



Mi Universidad

Nombre del alumno: Edwin Dionicio Coutiño Zea

Nombre del tema: intubacion endotraqueal

Parcial: cuarto

Nombre de la materia: crecimiento y desarrollo

Nombre del profesor: Dra. ARIANA MORALES MENDEZ

Nobre de la licenciatura: Medicina Humana

Semestre: Septimo

¿Qué es un tubo endotraqueal?

Tubo delgado que se introduce a través de la glotis, entre las cuerdas vocales y avanza dentro de la tráquea. Aunque se ha descrito la intubación digital utilizando solo el dedo del operador, la intubación endotraqueal generalmente requiere el uso de un instrumento con iluminación laringoscópica para visualizar la laringe y guiar la inserción del tubo entre las cuerdas vocales.



¿Cuándo se debe considerar la inserción de un tubo endotraqueal?

Se recomienda con énfasis la inserción de un tubo endotraqueal si la frecuencia cardíaca del bebé es menor a 100 lpm y no aumenta después de la VPP con una mascarilla facial o laringea.

Se recomienda con énfasis la inserción del tubo endotraqueal antes de iniciar las compresiones torácicas. Si la intubación no tiene éxito o no es factible, y el bebé pesa más de 2 kg se debe usar una mascarilla laringea.

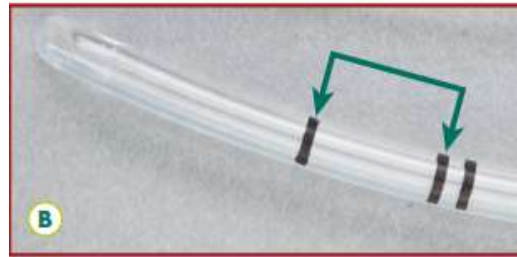
¿Qué tipo de tubo endotraqueal se debe usar?

El tubo endotraqueal debe tener diámetro uniforme en toda la extensión del tubo. Los tubos en punta no se recomiendan para la reanimación neonatal. Los tubos endotraqueales tienen marcas en centímetros a lo largo del tubo que miden la distancia hacia la punta del tubo. Muchos tubos también tienen líneas y marcas cerca de la punta que sirven de guía para las cuerdas vocales.



La ventilación con un tubo endotraqueal durante 30 segundos puede mejorar la eficacia de la ventilación y evitar la necesidad de iniciar las compresiones torácicas.

Si se necesitan compresiones torácicas, la ventilación con un tubo endotraqueal puede ayudar a mejorar la coordinación con las compresiones.



¿Qué suministros y equipos deben estar disponibles para la intubación?

- 1 Mango del laringoscopio. Si el mango utiliza baterías y lámparas reemplazables, debe haber un juego adicional disponible.
- 2 Hojas del laringoscopio
 - 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 CO₂
- 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
- 9 Tijeras para cortar la cinta
- 10 Aspirador traqueal
- 11 Estetoscopio



Considere el uso de un estilete. A muchos operadores les resulta útil usar un estilete con el tubo endotraqueal para proporcionar rigidez y curvatura adicional. El uso del estilete es opcional y depende de la preferencia del operador.

Tabla 5-1. Tamaño del tubo endotraqueal para bebés de distintos pesos y edades gestacionales

Peso	Edad gestacional	Tamaño del tubo endotraqueal
Menos de 1 kg	Menos de 28 semanas	2,5 mm DI
Entre 1 y 2 kg	Entre 28 y 34 semanas	3,0 mm DI
Más de 2 kg	Más de 34 semanas	3,5 mm DI



¿Cómo prepara el laringoscopio y los demás equipos que necesitará?

