	<b>PROTOCOLO DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL</b>	Código: E-GCC-T-026
		Versión: 002
		Fecha: Octubre 2018
		Páginas: 1 de 7

## 1. OBJETIVO:

Estandarizar la forma de realizar el procedimiento de intubación orotraqueal, con el fin de reducir la aparición de actos inseguros, costos de no calidad, disminuir la incidencia de las complicaciones e infecciones asociadas al uso de tubos orotraqueales.

## 2. ALCANCE:

Aplica para la sede Norte y sede Sur de la Clínica Antioquia, para todos los pacientes que ingresan a la institución que requieran intubación orotraqueal.

## 3. DEFINICIONES

**Intubación orotraqueal:** es una técnica que consiste en introducir un tubo a través de la boca del paciente hasta llegar a la tráquea, con el fin de mantener la vía aérea abierta y poder asistirle en el proceso de ventilación.

La intubación tiene como objetivos:

- Mantener la permeabilidad de la vía aérea.
- Facilitar la ventilación y la oxigenación.
- Facilitar la expulsión de secreciones traqueo-bronquiales.
- Proteger la vía aérea de aspiraciones.

## 4. NORMAS DEL PROCEDIMIENTO O PROTOCOLO

### 4.1 INDICACIONES:

La intubación está indicada en los siguientes casos:

- Con el fin de facilitar la ventilación con presión positiva.
- Falla respiratoria (Fr mayor de 35 resp/min. Menores 10 resp/min).
- Cianosis de tipo central.

- Hipoxemia severas PaO<sub>2</sub> < 60mmHg con Fio<sub>2</sub> >50% FR >35 ó < 6
- Aumento de trabajo respiratorio
- Hipercapnia progresiva : Pco<sub>2</sub> > 50 mmHg
- Fatiga músculos respiratorios.
- Deterioro neurológico Glasgow <8.
- Dificultad respiratoria con deterioro cardiovascular.
- Tórax inestable asincronía toraco-abdominal.
- Acidosis: PH < 7.25 Ph < 7.25.
- No protección de vía aérea.
- Reanimación.
- Respiraciones jadeantes.
- Bradicardia.
- Fallo de la ventilación no invasiva.
- Controlar de manera óptima la vía aérea para intervenciones diagnosticas o terapéutica

#### 4.2 CONTRAINDICACIONES:

- Consentimiento firmado por familia o paciente de autorización para no realizar maniobras de reanimación.
- Lesión importante de la vía aérea, donde estaría indicado traqueostomía.
- Intubación nasal (intervenciones quirúrgicas específicas de acuerdo al criterio del especialista).

#### 4.3 MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS (INSUMOS):

Insumos	Cantidad
En adultos: laringoscopio con hojas N° 3	1
En neonatos Laringoscopio con hojas (Miller 00,0 y 1)	
En adultos: Cánula de Guedel 4, 5.	1
En neonatos: Cánula de Guedel # 00, 0, 1.	

Equipo de succión (canester – liner – tubo succión siliconado)	1
Catéter succión	1
Bolsa liner de 1300 CC. (Para neonatos)	1
Caucho de aspirar de silicona. (Para neonatos)	1
Sonda nelaton # 8. (Para neonatos)	1
Bolsa auto inflable con conexión a oxígeno (Para neonatos)	1
Mascara de reanimación # 00 y 0. (Para neonatos)	1
Fuente de oxígeno.	1
BVM o Aire rees	1
En adultos: Tubos endotraqueales tamaños: 7,5 – 8,0 – 8,5	1
En neonatos: Tubos endotraqueales: 2, 2.5, 3, 3.5, 4, 4.5	
Guía de intubación.	1
Fonendoscopio.	1
Oxímetro de pulso	1
Adhesivo de ½ pulgada.	1
Manómetro para medir presión del manguito	1
Fijación para TOT en esparadrapo cortado en H o fijación face track	1
Guantes estériles	2
Tapabocas	1
Monitor de signos vitales	1

**NOTA:** El tubo siempre debe ser nuevo, no esterilizado, pues de lo contrario las características inertes del polivinilo se pierden transformándolo en material de potente irritación química local.

#### 4.4 RECOMENDACIONES:

- Siempre que sea posible, es recomendable realizar la intubación de forma programada, de modo que tengamos todo el material preparado y el personal adecuado, para disminuir así el tiempo que dura el procedimiento y las complicaciones.
- Mediante capnografía verifique la eliminación de Co<sub>2</sub>.
- Si presenta fuga esta no debe ser mayor al 30%.

