



TÉCNICA BÁSICA DE INTUBACIÓN

ÍNDICE

- ✓ Selección del tamaño de Airtraq
- ✓ Preparación del Airtraq SP
- ✓ Preparación del Airtraq Avant
- ✓ Como agarrar el Airtraq
- ✓ Inserción del Airtraq
- ✓ Localizar las estructuras glóticas
- ✓ Inserción del TE
- ✓ Inflado del globo del TE y retirada del Airtraq
- ✓ Reciclaje del Airtraq SP
- ✓ Reciclaje del Airtraq Avant
- ✓ Intubación nasal
- ✓ Intubación de doble luz
- ✓ Intubación pediátrica

Objetivo:

- ✓ Adquirir un conocimiento básico de cómo intubar con Airtraq
- ✓ Identificar los problemas potenciales durante la intubación. Soluciones sugeridas

Tiempo necesario: de 30 a 45 minutos

ELECCIÓN DEL TAMAÑO DE AIRTRAQ





El tamaño de Airtraq depende del tamaño de TE que será usado en la intubación

- Modelo específico para tubos de doble luz de 28 Fr a 41 Fr.



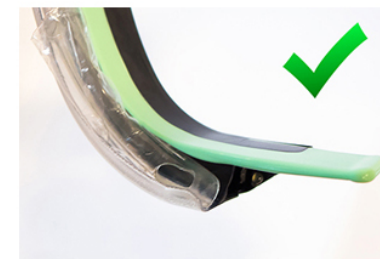
- Airtraq Nasal no dispone de canal de guiado.



| DESCRIPTION SIZE AND CODE | ET TUBE SIZES | MOUTH OPENING | COLOUR |
|---|---------------|---------------|--|
| REGULAR Size 3 A-011/ATQ-011 | 7.0 - 8.5 | 16 mm |  Blue |
| SMALL Size 2 A-021/ATQ-021 | 6.0 - 7.5 | 15 mm |  Green |
| PEDIATRIC Size 1 A-031/ATQ-031 | 4.0 - 5.5 | 12.5 mm |  Purple |
| INFANT Size 0 A-041/ATQ-041 | 2.5 - 3.5 | 12.5 mm |  Gray |

PREPARACIÓN DEL AIRTRAQ SP

- ✓ **Encender** la luz. Interruptor situado debajo del compartimento de baterías.
- ✓ La **luz parpadea** durante 30 segundos mientras la lente es calentada a la temperatura corporal para evitar la aparición de vaho.
- ✓ **Mientras parpadea la luz, lubricar** el TE y la pala del Airtraq sin tocar la lente.
- ✓ **Deslizar el TE** por el canal lateral del Airtraq, alineando la punta del TE con el final del canal de guiado.
- ✓ Si se desea, conectar a dispositivos de visualización.



PREPARACIÓN DEL AIRTRAQ AVANT

- ✓ Comprobar la vida útil y el nivel de batería de la Óptica mediante los LED de estado o en la Estación de Carga.
- ✓ Seleccionar el tamaño adecuado de pala según el tamaño de TE a utilizar.
- ✓ Insertar la Óptica en la pala completamente, hasta que haga clic en su posición final.
- ✓ La luz parpadea durante 35 segundos mientras la lente se calienta a la temperatura corporal para prevenir el empañamiento.
- ✓ Si se va a intubar mediante visión directa, colocar el visor sobre. Si no, conectar otros dispositivos de visualización.
- ✓ Lubricar e introducir el TE como en el Airtraq SP.



HOLDING AIRTRAQ

- ✓ Usa tu mano dominante para facilitar la inserción en la boca del paciente.



- ✓ Agarrar suavemente usando los dedos, no la mano completa.
- ✓ No agarrar como un laringoscopio normal.
- ✓ Agarrar el Airtraq por la zona cercana a la boca del paciente, no por la zona superior.



