



Escuela Superior de Enfermería "Cecilia Grierson"

Vía aérea Artificial



Lic. Prof. Sara L. Penice

Indicación

- 1. La necesidad de brindar presión positiva: Paro cardiorespiratorio, ventilación mecánica.
- 2. Necesidad de protección de la vía aérea frente a obstrucción por cuerpo extraño o propio: Desplazamiento de la lengua, hipotonía de la musculatura.
- 3. Protección de la vía aérea contra la broncoaspiración: Paciente inconsciente, Glasgow menor a 8.
- 4. Necesidad de manejar óptimamente las secreciones: incapacidad absoluta o relativa para su eliminación normal
- 5. Necesidad de altas concentraciones de oxígeno: FiO_2 de 0.9 a 1

Triple Maniobra

- Hiperextensión del cuello.
- Retracción de la mandíbula hacia adelante.
- Abrir la boca empujándola hacia abajo.

Triple Maniobra

Hiperextensión del cuello, para permeabilización de vía aérea, validada para adultos, facilita la ventilación artificial, no se debe hacer en pacientes con sospecha de trauma cervical

Maniobra “frente- Mentón”



TRIPLE MANOBRA MODIFICADA

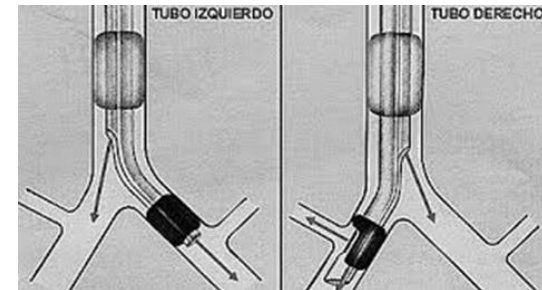
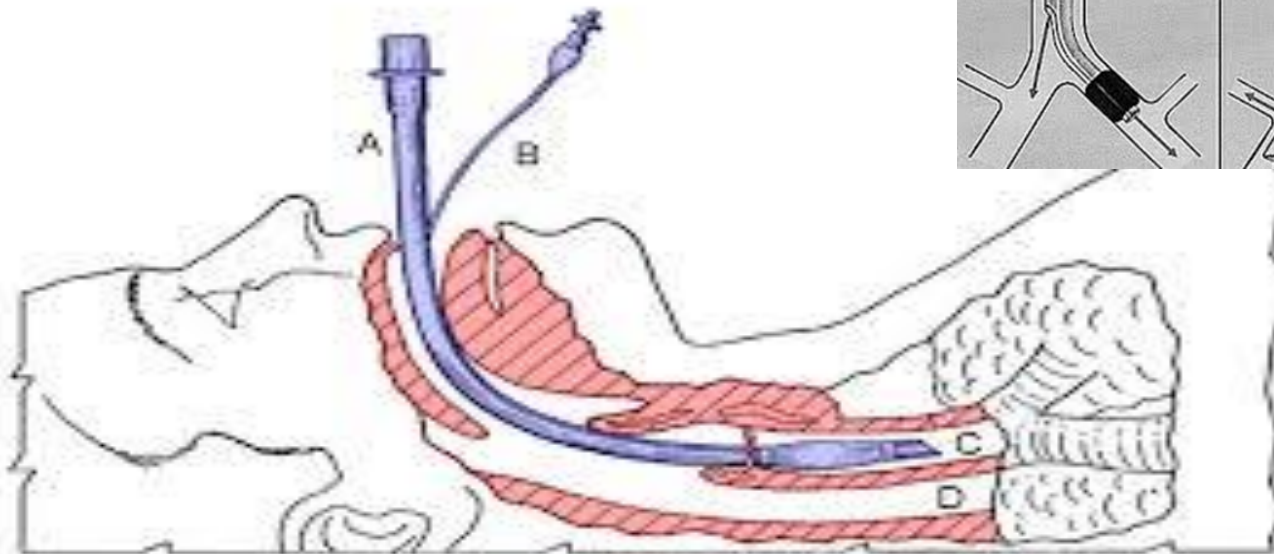


Intubación Endotraqueal

- Es la introducir un tubo o sonda en la tráquea a través de las vías respiratorias altas.
- **Nasotraqueal:** A través de las fosas nasales.
Suele utilizarse en intubaciones programadas (anestesia, dificultad respiratoria en aumento...)
- **Orotraqueal:** A través de la boca.
Por lo general se utiliza en intubaciones dificultosas o de urgencia (reanimación cardiopulmonar (R.C.P.)), ya que es la más rápida.

