



ALUMNA: ALINA ANAHÍD UTRILLA MORENO

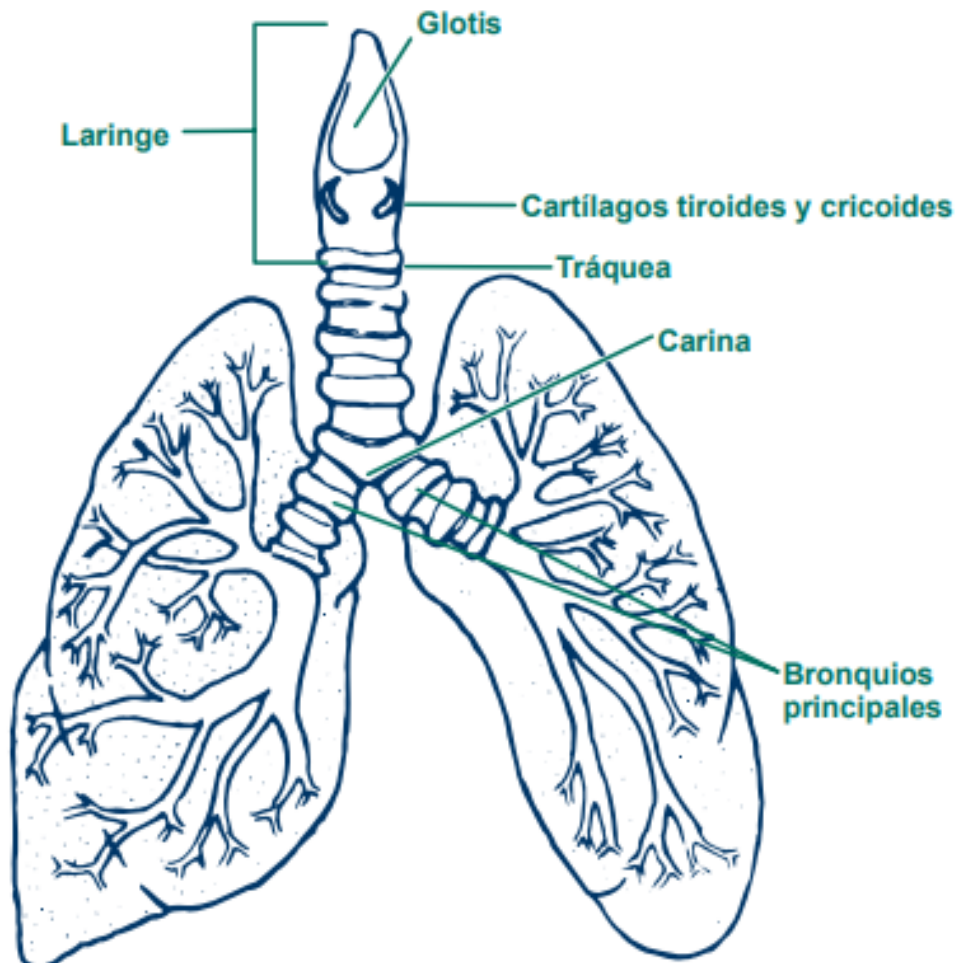
CATEDRÁTICO: ARIANA MORALES MÉNDEZ

**TRABAJO: esquema Intubación orotraqueal
en el recién nacido**

MATERIA: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

SEMESTRE: 7 GRUPO: A

Puntos anatómicos



- 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 tiroides 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.

PREPARACIÓN PARA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN EL RECIÉN NACIDO

OPERADOR

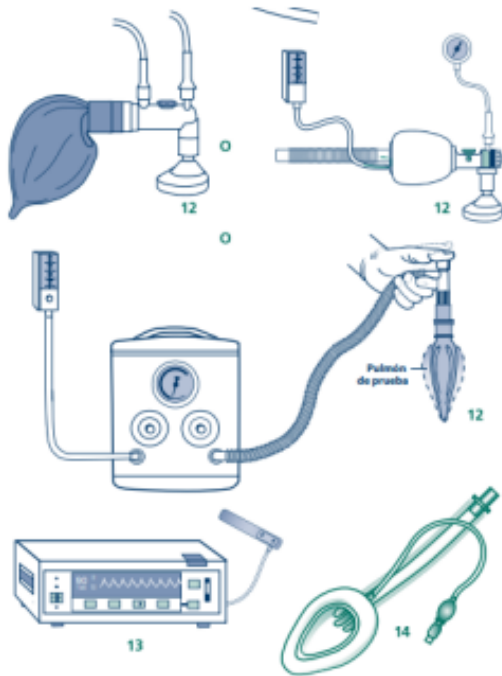
Se prepara para la intubación:

- Solicita un tubo del tamaño correcto.
- Solicita una hoja de laringoscopio del tamaño
- Comunica su preferencia para el uso del estilete.