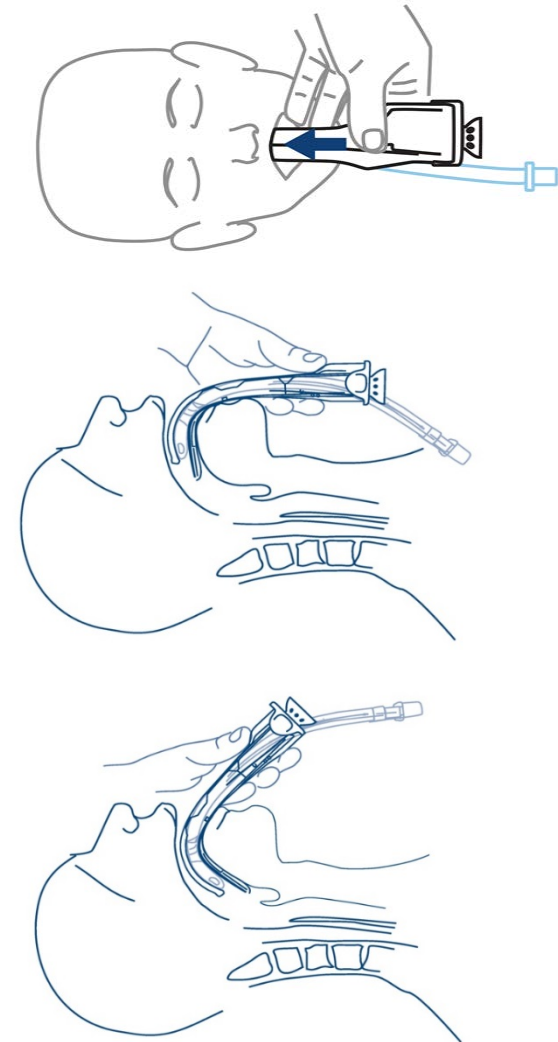
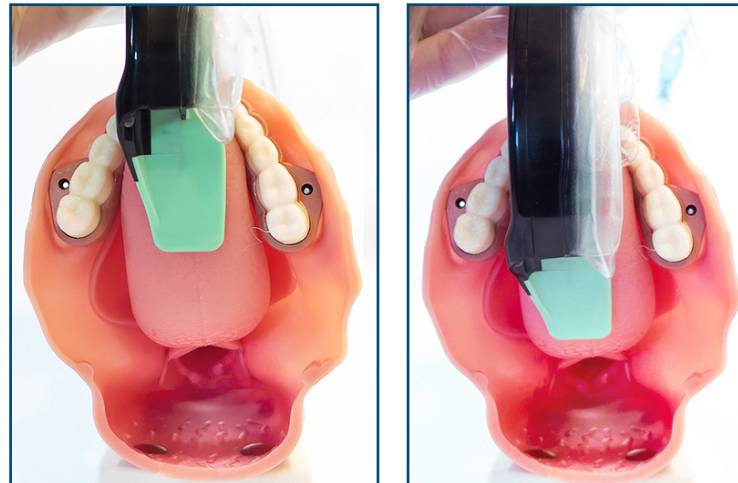
VISIÓN DIRECTA

La vista óptima se consigue cuando el usuario sitúa su ojo a 3 cm del visor del Airtraq



INSERCIÓN DEL AIRTRAQ

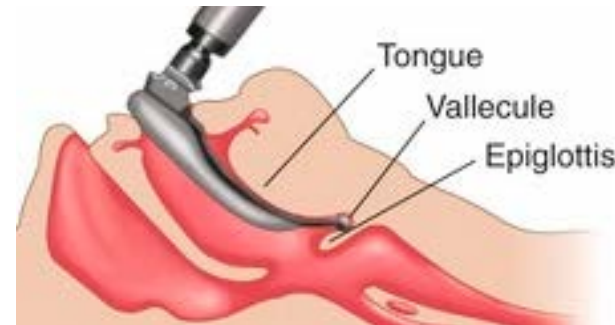
- ✓ Insertar el Airtraq en la línea media de la boca del paciente, hasta que la parte plana de la punta de la pala esta completamente dentro de la cavidad oral.
- ✓ Deslizar el Airtraq **sobre la lengua**.
- ✓ **Para prevenir presionar la lengua** contra la faringe, no elevar el Airtraq hasta que la punta de la pala alcanza la base de la lengua.
- ✓ Evitar presión sobre los dientes superiores.



LOCALIZAR LAS ESTRUCTURAS GLÓTICAS | Macintosh vs Miller

- Una vez el Airtraq es insertado en la orofaringe posterior, el usuario puede identificar las estructuras glóticas principales: epiglotis, aritenoides y cuerdas vocales.
- El diseño del Airtraq **permite, para ambas técnicas**, situar la punta de la pala en la vallecule o debajo de la epiglotis.
- El estilo Macintosh es la opción preferida** porque requiere menor tracción hacia arriba y es, por lo tanto, menos agresiva con el paciente.
- Si el Airtraq se encuentra bajo la epiglotis y el usuario prefiere intubar al estilo Macintosh, **retirar el Airtraq hasta que caiga la epiglotis y avanzar la punta de la pala hacia dentro de la vallecular.**

