



Mi Universidad

Técnica de intubación

Nombre: Litzy Moreno Rojas

4to Parcial

Crecimiento y desarrollo biológico

Dra. Ariana Morales Méndez

Medicina Humana

7o semestre

Puntos anatomicos de referencia en la via aerea:

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.

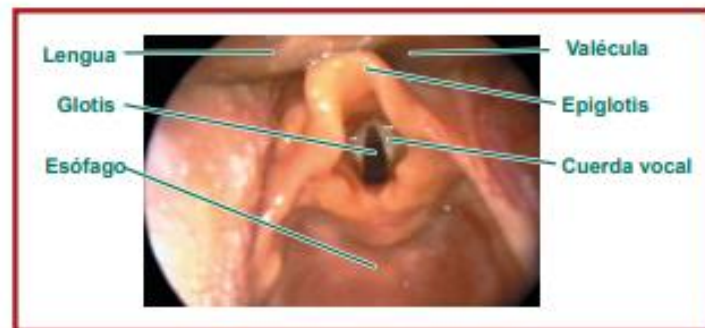
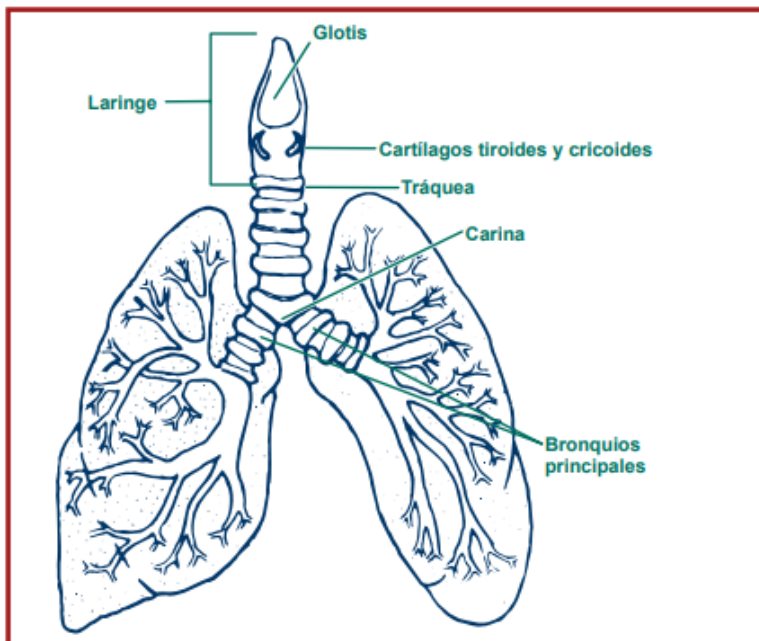


Figura 5.3. Anatomía de la vía aérea

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

1. Mango del laringoscopio
2. Hojas del laringoscopio (rectas, Miller)*
3. Tubos endotraqueales con diámetros internos de 2,5, 3,0 y 3,5 mm
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
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 (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



Figura 5.5. Suministros y equipos para el manejo de la vía aérea neonatal. (Suministros fuera de su envase con fines demostrativos).

¿Cómo debe colocar al recién nacido para la intubación?

Coloque la cabeza del bebé en la línea media, con el cuello apenas extendido en la posición de “olfateo” y el cuerpo recto. Puede resultar útil colocar un pequeño rollo debajo de los hombros del bebé para mantener la ligera extensión del cuello. Esta posición alinea la tráquea para una visualización óptima, ofreciendo una línea recta de visión dentro de la glotis después de la colocación correcta del laringoscopio.



¿Cómo sostiene el laringoscopio?

Siempre sostenga el laringoscopio con su mano izquierda con el pulgar sobre la parte superior del mango y la hoja apuntando en la dirección opuesta a usted. El laringoscopio está diseñado para que se lo sostenga con la mano izquierda, tanto para los zurdos como para los diestros. Si se lo sostiene con la mano derecha, su visión a través de la porción abierta y curva de la hoja se verá obstruida.



Figura 5.9. Sostener el laringoscopio con la mano izquierda.

¿Cómo realiza el procedimiento de la intubación?

