



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

**Predictores asociados a la intubación de la vía aérea difícil en pacientes
sometidos a anestesia general en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati**

Martins durante el periodo de Junio-Setiembre del 2019

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Anestesiología

AUTOR

Romero Escudero, Olinda Yolanda
(ORCID: 0000-0003-2400-4308)

ASESOR

Quiñones Laveriano, Dante Manuel
(ORCID: 0000-0002-1129-1427)

Lima, Perú

2020

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTOR: Romero Escudero, Olinda Yolanda

Tipo de documento de identidad:(DNI)

Número de documento de identidad: 70995502

Datos de asesor

ASESOR: Quiñones Laveriano, Dante Manuel

Tipo de documento de identidad: (DNI)

Número de documento de identidad: 46174499

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: *Menacho Terry, Jorge Luis*

DNI: *40138676*

ORCID: *0000-0002-1349-2759*

SECRETARIO: *Condori Zevallos, Jessica Katherine*

DNI: *45980546*

ORCID: *0000-0001-5992-9867*

VOCAL: *Kuong Diaz, Victor Manuel*

DNI: *04438236*

ORCID: *0000-0003-0776-8111*

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.09

Código del Programa: 912039

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los predictores asociados a intubación de la vía aérea difícil en pacientes sometidos a anestesia general del HNERM durante el período de junio — setiembre del 2019.

METODOLOGIA: Se efectuó un estudio observacional, prospectivo, transversal y analítico. Población 200 pacientes con edades entre 18 y 80 años, de ambos sexos, ASA I y II, sometidos a cirugía electiva bajo anestesia general a quienes en el preoperatorio se les realizó la medición de Mallapati, Distancia esternomentoniana, Patil Aldreti, Bell House Dore y Grosor del cuello, luego de la inducción y con el paciente en plano adecuado para la intubación se les realizó la laringoscopia directa, considerándose en grado III y IV de acuerdo al método de Cormack y Lehane como intubación orotraqueal difícil.

RESULTADOS:

CONCLUSIONES

Palabras claves: intubación orotraqueal, vía aérea , predictores

INDICE

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

I.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA...	4
	1.1 Descripción de la realidad problemática	4
	1.2 Formulación del problema	4
	1.3 Objetivos	5
	1.4 Justificación.....	5
	1.5 Delimitación.....	6
	1.6 Viabilidad	6
II.	MARCO TEORICO	7
	2.1 Antecedentes de la investigación.....	7
	2.2 Bases teóricas	12
	2.3 Definiciones conceptuales.....	17
	2.4 Hipótesis general	18
III.	METODOLOGIA	
	3.1 Tipo de estudio	18
	3.2 Diseño de la investigación	18
	3.3 Población y muestra	18
	3.4 Operacionalización de variables.....	19
	3.5 Procedimiento para recolección de datos.....	21
	3.6 Instrumentos a utilizar y métodos para el Control de la Calidad de Datos. 21	
	3.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación	22
	3.8 Análisis de Resultados.....	22
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

ANEXO

La escala de Mallampati como predictor de intubación difícil en el HNERM – 2019

I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Aunque es importante, uno de los aspectos de la anestesia que más se pasan por alto es la evaluación y el pronóstico de la congestión de las vías respiratorias. Esto depende de varios factores, incluida la sugerencia individual, la práctica y las habilidades de un anestesiólogo. Actualmente, las agencias están hablando de anestesia segura y los centros de salud están trabajando en una lista de verificación. Un tema importante es la permeabilidad de las vías respiratorias.

El manejo de pacientes con problemas respiratorios es un tema serio en nuestra práctica de anestesia, ya que su objetivo principal es mantener abiertas las vías respiratorias del paciente; Por lo tanto, es cada vez más importante identificar previamente los factores asociados con la dificultad en la intubación o la ventilación.

La importancia de la predicción preoperatoria de las dificultades de manejo de las vías respiratorias es clara, ya que 85 de todos los errores de manejo de las vías respiratorias resultan en daño cerebral permanente y hasta 30 personas mueren durante estos procedimientos. La anestesia puede resultar de la dificultad para manejar las vías respiratorias. Asimismo, la laringoscopia es tan difícil como la intubación o difícil para la mayoría de los pacientes. Los datos reportados sobre las dificultades de intubación varían de 1,5 a 13% en pacientes quirúrgicos.

El investigador está interesado en registrar, en esta población supervisada, la valoración pronóstica de las pruebas de intubación difíciles realizadas en la cita preanestésica y los resultados de la laringoscopia, continuada mientras la intubación de junio a septiembre de 2019. Información actualizada del paciente, manejo hospitalario y quirúrgico. También es necesario proporcionar personal de anestesiología para la acción y el desarrollo e implementación de estrategias para tratar adecuadamente la obstrucción de la vía respiratoria, reduciendo así su incidencia y mejorando la calidad de la atención de los pacientes con HNERM en el Perú.

1.2 Formulación del problema

¿ESTAN LOS PREDICTORES ASOCIADOS A INTUBACIÓN DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA DEL HNERM ENTRE JUNIO A SEPTIEMBRE DEL 2019?

1.3 Objetivos

1.3.1 General:

DETERMINAR LOS PREDICTORES ASOCIADOS A INTUBACIÓN DE LA VÍA RESPIRATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A ANESTESIA GENERAL DEL HNERM ENTRE JUNIO A SEPTIEMBRE DEL 2019.

