



**Nombre de alumno:** Esmeralda Méndez López

**Nombre del profesor:** Mahonrry de Jesús  
Ruiz Guillen

**Nombre del trabajo:** Reporte de practicas

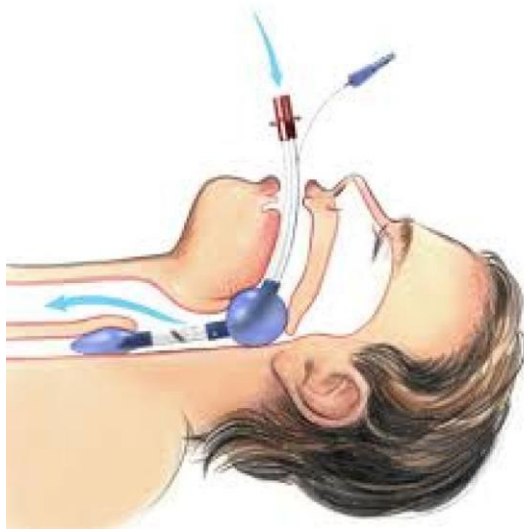
**Materia:** Práctica Clínica de Enfermería I

**Grado:** 6

**Grupo:** A

PASIÓN POR EDUCAR

La intubación endotraqueal se usa con más frecuencia en servicios de urgencias, quirófano o cuidados intensivos, donde la enfermera/o responsable necesita de una intubación del paciente, es que la vida del mismo esté en riesgo y el éxito del procedimiento dependerá en gran medida de la correcta actuación de los profesionales que lo lleven a cabo. Los motivos por los que suele ser necesaria la intubación orotraqueal son todos aquellos que provocan alteración de la normalidad de la función respiratoria, y que comprenden: vía aérea permeable; impulso respiratorio adecuado; funcionalismo neuromuscular correcto; anatomía torácica normal; parénquima pulmonar sin alteraciones; capacidad de defensa frente a la aspiración, y mantenimiento de la permeabilidad alveolar por medio de los suspiros y la tos. La intubación orotraqueal proporciona una relativa protección frente a la aspiración pulmonar, mantiene un conducto de baja resistencia adecuado para el intercambio gaseoso respiratorio y sirve para acoplar los pulmones a los dispositivos de asistencia respiratoria y de terapias de aerosoles; además, es útil para la creación de una vía para la eliminación de las secreciones. Ante un paciente en situación crítica que llega a un servicio de urgencias es necesario realizar de forma reglada una valoración sobre la necesidad de intubación endotraqueal; esta necesidad puede ser inmediata en caso de paro cardíaco, muy urgente en el caso de insuficiencia respiratoria que puede provocar parada respiratoria, o urgente en caso de disminución del nivel de conciencia con control inadecuado de la vía aérea.



Para intubar primero se separa la cama de la pared y se retira la cabecera para que de este modo el acceso al paciente sea fácil desde arriba. Si la cabecera es fija, se pondrá al paciente diagonalmente sobre la cama para lograr el acceso a la vía aérea. La ventilación se debe mantener inicialmente con oxígeno al 100% por medio de mascarilla y bolsa, a menos que la faringe se encuentre obstruida por vómitos. En pacientes con bajo nivel de conciencia se puede mantener la permeabilidad de la vía aérea levantando el mentón y aplicando firmemente la mascarilla sobre la nariz y la boca.

Como cuidados enfermeros posteriores al procedimiento:

Comprobar por turnos la posición del tubo auscultando ambos pulmones.

Cambiar la fijación y puntos de apoyo del tubo periódicamente para evitar heridas por fricción.

Marcar con un rotulador el tubo a nivel de la comisura labial, para controlar su posición y evitar desplazamientos.

Aspiraremos secreciones cuando sea necesario. Realizaremos higiene bucal con colutorio y de la nariz con suero, además de hidratar los labios con vaselina.

Siempre manipularemos el tubo con estricta asepsia, evitando la obstrucción del TET.

Finalmente dejaremos al paciente de la formas más cómoda y limpia.

