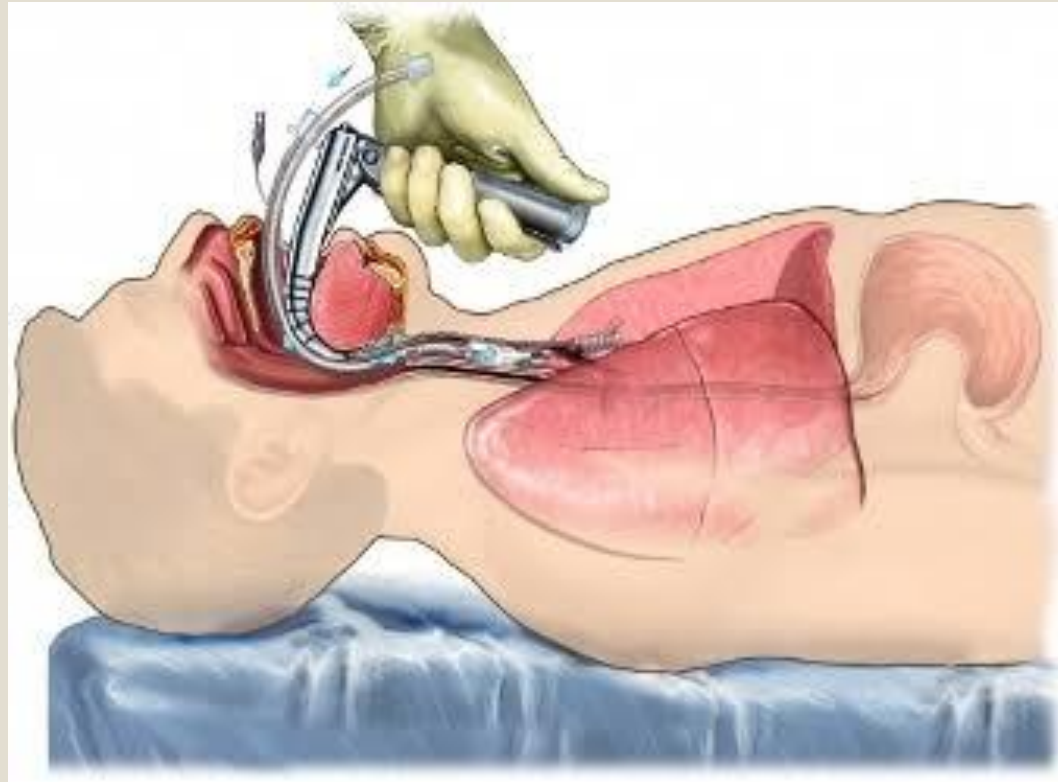


# INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL



# Objetivos de la clase:



Definir que es la intubación endotraqueal



Conocer las indicaciones en las que se aplica



Conocer los materiales y pasos para la realización del procedimiento



Conocer las complicaciones del procedimiento



Cuidados de enfermería

# DEFINICIÓN



Introducción de un tubo endotraqueal a través de nariz o boca al interior de la tráquea.