1.3.2. Específicos

- Identificar la prueba de Mallampati versus la cirugía en el interior de la laringe (laringoscopia directa) como predictor de dificultad de la vía respiratoria
- Identificar la prueba de Patil Aldreti versus la laringoscopia directa como predictor de dificultad de la vía respiratorias.
- Identificación de la prueba de Bellhausdre como predictor de obstrucción de la vía aérea en comparación con la laringoscopia directa.
- Compruebe la distancia superior en relación con la laringoscopia directa como predictor de la dificultad de las vías respiratorias.
- El examen del grosor del cuello uterino proporciona predictores de la dificultad de las vías respiratorias en comparación con la laringoscopia directa. • El ensayo de Mallampati, Patil Aldreti, Bellhouse Dore incorporó la distancia al esternón y el grosor del cuello e identificó la laringoscopia como un predictor de disnea.

1.4 Justificación

Hay una serie de pruebas que se pueden realizar al lado de la cama del paciente para obtener información valiosa, predecir dificultades y tomar algunas medidas para evitar complicaciones de este procedimiento. Para la mayoría de ellos, la

evaluación depende en gran medida de las diferencias individuales del observador. El hecho de que la HNERM ocurra en promedio anualmente se realiza durante la intubación, por lo que este estudio tuvo como objetivo identificar todos los factores asociados con el manejo del paciente, la obstrucción de la vía respiratoria y las consecuencias de los mismos. La incidencia de la enfermedad es preocupante. Todos ellos están diseñados para informar y evaluar las actividades que se realizan en los centros de rehabilitación de drogas para un mejor tratamiento y, por tanto, un mejor pronóstico de estos pacientes. Todos los pacientes sometidos a cirugía pueden experimentar problemas con el monitoreo de las vías respiratorias durante la cirugía. Las principales consecuencias de un mal manejo de las vías respiratorias en los pacientes son el daño de las vías respiratorias y el daño cerebral o miocárdico mortal. En el caso de la anestesia, la intubación no suele ser necesaria, por lo que se necesita tiempo para evaluar el estado del paciente y detectar cualquier anomalía anatómica o funcional que pueda complicar el procedimiento. La identificación de pacientes con dificultades de intubación le permite tomar las medidas adecuadas y evitar las consecuencias asociadas.

1.5. Delimitación

El estudio se realiza en pacientes de 18 años o más que están programados para una cirugía selectiva, evaluando las vías respiratorias durante los exámenes preanestésicos y aplicando pruebas difíciles de predicción de las vías respiratorias.

1.6. Viabilidad

El departamento de anestesiología del HNERM brindará autorización y apoyo para la investigación; el apoyo será facilitando todos los recursos económicos y humanos para llevarse a cabo la investigación, ya que no existen investigaciones suficientes en esos temas y de esta forma se aportará a la institución.

Se aplicará el uso de predictores de intubación de vía aérea difícil durante la evaluación preanestésica de los pacientes programados a cirugía electiva.

II: Marco teórico

2.1 Antecedentes de la investigación

La primera intubación del siglo pasado se debió al contacto directo con la epiglotis. Luego, el barítono Manuel Patricio Rodríguez Siches, a mediados del siglo XIX, creó un rudimentario laringoscopio; Knight Jackson hizo un laringoscopio prototipo en 1912 y los anestesiólogos Edgar Stanley Robosam y Syvan en 1919. Whiteside Magill popularizó la intubación endotraqueal y endotraqueal. Aquellos. En 1985, Mallampati, etc. La escala de Mallampati se utilizó para clasificar la visibilidad de la faringe mediante una prueba. Para medir el tamaño de la lengua en relación con la concavidad bucal y juzgar la facilidad o dificultad de movimiento de la hoja del laringoscopio, se debe utilizar esta opción. La escala de Patil Aldreti (PTAS) utiliza las distancias cartílago tiroides-maxilar (TC-M) y esternal (STS) para determinar la posición del maxilar. En 1984, Cormack y Lehane crearon un sistema para calificar la laringe al realizar una laringoscopia, separando la laringe en cuatro grados en función de las imágenes de las cuerdas vocales. Por otro lado, los grados 3 y 4 apoyan la afirmación de que la intubación traqueal es difícil o casi imposible. El fracaso en el manejo de la vía aérea durante el quirófano se considera la columna vertebral de los programas de práctica clínica para el algoritmo de manejo de la vía aérea difícil. El éxito del procedimiento depende de la habilidad del usuario, y los anestesiólogos deben aprender múltiples formas de suministrar la vía aérea. Aunque la mayoría de los médicos e incluso los anestesiólogos veteranos están familiarizados con los complicados algoritmos y técnicas actuales de gestión de la vía aérea, no todos conocen estos avances.

En un estudio británico reciente, la incidencia de complicaciones llegó a 1.500 casos. Una de las consecuencias graves de la falta de oxígeno en la sangre es el paro cardíaco, el daño cerebral y la muerte. Dos de las razones citadas en estos resultados son la falta de formación adecuada y del equipo necesario, junto con la imprevisibilidad de la vía respiratoria. El anestesiólogo debe tener las habilidades psicomotoras necesarias para poder presentar una vía aérea múltiple con éxito. Estas habilidades sólo pueden obtenerse mediante la formación y la práctica con equipos de broncoscopia y videolaringoscopia.

