

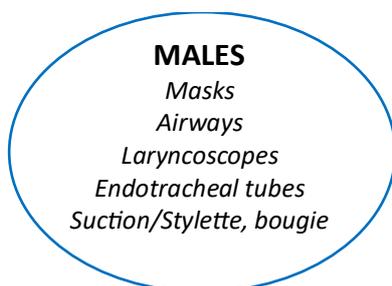
INTUBACIÓN OROTRAQUEAL *LARINGOSCOPIA DIRECTA Y VIDEOLARINGOSCOPIA*

*Melina Ivana
Úrsula Toral
Jose Navarro*

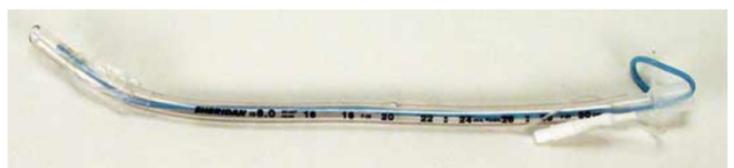
MATERIAL BÁSICO DE MANEJO VÍA AÉREA

MATERIAL NECESARIO, PREPARADO Y REVISADO SEGÚN PLAN VA		HECHO	
1. Mascarilla facial de varios tamaños (tamaño 3/4 y 5)			
2. Cánula orofaríngea (Guedel®)	Tener preparados de varios tamaños - Verde. <i>Tamaño 8cm</i> - Amarillo. <i>Tamaño 9cm (Previamente color naranja)</i> - Rojo. <i>Tamaño 10cm</i>		
3. Laringoscopio (mango y palas de diferentes tamaños). Comprobar adecuada luz y batería			
4. TET	Selección adecuado tamaño (<i>Mujer: 7 – 7,5. Hombre: 7,5 – 9</i>) → comprobar balón → lubricar		
	Preformar el TET (<i>con ayuda de guía metálica</i>) recto hasta el manguito, con ángulo de 30º al final. <i>Palo de Hockey</i>		
	TET extra “de rescate” de una medida más y una medida menos		
5. Guía	- Bougie (Frova®) <i>sin guía metálica interna</i> - Eschmann		
6. Dispositivo supraglótico	- Tener accesible Igel® y AuraGain® de tamaño correcto (peso ideal) - Asegurar apertura bucal mínima - Lubricante y jeringa (AuraGain®)		
7. Videolaringoscopio	- Tener accesible VL de más experiencia (Airtraq® y/o McGrath®) - VL pala hiperangulada → escasa apertura bucal y DTM < 6,5cm (<i>Mayor hiperangulación en McGrath</i>)		
	Airtraq®	Selección tamaño correcto Encender previamente (hasta que deje parpadear luz) Colocar TET en canal lubricado Preparar guía en TET	
	McGrath®	Tener accesible tamaño pala N3 y N4 Tener accesible pala hiperangulada Guía metálica colocada en TET Hiperangulada: siguiendo angulación de la pala (evitar divorcio TET con pala)	

REGLA NEMOTÉCNICA



PALO HOCKEY





PLAN: PREOXIGENAR REOXIGENAR / RESCATAR	DEFINIR: "CUÁL ES EL PLAN INICIAL / PLAN ALTERNATIVO"	"VENTILLO - OXIGENO"
MÁSCARA FACIAL 1er intento 	TUBO ENDOTRAQUEAL 1er intento 	 CO2 (6 ciclos)
2do y 3er intento 	"DIFICULTAD EN LA VÍA AÉREA" 	
2do y 3er intento "¿ADECUADA POSICIÓN Y RELAJACIÓN MUSCULAR?"	2do y 3er intento "¿ADECUADA POSICIÓN Y RELAJACIÓN MUSCULAR?"	AYUDA y CARRO DE VAD
<input type="checkbox"/> CÁNULA GUEDEL <input type="checkbox"/> CAMBIO DE TAMAÑO/HINCHADO <input type="checkbox"/> CÁNULA NASOFARÍNGEA <input type="checkbox"/> ASPIRACIÓN SECRECIONES	<input type="checkbox"/> GUÍA DE INTUBACIÓN <input type="checkbox"/> CAMBIO DE PALA <input type="checkbox"/> VIDEOLARINGO (PALA HIPERANGULADA) <input type="checkbox"/> CAMBIO DE INTUBADOR <input type="checkbox"/> ASPIRACIÓN SECRECIONES	<input type="checkbox"/> CAPNOGRAFÍA Si/No entre intentos <input type="checkbox"/> SAT O2 Y FC entre intentos <input type="checkbox"/> MÁXIMO 3 INTENTOS por dispositivo <input type="checkbox"/> "REOXIGENAR" entre intentos
FALLO 1 PLAN "SET PREPARADO EN MESA" 	FALLO 2 PLANES "SET ABIERTO - OPERADOR COLOCADO" 	CRICO <input type="checkbox"/> HIPEREXTENSIÓN CUELLO <input type="checkbox"/> PALPAR MEMBRANA <input type="checkbox"/> INCISIÓN PIEL Y MEMBRANA <input type="checkbox"/> GIRO CAUDAL DE BISTURI 90° <input type="checkbox"/> INSERTAR BOUGIE <input type="checkbox"/> RETIRO BISTURI <input type="checkbox"/> INSERTAR TUBO sobre BOUGIE
FALLO 3 PLANES "NO VENTILLO NO OXIGENO" "¿ES SEGURO DESPERTAR?"	FALLO 3 PLANES "NO VENTILLO NO OXIGENO" 	