- Gases arteriales para control de oxigenación y posibles complicaciones.
- Radiografía de tórax donde observamos TOT 2 cm encima de carina.
- Realizar cambio de fijación y rotación de TOT cada turno para evitar zonas de presión,
- En caso de requerir cambio de la fijación siempre se debe realizar en compañía de enfermería quien sujeta el tubo.
- Colocar en posición horizontal la cuna. (en neonatos)

## 5. DESCRIPCIÓN DEL PROTOCOLO

N°	Actividades esenciales para Intubación en UCI Adultos	Responsable
1	Identificar al paciente.	Medico Terapeuta respiratorio
2	Lavarse las manos y aplicar normas de bioseguridad.	Todo el personal
3	Informarle sobre el procedimiento siempre que sea posible	Medico
4	Bajar la cama, dejándola completamente horizontal; retirando el cabezal separándola de la pared.	Enfermera
5	Retirar la almohada, colocando al paciente en decúbito supino con la cabeza en hiperextensión.	Enfermera
6	Conectar el tubo de oxígeno al BVM o Aire rees ajustando la velocidad del flujo del oxígeno.	Terapeuta respiratorio
7	Aspirar secreciones bucofaríngeas (según técnica).	Terapeuta respiratorio
8	Administrar la medicación indicada para sedar o relajar al paciente, si éste está consciente.	Enfermera
9	Facilitar al médico el material de ventilación, laringoscopio, tubo endotraqueal revisado y lubricado.	Terapeuta respiratorio


N°	Actividades esenciales para Intubación en UCI Adultos	Responsable
10	Una vez introducido el tubo endotraqueal, inflar el balón de neumotaponador con 20 – 25 cm H <sub>2</sub> O.	Terapeuta respiratorio
11	Comprobar la correcta ventilación de ambos campos pulmonares.	Terapeuta respiratorio
12	Conectar el Ventilador mecánico al tubo endotraqueal.	Terapeuta respiratorio
13	Para fijar el tubo, rodear éste con material adhesivo, dejando el adhesivo hacia fuera. Colocar cinta de fijación sobre el adhesivo, haciendo doble nudo.	Terapeuta respiratorio
14	Colocar al paciente en posición cómoda y correcta.	Enfermera
15	Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.	Enfermería      Terapeuta respiratorio
16	Solicitar una radiografía de tórax para comprobar la posición del tubo endotraqueal.	Terapeuta respiratorio
17	Registrar en historia clínica la realización del procedimiento, dificultades eventos adversos durante el proceso.	Todo el personal

## 6. INDICACIONES AL USUARIO:

Informar al paciente siempre y cuando el estado de conciencia del paciente lo permita.

## 7. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO:

N°	Riesgo	Barrera de seguridad
1	Intubación bronquial.o monobronquial.	Revisión de radiografía de tórax control pos intubación
2	Hipoxia, Bradicardia. Intubación fallida.	Preoxigenar paciente, evitar demora en el intento de intubación, usar en la medida de lo posible el videolaringoscopio. Que el procedimiento sea realizado por la persona más entrenada
3	Laceraciones,	Lubricación del tubo orotraqueal previa

	<b>PROTOCOLO DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL</b>	Código: E-GCC-T-026
		Versión: 002
		Fecha: Octubre 2018
		Páginas: 6 de 7

	Hemorragias. Trauma.	intubación, uso de tubo orotraqueal adecuado a la vía aérea
<b>4</b>	Obstrucción o acodamiento del tubo Escape aéreo.	Adecuada fijación del tubo orotraqueal, uso de cánula de Guedel en paciente que muerde tubo. Medición de la presión de neumotaponador

#### 8. ESTRATEGIA DE SOCIALIZACIÓN:


- Subir el documento en la plataforma documental del sistema de calidad para conocimiento de todo el personal involucrado en el procedimiento.
- A través de la plataforma virtual, se capacitará al personal de enfermería, al personal médico se hará a través de conversatorios durante los comités asistenciales.

#### 9. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA:

- Se realizará evaluación de adherencia durante la socialización del protocolo, adicionalmente se aplicará el formato genérico de adherencia a protocolos **M-AHT-F-013**.
- Se llevará a cabo mediante auditoria concurrente durante la ejecución del procedimiento.

#### 10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Hospital Provincial Gregorio Marañón, sección de UCIP. "PROTOCOLO DE CUIDADOS RELACIONADOS CON EL TUBO ENDOTRAQUEAL".
- Manual de Cuidados Intensivos, 2ª edición. Jesús López-Herce Cid. Ed. Publimed.
- Manejo básico UCI. Problemas en la Guardia. Patologías. Farmacoterapia. Gomella Cuninghan. Ed. Médica Panamericana.

	<b>PROTOCOLO DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL</b>	Código: E-GCC-T-026
		Versión: 002
		Fecha: Octubre 2018
		Páginas: 7 de 7

11. CONTROL DE CAMBIOS					
Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Enero 2015	Creación del documento	Intensivistas UCIA	Dr. Marco A Gonzalez	Comité de calidad
002	Octubre 2018	Actualización del protocolo en cuanto a su estructura y contenido	Coordinación de UCI	Coordinador médico de UCI/ Terapeuta respiratoria	Comité de Guías