Macintosh
Pala en la vallecule

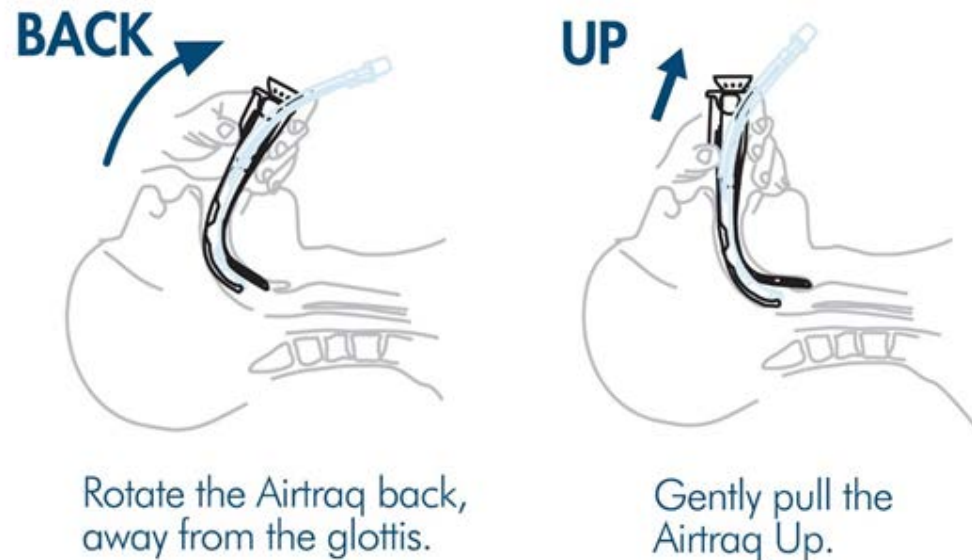


Miller
Pala bajo la vallecule

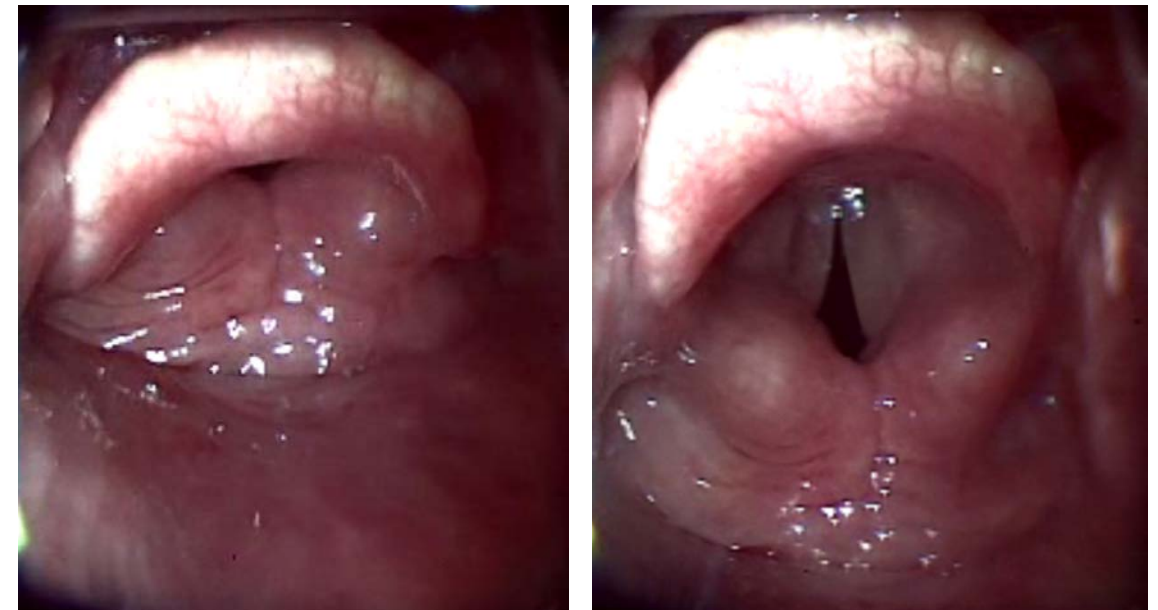


LOCALIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA GLÓTICA

- Si las cuerdas vocales no son visibles es muy posible que el Airtraq haya sido insertado **demasiado profundo**. Si es así, realizar la siguiente maniobra:



- Un **ligero alzado** del Airtraq causa la apertura de la glotis y la caída de la muesca interaritennoidea por debajo de la mitad de la imagen (posición óptica para una inserción exitosa del TE)



INSERCIÓN DEL AIRTRAQ Y LOCALIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA GLÓTICA | Errores comunes

✗ Empujar la lengua hacia adentro

Elevación del Airtraq demasiado pronto, antes de que la punta de la pala llegue al final de la lengua



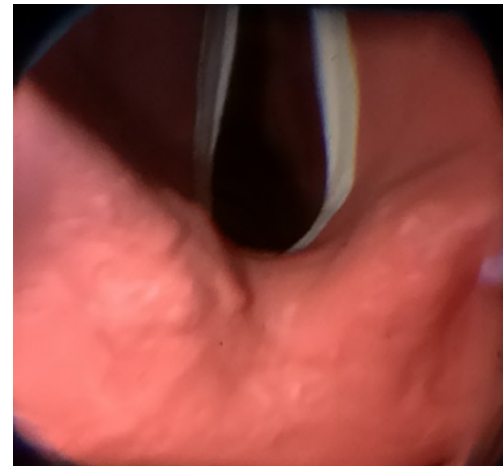
✗ No colocar el Airtraq en la línea media

Airtraq insertado como una laringoscopio directo (demasiado a la izquierda de la cavidad orofaríngea)

