg/kg 10% de la dosis
Expansión de volumen previa a la IOT	En pacientes en shock, valorar la expansión de volumen previa a la IOT para evitar los efectos deletéreos de la

Versión:15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	 	
Página 9 de 17			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



	presión positiva sobre el gasto cardiaco
Midazolam	2mg en adultos cuando se decida a usar Ketamina en la inducción
Salbutamol	Sólo en asmáticos

4.- INDUCCIÓN: Hipnosis y Parálisis simultáneas (Tiempo "0")

Se procede a la sedación e inducción del paciente eligiendo hipnótico de acuerdo a la patología:

HIPNÓTICOS

FÁRMACOS	DOSIS-COMENTARIOS
Etomidato (Hypnomidate®)	0,3mg/kg. Hipnosis 15-20", duración 5-15' Disminuye la PIC y es neutro hemodinámicamente, siendo útil en TCE. Se asocia a inhibición de liberación de cortisona, por lo que no se debe usar en sepsis
Ketamina (Ketolar®)	1-2mg/kg Es potente analgésico e hipnótico. Es broncodilatador y aumenta la FC y la TA por sí mismo. Anteriormente se consideraba contraindicado en TCE y situaciones con PIC altas, ya no. Contraindicado en niños menores de 3 meses y esquizofrénicos
Midazolam	0,3mg/kg. Si bien en ancianos no se recomienda pasar de 5mg. En nuestro medio, es el más usado. No afecta a PIC. Es inotrope negativo y produce depresión respiratoria, por lo que debe ser administrado con precaución en pacientes en shock, EPOC y ancianos
Propofol (viales de 20ml al	2-4 mg/kg. Reduce la PIC y consumo de oxígeno cerebral, pero deprime de forma

Versión:15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	 	
Página 10 de 17			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



1%)	importante la función miocárdica y produce vasodilatación, apareciendo frecuentemente hipotensión. Por ello puede usarse como inductor en TCE grave y status epiléptico (donde sería además tratamiento de 4 escalón) Contraindicado ante inestabilidad hemodinámica.
-----	--

Una vez sedado, nunca antes, se administra el relajante muscular para obtener la parálisis. En pacientes con VAD sospechada o conocida puede intentarse obviar y pasar a posicionamiento y pasar el tubo con el fin de mantener la ventilación espontánea del paciente. Si no se consiguiera por espasmo de las cuerdas, se debe administrar relajante, teniendo preparadas las alternativas a la IOT (l-gel, cricotiroidotomía...)

RELAJANTES MUSCULARES

FÁRMACOS	DOSIS-COMENTARIOS
Succinilcolina o Suxametonio (Anectine ®)	1,5mg/kg. Es <u>despolarizante</u> y de muy corta acción (Vm 6-8 min). Produce fasciculaciones (aumento de la PIC y presión intraocular) y libera histamina, por lo que puede producir broncoespasmo y puede producir arritmias (fundamentalmente bradicardia) e hipotensión. Produce liberación de potasio, por lo que debe usarse con precaución en grandes quemados, insuficiencia renal o lesión medular de menos de 6 meses. Contraindicado en distrofias musculares e historia de hipertermia maligna, incluso familiar y en el déficit de colinesterasa
Rocuronio (Esmeron ®)	Se usa a dosis de 0,6mg/kg. <u>No despolarizante</u>, de velocidad de inicio más lento y duración prolongada (Vm 60 min). No libera histamina y es muy estable hemodinámicamente. Se puede usar en insuficiencia renal. Clásicamente se restringe a cuando está contraindicado el uso de Suxametonio y debería evitarse su uso si se necesitan valoraciones neurológicas frecuentes o si se anticipa o conoce una vía aérea difícil, dado su larga duración y que no disponemos de sus antídotos en la

Versión:15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 11 de 17				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



	Gerencia (Sugammadex o Neostigmina)
--	-------------------------------------

Por todo ello se recomiendan como primeras opciones:

Cuadro	Inductor/Relajante
Shock	1. Etomidato o Ketamina 2. Suxametonio
Shock séptico	1. Ketamina 2. Suxametonio
TCE grave, politrauma	1. Etomidato o Ketamina 2. Suxametonio
Asma	1. Ketamina o Propofol 2. Suxametonio
Epilepsia	1. Midazolam o Propofol 2. Suxametonio
TCE para explorar, NRL puro	1. Etomidato o Propofol 2. Suxametonio

5.- Posicionamiento

Una vez sedado y relajado se posiciona la cabeza según cuadro (fundamentalmente dependiendo si precisa protección cervical) y edad. Uno de los TES puede, si se considera necesario, realizar la maniobra de Sellick o BURP según preferencias del operador, para mejorar la visión de la glotis durante la laringoscopia. Una vez iniciada no debe retirarse hasta que no se infle el balón del tubo endotraqueal y compruebe que está en tráquea si se ha conseguido, o si no, hacerlo muy lentamente y con aspiración preparada, con el fin de minimizar el riesgo de aspiración.