Desde los inicios de la anestesia, los anestesiólogos han luchado contra las consecuencias de los problemas respiratorios relacionados con la anestesia general. La calidad de las instalaciones ha mejorado notablemente, y la anestesia general se considera ahora segura. Sin embargo, en el caso de las vías respiratorias, existe una alta probabilidad de mortalidad y morbilidad, ya que son difíciles de tratar y reparar. Existen múltiples factores de riesgo preoperatorios para

la obstrucción de las vías respiratorias, pero ninguno de ellos ha demostrado ser una evidencia no relacionada. El anestesiólogo debe poder diseñar un Plan B de acuerdo con las pautas de la ASA para el manejo de la obstrucción de las vías respiratorias. La intubación es ahora más segura que nunca con el advenimiento de nuevos dispositivos para el manejo de las vías respiratorias, relajantes musculares y entrenamiento avanzado de las vías respiratorias, pero incluso con todos estos avances, ni siquiera se puede hacer con manos experimentadas. En el Reino Unido, la prevalencia de VAD es de 1/5000 y Samsun encontró 1/2230 en su estudio.

Desde la publicación de los primeros 4.000 incidentes informados al Estudio de vigilancia de incidentes de Australia, Pakes ha informado de 147 casos de intubación. Más del 50% de los casos no predijeron DAV, el otro 50% de los casos no revelaron una causa indeseable y el 25% no realizó una evaluación preanestésica para VAD.

Si no es posible la intubación endotraqueal, consiga despejar las vías respiratorias lo antes posible utilizando un dispositivo supra laríngeo para ventilación e intubación, o haciendo una incisión para evitar una lesión cerebral traumática. Las dificultades del manejo de las vías respiratorias asociadas con la anestesia general han sido un desafío para los anestesiólogos desde el comienzo de la anestesia. La configuración ha mejorado drásticamente y la anestesia general ahora se considera un procedimiento seguro. Sin embargo, a pesar de las mejoras en la técnica quirúrgica, sigue habiendo complicaciones menos comunes, como el manejo problemático de las vías respiratorias, que suponen un mayor riesgo de muerte o discapacidad para el paciente. Las pruebas independientes son el factor de riesgo más claro para los problemas de las vías respiratorias, aunque también parecen existir otros factores preoperatorios. Según las recomendaciones de la ASA para las vías aéreas problemáticas, el anestesista debe estar preparado para idear un plan B.

Pero incluso con todos estos avances, no se puede lograr ni siquiera por manos de expertos. En el Reino Unido, la incidencia de DAV es de 1/5000, y en un estudio de Samsung, la incidencia fue de 1 / 230,10. La DAV fue impredecible en más de la mitad de los casos, de los cuales el 50% no tenía una causa no identificada, pero el 25% no tenía una evaluación preanestésica de la DAV.

La evaluación de la vía aérea y la predicción de la vía aérea difícil son ciencias inexactas, especialmente en pacientes críticamente enfermos y en emergencias. En pacientes con pasajes intubados, la intubación con alta sensibilidad y especificidad no es difícil de predecir. A pesar de estas consideraciones, la evaluación de las vías respiratorias es valiosa porque ayuda a los profesionales de las vías respiratorias a desarrollar ideas para predecir las dificultades y planificar en consecuencia. Esté siempre preparado para rutas aéreas impredecibles.

Según Kamath Metal, 2014, utilizando la escala de dificultad de intubación, evaluamos objetivamente los predictores de la dificultad de intubación y evaluamos las pruebas clásicas de cabecera, como la maniobra de Mallampati modificada, la distancia mental y la extensión del cuello. Descubrieron que la tasa de dificultad para la intubación era del 8%, pero la intubación era posible para estos pacientes y, además, la prueba predijo con mayor precisión la extensión del cuello a la mandíbula. Esta es la distancia de lanzamiento y la prueba de Mallampati.

Según Hirman para A et al, 2012. Identificamos marcadores anatómicos y evaluamos factores clínicos antes de la operación para ayudar a detectar una laringoscopia improbable. Compararon la capacidad de predecir las dificultades en la obtención de imágenes laríngeas a partir de los predictores de disnea de las vías respiratorias, tanto solos como en combinación, y luego determinaron la sensibilidad, la especificidad y los predictores positivos y negativos a continuación. El uso simple y único de la manipulación de mallampati junto a la cama para evaluar las vías respiratorias de pacientes ha limitado su uso para predecir laringoscopia e intubación difíciles en presencia de pacientes individuales. Por lo tanto, el efecto predictivo requiere una combinación de pruebas predictivas de las vías respiratorias.

Un metaanálisis reciente encontró que la combinación de los valores de la prueba de mallampati y la distancia tiroidea fue el predictor más preciso de las dificultades para el manejo de las vías respiratorias. Debido a la dificultad de la vía aérea, la tasa de obstrucción de la vía aérea fue del 5% en este estudio, pero fue intubada en todos los pacientes.

Por lo tanto, la evaluación de la vía aérea antes de la intubación es una parte importante de la preparación para una conducción segura de la vía aérea, y la evaluación objetiva de la vía aérea puede mejorar las decisiones difíciles sobre la vía aérea. La literatura muestra que el pronóstico a pie de cama de las vías respiratorias está mal evaluado. Esto se puede mejorar, pero se puede mejorar aplicando una combinación de pruebas o utilizando indicadores como la relación altura / distancia del cartílago tiroides.

El conocimiento de los factores de riesgo están vinculados con la condición clínica específica del paciente puede generar dificultades potenciales en el manejo de las vías respiratorias y debe tenerse en cuenta al planificar el manejo de las vías respiratorias.