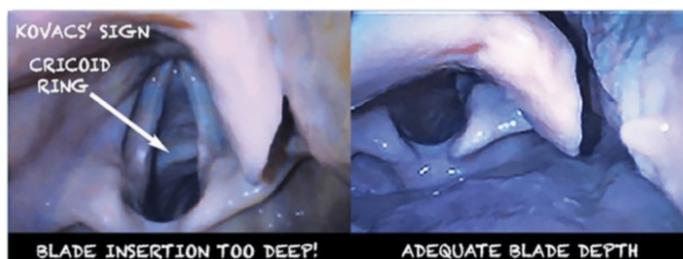
INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON LARINGOSCOPIA DIRECTA

TÉCNICA DE IOT CON LARINGOSCOPIA DIRECTA (<i>Macintosh</i>)		HECHO
1. Coger laringoscopio con la mano izquierda por 1/3 inferior (<i>buscar "equilibrio" con 2 dedos</i>) para movimiento fino		
2. Apertura bucal con dos dedos mano derecha (<i>técnica tijera</i>) - <i>Subluxar mandíbula → aumenta espacio para introducir laringoscopio + mejora visualización + ejerce menos fuerza</i> - <i>1cm hacia abajo y 1cm hacia delante</i>		
3. Introducir la pala del laringoscopio por la comisura derecha con el mango mirando hacia los pies - <i>Alternativa: Mango mirando hacia la derecha / Mango laringoscopio corto</i>		
4. Epiglotoscopia	Mover suave por la base de lengua → Buscar úvula (<i>para saber que estamos en la línea media</i>) → Buscar reborde epiglotis	
	Si fluidos → SALAD (<i>Suction Assisted Laryngoscopy Airway Decontamination</i>)	
	SI PERDIDO → Retirar y empezar otra vez	
5. Exposición de la laringe	Convertir espacio virtual de la vallécula en real: - Manipulación laríngea externa - BURP (<i>Back, Up, Right and Pressure</i>) - Laringoscopia bimanual	
6. Valleculoscopia	Colocar pala en vallécula	
7. Laringoscopia	Levantar la cabeza. SUAVE TRACCIÓN Comunicar Cormack	
8. Introducción TET	1.- Introducir suavemente el TET por la comisura derecha en posición retromolar 2.- Introducir hasta que la punta se presente en la apertura glótica 3.- Girar sentido antihorario (girar bisel) y atravesar CCVV *Si no pasa → girar en sentido girar en sentido horario 4.- Introducción TET hasta que las marcas de profundidad queden a la altura de las cuerdas	
9. Retirar laringoscopio y comprobación	1.- Retirar laringoscopio 2.- Inflar el balón 3.- Comprobar correcta posición TET (<i>capnografía y auscultación bilateral y simétrica</i>) 4.- Fijar TET	



INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON VIDEOLARINGOSCOPIO

TECNICA DE IOT CON VIDEOLARINGOSCOPIO AIRTRAQ®		HECHO
Preparación	<ul style="list-style-type: none"> - Encender el Airtraq (<i>botón naranja</i>) y esperar hasta que deje parpadear - Lubricar TET y colocar en el canal (<i>no sobrepasar punta TET del canal</i>) - Colocar Bougie 	
1. Apertura bucal con dos dedos de la mano (<i>técnica tijera</i>) - <i>Subluxar mandíbula → aumenta espacio para introducir VL + mejora visualización + ejerce menos fuerza</i>		
2. Introducir Airtraq horizontalmente por la línea media de la boca <i>*Obesos/escasa apertura: Introducción al revés por la línea media y posterior giro 180º</i>		
3. Deslizar por dorso de la lengua verticalizándolo		
4. Mirar por el visor (<i>antes de llegar al plano vertical</i>) para ver cavidad oral Mantener centrada la glotis (<i>movimiento twish derecha-izquierda; rotacional en el plano horizontal</i>)		
5. Epiglotoscopia	Continúa deslizando Airtraq hasta epiglotis <i>*No reconozco estructura glótica o epiglotis: Muy metidos, retirar y elevar Airtraq (ligero movimiento ascendente)</i>	
6. Valleculoscopia	Colocar extremo pala en vallécula	
7. Videolaringoscopia	Tracción vertical hacia arriba → dejar visibles las CCVV Comunicar POGO (<i>Percentage of glottic opening scale</i>). Signo 50/50	
8. Introducción TET	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avanzar TET con ayuda de la guía y atravesar las CCVV <i>*Si no pasa → apertura glótica centrada → Signo 50/50</i> 2. Introducción TET hasta que las marcas de profundidad queden a la altura de las cuerdas 3. Inflar balón y comprobar normoposición TET (capnografía) 	
9. Retirar Airtraq	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fijar TET con mano derecha 2. Desplazar lateralmente y hacia atrás el Airtraq 3. Retirar Airtraq 	
10. Fijar TET al paciente		