6.- Pasar el tubo

Se toma el tubo endotraqueal de tamaño adecuado, con fiador o no según preferencias del operador, y lubricado en sus dos tercios distales. Ello se puede hacer con gel lubricante sobre sobre gasa estéril colocada en el paquete

Tras posicionamiento, se pasa el tubo endotraqueal a través de las cuerdas. Dicha maniobra, junto a posicionamiento, no debe durar más de 30 seg (una forma sencilla de controlarlo es que el operador contenga la respiración durante el tiempo que el paciente se le

Versión:15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	 AENOR Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	 AENOR Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 12 de 17				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



ha retirado el soporte de O2). Si no se consiguiese en ese tiempo o la saturación descendiera por debajo del 90%, se debe parar y volver a ventilar durante 8 respiraciones a capacidad vital.

Se comprueba que se ha colocado el tubo en su sitio mediante varios procedimientos:

1. Comprobando que el tubo se empaña con la ventilación
2. Visualizando la expansión del tórax y no del epigastrio.
3. Auscultación de campos pulmonares y epigastrio (permite además conocer si se ha realizado una intubación selectiva.
4. Mejora o mantenimiento de la saturación de O2.
5. Capnografía. Es el método más fiable y deseable de comprobación la obtención de curva capnométrica. Sólo en PCR no se obtiene como tal, pero su valor tornará a 0 de forma precoz en caso de intubación esofágica.

Si no se consigue, se aconseja no realizar más de 3 intentos y pasar a medio alternativo. En nuestro caso, el medio supraglótico disponible y recomendado es la mascarilla I-gel®, salvo en ahogados, que se recomienda, según protocolo vigente de la Gerencia del 061, el uso de la LMA supreme® (dado que la I-gel precisa temperatura corporal normal para adaptarse adecuadamente a la anatomía laríngea). Se procede a ventilación manual o mecánica (PMax <30mmHg) para comprobar que se puede mantener la ventilación y no estamos en situación “NO intubable, NO ventilable” (CICO en terminología anglosajona) en la que se debe proceder a recolocar dispositivo supraglótico o cricotirotomía⁴

En caso de uso de I-gel, recordar que permite la IOT a través de ella⁵, permitiendo la IOT a ciegas como técnica de rescate.

7.- Cuidados postintubación

Una vez confirmado que se ha colocado el tubo o manejado la vía adecuadamente (ML./crico) se debe asegurar y anotar la posición del tubo (distancia en cm a boca) mediante

⁵ An J, Nam SB, Lee JS, Lee J, Yoo H, Lee HM, Kim MS. Comparison of the i-gel and other supraglottic airways in adult manikin studies: Systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Jan;96(1):e580

Versión:15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 AENOR Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	 AENOR Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 13 de 17				



venda de 5cm o esparadrapo. La colocación de una cánula orofaríngea en este momento se aconseja para aspirar secreciones orofaríngeas y como protector de mordida si no se mantiene adecuada sedoanalgesia.

Debe mantenerse la monitorización, en especial la capnografía, que nos puede informar de:

1. Extubación accidental
2. Desadaptación a Vm
3. PCR inadvertida

Se conecta al tiempo al Ventilador Mecánico (VM) según parámetros y modo necesario por patología.

Se colocará sonda orogástrica para vaciado gástrico (recordar que las ML disponen de canal propio para ello).

Se mantiene sedoanalgesia mediante la infusión continua de hipnóticos y opiáceos. No se recomienda el uso de etomidato en perfusión continua por inducir una supresión suprarrenal mantenida. Opciones para ello son:

1. Midazolam 0,03-0,2mg/kg/h + Morfina 0,1mg-1mg/kg/h
Ejemplo para 70kg: 45mg Midazolam+ 10mg CLM hasta 100cc a 10ml/h
2. Midazolam 0,03-0,2 mg/kg/h + Fentanilo 2mcg/kg/h
Ejemplo para 70 kg: 15mg Midazolam+ 300mcg Fentanilo hasta 100 a 60cc/h
3. Propofol 5-50mcg/kg/h (de elección si estabilidad hemodinámica)

El uso de relajantes musculares para mantenimiento se realiza exclusivamente si no hay adaptación a VM, y se intenta evitar sobre todo en pacientes que precisen evaluación neurológica para decisión terapéutica (TCE, ictus). El disponible es el Rocuronio a dosis de 0,3mg/kg.