Objetivo de la intubación endotraqueal

- Mantener la vía aérea permeable, estableciendo una vía segura de comunicación y entrada de aire hasta la tráquea.
- El extremo distal del tubo debe quedar aproximadamente a 1-2 cm de la carina, de modo que el aire pueda llegar adecuadamente a ambos bronquios.



Material necesario

- Guantes



- Barbijos



- Protección ocular.



- Sistema de aspiración.



Material de intubación

- Laringoscopio y hojas.



- Tubo endotraqueal.



- Jeringa



- Bolsa de ventilación



Material de intubación

- Cinta adhesiva
- Estetoscopio
- Cánulas de Guedel (80mm mujer, 90 mm hombre)
- Medicación de sedación o relajación.
- Lubricante.



Preparación

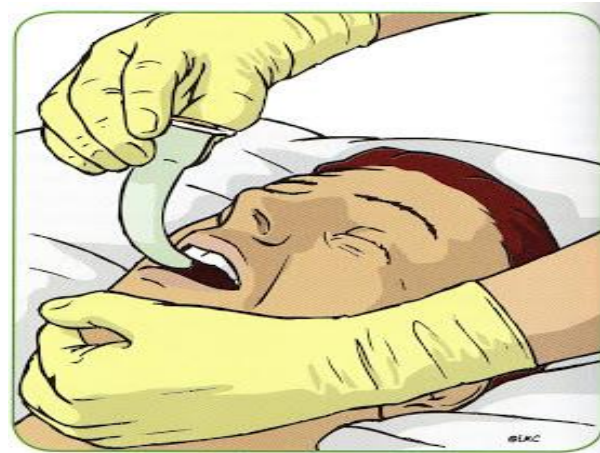
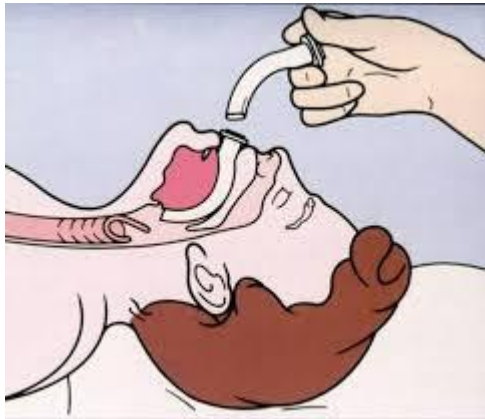
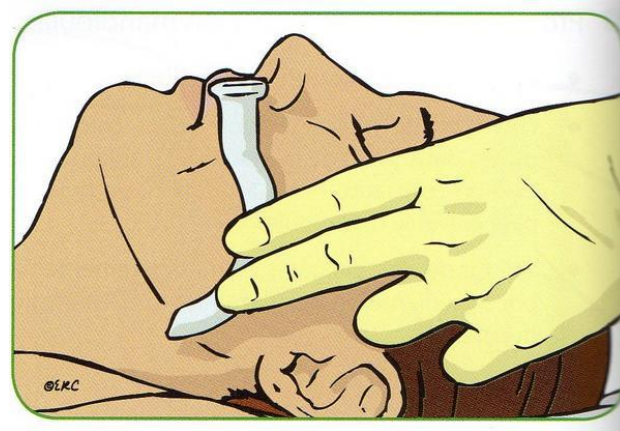
- Lavado de manos y colocación de elementos de protección personal
- Revisar que el laringoscopio tenga pilas y funcione correctamente
- Inflar el globo del tubo endotraqueal para corroborar su correcta dilatación sin fuga
- Lubricar el tubo con Xilocaína o similar.
- Corroborar que la guía o fiador no rebase la punta del tubo endotraqueal.
- Se recomienda conectar al paciente a un monitor multiparamétricos y colocarle una vía venosa.