Así, se puede ver que muchas pruebas se utilizan para predecir la dificultad de la intubación en un paciente. Una prueba de pronóstico ideal para el manejo de las vías respiratorias debe distinguir la dificultad potencial de la intubación del enfoque más simple para el paciente individual. Estadísticamente hablando, deben ser tan fáciles de usar como otras rutinas clínicas durante la visita preanestésica y ser flexibles para que puedan aplicarse a diferentes etnias, sexos y edades. Las pruebas disponibles hoy por sí solas no cumplen con todos los criterios anteriores, excepto para pacientes con una condición médica clara, una sola disección que determina la facilidad o dificultad del procedimiento. intubación laringotraqueal e intubación sin factores anatómicos. Cambios en la anatomía normal de un individuo.

La clasificación de Mallampati modificada es uno de los métodos de evaluación de las vías respiratorias más utilizados. El estudio inicial tenía una sensibilidad del 100% y una especificidad del 80%, pero los estudios prospectivos posteriores redujeron la sensibilidad al 050%. El segundo método ampliamente utilizado para predecir la vía aérea difícil es la distancia de proyección mental y en un estudio se omitió la distancia de tiranía. 6,5 cm se consideró un predictor de dificultad de laringoscopia y alcanzó una sensibilidad del 50% y una especificidad del 95%.

Esta distancia indica el grado de deslizamiento y adaptación de la lengua a través de la lengua del laringoscopio y nos da una idea del tamaño de la cavidad

mandibular.

Examen de la oclusión del labio superior, una técnica relativamente nueva y sencilla. La relación entre la protrusión de los incisivos mandibulares y la presencia de dientes de conejo se puede evaluar simultáneamente, pero con una baja sensibilidad del 25%.

Otro estudio evaluó la efectividad de varios parámetros como predictores de la dificultad de intubación y encontró que eran más comunes en pacientes mayores y hombres. Se incluyó sistemáticamente en la evaluación de las vías respiratorias difíciles mediante la prueba de Mallampati modificada.

La relación altura / distancia tiroidea es un nuevo estudio que tiene en cuenta la altura del paciente (cm) en relación con la distancia desde la glándula tiroides (cm) y se clasifica como difícil de intubar $<23> 23,5$. $RADTM = \text{Altura (cm)} / \text{DTM (cm)}$; de manera similar, tiene una hipersensibilidad, especificidad y se toma en cuenta la segunda mejor prueba.

Otro estudio mostró que ningún predictor tenía una sensibilidad univariante superior al 32% y una especificidad superior al 90%. Mera concluyó que la combinación de la maniobra de Mallampati, la distancia del timo, la ganancia de peso de 90 kg y la distancia de intubación fueron los mejores predictores de dificultad en la intubación con una sensibilidad del 8,9%. Y la especificidad es del 9,6%. Este es un estudio que involucró a 380 pacientes de una muestra demográfica muy específica (África Occidental) que confirma la importancia de los factores étnicos en las características anatómicas de las vías respiratorias.

Distancia entre filos de corte y altura. Por tanto, se observa en la literatura que las variables que siempre son relevantes cuando la laringoscopia es difícil son el grado de submordida, la distancia entre las incisiones y la distancia de la mandíbula. La obesidad es actualmente un problema de salud global y como se señaló anteriormente, existen cambios anatómicos y fisiológicos que pueden complicar la laringoscopia debido a cambios en la anatomía de la laringe. Dificultades inesperadas en la intubación; esto debe investigarse con pruebas predictivas simples y precisas.

2.2. Bases teóricas

Vía aérea

La evaluación de las vías respiratorias y la predicción de las vías respiratorias difíciles es una ciencia inexacta, especialmente en pacientes críticamente enfermos y en situaciones de emergencia. En pacientes intubados, no se espera que la intubación sea difícil debido a su alta sensibilidad y especificidad. A pesar de estas consideraciones, la evaluación de las vías respiratorias es valiosa porque ayuda a los profesionales de las vías respiratorias a desarrollar ideas para anticipar las dificultades y planificar en consecuencia. Esté siempre preparado para trayectorias de vuelo impredecibles. Actualmente, las pruebas de predicción de la vía aérea más utilizadas y difíciles son las pruebas modificadas de Marampati, Patil Aldrete y Komak Klehane. Otras pruebas utilizadas son fisuras tiroideas, fisuras en el esternón, incisiones y obstrucción del labio superior.

Durante la visita preanestésica, el anestesiólogo debe evaluar el riesgo de intubación difícil y, en última instancia, anticipar estrategias de tratamiento complejas, incluidos dispositivos alternativos para las vías respiratorias. Por tanto, la identificación preoperatoria de los pacientes con riesgo de intubación difícil es el primer paso para mantener la vía aérea. Se han identificado muchos factores de riesgo, se han probado varios modelos y se han desarrollado pautas asociadas. A pesar de estas recomendaciones, la evaluación inadecuada o inadecuada de las vías respiratorias en el período preoperatorio sigue siendo una de las principales causas de las dificultades de intubación indeseables.