Versión:15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	 AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	 AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 14 de 17				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



Bibliografía recomendada:

-Comité Clínico Asistencial de la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del SESCAM "Guía Asistencial Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias" 2ª edición. 2014

-Jimenez Murillo, L. Montero Perez FJ "Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación" 5ª edición. 2015. elsevier

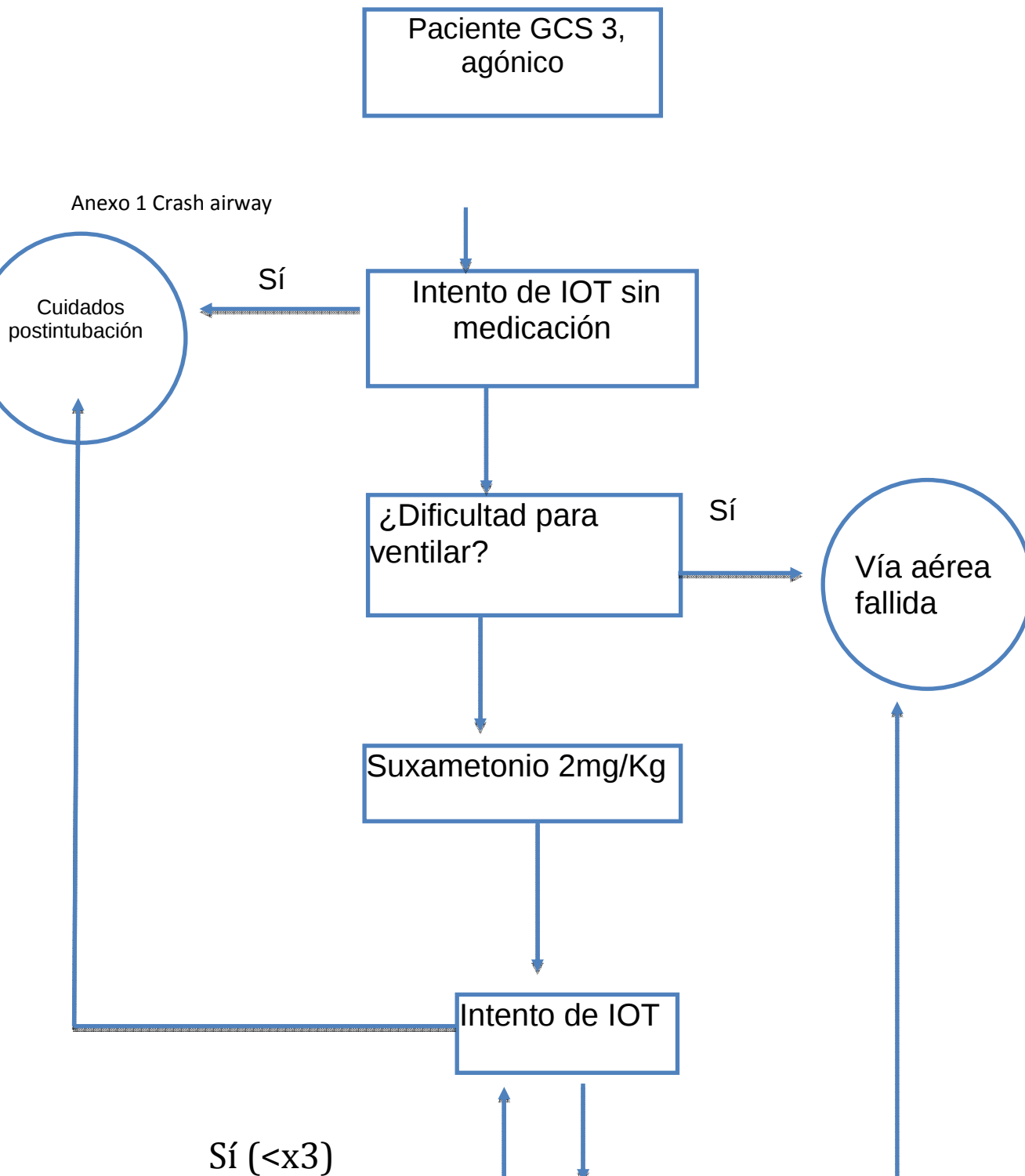
1. Walls, Ron M.Hockeberger, Robert S. (editors) "Rosen's emergency medicine : concept and clinical practice" 9ed 2018 Elsevier
2. Montejo, JC. Garcia de Lorenzo, A. Marco, P. Ortiz, C. "manual de medicina Intensiva" 5ª edición. 2017. Elsevier

Versión:15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 15 de 17				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.