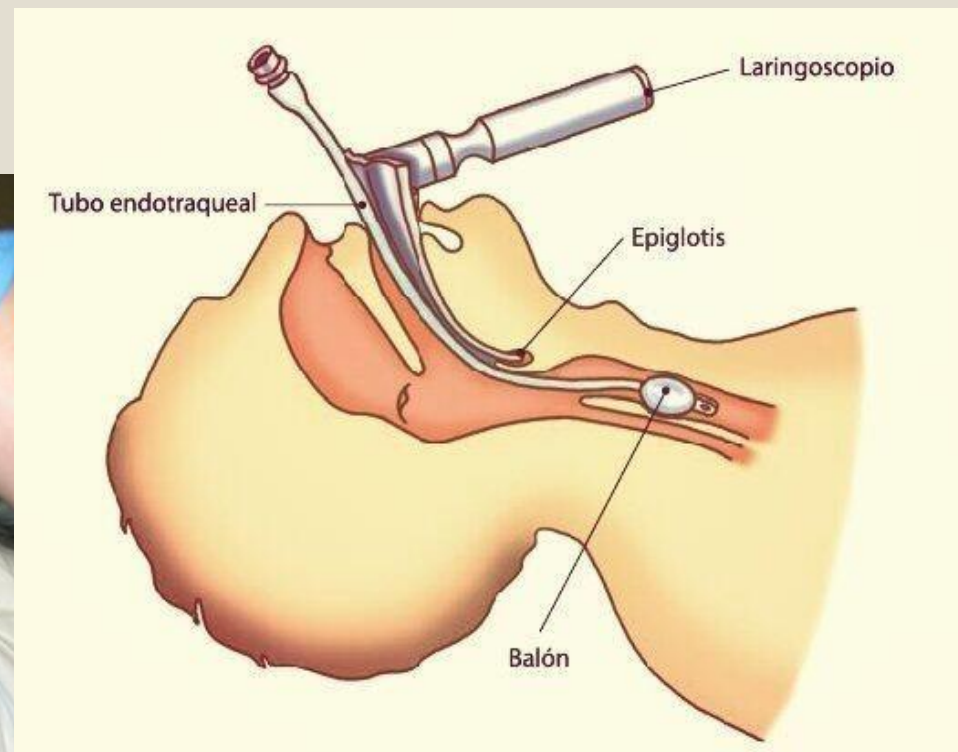
Es preferible VO ya que se causa menos traumatismo, disminuye el riesgo de infección y el calibre del tubo puede ser de mayor diámetro.



Proporciona una vía abierta cuando el paciente padece dificultad respiratoria que no puede tratarse con métodos más simples y es el método de elección en la atención de urgencia.



Proporcionar una vía aérea en individuos incapaces de mantenerla de forma adecuada adecuada por sí mismos, pacientes que necesitan ventilación mecánica y para aspirar secreciones del árbol pulmonar



# INDICACIONES

Obstrucción de la  
vía aérea

Necesidad de  
aislamiento o  
protección de la vía  
aérea

Traumatismo  
craneoencefálico  
con Glasgow  
menor a 8 puntos

Insuficiencia  
Respiratoria

Intoxicaciones,  
sobredosis de opiáceos,  
hipoglucemias con  
pérdida de conciencia.

# VENTAJAS



Garantiza una adecuada ventilación y oxigenación.



Aísla la laringe y tráquea de la faringe, evitando la distensión gástrica y el riesgo de aspiración.



Permite la aspiración de secreciones de la vía aérea.



Constituye una vía para administración de fármacos útiles en la RCP.



Permite la aplicación de presión positiva al final de la espiración (PEEP).





Hoja Curva  
(Macintosh) No 3-4

Hoja Recta (Miller)  
No 2-3

Tubo Orotraqueal  
(Varón 8- 8.5 y  
Mujer 7.5-8)

Laringoscopios  
(mango, hojas,  
baterías, foco)

Dispositivo de bolsa  
- válvula, mascarilla

Medicación para  
sedación y  
relajación

Guantes,  
lubricantes,  
anestésico nasal  
(nasotraqueal)

Monitor  
multiparamétrico,  
saturómetro y  
estetoscopio

Equipo de  
aspiración y sondas  
de aspiración

Tubo Nasotraqueal  
(diám. Interno 0.5-1  
menor)

# MATERIALES



shutterstock.com • 2205071161





# PROCEDIMIENTO

Colocar el cuello del paciente en hiperextensión ubicando una mano sobre la frente y poniendo los dedos de la otra mano debajo de la mandíbula para levantarla hacia arriba y adelante. Esta acción tira la lengua hacia afuera desde la parte posterior de la laringe.



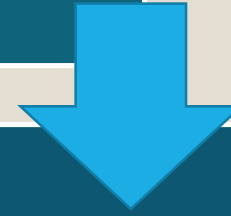
Colocar la mascarilla en la cara del individuo y crear un sello presionando el pulgar de la mano no dominante sobre el puente de la nariz y el dedo índice sobre el mentón.



