



**Nombre del alumno:**

**Nancy Paulina Arguello Espinosa**

**Nombre del profesor:**

**Dr. Ariana Morales Méndez**

**Nombre del trabajo:**

**Técnica de intubación orotraqueal**

**Materia:**

**Crecimiento y Desarrollo biológico**

**Grado:**

**7mo Sem, Grupo "A" Medicina Humana**

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de diciembre del 2023

## ¿Cómo realiza el procedimiento de la intubación?

### Prepárese para introducir el laringoscopio.

1. Coloque al bebé en la posición correcta, se ajustar la altura de la cabeza
2. Con el dedo índice derecho o el pulgar se deben apoyar para abrir la boca del bebé.



### Introduzca el laringoscopio e identifique los puntos de referencia claves.

3. Se introduce la hoja del laringoscopio en la línea media y deslizar sobre la lengua a través de la orofaringe hasta que la punta llegue al espacio entre la base de la lengua y la epiglotis (valécula)
4. Eleve todo el laringoscopio, abriendo la boca y moviendo la lengua para dejar expuesta a la glotis. Es posible que necesite inclinar apenas la punta de la hoja para elevar la epiglotis y ver la glotis y las cuerdas vocales.



5. Las cuerdas vocales y la glotis aparecen bien en la parte superior de su vista cuando mira hacia abajo del laringoscopio. Un asistente puede ayudarle a visualizar la epiglotis usando el pulgar y el índice para aplicar una suave presión sobre los cartílagos tiroideos y cricoides del bebé. Debe aplicar la presión hacia abajo y hacia la oreja derecha el bebé.



6. Identifique los puntos de referencia claves (figura 5.14). Si la punta de la hoja está colocada de manera correcta en la valécula, podrá ver la epiglotis colgando desde arriba y las cuerdas.



### Introduzca el tubo endotraqueal.

7. Una vez que haya identificado las cuerdas vocales, sostenga el laringoscopio, introduzca el tubo por el lado derecho de la boca del bebé, fuera de la hoja, con la curva cóncava en el plano horizontal. No introduzca el tubo a través del canal abierto del laringoscopio. Esto obstruirá su visión de las cuerdas vocales.



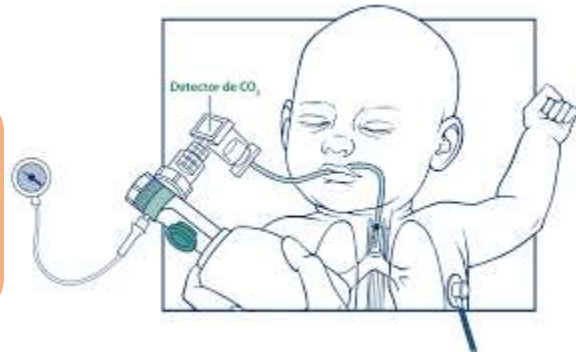
### Asegure el tubo endotraqueal.

8. Use su índice derecho para sostener el tubo con firmeza contra el paladar duro del bebé, retire el laringoscopio con cuidado.



### Ventile a través del tubo endotraqueal

9. Un asistente debe conectar un detector de CO<sub>2</sub> y un dispositivo de VPP al tubo endotraqueal. Una vez colocado el dispositivo de VPP, comience la ventilación a través del tubo.



### Indicaciones

- Frecuencia cardíaca del bebé es menor a 100 lpm y no aumenta después de la VPP con una mascarilla facial o laríngea.
- Antes de iniciar las compresiones torácicas.
- La aspiración traqueal directa si la tráquea se encuentra obstruida por secreciones espesas, para la administración de surfactantes y para la estabilización de un recién nacido con sospecha de hernia diafragmática.

### Puntos anatómicos de referencia

- 1) Esófago: conducto que va desde la garganta al estómago.
- 2) Epiglotis: estructura similar a un párpado que cuelga sobre la glotis.
- 3) Valécula: bolsa formada por la base de la lengua y la epiglotis.
- 4) Laringe: porción de la vía aérea que conecta la faringe y la tráquea.
- 5) Glotis: abertura de la laringe que conduce a la tráquea, flanqueada por las cuerdas vocales.
- 6) Cuerdas vocales: ligamentos cubiertos de mucosas a ambos lados de la glotis.
- 7) Tráquea: porción de la vía aérea que se extiende desde la laringe hasta la carina.

- 8) Cartílagos tiroideos y cricoides: porción inferior del cartílago que protege la laringe.
- 9) Carina: lugar donde la tráquea se ramifica en los 2 bronquios principales.
- 10) Bronquios principales: los 2 conductos de aire que van desde la tráquea a los pulmones.

### **Suministros necesarios**

- 1) Mango del laringoscopio: Si el mango utiliza baterías y lámparas reemplazables, debe haber un juego adicional disponible.
2. Hojas del laringoscopio (rectas, Miller)\*
  - N.o 1 (recién nacido a término)
  - N.o 0 (recién nacido prematuro)
  - N.o 00 (opcional para los recién nacidos extremadamente prematuros)
3. Tubos endotraqueales con diámetros internos de 2,5, 3,0 y 3,5 mm
  - Los tubos de tamaño 2,0 mm, 4,0 mm y los de manguito inflable están disponibles y se los puede considerar para indicaciones especiales pero no se utilizan en la reanimación neonatal de rutina.
4. Estilete (opcional) que calza en el tubo endotraqueal
5. Detector de CO<sub>2</sub>
6. Configuración de la aspiración con sondas de aspiración: tamaño 10 F o superior (para aspirar la faringe), tamaño 8 F y tamaños 5 F o 6 F (para aspirar tubos endotraqueales de varios tamaños que se obstruyen con las secreciones durante la reanimación)
7. Cinta adhesiva impermeable de 1,3 o 1,9 cm ( $\frac{1}{2}$  o  $\frac{3}{4}$  pulgadas), u otro dispositivo para sujetar el tubo
8. Cinta métrica y/o tabla de profundidad de inserción del tubo endotraqueal (tabla 5-4)
9. Tijeras para cortar la cinta
10. Aspirador traqueal
11. Estetoscopio (con cabeza neonatal)
12. Dispositivo de ventilación con presión positiva (bolsa o reanimador con pieza en T) y tubos para la mezcla de aire y oxígeno.
13. Pulsioxímetro, sensor y tapa
14. Mascarilla laríngea (tamaño 1) como vía aérea de rescate
  - Jeringa de 5 ml si se utiliza una mascarilla laríngea con un borde inflable