

1. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO.

La intubación endotraqueal debe ser realizada por:

- Médicos con entrenamiento en manejo avanzado de la vía aérea (urgenciología, medicina general capacitada, anestesiología, medicina crítica).
 - Enfermeros(as) profesionales capacitados en apoyo avanzado de la vía aérea, monitorización y preparación del equipo.
 - Auxiliares de enfermería, como apoyo en preparación de insumos, asistencia directa, seguridad y registro.
- Cada integrante del equipo actuará dentro de sus competencias y siguiendo lineamientos institucionales.

2. INTRODUCCION.

La intubación endotraqueal es un procedimiento avanzado que consiste en la inserción de un tubo a través de la boca o nariz hacia la tráquea, con el fin de asegurar la vía aérea, facilitar la ventilación mecánica y prevenir la aspiración. Es una intervención crítica en situaciones de emergencia y en pacientes con deterioro respiratorio, alteración del estado de conciencia, paro cardiorrespiratorio o cirugía.

Su adecuada realización reduce la mortalidad, asegura oxigenación adecuada y previene complicaciones asociadas a la obstrucción de la vía aérea. Esta guía establece el proceso estandarizado para garantizar la seguridad del paciente y del personal de salud.

3. OBJETIVOS.

Objetivo general

Estandarizar el procedimiento de intubación endotraqueal, garantizando una técnica segura, eficiente y basada en evidencia.

Objetivos específicos

- Definir roles del personal asistencial durante la intubación.
- Proporcionar lineamientos para la preparación, ejecución y verificación del procedimiento.
- Reducir riesgos y complicaciones.
- Fortalecer la seguridad del paciente mediante prácticas estandarizadas.

70-44.26

4. RIESGOS EN SALUD.

Para el paciente

- Trauma dental, labial o faríngeo.
- Hipoxia por retraso o fallas en la técnica.
- Broncoaspiración.
- Intubación esofágica.
- Lesión de cuerdas vocales.
- Arritmias por hipoxia o estímulo vagal.
- Complicaciones tardías: neumonía asociada a ventilación mecánica, estenosis traqueal.

Para el personal de salud

- Exposición a fluidos y aerosoles (alto riesgo biológico).
- Lesiones osteomusculares por posiciones forzadas.
- Riesgo eléctrico si se utilizan equipos con alimentación no adecuada.
- Contaminación cruzada por inadecuado manejo de insumos.

5. ALCANCE.

Esta guía aplica a:

- Servicios de urgencias, hospitalización, salas de procedimientos y transporte intra-hospitalario.
 - Personal médico y de enfermería involucrado en el manejo de pacientes con compromiso de la vía aérea.
 - Pacientes adultos, pediátricos y neonatos cuando requieran soporte avanzado de la vía aérea.
- No reemplaza la formación certificada en vía aérea avanzada.

6. DEFINICIONES.

- Intubación endotraqueal: Inserción de un tubo en la tráquea para mantener una vía aérea permeable.
- Laringoscopio: Instrumento que permite visualizar las cuerdas vocales.
- Tubo endotraqueal (TET): Dispositivo que se coloca en la tráquea para ventilar al paciente.
- Cuff: Balón inflable del tubo endotraqueal que permite sellar la tráquea.
- Ventilación con bolsa – válvula – mascarilla (AMBU): Técnica para ventilar manualmente.
- Intubación difícil: Situación en la cual la visualización de la vía aérea o la introducción del tubo se ve comprometida.

70-44.26

7. REQUISITOS.

LEGALES	OTROS
<ul style="list-style-type: none"> Cumplir Ley 1164 de 2007 – Talento Humano en Salud. Cumplir con estándares de habilitación (Resolución 3100 de 2019). Cumplir normas de bioseguridad vigentes. Registrar el procedimiento en historia clínica (Resolución 1995 de 1999). 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación en manejo avanzado de la vía aérea. Conocimiento del equipo necesario para el procedimiento. Habilidad para identificar signos de dificultad respiratoria y fallas en la ventilación.