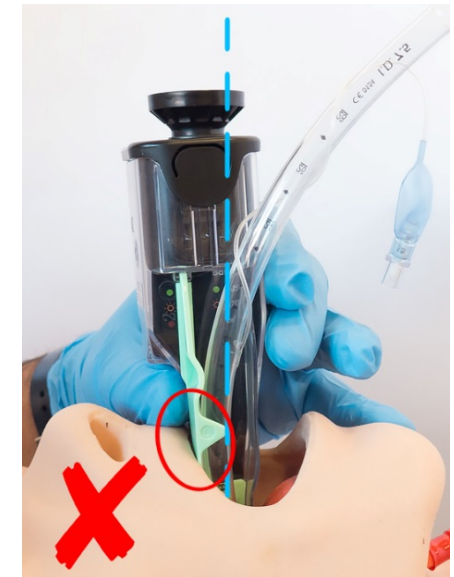


✗ Airtraq insertado muy profundo

Airtraq insertado demasiado cerca de la glotis o demasiado lejos, frente al esófago



✗ Airtraq inclinado hacia los dientes superiores

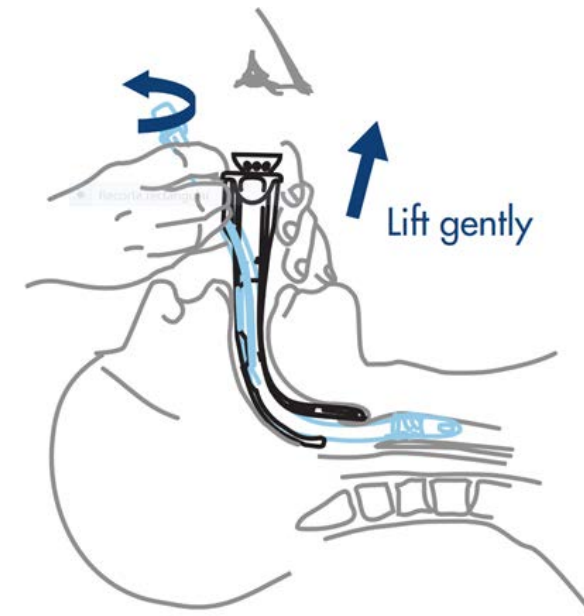


LOCALIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA GLÓTICA | MACINTOSH VS MILLER

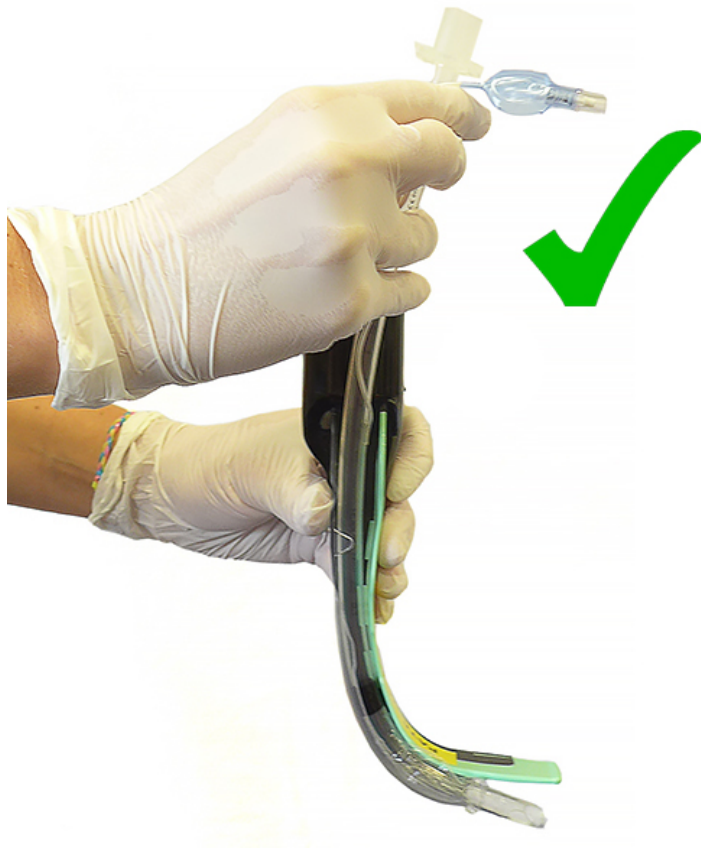


INSERCIÓN DEL TE

- ✓ Avanzar el TE manteniéndolo dentro del canal de guiado hasta que atravesase las cuerdas vocales.
- ✓ El avance del TE debe hacerse **poco a poco**, corrigiendo la posición cuando sea necesario. Si el TE no atraviesa las cuerdas vocales fácilmente, no lo intente de nuevo hasta que corrija la posición.
- ✓ Si el TE **goes too posterior**, rotar el Airtraq separándolo de la glotis y elevar ligeramente.
- ✓ Una vez el Airtraq está dentro de la abertura glótica, aflojar la tracción hacia arriba antes de pasar el TE por las cuerdas vocales. Esto reduce la tensión sobre las cuerdas y facilita la inserción.