- 1 Si aún no se ha hecho, conecte los cables del monitor cardíaco para una evaluación precisa de la frecuencia cardíaca del bebé.
 - 2 Seleccione la hoja del laringoscopio adecuada y conéctela al mango.
 - a. Use una hoja n.o 1 para los recién nacidos a término.
 - b. Use una hoja n.o 0 para los recién nacidos prematuros. Algunos operadores pueden preferir el uso de una hoja n.o 00 para los recién nacidos extremadamente prematuros.
 - 3 Encienda la luz haciendo un clic con la hoja en la posición abierta para verificar que las baterías y la luz funcionan. Si la luz es tenue o titila, ajuste o reemplace la lámpara, coloque una batería nueva o reemplace el laringoscopio. Si está usando un laringoscopio con iluminación, ciérrelo hasta su uso para evitar el sobrecalentamiento de la lámpara y la hoja. Estilete opcional para aumentar la rigidez del tubo endotraqueal y mantener la curvatura durante la intubación. QR 5.1 Escanee el código para ver un video de 30 segundos sobre los suministros para la intubación.
 - 4 Prepare el equipo de aspiración.
 - a. Ocluya el extremo de tubo de aspiración para asegurarse de que la aspiración se establezca entre 80 y 100 mm Hg.
 - b. Conecte una sonda de aspiración de tamaño 10 F (o superior) para eliminar las secreciones de la boca y la faringe.
 - c. Las sondas de aspiración más pequeñas (tamaños 8 F y 5 F o 6 F) deben estar disponibles para eliminar las secreciones de un tubo endotraqueal obstruido, si es necesario, después de la inserción.
 - d. Se puede conectar un aspirador traqueal directamente al tubo endotraqueal para aspirar el meconio o las secreciones espesas que obstruyen la tráquea. Algunos tubos endotraqueales tienen un puerto de aspiración incorporado que se puede conectar directamente al tubo de aspiración y no requieren el uso de un aspirador traqueal.
 - 5 Prepare el dispositivo de VPP con una mascarilla para ventilar al bebé, si es necesario, entre los intentos de intubación.
 - 6 Coloque un detector de CO₂, un estetoscopio, una cinta métrica o la tabla de profundidad, la cinta adhesiva impermeable de 1,3 o 1,9 cm ($\frac{1}{2}$ o $\frac{3}{4}$ pulgadas), y las tijeras u otros dispositivos para fijar el tubo



1. Coloque al bebé en la posición correcta. Si es posible, ajuste la altura de la cabeza según sea necesario. Puede estabilizar la cabeza del bebé con su mano derecha, mientras un miembro del equipo se asegura de que todo el cuerpo del bebé esté acostado recto y que la cabeza se encuentre en la posición de “olfateo”.



2. Use su dedo índice derecho o el pulgar para abrir la boca del bebé.
3. Introduzca la hoja del laringoscopio en la línea media y deslícela con suavidad sobre la lengua a través de la orofaringe hasta que la punta llegue al espacio entre la base de la lengua y la epiglotis. Este espacio se denomina valécula.
4. Eleve todo el laringoscopio en la dirección a la que apunta el mango, 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 del bebé.
6. Identifique los puntos de referencia claves . Si la punta de la hoja está colocada de manera correcta en la valécula, podrá ver la epiglotis colgando desde arriba y las cuerdas, vocales justo debajo. Las cuerdas vocales parecen unas franjas verticales delgadas con la forma de una letra “V” invertida.



7. Una vez que haya identificado las cuerdas vocales, sostenga el laringoscopio y mantenga la vista en las cuerdas vocales, mientras un asistente coloca el tubo endotraqueal en su mano derecha. Introduzca el tubo por el lado derecho de la boca del bebé, fuera de la hoja, con la curva cóncava en el plano horizontal (figura 5.19). No introduzca el tubo a través del canal abierto del laringoscopio. Esto obstruirá su visión de las cuerdas vocales. Pase el tubo por el lado derecho de la boca del bebé hacia las cuerdas vocales. A medida que la punta se acerca a las cuerdas vocales, gire la curvatura del tubo hacia el plano vertical para que la punta quede hacia arriba. Cuando se abran las cuerdas vocales.

- Use su índice derecho para sostener el tubo con firmeza contra el paladar duro del bebé. Retire el laringoscopio con cuidado sin desplazar el tubo. Si se usó un estilete, un asistente debe quitarlo del tubo endotraqueal, asegurándose de que está sosteniendo el tubo en su lugar. Aunque es importante sostener el tubo con firmeza, tenga cuidado de no apretarlo demasiado como para que no se pueda quitar el estilete. Ventile a través del tubo endotraqueal.



- Un asistente debe conectar un detector de CO₂ y un dispositivo de VPP al tubo endotraqueal (figura 5.22). Para evitar una extubación accidental, puede ser útil que la misma persona que sostiene el tubo endotraqueal sostenga el dispositivo de VPP. Una vez colocado el dispositivo de VPP, comience la ventilación a través del tubo.