Preparación

- Inclinar la cabeza del paciente hacia posterior, elevando el mentón, de esta manera la vía aérea queda despejada.
- Si la situación lo permite, colocar una cánula Guedel y bolsar por 3 minutos.
- Se recomienda utilizar sedantes o paralizantes para un mejor procedimiento.
- Remueva la dentadura postiza si es que la hubiera.

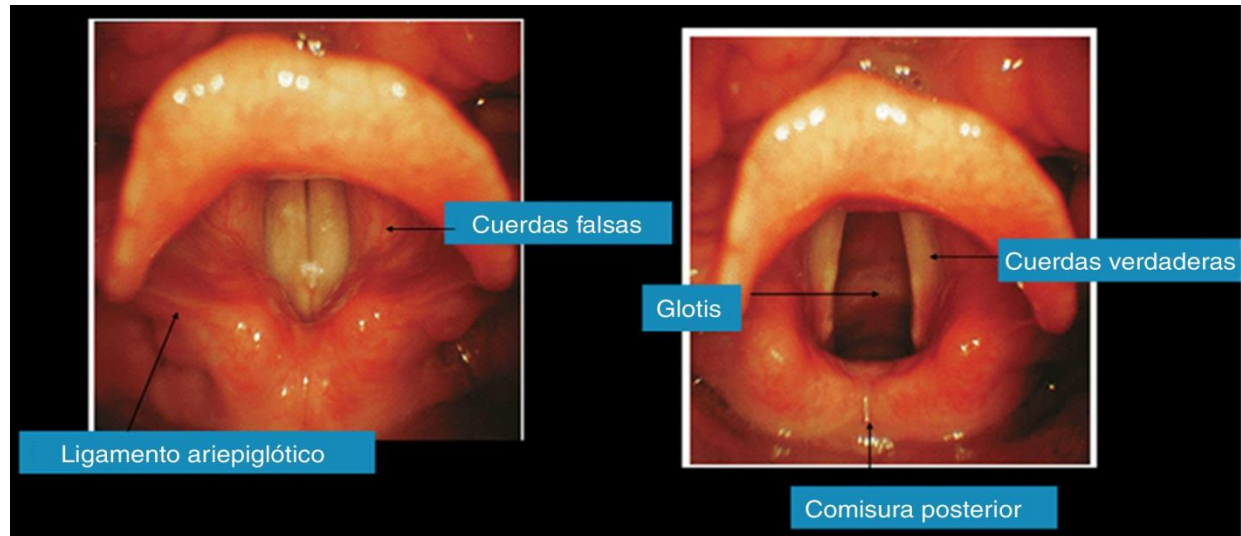
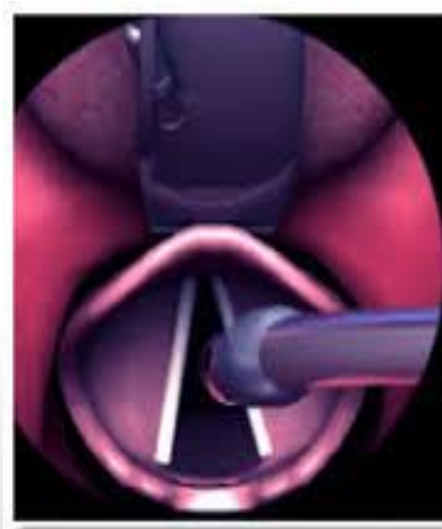
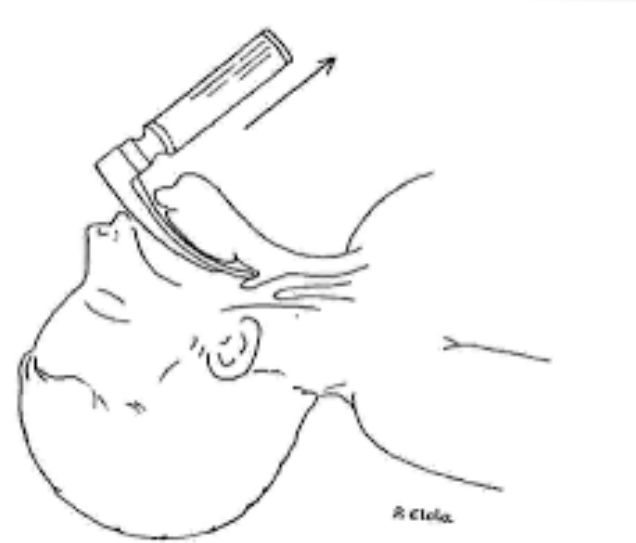
Colocación de cánula de Guedel