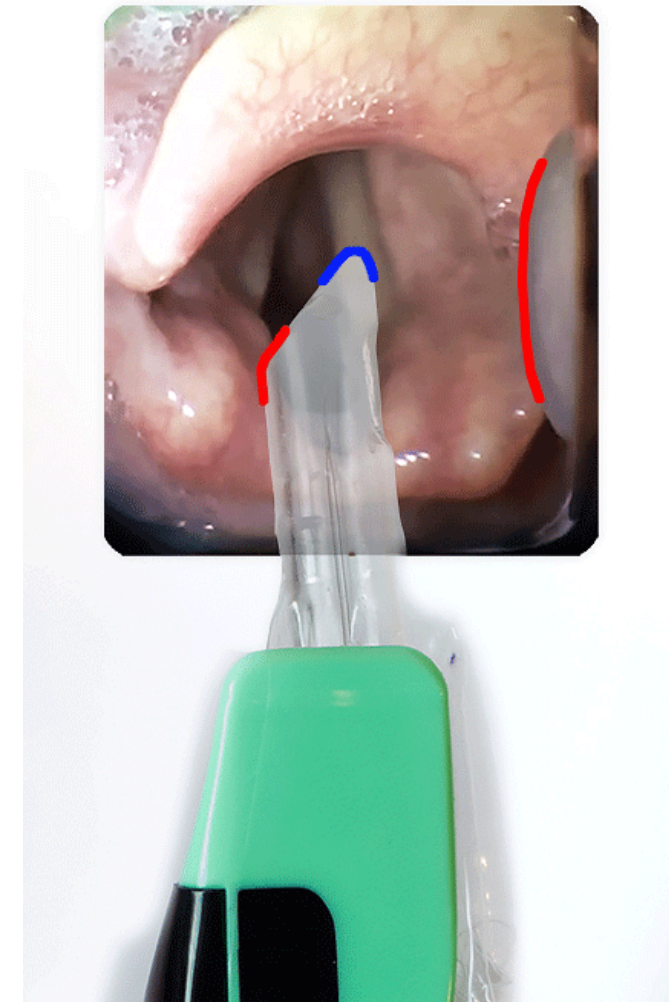


INSERCIÓN DEL TE



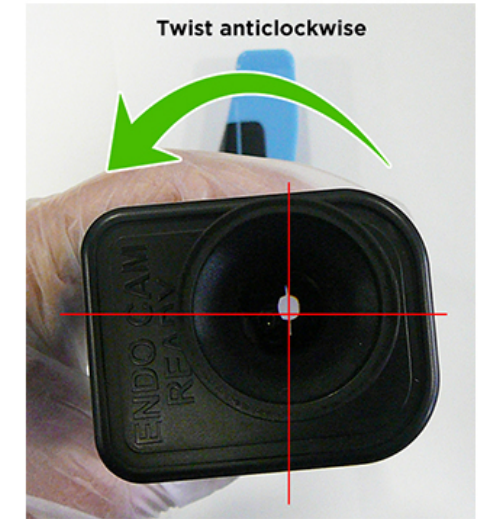
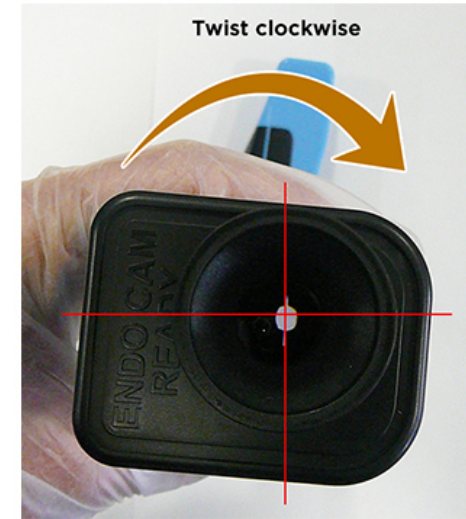
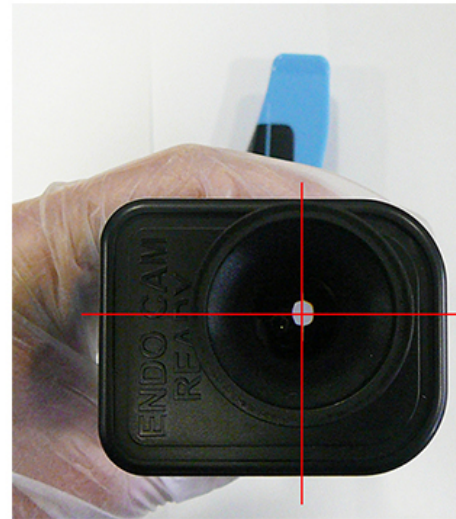
INSERCIÓN DEL TE | TE biselados

- ✔ La mayoría de los TE presentan un bisel hacia la izquierda. El punto más avanzado queda por tanto a la derecha.
- ✔ La imagen que el usuario ve a través del Airtraq muestra la parte izquierda del TE (marcada en rojo en la figura).
- ✔ Por tanto, el punto más avanzado (marcado en azul) no se ve.
- ✔ La parte del TE visible (marcada en rojo) debe apuntar a la izquierda de las cuerdas vocales.