La predicción de la dificultad de las vías respiratorias es insensible e inespecífica. Los problemas de las vías respiratorias pueden, hasta cierto punto, ser intrínsecamente impredecibles. En particular, se ve afectado por factores situacionales como la práctica clínica y las habilidades de los administradores de las vías respiratorias. Cuando el anestesiólogo predijo dificultades en las vías respiratorias, solo el evento número 25 resultó ser difícil. Además, las evaluaciones de las vías respiratorias a menudo se limitan a emergencias y a menudo se excluyen en pacientes graves, que no cooperan y en estado crítico. Levitan y col. En 2009, se encontró que en una serie de 850 pacientes con puntajes de Mallampati, las

pruebas de movilidad cervical y distancia de proyección de la mandíbula solo podían realizarse en un tercio de los pacientes. Secuencia de intubación rápida. Es un fracaso. La tasa de éxito de colaborativos multicéntricos realizados en la sala de emergencias en América del Norte superó el 98% y el fracaso de la intubación fue del 0,2%. Los síntomas de las dificultades de intubación varían. De una serie de pacientes que sumaban 8.28, Deller et al informaron de que entre el 1,2 y el 3,1 por ciento de ellos padecían la enfermedad. Williamson y sus colegas La investigación del equipo de Rose descubrió que la frecuencia de casos entre 2.000 pacientes era de aproximadamente 1 de cada 200. Se acercaba al noventa por ciento . En un grupo de 18.558 pacientes, sólo el 0,3 por ciento de los individuos tenía el problema.

Escalas de valoración de la vía aérea

Antecedentes de evaluaciones preoperatorias de las vías respiratorias, razones generales para el manejo de las vías respiratorias (p. Ej., Factores de riesgo para las dificultades en el manejo de las vías respiratorias, incluido el latigazo cervical, infecciones orofaríngeas y cervicales) Cirugía o radioterapia cervical previa Traumatismo de boca abierta, trastornos de los tejidos blandos, problemas de artritis Vértebras cervicales, artritis reumatoide artritis (p. ej., partículas que penetran en la piel, el tracto respiratorio o las vías respiratorias. Dificultad para la intubación, tumores o infecciones de las vías respiratorias, traumatismos cervicales / faciales, grado de intubación pre-respiratoria (Cormack y Lehane) y acciones de manipulación para mejorar la visión iónica, dificultad para ventilar el airbag, es diferente la combinación de sistemas de calificación muestra una mayor sensibilidad.

Mallampati

En 1985 Mallampati sugirió una prueba sencilla para evaluar la vía aérea, que resultó muy útil, y a finales de 1 fue modificada por Samsung y Young. Implica evaluar el volumen de la lengua en relación con el oro en la faringe, si el laringoscopio se mueve con facilidad o dificultad. La prueba tiene una sensibilidad del 60%, una especificidad del 70% y una predicción positiva del 13%. La puntuación de Mallampati modificada es tipo I: paladar blando, úvula, boca, pilar visible Tipo II: paladar blando, úvula, boca visible.

Solo la clase III / IV predice una intubación difícil, pero en realidad sólo alrededor del 5% es difícil. a la úvula (grado de deterioro). Los grados I y II de Mallampati se asocian con tasas bajas de error durante la intubación. Por otro lado, los grados III y IV indican una intubación más difícil en los pacientes.

Distancia tiroides mentón o escala de Patil Aldreti

Se ha demostrado que las distancias inferiores a 6 cm medidas empíricamente mediante un recorrido de tres dedos son predictores de dificultades de intubación. Esta distancia refleja la facilidad de movimiento de la lengua, ya que el laringoscopio puede estimar el espacio en la mandíbula inferior. Después del estudio inicial, se probaron varios métodos de medición de distancia y se concluyó que las mejores predicciones se obtenían cuando el paciente se sentaba con la cabeza completamente extendida. Se obtuvo un valor predictivo positivo del 100% utilizando un TMD menor de 6 cm. La sensibilidad es del 60%, la especificidad del 65% y la positividad predictiva es del 15%. En combinación con la puntuación de Mallampati, mejora la utilidad de los diagnósticos de brecha química. Por lo tanto, los pacientes de peso normal con un 5% de probabilidad de intubación difícil tienen riesgo de dificultades de intubación número 3 después de un resultado positivo con la combinación de estas pruebas. Entonces, en los hombres obesos, el decimoquinto con mayor probabilidad de tener dificultades para la intubación, este riesgo aumenta al 5%.

Distancia esterno mentoniana

Su medición consiste en una extensión completa del cuello, con la boca cerrada. Si la laringoscopia es difícil, el MED de 13,5 cm se proyecta como predictor. La distancia esternal entre los pacientes con hallazgos laringoscópicos de Grado III o IV y los con hallazgos de Grado I o II fue significativamente diferente (13,17 (DE 1,5) cm y 1,3 (1, 9) cm, $P = 0,0013$) Análisis discriminante Este es el umbral ideal para predecir la dificultad del laringoscópica con el cuello y la boca extendidos y la cabeza inclinada hacia atrás. aproximadamente 13,5 cm de longitud o menos En términos de sensibilidad, singularidad y predicciones positivas y negativas, el error porcentual fue del 66,7%, del 71,1%, del 7,6% y del 98%, respectivamente.

Shiga et al informaron que, de todas las pruebas de un solo factor, la mejor prueba individual con sensibilidad y especificidad moderadas fue la distancia del esternón para descartar la dificultad de la intubación traqueal ... Los resultados de este estudio mostraron una sensibilidad DEM del 82, % y un valor predictivo positivo del 5 %, concluyendo que la distancia de la mandíbula externa es la prueba de cama más segura.

Distancia interincisivos o apertura bucal

Reducción del espacio de intubación / boca abierta La dificultad en la laringoscopia y la intubación se ha relacionado con la apertura de la boca. Pero, ¿cómo discernir la diferencia entre un buen abridor y un terrible abridor sin una cinta métrica? Un método sencillo para medir el grado de apertura de la boca de una persona es simplemente preguntar si caben tres dedos entre los dientes superiores e inferiores. La distancia ideal es de 3 dedos, pero si caben menos de 2 dedos (unos 3 cm), la dificultad del procedimiento de laringoscopia aumenta.

