

## EQUIPO

1. Tubo de intubación: en adultos  $\varnothing$  externo 7,0 - 10,0 mm, tratar de introducir el tubo más ancho posible, sin lesionar la laringe y la tráquea; más ancho el tubo = menores resistencias respiratorias, más fácil aspirar la secreción y realizar la fibrobroncoscopia (posible a través del tubo  $\varnothing \geq 8,0 - 8,5$  mm).
2. Laringoscopio con un juego de palas (con frecuencia curvadas) y con luz eficiente.
3. Guías:
  - De alambre: el extremo no puede sobresalir del tubo de intubación.
  - Suave (boogie): en caso de dificultades en la intubación, se puede introducir primero la guía en la tráquea y luego sobre ella el tubo.
4. Tubo orofaríngeo, espaciador antiocclusal (de goma enrollada).
5. Gel anestésico local que contiene lidocaína, medicamentos utilizados para la sedoanalgesia y la relajación muscular.
6. Aspirador mecánico y sondas bronquiales para aspirar la secreción.
7. Adhesivo, venda o equipo especial para fijar el tubo.

8. Estetoscopio

9. Equipo de oxigenoterapia

## TÉCNICA

1. Abrir la boca con los dedos de la mano derecha: el pulgar y el dedo índice cruzados sobre los dientes (en paciente desdentado sobre las encías) de la mandíbula y del maxilar, luego abrir la boca.
2. Tomar el mango del laringoscopio con la mano izquierda, introducir la pala del laringoscopio a la cavidad bucal a través de la comisura labial derecha. Tener cuidado para no presionar los labios a los dientes con la pala del laringoscopio y para no romper los dientes.
3. Al alcanzar la altura de la base de la lengua (fosa de epiglotis) con el extremo de la pala, rechazar con la pala del laringoscopio la lengua del paciente hacia la izquierda y presionar con el extremo del laringoscopio sobre la base de la lengua a la altura de la entrada a la laringe (no presionar la epiglotis), tirando del laringoscopio hacia arriba; si es necesario, aspirar la secreción de la cavidad oral y de la garganta.

4. Visualizar toda la glotis (si es posible, colocar el tubo traqueal sujetado con la mano derecha por la comisura labial derecha y destrozarlo entre los pliegues vocales.
5. Manteniendo el tubo a determinada profundidad (generalmente 20-22 cm), retirar el laringoscopio y pedir al asistente que llene el manguito sellado.
6. Comprobar la posición correcta del tubo auscultando la caja torácica del paciente. Después de conectar el tubo al equipo de ventilación, p. ej. a la bolsa autoexpandible, y después de iniciar la ventilación deben ser audibles ruidos respiratorios simétricos sobre las bases de ambos pulmones (abajo, a los lados) y sobre los ápices (debajo de las clavículas); descartar la intubación del esófago auscultando el epigastrio (estómago, gorgoteo durante las pruebas de ventilación a través del tubo colocado en el esófago) y realizando análisis capnográficos si están disponibles (ausencia de  $CO_2$  en el aire que sale del tubo colocado en el esófago). En caso de duda retirar el tubo e intentar colocar de nuevo después de volver a oxigenar al paciente.
7. Fijar el tubo con un adecuado instrumento de plástico, venda o adhesivo; proteger contra mordeduras, colocando entre los dientes la cánula orofaríngea o una venda enrollada.

## Cuidados del Paciente:

1. Después de la intubación realizar una radiografía del tórax con el fin de confirmar definitivamente la ubicación del tubo.
2. La mezcla respiratoria administrada al paciente a través del tubo endotraqueal debe estar humidificada: activamente (humificador) o pasivamente (intercambio de calor y humedad, "nariz artificial").
3. Omitir llenado del manguito sellador con el fin de limitar el riesgo de que se produzcan escaras en la tráquea, mantener en el manguito sellador la presión mínima que garantice la estanqueidad del tubo traqueal.
4. Aspiración de secreciones: en pacientes intubados se debe aspirar la secreción del árbol bronquial a intervalos regulares.
5. Comprobación o sospecha de estrechamiento del tubo por la secreción, coágulos de sangre, cuerpos extraños, etc. un tubo obstruido debe retirarse de inmediato.

# Eliminación

## Intestinal

Es un proceso crítico natural para el funcionamiento humano.

Valoración de las técnicas para el abdomen:

- Colocar al paciente en decúbito supino con las rodillas levemente flexionadas.
- Cuando valora a un lactante o niño menor, el enfermero puede desear que se encuentre sobre el regazo de uno de sus padres para prevenir contratiempos y llanto.
- Efectuar la valoración abdominal en la secuencia siguiente: inspección, auscultación, percusión, palpación.

\* Inspección: Observar el contorno del abdomen: advertir cualquier cambio en la piel o evidencia de cicatrices; inspeccionar la presencia de masas, abultamiento o áreas distendidas.

\* Auscultación: Escuchar, usando un método que sigue el curso de las manecillas del reloj, los cuadrantes abdominales con el diafragma del estetoscopio. Escuchar los ruidos intestinales y advertir la frecuencia.

\* Percusión: usando el método del cuadrante del reloj, Percutir todos los cuadrantes abdominales

debe esperarse oír timpanismo sobre la mayoría de las regiones.

\* Palpación: Palpar ligeramente sobre los cuadrantes abdominales, revisando primero cualquier área de dolor o malestar. Proceder con la palpación profunda poniendo atención a cualquier resistencia muscular, sensibilidad, agrandamiento de órganos o masas.