



2118844 - 2192559  
comunicaciones@atulado.co  
www.atulado.co  
Carrera 51 D No 62-42  
Av. Juan del Corral. Medellín - Colombia

## Intubación

Enrique Ma. Velásquez V.  
Profesor Neonatología  
Universidad de Antioquia

Hay que **tener claro que reanimar no es intubar!** de hecho en muy raras ocasiones hay que hacerlo. Lo que siempre hay que hacer, es asegurar que el recién nacido esté ventilando adecuadamente y eso se refleja en una adecuada frecuencia cardiaca.

La intubación endotraqueal puede ser requerida en diferentes momentos de la reanimación, pero es más importante que usted se vuelva primero un experto en ventilación con presión positiva (VPP), o cualquier otro medio de proveer Oxigenoterapia, pues se requiere tiempo para adquirir experiencia en intubar pues no es tan frecuente la ocasión de práctica y es no es raro que en el momento crucial haya fallo en conseguir los tubos indicados, el laringoscopio funcional, las pilas, las valvas, etcetera, por lo cual es más importante tener bien claro que reanimar no es intubar, que debemos aprender a hacer muy bien y a mantener la ventilación por métodos más accesibles y por supuesto, adquirir el conocimiento teórico de intubar y practicarlo en los centros de simulación en los maniqués disponibles.

Existen sin embargo algunas indicaciones de intubación que sería importante saberlo hacer y dominar la técnica, como por ejemplo cuando la ventilación con mascarilla es inefectiva o prolongada, si la VPP no da buena excursión torácica y no hay mejoría clínica, o es ideal, no obligatorio, intubar cuando haya necesidad de masaje cardiaco pues el masaje puede competir con una adecuada ventilación hecha por un medio diferente a la intubación; también intubar para uso de surfactante en la prematuridad extrema, en hernia diafragmática, en malformaciones que ocasionen vía aérea difícil y se requiera procedimiento EXIT (extrauterine intrapartum treatment) donde se intuba al paciente estando



Co-financiado con recursos del Fondo de Ciencia Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías. Macroproyecto "Desarrollo de soluciones en CTI para Telesalud en el Departamento de Antioquia".  
Convenio específico 140C-2014

aún dependiente de la circulación placentaria, entre otras.

Aunque cada vez más cuestionado el concepto, hasta ahora en neonatos, no se recomiendan los tubos orotraqueales con bolsa inflable. Tampoco se recomienda intubar con “el tubo más ancho que le quepa”, pues la fricción es causante de edema y estenosis sub-glótica de difícil manejo. Es importante tener presente que si en un paciente el diámetro interno de una glotis es 4 mm y se edematiza un milímetro, el diámetro se redujo un 25%, lo que incrementaría la resistencia de una forma importante. Es por ello que siempre que sea posible, debemos evitar la intubación y usar en lo posible, métodos no invasivos de Oxigenoterapia. De requerirse la intubación, tener presente que es un modo artificial y antifisiológico de oxigenar y ventilar, por lo cual al superar la causa de la intubación, planear la extubación.

La siguiente tabla muestra los tubos y profundidad del tubo acorde al peso y la edad gestacional.

Peso (g)	Edad gestacional	Diámetro interno (mm)	Profundidad (cm)
<1000	<28	2.5	6.5-7
1000-2000	28-34	3.0	7-8
2000-3000	34-38	3.5	8-9
>3000	>38	4.0	>9

Profundidad o distancia del labio a la punta del tubo = Peso (kg) + 6



2118844 - 2192559  
comunicaciones@atulado.co  
www.atulado.co  
Carrera 51 D No 62-42  
Av. Juan del Corral. Medellín - Colombia

Para asegurarnos que está intubado usamos idealmente un detector de CO2 exhalado, el cual usualmente no está, por lo cual usamos una sumatoria de parámetros, como el aumento de la frecuencia cardíaca y la saturación, la presencia de vapor de agua en el tubo, observar movimientos torácicos al oprimir la bolsa y escuchar sonidos respiratorios al auscultar bajo la axila. Si entramos demasiado el tubo, es decir intubación monobronquial, la auscultación pulmonar se escucha más fuerte en el lado del tubo, la saturación y la frecuencia cardíaca pueden no mejorar lo esperado, la auscultación pulmonar está disminuida en el lado contrario, la distancia labio punta está aumentada y obviamente el monitor de CO2 exhalado no sirve para este diagnóstico pues detecta la CO2 expirado por el pulmón donde está el tubo.

Encontrar un CO2 exhalado bajo en un bebé intubado y con adecuado gasto cardiaco sugiere intubación esofágica. En casos de baja perfusión pulmonar como en caso de paro cardíaco o estados de gasto cardíaco bajo, el CO2 exhalado va a estar bajo y es causante de reintubación innecesaria.



Co-financiado con recursos del Fondo de Ciencia Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías. Macroproyecto "Desarrollo de soluciones en CTI para Telesalud en el Departamento de Antioquia".  
Convenio específico 140C-2014