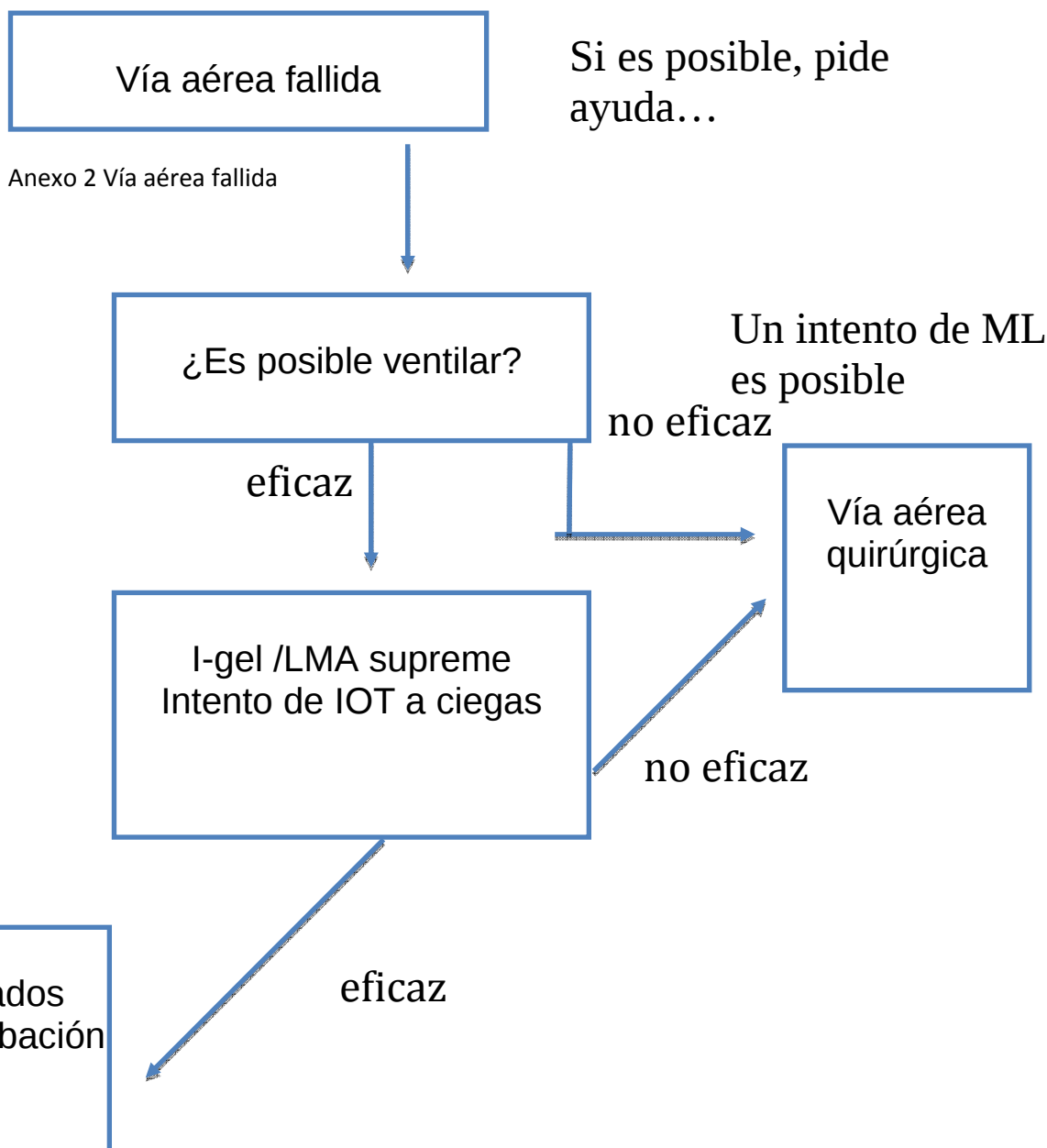
Anexo 1 Crash airway



Versión:15/12/2018	Gerencia	¿Sigue siendo posible ventilar?	AENOR Empresa UNE-EN ISO 9001	AENOR Transporte UNE 179002
Página 16 de 17	C/E			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.





Versión:15/12/2018	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	 AENOR Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	 AENOR Transporte Sanitario UNE 179002	
Página 17 de 17				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en www.061murcia.org.

