

INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN EL RECIÉN NACIDO

- Laringoscopio
- Hojas de Laringoscopio rectas:
 - N° 00 para RN muy prematuros.
 - N° 0 para prematuros.
 - N° 1 para RN a término.
- Tubos endotraqueales con diámetro interno: 2.5, 3.0 y 3.5 mm.
- Cinta métrica Y/o tabla de profundidad de inserción de TET.
- Tijeras.
- Estetoscopio neonatal.
- Cinta adhesiva impermeable de 1/2 pulgada para sujetar el tubo.
- Dispositivo de VPP: bolsa o tubo en T.
- Oxímetro de pulso, sensor
- Ropa limpia y esterilizada



QUÉ TIPO DE TUBO ENDOTRAQUEAL DEBEMOS USAR

- El tubo endotraqueal debe tener un diámetro uniforme en toda su longitud.
- Los tubos endotraqueales tienen marcas en centímetros que miden la distancia hasta la punta del tubo.
- Muchos tubos también tendrán líneas o marcas cerca de la punta que están destinadas a ser una guía de cuerdas vocales, estas se colocaran entre los 2 juegos de líneas, se espera que la punta del tubo esté por encima de la carina;
- La ubicación y el diseño de las líneas varía considerablemente entre fabricantes.
- La guía de cuerdas vocales es solo una aproximación y puede que no indique de manera confiable la profundidad de inserción correcta



INTRODUZCA EL TUBO ENDOTRAQUEA

- Identificada las cuerdas vocales, sostener firmemente el laringoscopio manteniendo la vista fija en las cuerdas vocales
- Introduzca el TET.

ASEGURAR EL TUBO ENDOTRAQUEAL

- Fijar el TET al paladar con el dedo medio de la mano derecha.
- Retirar con cuidado el laringoscopio sin mover el tubo

VENTILACIÓN A TRAVÉS DEL TET.

- Un ayudante coloca el dispositivo de VPP
- La misma persona sostiene el TET y ventila.

PREPARACIÓN

- Coloque al RN en posición correcta, ligera extensión de cabeza (posición de olfateo)

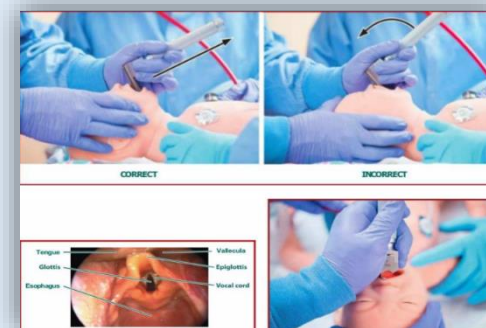
- Estabilizar la cabeza del bebé con la mano derecha.

- Use su índice o pulgar derecho para abrir suavemente la boca

INTRODUZCA EL LARINGOSCOPIO

- Inserte la hoja del laringoscopio en la línea media
- Deslícelo suavemente sobre la lengua hasta que la punta quede en el espacio entre la base de la lengua y la epiglotis.

Este espacio se llama vallécula y en prematuros extremado bajo peso, la vallécula es muy pequeña y tal vez tenga que colocar la punta del laringoscopio debajo de la epiglotis.



➤ Si el tubo está colocado correctamente, los sonidos respiratorios deben ser iguales en ambos lados.

➤ Si el tubo está demasiado adentro, los ruidos respiratorios pueden disminuir en un lado. Muy a menudo, el tubo entrará por la derecha por lo tanto los ruidos serán más intensos en ese lado. Retire lentamente el tubo auscultando el lado más débil hasta que éstos sean iguales



TAREAS DE UN ASISTENTE DURANTE EL PROCESO DE INTUBACIÓN

Se requiere un trabajo en equipo para completar el procedimiento de intubación de manera rápida y eficiente. Un asistente capacitado puede realizar varios pasos que mejoran el trabajo del equipo, acortan la duración del procedimiento y aumenta la probabilidad de éxito en el primer intento.

- Verifique que el laringoscopio esté funcionando.
- Compruebe que la succión esté configurada entre 80 y 100 mm Hg.
- Prepare la cinta o el dispositivo de sujeción del tubo.
- Conecte los cables para el inicio de la monitorización cardíaca.
- Seleccione la hoja del laringoscopio y el tubo endotraqueal del tamaño correcto en función de la edad gestacional o peso.
- Comuníquese con el operador sobre qué método se utilizará para estimar la profundidad de inserción del tubo endotraqueal: la NTL o la tabla de profundidad de inserción estimada.
- Asegúrese de que el recién nacido y la cama estén colocados correctamente antes de comenzar el procedimiento y que se mantengan en la posición correcta durante todo el procedimiento.
- Sostenga el aspirador o tubo y páselo según las instrucciones para que el operador no tenga que apartar la mirada de los puntos de referencia anatómicos para aspirar secreciones o agarrar el tubo en preparación para la inserción.
- Controle la frecuencia cardíaca del recién nacido y avise al operador si el intento de intubación dura más de 30 segundos.
- Aplique presión tiroidea y cricoidea según las indicaciones.
- Escuche los ruidos respiratorios en ambas axilas y evalúe el movimiento del pecho con VPP.
- Acople el detector de CO₂ si lo tiene
- Escuche el aumento de la frecuencia cardíaca y evalúe el cambio de color del detector de CO₂.



COMPLICACIONES.

- Introducción muy profunda
- Lesión de cuerdas vocales
- Laceración de mucosa oral
- Espasmo de cuerdas vocales.
- Infecciones



PUNTOS CLAVES QUE DEBE RECORDAR

Se recomienda la inserción de un tubo endotraqueal (intubación):

- Si la frecuencia cardíaca del bebé permanece por debajo de 100 lpm y no aumenta después de la ventilación con presión positiva con una máscara facial o laríngea.