SIGNO 50/50



TECNICA DE IOT CON VIDEOLARINGOSCOPIO MCGRATH® RAMA MAC		HECHO
Preparación	Colocar la pala seleccionada (n3 o n4) en el McGrath Preparar TET con guía metálica (Forma "Palo de Hockey") Lubricar TET	
1. Coger McGrath con la mano izquierda por 1/3 inferior (buscar "equilibrio" con 2 dedos) para movimiento fino		
2. Apertura bucal con dos dedos mano derecha (técnica tijera) - Subluxar mandíbula → aumenta espacio para introducir VL + mejora visualización + ejerce menos fuerza		
3. Introducir la pala por la línea media de la boca con el mango mirando hacia los pies *Alternativa: Mango mirando hacia la derecha / introducir primero pala y luego colocar mango del McGrath		
4. Epiglotoscopia	Mover suave por la base de lengua → Buscar úvula (para saber que estamos en la línea media) → Buscar reborde epiglotis	
5. Exposición de la laringe	Convertir espacio virtual de la vallécula en real: - Manipulación laríngea externa - BURP (Back, Up, Right and Pressure) - Laringoscopia bimanual	
6. Valleculoscopia	Colocar pala en vallécula	
7. Videolaringoscopia	Levantar la cabeza. SUAVE TRACCIÓN POGO 50/50	
8. Introducción TET	1.- Introducir suavemente el TET por la comisura derecha en posición retromolar 2.- Introducir hasta que la punta se presente en la apertura glótica 3.- Girar sentido antihorario (girar bisel) y atravesar CCVV *Si no pasa → girar en sentido girar en sentido horario 4.- Introducción TET hasta que las marcas de profundidad queden a la altura de las cuerdas	
9. Retirar VL y comprobación	1.- Retirar videolaringoscopio 2.- Inflar el balón 3.- Comprobar correcta posición TET (capnografía) 4.- Fijar TET	



TECNICA DE IOT CON VIDEOLARINGOSCOPIO MCGRATH® RAMA HIPERCURVADA		HECHO
Preparación	Colocar la pala hiperangulada en el McGrath Preparar TET con guía metálica. (Forma "siguiendo morfología pala") Lubricar TET	
1. Coger McGrath con la mano izquierda por 1/3 inferior (<i>buscar "equilibrio" con 2 dedos</i>) para movimiento fino		
2. Apertura bucal con dos dedos mano derecha (<i>técnica tijera</i>) - <i>Subluxar mandíbula → aumenta espacio para introducir VL + mejora visualización + ejerce menos fuerza</i>		
Técnica de los 4 tiempos	Tiempo boca	3. Introducir la pala por la línea media de la boca con el mango mirando hacia los pies <i>*Alternativa: Mango mirando hacia la derecha / introducir primero pala y luego colocar mango del McGrath</i>
	Tiempo monitor	4. EPIGLOTOSCOPIA → Mover suave por la base de lengua → Buscar úvula → Buscar reborde epiglotis 5. VALLECULOSCOPIA → Colocar pala en vallécula 6. VIDEOLARINGOSCOPIA → SUAVE TRACCIÓN Comunicar POGO (<i>Percentage of glottic opening scale</i>). Signo 50/50
	Tiempo boca	7. Introducir el TET por la comisura derecha en posición retromolar Siguiendo angulación de la pala (evitar divorcio TET con pala)
	Tiempo monitor	8. Introducir hasta que la punta se presente en la apertura glótica 9. STOP--> POP-->DROP <input type="checkbox"/> STOP la guía cuando punta TET ha pasado cuerdas <input type="checkbox"/> POP (retirar) la guía <input type="checkbox"/> DROP (introduce) el TET hasta las marcas de profundidad Si dificultad en introducción del tubo: <input type="checkbox"/> STOP la guía cuando punta TET ha pasado cuerdas <input type="checkbox"/> POP (retirar) la guía <input type="checkbox"/> Si dificultad en el paso de aritenoides → Rotación tubo orotraqueal en sentido antihorario <input type="checkbox"/> Si dificultad en el paso por el interior de la tráquea → Rotación tubo en sentido horario <input type="checkbox"/> DROP (introduce) el TET hasta las marcas de profundidad
10. Retirar McGrath 11. Inflar el balón 12. Comprobar correcta posición TET (<i>capnografía</i>) 13. Fijar TET		