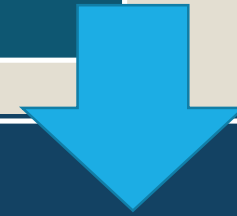
Con los otros dedos de esa mano, tirar del mentón y el ángulo de la mandíbula para mantener la cabeza extendida.



Usar la mano dominante para inflar los pulmones oprimiendo la bolsa a su volumen completo.



El tubo endotraqueal se introduce con ayuda del laringoscopio, realizado por personal entrenado. Una vez que se introduce el tubo y se coloca a unos 2 cm por encima de la carina, se infla un manguito en el extremo distal del tubo mediante un globo piloto.

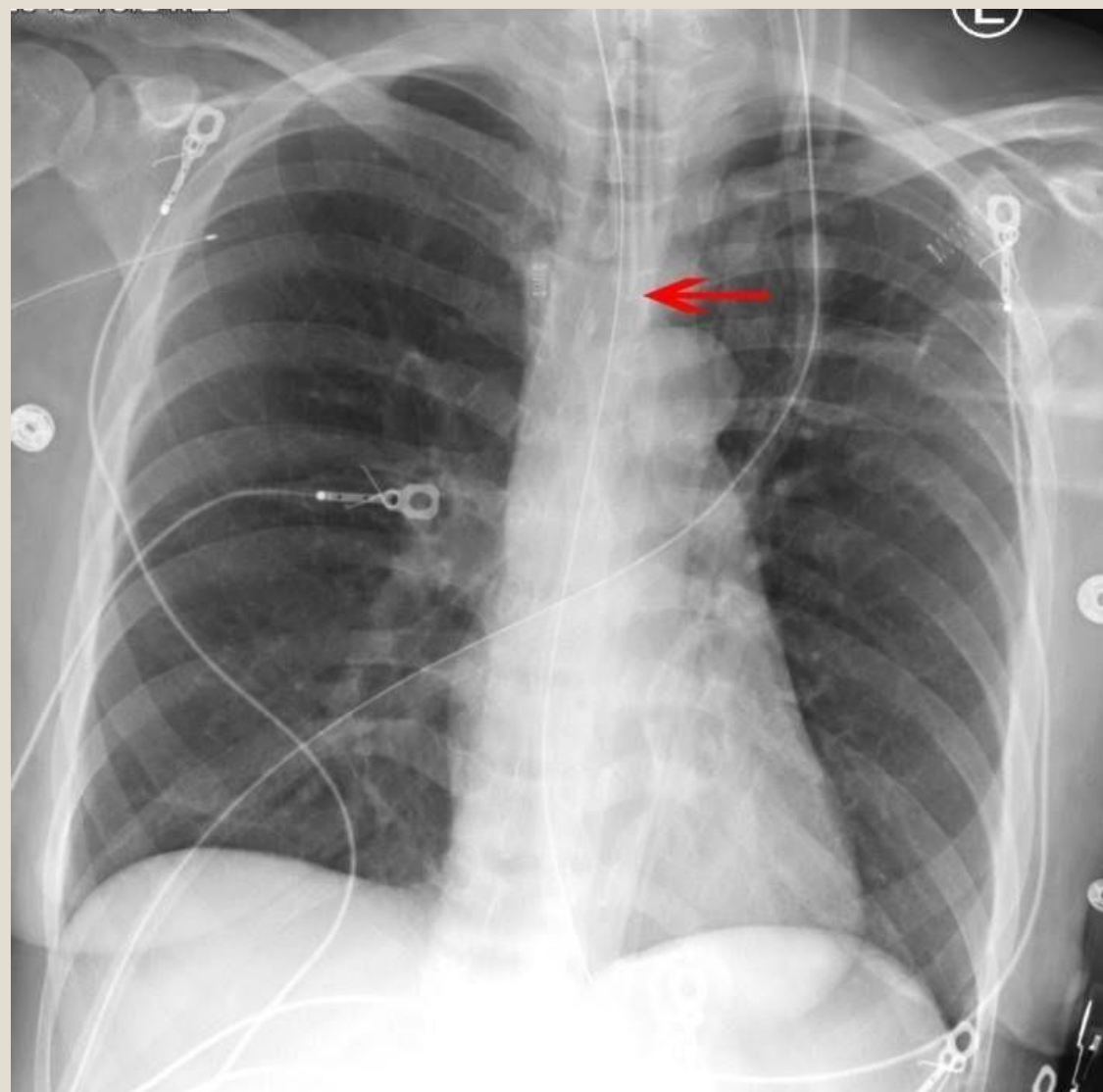
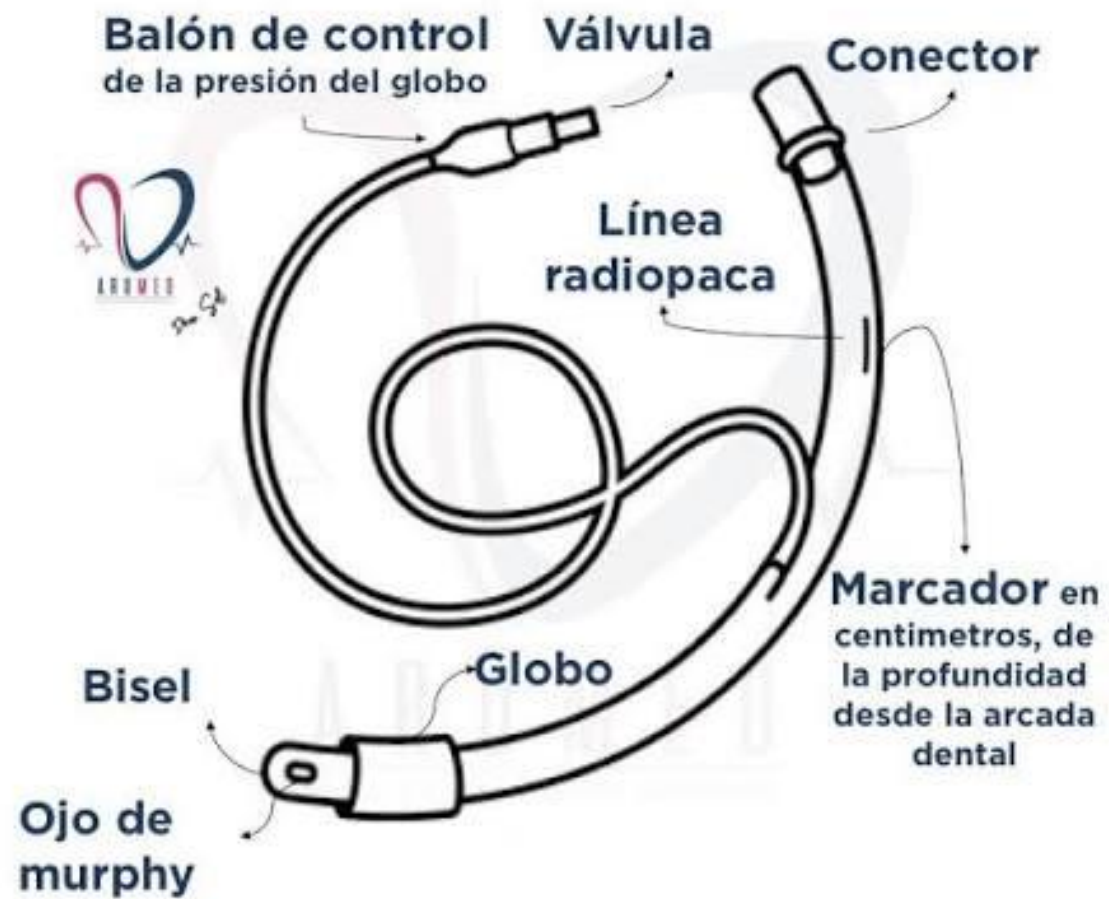


Al inflar el manguito para prevenir el escape de aire alrededor del tubo, se reduce al mínimo la posibilidad de broncoaspiración y se impide el desplazamiento del tubo.



Se verifica la posición del tubo endotraqueal mediante el control de las concentraciones de dióxido de carbono al final de la espiración y se confirma con una radiografía de tórax.

