



Docente: María Del Carmen López Silva

Alumna: Paola Pinto Pérez

Materia: Fundamento de enfermería

Carrera: Enfermería

Cuatrimestre: 3

INTUBACIÓN OROTRAQUEAL

Las indicaciones de la intubación endotraqueal: La Pared Cardiorespiratorio, la obstrucción aguda de la vía aérea, la necesidad de ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria, la incapacidad de eliminar de forma adecuada las secreciones bronquiales y la necesidad de aislamiento de la vía aérea por pérdida de reflejos protectores con riesgo de broncoaspiración.

INSTRUMENTAL

Deberá comprobarse todo el instrumental antes de proceder a la intubación.

* **Laringoscopio:** se utiliza para exponer la glotis. Tiene dos partes: el mango que contiene las pilas y la pala con una fuente de luz colocada en el tercio distal. El punto de conexión entre la pala y el mango es el ajuste, donde tiene lugar el contacto eléctrico. Las palas pueden ser rectas o curvas.

* **Tubo endotraqueal:** El extremo proximal tiene un adaptador universal de 15 mm al que se ajustan los dispositivos de ventilación con presión positiva. El balón de neumotaponamiento aparece en el extremo distal y debe ser de baja presión y alto volumen. En la intubación debe usarse el tubo de mayor diámetro posible.

/ /

* Fiador: Varilla maleable que se introduce en el interior del tubo, en situaciones de Fieil, Para dar rigidez al mismo.

INTRUMENTACION ADICIONAL

- * Jeringa de 10 mL Para inflado del maniquito
- * Pinzas de Masil Para retirar cuerpos extraños o Para facilitar el control de la punta
- * Sistema de aspiración
- * Canula oro faringeo
- * Sistema mascarillo-ambu

TECNICA

La intubación puede ser nasotraqueal (introducción del tubo por una de las ventanas nasales) u orotraqueal, que es mas usada.

Trans comprobar que todo el material esta preparado, ante un enfermo consciente se procedera a sedar y relajor. Mientras hace efecto la medicación. Para conseguir una visualización directa de la laringe es necesario alinear tres ejes: el de la boca, el de la laringe y el de la traquea.

Para ello se extiende la cabeza y se flexiona ligeramente el cuello.

suspender la ventilación para iniciar la intubación, que debe realizarse de la manera mas breve, en caso de demorarse, suspender la maniobra para

Ventilar de nuevo.

Tras la extracción de prótesis dentales o cuerpos extraños introduciremos el laringoscopio (sujeto con la mano izquierda) por el lado derecho de la boca, desplazando la lengua hacia la izquierda.

En este momento, si utilizamos la pala curva, colocaremos el extremo distal de la pala en la vallecuela (entre la base de la lengua y la epiglotis), mientras que si es una pala recta habrá que colocar la pala sobre la epiglotis. En ambos casos, una vez colocada la pala en la posición adecuada, se desplazará hacia delante y arriba (siendo el eje del mango del laringoscopio, o sea, a 45° con el plano horizontal), hasta la visualización de la glotis y cuerdas vocales. No debe utilizarse el mango a modo de palanca, ni los dientes superiores como punto de apoyo.

Posteriormente con la mano derecha, se cogera el tubo orotraqueal, previamente lubricado en su extremo, y se introducirá entre ambas cuerdas vocales, visualizando durante todo el procedimiento la glotis. Se avanzará hasta la desaparición del neumatapeamiento. Si por las características de la glotis, intubación difícil, no puede dirigirse la punta del tubo hacia la misma, se puede utilizar el Fodor colocándolo en el interior de tubo de forma no sobresalga por su extremo distal y dando forma al tubo orotraqueal (generalmente en forma de L) para poder abarcarlo a la glotis.

Después del inflado del balón de neumotaponamiento se produce a la ventilación y oxigenación del paciente.

Durante la ventilación se ausculta el tórax en la línea medio axilar para comprobar los sonidos en ambos lados, que han de ser simétricos. También se ausculta el arco epigástrico por si hubiera sonidos de borboteo, lo que indicaría intubación esofágica.