8. INSUMOS, MATERIALES O EQUIPOS.

DETALLE	CANTIDAD
Equipo para intubación <ul style="list-style-type: none"> Laringoscopio con hojas (curvas o rectas) y luz funcional. Tubos endotraqueales de varios tamaños. Guía o estilete semiflexible. Jeringa de 10 ml para inflar cuff. Lubricante hidrosoluble. Cánulas orofaríngeas y nasofaríngeas. 	NA
Equipo para ventilación y oxigenación <ul style="list-style-type: none"> Bolsa-válvula-mascarilla (AMBU). Fuente de oxígeno. Mascarillas faciales de diferentes tamaños. 	NA
Equipo para confirmación <ul style="list-style-type: none"> Estetoscopio. Monitor multiparámetros. 	NA
Equipo de aspiración <ul style="list-style-type: none"> Sondas de aspiración. Succionador portátil o de pared. 	NA
Material de fijación <ul style="list-style-type: none"> Cintas, bandas o dispositivos de fijación del tubo. Gasas, tijeras, cinta adhesiva. 	NA
Bioseguridad <ul style="list-style-type: none"> Guantes estériles y no estériles. Mascarilla N95 o equivalente. Gafas protectoras o careta. Bata desechable si hay riesgo de aerosolización. 	NA

70-44.26

9. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.

N° ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Paciente ingresa al servicio de urgencias con indicación del procedimiento.(esqueléticas, neuromusculares, sistema nervioso central, tracto respiratorio superior, pulmonares, cardiacas y circulatorias.)	Medico
2	Paciente en posición supina (boca-arriba) , con la cabeza y la nuca levantadas por una almohada para que los ejes boca, faringe y tráquea queden orientados en una sola línea.	Medico
3	Se selecciona el numero del tubo de acuerdo a la edad del paciente.	Medico
4	Se abre la boca del paciente usando el pulgar y el índice de la mano derecha para separar los labios y los dientes.	Medico
5	Con la mano izquierda se toma el Laringoscopio y se introduce la hoja de este suavemente en la boca, siguiendo el borde derecho de la lengua y avanzando hasta la base de ésta	Medico
6	Con el surco de la hoja se lleva la lengua hacia el lado izquierdo de la boca del paciente.	Medico
7	Se alza el Laringoscopio traccionando el mango hacia arriba y hacia delante, movimiento que permite ver la epiglotis a medida que se eleva la base de la lengua.	Medico
8	Luego se desliza cuidadosamente la hoja del Laringoscopio para colocarla en la vallécula (surco glosopiglótico) y manteniendo la dirección de la fuerza en el Laringoscopio hacia arriba y adelante para visualizarse la glotis, cuerdas vocales y la tráquea.	Medico
9	Si la hoja del Laringoscopio es recta, se coloca detrás de la epiglotis.	Medico
10	Una vez visualizadas las cuerdas vocales, se las instila con anestesia tópica usando lidocaína simple al 2 % o en nebulizaciones al 5 %.	Medico
11	La punta del tubo debe introducirse por la comisura derecha de la boca para no	Medico

70-44.26

	obstaculizar el eje visual.	
12	La punta del tubo se pasa por entre las cuerdas vocales y se avanza hasta cuando se pierda de vista la porción del manguito inflable.	Medico
13	La punta del tubo se conecta a una fuente de ventilación.	Medico
14	Una vez introducido el tubo en la tráquea debe cerciorarse de que se encuentra bien colocado, auscultando ambos campos pulmonares en la línea axilar anterior	Medico
15	El tubo debe fijarse a la cara del paciente utilizando tiras de esparadrapo	Medico
16	Si después de 2 ó 3 intentos no se consigue pasar el tubo, llamar a alguien más experimentado.	Medico

10.BIBLIOGRAFIA.

- 10.1. American Heart Association (AHA). *Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Provider Manual*. 2020–2024 Edition.
- 10.2. American Heart Association (AHA). *2020 AHA Guidelines for CPR and Emergency Cardiovascular Care*. Circulation. 2020.
- 10.3. European Resuscitation Council (ERC). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation – Airway Management*. 2021.
- 10.4. Difficult Airway Society (DAS). *Guidelines for Management of the Unanticipated Difficult Airway*. Anaesthesia. 2020.

70-44.26

11.CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Jefe de Urgencias	Líder de Calidad	Gerente

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES				
REVISIÓN No.	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	20/09/2025	6	Jefe de Urgencias	Creación del documento por: Karol Montaña – Jefe de Urgencias Revisado por: Duván Felipe Ochoa Toro – Líder de Calidad Aprobado por: Aicardo Solís - Gerente