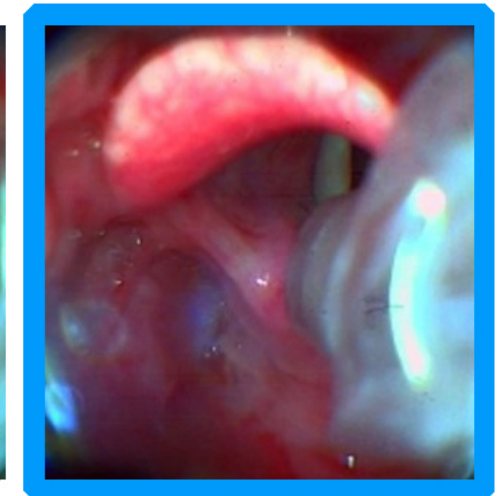
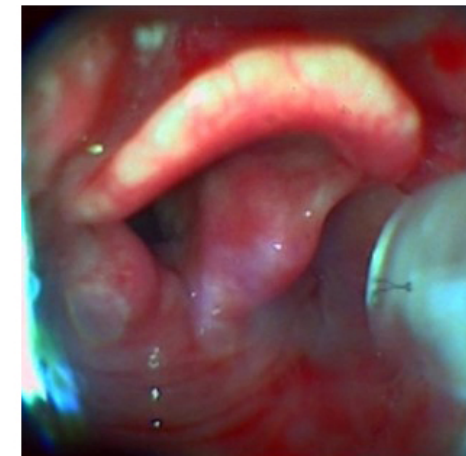
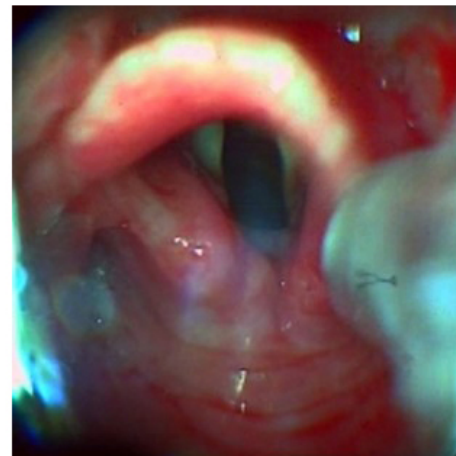


INSERCIÓN DEL TE | Girar el Airtraq

Si el TE toca en los aritenoides o la epiglotis, el Airtraq debe ser girado para orientarlo hacia las cuerdas vocales.

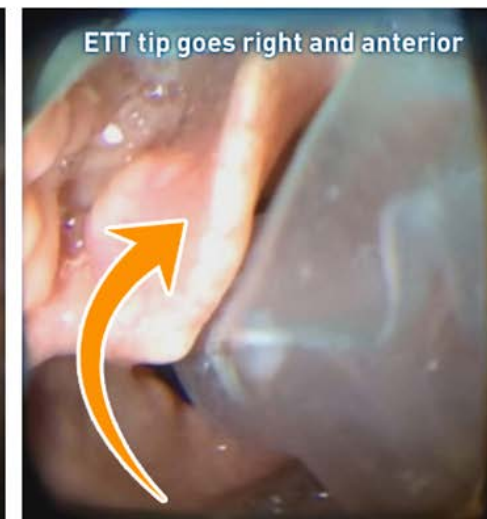
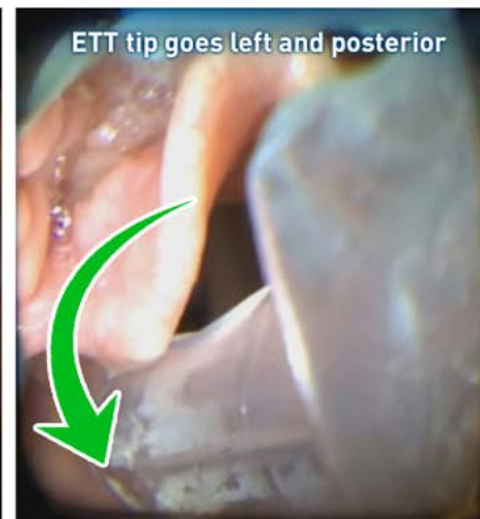


En la mayor parte de los casos, un ligero giro anti-horario ayudará a insertar el TE.



INSERCIÓN DEL TE | Movimiento en espiral

Si el TE toca el aritennoide derecho o el pliegue ariepiglótico, se puede aplicar un movimiento en espiral al TE (dentro del canal de guiado) para orientarlo hacia las cuerdas vocales.