Clase I. Más de 3 cm. Nivel II. 2,6 a 3 cm. Nivel III. 2 a 2,5 cm. Clase IV. Por debajo de 2 cm, los grados III y IV se consideran más difíciles. La sensibilidad es del 0%, la especificidad es del 90% y el valor predictivo positivo es del 17%. Muchos estudios han concluido que la apertura bucal restringida se relaciona principalmente con la dificultad de la intubación. En un metanálisis, Shiga y su equipo concluyeron que abrir la boca era un predictor inadecuado de la dificultad para la intubación. Esto se debe a que la boca abierta muestra el movimiento de la articulación temporomandibular y la apertura de la boca está restringida, lo que impide en gran medida el contacto con la laringe. Su investigación sugiere que abrir la boca no es una prueba útil.

Protrusión mandibular – Test de mordida del labio superior

La operación de la mandíbula inferior es una simple operación de cabecera que se ha establecido en varios estudios para proporcionar vías respiratorias difíciles. Cuenta con un sistema de clasificación relativamente simple que clasifica a los

pacientes en función de su capacidad de mover las articulaciones temporomandibulares para llevar los incisivos maxilar y mandibular más juntos. A pesar de la importancia de la tracción de la mandíbula inferior durante la laringoscopia se ha explicado durante casi 100 años, muchos estudios publicados en la última década se recomiendan añadir LJP a la evaluación de la laringoscopia. Es fácil para una persona enferma que saque su barbilla y hacer una brecha, pero puede que muerde su labio superior? ¿O se puede exponer a los dientes y empujar a su mandíbula hacia adelante? El proceso mandibular se divide en tres niveles.

Bell House Dore Ladder afirma que: Se anima al paciente a sentarse del otro lado del examinador y abrir la boca. Luego solicita al paciente que mantenga la cabeza recta sin mover la columna cervical. El ángulo de la sección transversal de las superficies oclusales de los dientes superiores se registró con un pescador. Se sujetó firmemente un brazo del goniómetro al costado del diente del paciente y se registraron los cambios en la suspensión. Esta escala mide la movilidad de la cabeza y el cuello en relación con el rango normal de 35 ° e. Posición de la cabeza en pacientes considerados difíciles de intubar $\leq 20^\circ$. De acuerdo con él

Se examinó al paciente Bellhaus Drescale sentado con la cabeza completamente extendida y se evaluó que la extensión de la articulación occipital-atlanto correspondía a 35 ° normales. Hay tres niveles: Nivel I: Ilimitado. Grado 2: limitado a 1/3. Rango III: límite de 2/3. Las dilataciones por debajo de los 30 grados pueden dificultar la intubación y limitar la visión de la laringoscopia. La intubación puede resultar difícil sin alivio o si dos tercios de la cabeza están por encima de la columna.

Escala Cormack-Lehane o visualización de la glotis

La clasificación de Cormack-Lehane, que es un sistema ampliamente utilizado para organizar la agudeza visual laríngea durante la laringoscopia directa, se utiliza para describir la facilidad con la que se puede ver a un paciente en su laringe. Ha sido el estándar de oro para la clasificación de las vías respiratorias en la práctica clínica y la investigación de las vías respiratorias desde su publicación en 1984. las cuerdas vocales perfectamente expuestas de la clase I El único cartílago de este tipo es el

aritenoides de grado II. La epiglotis de grado III es el único tipo de epiglotis demostrado. La epiglotis de grado IV no se puede ver.

Cormack Lehane Los grados I y II se clasifican fácilmente y los grados CL III y IV se consideran difíciles. Una vista incompleta de la glotis en la laringoscopia muestra dificultad para la intubación, pero la literatura es confusa. Brodsky y col. Hemos descubierto que las imágenes laríngeas deficientes no siempre dificultan la intubación.

2.3 Definiciones conceptuales

Dificultad para respirar: según lo define la Sociedad Estadounidense de **Anestesiología**: Vías respiratorias difíciles experimentadas por anesestesiólogos entrenados tradicionalmente: dificultad para respirar a través de una máscara, dificultad para intubar, dificultad para ventilar la laringe, o los tres. Es una situación clínica.

Dificultad para la intubación: Cuando se cambia el material de intubación, 3 o más intubaciones se consideran intubación difícil o 10 minutos o más. **Dificultad**

para respirar: El anestesista no puede mantener la saturación de oxígeno. Medido con pulsioxímetro, $SatO_2 > 92\%$, FiO_2 es 1.0. O para evitar o corregir la aparición de indicios de mala respiración durante la ventilación con máscara de presión positiva mientras se está bajo anestesia general. **Dificultad en la laringoscopia**:

Cuando en la laringoscopia estándar no se puede ver una parte de las cuerdas vocales, **Sensibilidad**: esta es una

característica de las pruebas de diagnóstico (que también pueden utilizarse para la terapia o la prevención) se utilizan para detectar a las personas que tienen la condición deseada (verdaderos positivos) en la población, esta es una característica de las pruebas que se utilizan. **Especificidad**: La capacidad de la prueba para

detectar personas en una población que no se encuentran en el estado deseado (verdadero negativo). **Predicción positiva**: Ésta es la verdadera probabilidad de

un resultado positivo si el resultado de la prueba es positivo. **Predicción negativa**: esta es la

probabilidad si la prueba es negativa y corresponde

a un resultado negativo verdadero.

Razón de verosimilitud: También se utiliza como razón de verosimilitud para pruebas positivas. Cuanto mayor sea el valor de CP, mejor será la capacidad de diagnosticar la presencia de la enfermedad.