Prepárese para introducir el laringoscopio.

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 bebe.
3. Introduzca el laringoscopio e identifique los puntos de referencia claves.
 - a. 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.

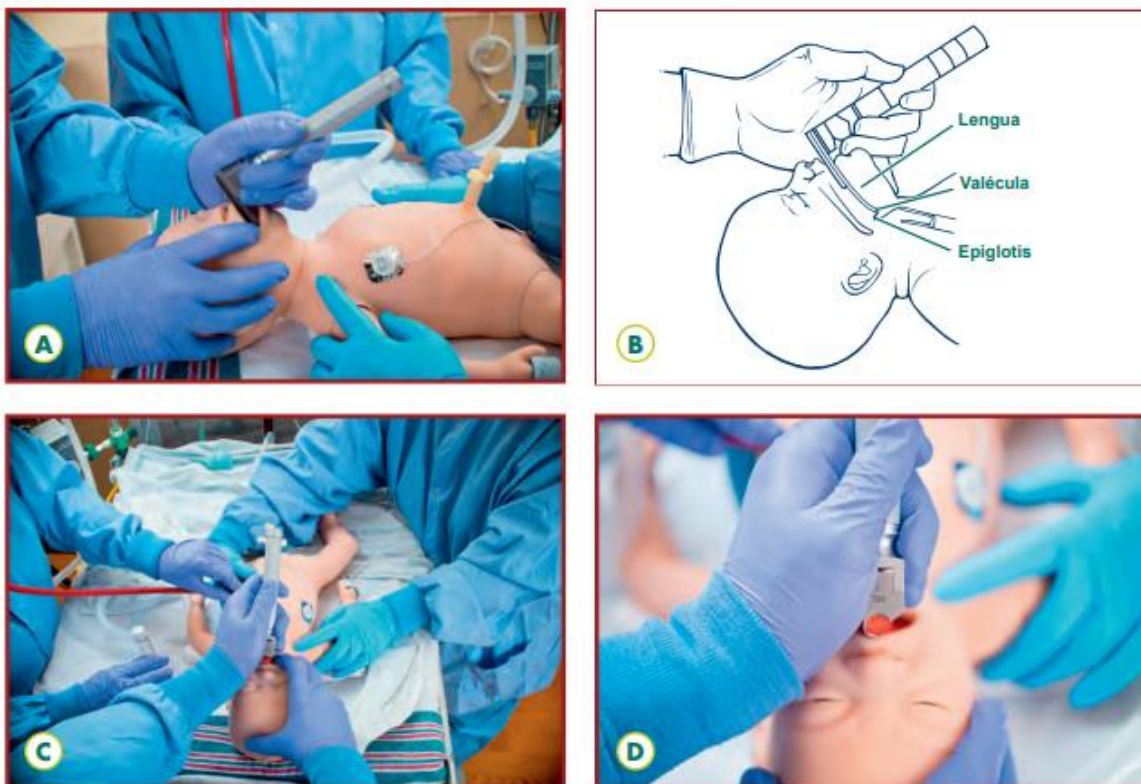


Figura 5.11. Introducir la hoja del laringoscopio en la línea media (A) y avanzar hasta que la punta quede en la valécula (B). Sostener el laringoscopio en la línea media (C) para identificar los puntos de referencia a través de la porción abierta y curva de la hoja del laringoscopio (D).

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.



Figura 5.13. La presión tiroidea y cricoidea que aplica el ayudante puede mejorar la visualización de las cuerdas vocales y la glotis. Presionar hacia abajo y hacia la oreja derecha del bebé.

Introduzca el tubo endotraqueal.

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. 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, introduzca el tubo hasta que las cuerdas vocales queden entre las líneas de guía marcadas en el tubo.

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 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.



Figura 5.20. Estabilizar el tubo contra el paladar o la mejilla del bebé mientras se retira el laringoscopio.



Figura 5.21. Un asistente quita el estilete opcional mientras el operador sostiene el tubo en su lugar.

Ventile a través del tubo endotraqueal.

9. Un asistente debe conectar un detector de CO₂ y un dispositivo de VPP al tubo endotraqueal. 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.