INSERCIÓN DEL TE | Movimiento en espiral



Web Object

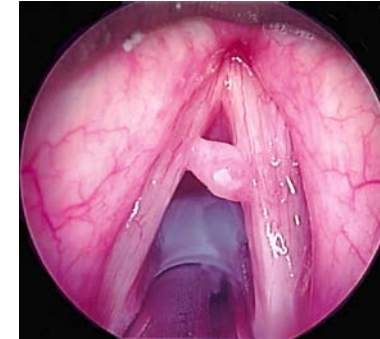
<https://www.youtube.com/watch?v=1201451118>

INSERCIÓN DEL TE | Uso de un *bougie*

Existen ciertos casos en los que introducir el TE es difícil debido a una anatomía anormal.

En estos casos se recomienda usar un *bougie*.

El *bougie* se introduce dentro del TE con la punta orientada hacia la punta del TE.

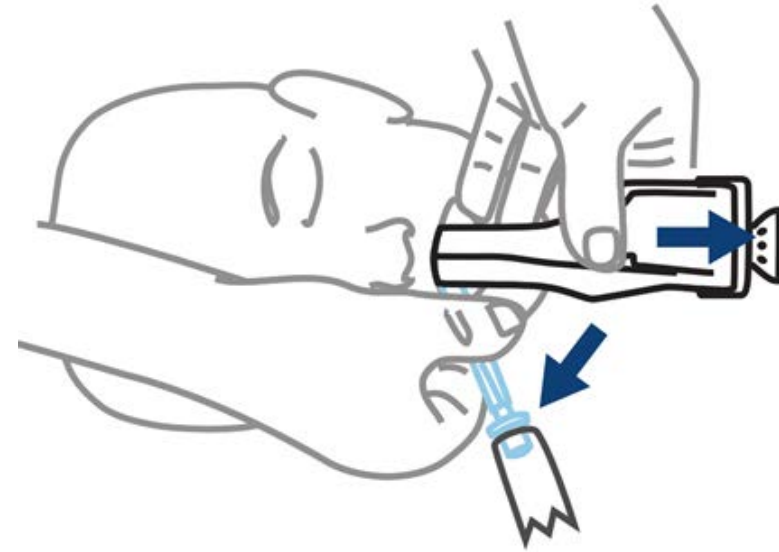


INSERCIÓN DEL TE | Errores comunes

- ✗ Intentar insertar el TE antes de conseguir una buena vision de las cuerdas vocales
- ✗ Demasiada elevación del Airtraq (la región interaritennoidea se ve muy baja en la imagen)
- ✗ Poca elevación del Airtraq (la región interaritennoidea se ve muy alta en la imagen)
- ✗ Avance continuo del TE sin reposicionar el Airtraq
- ✗ Sacar el TE del canal de guiado

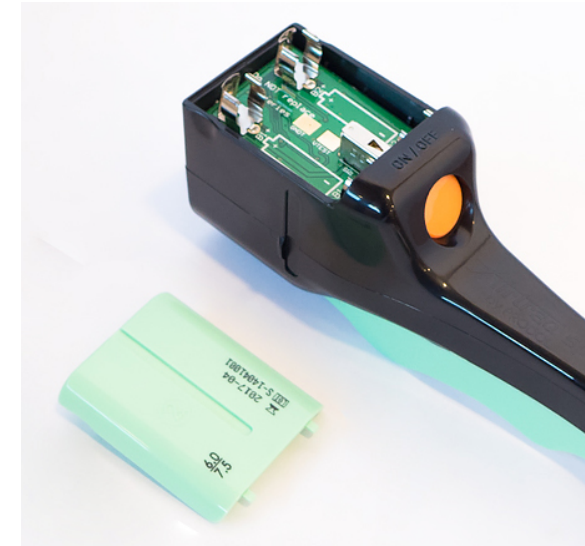
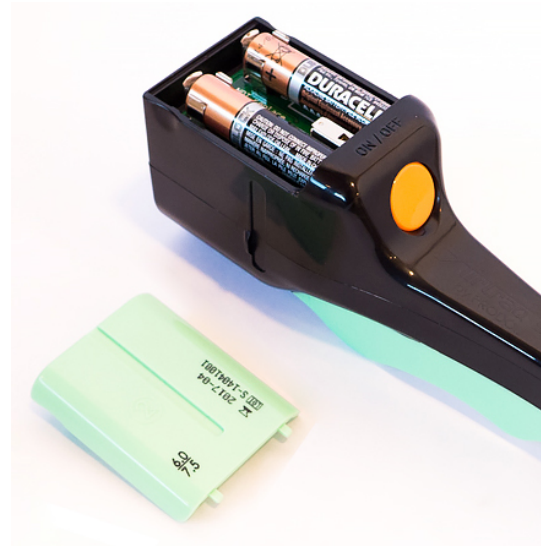
RETIRAR AIRTRAQ DE LA VÍA AÉREA DEL PACIENTE

- ✓ Antes de retirar el Airtraq:
 - ✓ Comprobar la profundidad de la inserción del TE
 - ✓ Inflar el globo del TE
- ✓ Retirar lateralmente el TE del canal de guiado, sujetando el TE en su posición para evitar una extubación accidental.
- ✓ Retirar el Airtraq de la vía aérea del paciente manteniéndolo en la línea media.