Razón de probabilidad negativa: cuanto menor sea el valor de CP, mejor será el poder de diagnóstico de la prueba.

2.4 Hipótesis general

Existe relación entre los test predictores de vía aérea difícil y los hallazgos bajo laringoscopia directa en pacientes sometidos a anestesia general en el HNERM durante junio-Septiembre del 2019.

Hipótesis nula

No existe relación entre los test predictores de vía aérea difícil y los hallazgos bajo laringoscopia directa en pacientes sometidos a anestesia general en el HNERM durante

Junio-Septiembre del 2019.

III METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

La encuesta se realizó:

- Observación:** Bueno, no se tomó ninguna acción.
- Análisis:** Bueno, se encontró un vínculo entre una variable.
- Perspectiva:** Bueno, los datos provienen de la implementación del proyecto recolectada.

3.2 Diseño de investigación

Observacional: Pues no se hicieron intervenciones

Análítico: Pues se buscó la asociación entre una y otras variables

Prospectivo: Pues se recolectaron los datos a partir de la ejecución del proyecto.

3.3 Población y muestra

Población

La población de estudio estará compuesta por los pacientes sometidos a Anestesia general planificadas en cirugías electivas en el centro quirúrgico del HNERM, en el periodo de JUNIO –SEPTIEMBRE del 2019.

3.3.2 Tamaño de muestra

Se incluirán en el estudio los pacientes con reserva para cirugía electiva que sean atendidos en el Departamento de Anestesiología del HNERM entre junio y septiembre de 2019 y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

3.3.3 Selección de la muestra

Criterios de inclusión: Pacientes de 18 años de edad o mayores que fueron programados para cirugía electiva de cualquier sexo y que se sometieron a evaluaciones de las vías respiratorias y aplicaron pruebas de predicción de las vías respiratorias difíciles durante el período de estudio. Criterios de exclusión: A los pacientes que no obtuvieron un examen de las vías respiratorias y que tuvieron problemas para predecirlas se les administraron líquidos o se les practicó una traqueotomía en el quirófano.

Criterios de inclusión y exclusión incluidos:

Se aplica a las visitas preanestésicas para pacientes mayores de 18 años programadas para cirugía electiva de cualquier sexo para la evaluación de las vías respiratorias y control de la presión arterial predictiva.

Se excluyeron pacientes o menos:

Pacientes no tenían evaluación de las vías respiratorias y no se podía realizar un examen predictivo de las vías respiratorias difíciles. pacientes fueron intubados o ingresados en el quirófano con intubación traqueal.

3.4 Operacionalización de variables

Variable de manipulación

Dificultad para intubación: Sí / No

Laringoscopia directa: prueba de Komak Rehane

Prueba de Marampati

Prueba de mordida del labio superior (TMLS)
Hueco de hoyuelo (DTM)
Distancia aproximada del mentón al hueso del tórax (DSTM))
Prueba de interacción (TBHD)
Distancia de interacción (DII)

Variable dependiente

Sensibilidad
Especificidad
Predictor positivo
Predictor negativo
Variable intermedia
Edad
Género

3.5 Procedimiento para la recolección de los datos

El programa Statistical Package for Social Science 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL. EE. UU.) Se utilizó y procesó para el análisis estadístico en una computadora Intel Core 2 Duo. Los resultados se muestran como tablas y gráficos procesados en Microsoft Excel y como texto en Microsoft Word. Estadística descriptiva: medición de tendencias centrales. Los datos cuantitativos se expresan como promedio. Medición de la varianza: para datos cuantitativos, la desviación estándar se utiliza para la volatilidad media. La tabla de contingencia se utiliza para calcular la predictibilidad, y el programa MACROS de Microsoft Excel se utiliza para los predictores de sensibilidad, especificidad, positivos y negativos. Se utiliza una tabla de contingencia que utiliza la prueba de chi-cuadrado de para encontrar relaciones entre variables cualitativas. La prueba T de Shapiro-Wilk (prueba estandarizada), una variable normal cuantitativa de Shapiro-Wilk, se utilizó para comparar la edad y el peso de los pacientes con y sin dificultades de intubación. Shapiro-Wilk prueba la normalidad de las variables cuantitativas y considera valores estadísticamente significativos para $p < 0.05$, el valor de la p es muy importante. $0,01$ calculando el intervalo de confianza al 95% correspondiente al valor obtenido.

3.6 Instrumentos a utilizar y métodos para el Control de la Calidad de Datos

Para el análisis estadístico, utilizamos el programa Statistical Package for Social Sciences 23.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, EE. UU.) Y lo procesamos en una computadora Intel Core 2 Duo. Los resultados se muestran como tablas y gráficos procesados por Microsoft Excel y como texto en Microsoft Word. Estadística descriptiva: mide la tendencia central. Los datos cuantitativos se expresan como media. Medición de la varianza: para datos cuantitativos, la desviación estándar se utiliza para la volatilidad media. Para calcular la predictibilidad, se utiliza una tabla alternativa y el programa MACROS de Microsoft Excel se utiliza para la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos. Se utiliza una tabla de contingencia que utiliza la prueba de chi-cuadrado de para encontrar relaciones entre variables cualitativas. Prueba T de Shapiro-Wilk (prueba estandarizada) del Shapiro-Wilk normalizado cuantitativo se utilizó para comparar la edad y el peso de los pacientes con y sin dificultad para la intubación. Shapiro-Wilk prueba la normalidad de variables cuantitativas y tiene en cuenta valores significativos de p

It; 0,05, el valor de la piel es muy importante. Calcule 0.01 del intervalo de confianza del 95% correspondiente al valor obtenido.