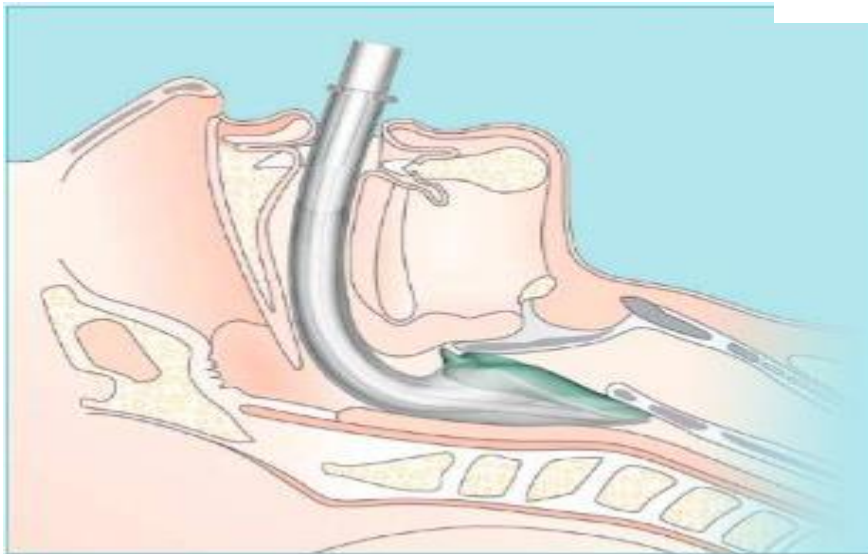
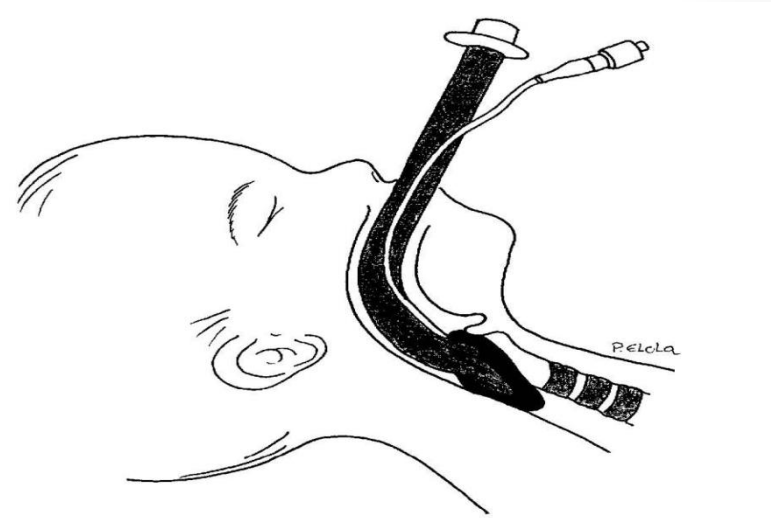
PROCEDIMIENTO

- 1. Un asistente debe presionar el cartílago cricoides hacia posterior, de manera que este presione el esófago contra la columna cervical, y así evitar posible reflujo gástrico.
- 2. El médico que realizara el procedimiento debe colocarse en la cabeza del paciente
- 3. Sostener el laringoscopio con la mano izquierda y abrir la boca con la mano derecha.
- 4. Ingresar con la hoja del laringoscopio del lado derecho de la lengua y empujar la misma hacia la izquierda, quedando así la hoja en la línea media.
- 5. Descender hasta la base de la lengua y presionarla sobre el piso de la boca.