ASISTENTE

- Se asegura de que la aspiración esté establecida entre 80 y 100 mm Hg
- Selecciona un tubo del tamaño correcto.
- Elige la hoja del laringoscopio correcta
- [tamaño 1 A término], tamaño 0 [prematuro]}
- Comprueba la luz del laringoscopio.
- Introduce el estilete de manera correcta (estilete opcional).
- Obtiene un detector de CO₂.
- Prepara la cinta o un dispositivo de fijación del tubo.

Peso (g)	Edad de gestación (semanas)	Tamaño del tubo (mm) (diámetro interno)
Menos de 1000 g	Menos de 28	2.5
Entre 1000 y 2000 g	28 - 34	3.0
Entre 2000 y 3000 g	34 - 38	3.5
Más de 3000 g	Más de 38	3.5 - 4.0



Equipos y suministros necesarios

1. Dispositivo de VPP (bolsa o reanimador en T)
2. Oxímetro de pulso y sonda neonatal
3. Mascara laríngea tamaño I, con jeringa de 5 mL



Equipos y suministros necesarios

1. Laringoscopio
2. Hojas N° I; 0; 00
3. Tubos endotraqueales
4. Estilete
5. Monitor o detector de CO₂
6. Configuración de succión con catéteres de calibre 10 F (faringe), 8,5 o 6F para TET
7. Tela
8. Tijeras
9. Canula Mayo
10. Aspirador de meconio
11. Fonendoscopio

Calor	<ul style="list-style-type: none"> • Calentador precalentado • Toallas o mantas calientes • Sensor de temperatura y su funda para una reanimación prolongada • Gorro • Bolsa o envoltorio de plástico (<32 semanas de gestación) • Colchón térmico (<32 semanas de gestación)
Despeje la vía aérea	<ul style="list-style-type: none"> • Perilla de succión • Sonda de aspiración de 10 F o 12 F adjunta a la unidad de aspiración en la pared, ajustada entre 80 y 100 mm Hg • Aspirador traqueal
Auscultación	<ul style="list-style-type: none"> • Estetoscopio
Ventilación	<ul style="list-style-type: none"> • Fluómetro ajustado a 10 l/min • Mezclador de oxígeno ajustado al 21% (21%-30% si hay <35 de semanas de gestación) • Dispositivo de ventilación con presión positiva (VPP) • Mascarillas de tamaños adecuados para bebés a término y prematuros • Tubo orogástrico de 8 F y jeringa de 20 ml • Mascarilla laríngea (tamaño 1) y jeringa de 5 ml (de ser necesaria para inflar la mascarilla) • Tubo orogástrico de 5 F o 6 F si la mascarilla laríngea tiene un puerto de inserción • Monitor cardíaco con derivaciones
Oxígeno	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo para administrar oxígeno a flujo libre • Pulsioxímetro y su cubierta • Tabla de objetivos de saturación de oxígeno
Intubación	<ul style="list-style-type: none"> • Laringoscopio con hojas tamaño 0 y 1 (tamaño 00, opcional) • Estilete (opcional) • Tubo endotraqueal (tamaños 2,5; 3,0; 3,5) • Detector de dióxido de carbono (CO₂) • Cinta de medición y/o tabla de profundidad de inserción del tubo endotraqueal • Cinta a prueba de agua o dispositivo de fijación del tubo • Tijeras
Medicación	<p>Acceso a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adrenalina (0,1 mg/ml = 1 mg/10 ml) • Solución salina normal (bolsa de 100 ml o 250 ml o jeringas precargadas) • Utensilios para colocar un catéter venoso umbilical de emergencia y administrar medicamentos • Tabla de dosis calculadas de medicación de urgencia para bebés que pesan entre 0,5 y 4 kg

INDICACIONES PARA INTUBACIÓN

- 1 si la frecuencia cardíaca del bebé es inferior a 100 lpm y no aumenta después de la ventilación con presión positiva (VPP) con una mascarilla facial o laríngea.
- 2 antes de iniciar las compresiones torácicas. Si la intubación no tiene éxito o no es factible, y el bebé pesa más de 2 kg (aproximadamente), se debe usar una mascarilla laríngea.
- 3 para 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.
- 4 Si se prolonga la VPP
- 5 Debería haber una persona capacitada para realizar intubaciones..
- 6 La hoja del laringoscopio apropiada para un recién nacido a término es la de tamaño n.o 1. La hoja correcta para un recién nacido prematuro es la de tamaño n.o 0 (el tamaño n.o 00 es opcional para los recién nacidos extremadamente prematuros).
- 7 Lo ideal es que el procedimiento de intubación se complete en 30 segundos.
- 8 La demostración del dióxido de carbono (CO₂) exhalado y la observación del rápido aumento de la frecuencia cardíaca

son los métodos principales para confirmar la inserción del tubo endotraqueal en la tráquea.