# Tubo endotraqueal



# COMPLICACIONES

Incapacidad para intubar:  
Hipoxia y muerte

Intubación esofágica:  
Hipoxia y muerte

Broncoaspiración por  
inducción al vómito

Trauma de la vía aérea  
(hoja del laringoscopio,  
punta del tubo o guiador:  
hemorragia y  
broncoaspiración)

Trauma dental

Bradicardia

Neumotórax por  
barotrauma

La ruptura/fuga del balón  
del tubo provoca pérdida  
del sello durante la  
ventilación

# COMPLICACIONES

Lesión vertebral cervical  
con déficit neurológico

Broncoespasmo

Infección

Neumonía causada por  
la ventilación asistida

Ulceración y estenosis  
de laringe o tráquea

Incapacidad del  
paciente para hablar y  
comunicar sus  
necesidades

La salida accidental o prematura del tubo es una complicación mortal y frecuente en las UCI y se produce principalmente durante la atención de enfermería o por el paciente

# ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA INTUBACIÓN:

- 1.- Verificar la simetría de la expansión torácica
- 2.- Auscultar ruidos respiratorios del tórax por delante y a los lados
- 3.- Solicitar una radiografía de tórax a fin de verificar la colocación apropiada del tubo
- 4.- Verificar la presión del manguito cada 6 a 8 hrs
- 5.- Vigilar la aparición de signos y síntomas de broncoaspiración
- 6.- Administrar O<sub>2</sub> calentado y humidificado con la concentración indicada por el médico
- 7.- Fijar con cinta el tubo a la cara del paciente y marcar el extremo proximal para mantener en posición:
  - a) Cortar el extremo proximal del tubo si supera los 7.5 cm para evitar acodamientos
  - b) Insertar una vía aérea oral o un dispositivo bucal para evitar que el paciente muerda y obstruya el tubo

8.- Utilizar una técnica estéril para aspiración y cuidado de la vía aérea con el propósito de prevenir contaminación iatrógena e infección

9.- Continuar los cambios de posición del paciente cada 2 hrs y según la necesidad para prevenir atelectasias y optimizar la expansión del pulmón

10.- Proporcionar higiene bucal y aspiración de la bucofaringe siempre que sea necesario

## EXTUBACIÓN (RETIRO DEL TUBO ENDOTRAQUEAL)

1.- Explicar el procedimiento

2.- Tener listas la bolsa autoinflable y la mascarilla en caso de requerirse ayuda ventilatoria inmediata después de la extubación

3.- Aspirar el árbol traqueobronquial y la bucofaringe, retirar la cinta y luego desinflar el manguito

4.- Administrar O<sub>2</sub> al 100% por pocas respiraciones y después insertar una nueva sonda de aspiración estéril dentro de la cánula

5.- Hacer que el paciente inhale. Retirar el tubo en inspiración máxima y aspirar la vía aérea a través del tubo en tanto se tira de él hacia afuera



# ATENCIÓN DEL PACIENTE DESPUÉS DE LA EXTUBACIÓN:

- 1.- Administrar O2 calentado y humidificado por la mascarilla facial y mantener al paciente en posición de Fowler alta
- 2.- Vigilar la frecuencia respiratoria, la calidad de los movimientos del tórax. Buscar estridor y cambio de color y del estado de alerta mental o del comportamiento
- 3.- Vigilar la concentración de oxígeno del paciente mediante un oxímetro de pulso
- 4.- Mantener en ayuno o sólo suministrar trocitos de hielo por pocas horas
- 5.- Proporcionar higiene bucal
- 6.- Enseñar al paciente ejercicios para toser y de respiración profunda

Gracias...



Videos de interés:

INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL:

<https://www.youtube.com/watch?v=2dBTtsKWV3w>

Escuela de enfermería Asistencia de colocación de tubo endotraqueal

<https://www.youtube.com/watch?v=1wNLZiwjrwk>

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES: [https://youtu.be/LQyFn\\_Ns30I](https://youtu.be/LQyFn_Ns30I)