PROCEDIMIENTO



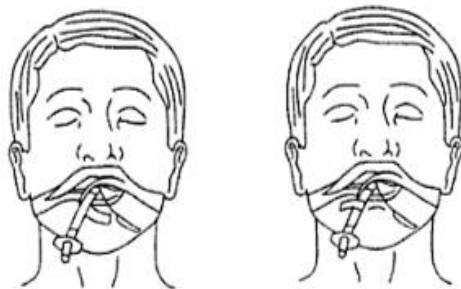
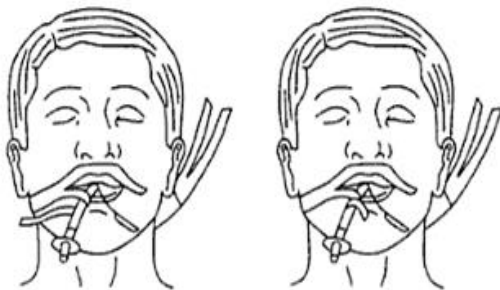
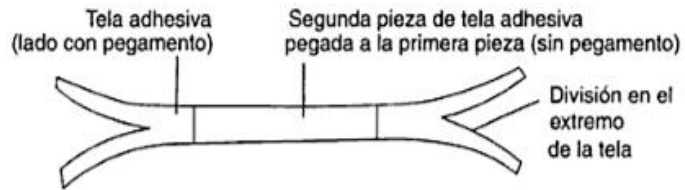
Mascara Laríngea



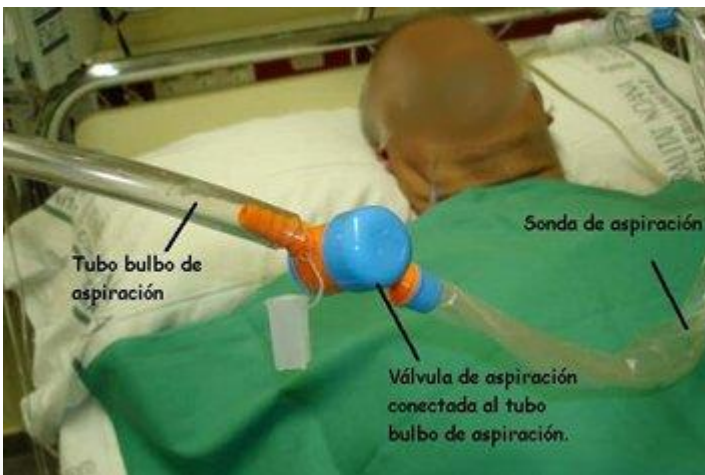
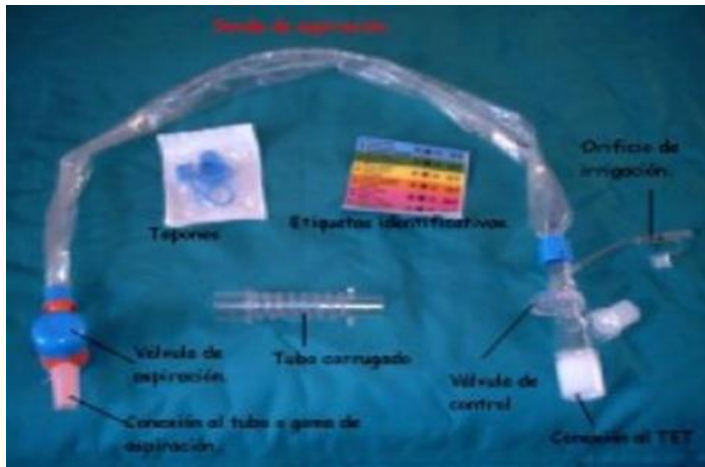
CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Asegurar el tubo mediante cintas o dispositivos de sujeción.
- Auscultar si hay sonidos pulmonares bilaterales después de la inserción y después de cambiar la sujeción del tubo endotraqueal o de Traqueotomía.
- Marcar la referencia en centímetros en el tubo para comprobar posibles desplazamientos.
- Cambiar las cintas de sujeción endotraqueal c/24h o cuando sea conveniente, inspeccionar la piel y la mucosa bucal y mover el tubo endotraqueal al otro lado de la boca.
- Aflojar los soportes del tubo endotraqueal al menos una vez al día y proporcionar cuidados a la piel de la zona. • Proporcionar cuidados a la tráquea cada 4 o 8 horas si procede: Limpiar y secar la zona alrededor de la estoma y cambiar la sujeción de la TQT.
- Aspiración de secreciones según sea conveniente.

Técnica de Fijación



Aspiración endotraqueal con sistema cerrado.



Aspiración endotraqueal con sistema cerrado.



- Continuara...