⑨ La profundidad de la inserción del tubo endotraqueal se puede calcular a partir de la distancia desde el tabique nasal al trago (DNT) o la edad gestacional del bebé; sin embargo, la profundidad se debe confirmar mediante la auscultación de ruidos respiratorios iguales. Si el tubo debe permanecer colocado, realice una radiografía de tórax para la confirmación final. Si no se produce una VPP con movimiento torácico tras la correcta inserción del tubo endotraqueal, se deberá sospechar la existencia de una obstrucción en la vía aérea y aspirar la tráquea con una sonda de aspiración o un aspirador traqueal.

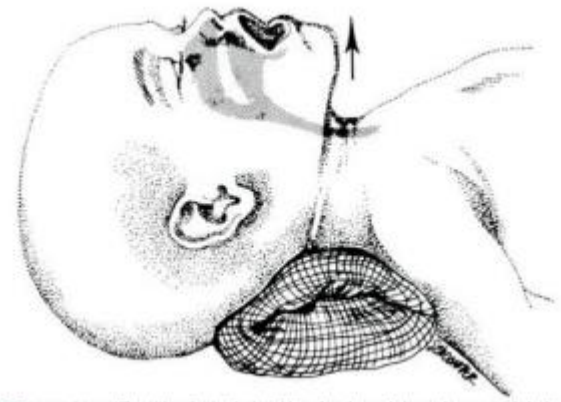
⑪ Si el cuadro del bebé empeora después de la intubación endotraqueal, es posible que se haya desplazado u obstruido el tubo, o que se haya producido un neumotórax o una falla en el equipo de VPP (regla nemotécnica DONE).

⑫ Evite repetir los intentos fallidos para realizar una intubación endotraqueal. En los bebés que pesen más de 2 kg, aproximadamente, la mascarilla laríngea puede proporcionar una vía aérea de rescate cuando la VPP con mascarilla facial no produzca una ventilación eficaz y no se pueda realizar una intubación efectiva.

TÉCNICA DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN EL RECIÉN NACIDO

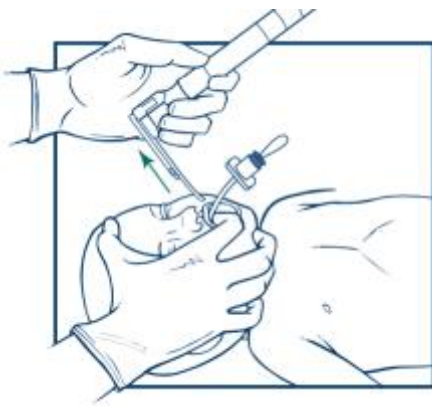
Asistente del operador 1

- Coloca la cabeza del recién nacido en la posición de "olfateo", con el cuerpo recto y la mesa a la altura correcta para el operador.



OPERADOR 2

- Sostiene el laringoscopio correctamente con la mano izquierda.
- Abre la boca del bebé con el dedo e introduce la hoja en la base de la lengua.
- Eleva la hoja correctamente (sin mecerla)



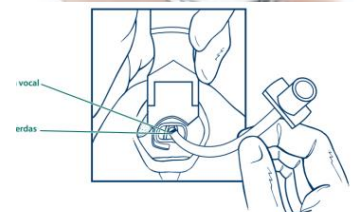
OPERADOR 4

- Identifica los puntos de referencia y toma medidas correctivas para visualizar la glotis, si es necesario.
- Introduce el tubo desde el lado derecho, no por el centro de la hoja del laringoscopio.
- Alinea la guía para la cuerda vocal con las cuerdas vocales.



Asistente del operador 3

- Aplica presión cricoidea, si corresponde.
- Entrega el tubo endotraqueal al operador.
- Controla la frecuencia cardíaca y avisa si el intento dura más de 30 segundos.



Asistente del operador 8

- Ausculta para comprobar si aumenta la frecuencia cardíaca y evalúa el cambio de color del detector de CO₂.
- Escucha los ruidos respiratorios bilaterales, comprueba el movimiento torácico simétrico con la VPP e informa los hallazgos



OPERADOR 7

- Administra la VPP.
- Observa si hay movimiento torácico simétrico.



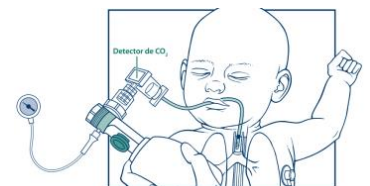
OPERADOR 5

- Quita el laringoscopio y luego retira el estilete mientras sostiene el tubo con firmeza contra el paladar • Sostiene el tubo contra el paladar del bebé.



Asistente del operador 6

- Quita el estilete (si se utilizó uno).
- Conecta el detector de CO₂ y el dispositivo de VPP al tubo endotraqueal.
- Entrega el dispositivo de VPP al operador



REFERENCIAS:

♥ Gary M. Weiner, MD, FAAP. (2020) Neonatal Resuscitation American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

DOI: 10.1542/peds.2020-038505E originally published online October 21, 2020;