

Checklist de Intubacion: En enfermos críticos adultos - A realizarse con todo el equipo presente.

Preparar al paciente

- Acceso IV o IO
- Posición adecuada
 - Colchon o superficie firme
 - Elevacion cabecera
- Evaluación de la vía aérea
 - Identificar membrana cricotiroides
 - ¿Intubación despierta?
- Preoxigenación óptima
 - 3 mins or ETO2 > 85%
 - Considerar CPAP o VMNI
 - O2 nasal
- Optimizar el estado del paciente
 - Fluidos/ presores/ inotropicos
 - Aspirar tubo NG
 - Intubación secuencia retardada
- Alergias
 - Riesgo de potasio
 - Evitar succinilcolina

Preparar el Material

- Monitores
 - SpO2/ ETCO2 /ECG/ TA
- Revisar el equipo
 - Tubos traqueales
 - Laringoscopia directa
 - Videolaringoscopia
 - Bougie stylet
 - Fuente de succión funcional
 - Dispositivos supraglóticos
 - Guedel/ via aerea nasal
 - Fibroscopio flexible / aintree
 - FONA set o CRICO
- Revisar las drogas
 - Considerar ketamina
 - Relajante
 - Presor/inotropico
 - Mantener la sedación

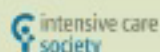
Preparar al equipo

- Asignar roles
 - Lider del equipo
 - 1er intubador
 - 2do intubador
 - Presión cricoidea
 - Asistente de intubador
 - Drogas
 - Monitorizar al paciente
 - Circulante
 - Maniobra de estabilización en linea
 - ¿Quién va a realizar FONA?
- ¿A Quien llamará para ayuda?
- ¿Quién llevara el tiempo?

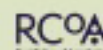
Preparar para dificultades

- ¿Podemos despertar al paciente con intubación fallida?
- Verbalizar al plan de via aerea a seguir es:
 - Plan A
 - Medicamentos y laringoscopia
 - Plan B/C
 - Dispositivos supraglóticos
 - Mascarilla facial
 - Intubación fibrooptica vía extraglótico
 - Plan D
 - FONA
 - Bisturí, bougie y tubo
- ¿Alguien tiene preguntas o preocupaciones?

Intubación traqueal en enfermos críticos



The Faculty of Intensive Care Medicine



PRE-OXIGENAR Y CHECK LIST

Posicionar: Elevar cabeza si es posible
 Valorar vía aérea y membrana cricotiroides
 capnografía con curvas.
 Pre-oxigenar: Mascarilla, CPAP, VMNI, O₂ nasal
 Optimizar sistema cardiovascular
 Compartir plan en caso de fallo.

Registrar tiempo

PLAN A: INTUBACIÓN TRAQUEAL

Laringoscopia
Máximo 3 intentos

Mantener la oxigenación
 - Oxigenación nasal continua
 - Ventilación con mascarilla facial entre intentos

Bloqueo neuromuscular
 Video o laringoscopia directa +/- bougie
 Manipulación laringea externa (BURP)
 Desplazar cricoides

ÉXITO

Confirmar con capnografía

Primer intento

Fallido

PEDIR AYUDA

Fallo

Declarar "Intubación fallida"

PLAN B/C: OXIGENACIÓN DE RESCATE

Dispositivos
 supraglóticos
 2^a generación

Mascarilla Facial
 - 2 personas
 - Adjuntos

Máximo 3 intentos cada uno
 Cambiar dispositivo / medida / operador
 Acceso anterior del cuello

ÉXITO

DETÉNGASE, PIENSE Y COMUNÍQUESE

Opciones

- Despierta al paciente, solo si es factible
- Espera al experto
- Intubación por vía aérea supraglótica
- Acceso anterior del cuello

Fallo

Declarar "No intubable, no oxigenable"

PLAN D: ACCESO ANTERIOR DEL CUELLO

Usar el set de acceso anterior del cuello
 Bisturí para cricotiroidectomía

Extender el cuello
 Bloqueo neuromuscular
 Oxigenación continua de rescate

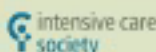
EXPERTO SOLAMENTE

Otras técnicas para accesos anteriores del cuello
 Cricotiroidectomía sin bisturí
 Traqueostomía percutánea
 Traqueostomía quirúrgica

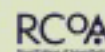
EXPERTO: UN INTENTO ADICIONAL SI ES APROPIADO

Video / laringoscopia directa
 Mascarilla o supraglótico
 Acceso frontal de cuello.

No intubable, No oxigenable En enfermos críticos



The Faculty of
Intensive Care Medicine



PEDIR AYUDA



Declarar "No intubable, No oxigenable"

PLAN D: ACCESO FRONTAL DE CUELLO

Extender cuello
Asegurar relajación neuromuscular
Continuar oxigenación de rescate
Descartar falla de oxígeno y/o circuito bloqueado

Cricotiroidotomía con bisturí

Equipo: 1. Bisturí tamaño 10 ó 20
2. Bougie <14 French
3. Tubo traqueal con globo 5.0-6.0mm

Palpación laríngea para identificar membrana cricotiroides

Membrana cricotiroides palpable

Incisión firme transversal hasta pasar membrana cricotiroides
Deslizar caudalmente la punta del bougie dentro de la traquea
Montar tubo con globo lubricado e introducir a traquea
Inflar globo, ventilar, confirmar posición con capnografía
Asegurar tubo

Membrana cricotiroides no palpable

Realizar incisión grande vertical para separar tejidos
Disección roma con dedos para separar tejidos
Identificar y estilizar laringe
Proceder con técnica descrita para membrana cricotiroides palpable.

SOLO EXPERTO ENTRENADO

Otras técnicas
de acceso frontal

- Cricotirotomía sin bisturí
- Traqueostomía percutánea
- Traqueostomía quirúrgica

Cuidado posterior a acceso quirúrgico y seguimiento

- Succión traqueal
- Maniobra de reclutamiento (si se encuentra estable hemodinámicamente)
- Radiografía de tórax
- Vigilar y buscar complicaciones
- Revisar sitio de acceso quirúrgico
- Acordar plan de vía aérea con equipo médico
- Documentar y completar alerta de vía aérea