



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“CRITERIOS DE INTUBACIÓN Y EXTUBACIÓN”

DOCENTE: ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ.

MATERIA: URGENCIAS MÉDICAS.

ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.

TUXTA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

INTUBACION

MOTIVOS

- Parada cardiorrespiratoria.
- Protección de la vía aérea.
- Traumatismo craneoencefálico en aquellos casos en que el nivel de conciencia sea bajo y ponga en riesgo la vida del paciente.
- Todo aquel cuya puntuación en la escala de coma de Glasgow sea menor de 8 puntos.
- Cualquier paciente que tenga una insuficiencia respiratoria aguda o reagudizada con una frecuencia respiratoria menor de 10 o mayor de 30 respiraciones/min y que comprometa su estabilidad.

REALIZAR.

- Hiperoxigenar al paciente durante algunos minutos, con un ambú conectado a un sistema de oxígeno.
- La cabeza se extenderá ligeramente con la mandíbula proyectada hacia delante.

MÉTODO.

- La sedación está indicada en todos los casos en que se vaya a proceder a la intubación orotraqueal, excepto en los casos en que el paciente se encuentre en parada cardiorrespiratoria o con una puntuación en la escala de Glasgow de 3 puntos.
- 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.
- La ventilación se debe mantener inicialmente con oxígeno al 100% por medio de mascarilla y bolsa.
- La cabeza se colocará en posición de olfateo modificada.
- Se cogerá el laringoscopio con la mano izquierda cerca de la unión de la hoja con el mango.
- Se introducirá en la boca con cuidado de no pellizcar los labios entre la pala y los dientes.
- Una vez introducida la hoja se mueve hacia delante y hacia la línea media con lo cual se empuja la lengua a la izquierda del paciente, por fuera de la línea de visión.
- Se hace avanzar la hoja dentro de la vallecule y se levanta para exponer las cuerdas vocales y el resto de las estructuras laríngeas.
- Posteriormente, cuando el paciente esté bien ventilado se expondrán las cuerdas vocales antes de la colocación del tubo orotraqueal.
- El tubo orotraqueal se colocará en el interior de la faringe con la mano derecha a partir del lado derecho de la boca y debe pasar sin ofrecer ninguna resistencia a través de las cuerdas vocales.
- El tubo se introducirá hasta que el manguito haya traspasado las cuerdas.
- Tras su colocación se debe comprobar de forma inmediata que se ha hecho bien mediante la auscultación bilateral de los sonidos respiratorios, la observación de la expansión del tórax de ambos lados y la constatación de ausencia de sonidos en el estómago.

MATERIAL.

- Aspirador con cánula de Yankauner.
- Laringoscopio con una hoja de Macintosh n.º 3 para adultos y Miller tipo 1 para niños pequeños.
- Tubo orotraqueal de calibre adecuado con guía y manguito.

EXTUBACION

Extubación hace referencia al momento en que se retira el tubo endotraqueal.

El "destete o weaning", es definido como el periodo de retirada de la ventilación mecánica, la cual termina con el restablecimiento del eje faringo-laríngeo-traqueal del paciente mediante la extubación.

CRITERIOS.

- Frecuencia respiratoria <30 respiraciones/min.
- Fuerza inspiratoria negativa >20mmHg.
- Capacidad vital >15ml/kg.
- Volumen corriente >6ml/kg.
- Hemodinámicamente estable sin soporte ionotrópico significativo.
- Adecuado intercambio de gases (saturación basal de O₂ ≥93%; no hay acidosis significativa según los gases arteriales, si aplica).
- Adecuada reversión del bloqueo neuromuscular (levantar la cabeza de manera sostenida por 5 segundos).

La cánula en T y la reducción gradual de la CPAP implican pruebas de respiración espontánea breves con oxígeno complementario. Estas pruebas o ensayos suelen iniciarse durante periodos de 5 min/h sucedidos de un intervalo de reposo de 1 h. Los ensayos se incrementan por aumentos de 5 a 10 min/h hasta que el paciente puede mantenerse independiente del respirador por lapsos de varias horas. Luego se intentará la extubación.