RECICLAJE DEL AIRTRAQ SP

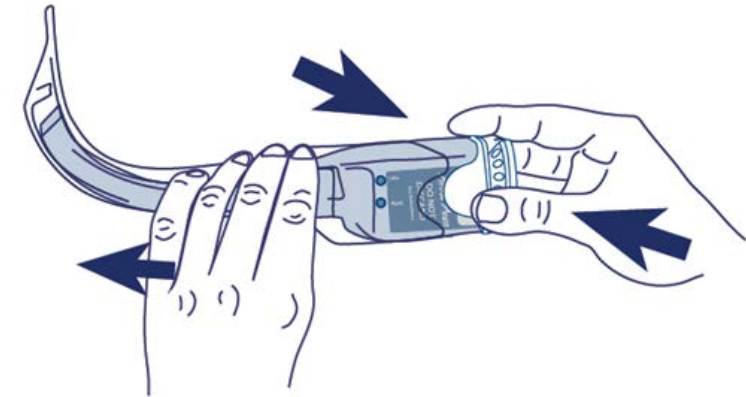
- ✓ Retirar visor
- ✓ Abrir la tapa y retirar y desechar las pilas de acuerdo a las políticas de reciclaje del hospital



RECICLAJE DEL AIRTRAQ AVANT

Avant Blade disposal and Optic discard after 50 uses

- ❑ Extraer la óptica de la pala sujetando en los laterales del visor y tirando. Asegurar que la óptica no entra en contacto con superficies potencialmente contaminadas.
- ❑ La óptica se apaga automáticamente cuando es extraída de la pala.
- ❑ **Desechar la pala y el visor** tal y como se haría con cualquier otro desecho potencialmente contaminado, siguiendo la legislación vigente y las políticas de reciclaje del hospital.
- ❑ Si es necesario, coloque la óptica en la estación de carga para recargar la batería.
- ❑ Descartar la óptica una vez agotada su vida útil:
 - ❑ Retirar batería
 - ❑ Desechar óptica



INTUBACIÓN DE DOBLE LUZ



Para usar con tubos de doble luz (DTL) tamaño 28-41 Fr. Se puede usar cualquier estilo de DTL (derecho, izquierdo, con y sin gancho para la carina). Mínima apertura de boca del paciente: 19 mm

- ✓ Retirar el estilete del DTL.
- ✓ Cargar el DLT y orientar su punta hacia la luz del Airtraq (si el tubo DLT es derecho, rotar el tubo 180°)
- ✓ Si el DLT tiene un gancho para carina, el gancho debe apuntar hacia la parte abierta del canal de guiado del Airtraq
- ✓ Detener el avance del DLT cuando el globo proximal atraviese las cuerdas vocales. No insertar más allá. Esto sitúa al DLT aproximadamente en el punto medio de la traquea. Comprobar la profundidad de inserción.
- ✓ Seguir el procedimiento estándar para comprobar la posición del DLT
- ✓ En caso de dificultad al insertar el DTL se recomienda usar un bougie a través del lumen branquial del DLT.

INTUBACIÓN NASAL



Para usar con cualquier TE estandar para intubaciones nasotraqueales.

Mínima apertura de boca del paciente: 15 mm

- ✓ Insertar primero el tubo nasotraqueal en la fosa nasal del paciente y avanzar hasta alcanzar la orofaringe.
- ✓ Insertar el Airtraq en la boca del paciente y avanzar hasta que la pala se encuentre en la vallecula (lugar preferente) o bajo la epiglotis.
- ✓ Avanzar el tubo hasta su inserción con la visión directa del Airtraq. Realizar un movimiento espiral si es necesario. En el caso de que fuese necesario dirigir el tubo, podrían usarse fórceps de Magill.
- ✓ A pesar de que se recomienda la intubación orotraqueal guiada, podrían usarse Airtraqs nasales para la intubación orotraqueal usando un estilete. Moldear el estilete como el contorno de la pala. Guiar el TE manualmente. Retirar parcialmente el estilete antes de avanzar el TE a través de las cuerdas vocales.

INTUBACIÓN PEDIÁTRICA



Pedriátrico

4.0 – 5.5 ETT



Neonatal

2.5 – 3.5 ETT

- ✓ Mínima apertura de boca del paciente
 - ✓ Pediátrico: 12 mm
 - ✓ Neonatal: 11 mm
- ✓ Seleccionar el tamaño de Airtraq dependiendo del tamaño del TE
- ✓ Puede utilizarse tanto el estilo Macintosh como el Miller para la laringoscopia
- ✓ Poner especial atención para no insertar el Airtraq demasiado profundamente
- ✓ El tamaño Infantil ha sido usado satisfactoriamente en neonatos de 2 kg

FIN DEL
MÓDULO B: TÉCNICA BÁSICA DE
INTUBACIÓN

IR AL CUESTIONARIO

IR AL SIGUIENTE MÓDULO