3.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación

Este estudio fue preaprobado por el comité de auditoría institucional de la Universidad Ricardo Palma. La investigación se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos descritos en la Declaración de Helsinki.

El estudio involucró a personas, pero no realizó ningún tratamiento invasivo, todos los datos se recopilaron de registros médicos e investigadores no remunerados.

Para proteger la privacidad del paciente, el equipo de investigación utilizó una computadora con un código de acceso restringido. Además, la base de datos está protegida con contraseña y se transfiere física o electrónicamente a través de una conexión segura a Internet entre el personal de entrada de datos y el equipo de investigación para su análisis. No hay variables que definan al paciente en la base de recopilación de datos para este estudio. Todas las copias del formulario se almacenan en el sitio de recopilación de datos, se almacenan en estantes cerrados con llave hasta que se completa la encuesta y luego se procesan.

3.8 Análisis de Resultados:

3.1.1 El método de análisis de datos depende de la pregunta, el tipo de variable, el objetivo y el proyecto.

3.1.2 Programas utilizados para el análisis de datos

Los programas utilizados son Microsoft Excel y STATA.

Referencias bibliográficas

1. Mora MT. Factores anatómicos predictores de intubación orotraqueal difícil en pacientes quirúrgicos. Tesis para optar al grado de especialista en Anestesiología. 2007.[acceso 10 de junio de 2016] .Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWO280DV4M67f2007.pdf>.
- 2.
3. Merry A, Cooper J, Soyannwo O, Wilson I, Eichhorn. International Standards for a Safe Practice of Anesthesia 2010 J. Canadian Journal of Anesthesia 2010;57(11).123.
4. Sánchez Tandazo LM, Orellana Cabrera IE. Tesis [Internet]. 2009 [citado el 24 de noviembre de 2016]. Recuperado a partir de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/18987>.
5. Ojeda D. Predictores de laringoscopia difícil. Rev Chil Anest. 2012; 41:179-87.
6. Echevarría-Correas M, González-Bada A, Rodrigo-Casanova M, García-Peña J, Aguilera-Celorio L. Vía aérea difícil, detección preoperatoria y manejo en quirófano. Revista Mexicana de Anestesiología. 2015 Abril-Junio Vol. 38. No. 2 pp 85-90.
7. Pérez de Urbina A, Pérez Trullén A. Manuel García, profesor de canto e inventor del laringoscopio y precursor de la laringoscopia PATOL RESPIR 2006; 9(3): 130-140.
8. Orozco E, Álvarez J, Arceo J, Ornelas J. Predicción de intubación difícil mediante escalas de valoración de la vía aérea Cirugía y Cirujanos 2010, set: 78 393-399.
9. Cárdenas A, Fernández H, Pozo J, Correa M, Alternativas a la intubación orotraqueal ante una vía aérea difícil en nuestro medio. [Revista en Internet]

Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación 2011;10(2):101-112
[acceso de junio de 2016]; <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v10n2/ane04211.pdf>.

10. López L, Lina F. Manejo de vía aérea difícil no predecible durante colecistectomía, uso de mascarilla laríngea y revisión de la literatura [Revista en Internet] Revista Mexicana de Anestesiología Vol. 31. No. 4 Octubre-Diciembre 2008 pp 322-327 [acceso 19 de junio de 2016]; <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma2008/cma084i.pdf>.
11. Echevarría A, Autié Y, Hernández k, Díaz C, Sirvent Y. Pruebas predictivas para la evaluación de la vía aérea en el paciente quirúrgico [Revista en Internet] Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación .2010; 9(3)175-185 [acceso de junio de 2005]; <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v9n3/ane05310.pdf>.
12. Escobar J. ¿Cuánto podemos predecir la vía aérea difícil?. [Revista en Internet] Rev chil anest, 2009; 38: 84-90
13. López Silva R. Intubación difícil: comparación de laringoscopia indirecta vs índice predictivo de intubación difícil en hospital general Tlalnepantla de septiembre a octubre del 2013 [tesis en internet]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14741/4415890.pdf>.
14. Risk Factors Assessment of the Difficult Intubation using Intubation Difficulty Scale (IDS) Vaibhav K.Nasa¹, Shaila S.Kamath² Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2014 Jul, Vol-8(7): GC01-GC03.
15. Hirmanpour A, Safavi M, Honarmand A, Jabalameli M, Banisadr G. The predictive value of the ratio of neck circumference to thyromental distance in comparison with four predictive tests for difficult laryngoscopy in obstetric patients scheduled for caesarean delivery. Adv Biomed Res 2014;3:200
16. Pineda A. Test de Mallampati modificado en el paciente en posición supina y con extensión cervical como predictor de intubación difícil [Tesis en Internet] 2010. [acceso 16 de octubre de 2016]; Disponible en:

http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4835/1/Pineda_Aparicio_Ange_I_Mauricio_2010.pdf.

17. Sharma, S., Majumder, K., Kishor, K., Das, R., Kishor, S. and Gulia, S. (2014) Relevance of Predictors in Difficult Intubation for Patients Undergoing Maxillofacial Surgery. *International Journal of Clinical Medicine*, 5, 1365-1373. <http://dx.doi.org/10.4236/ijcm.2014.521174>
18. Khan ZH, Kashfi A, Ebrahimkhani E. A comparison of the Upper Lip Bite test (a simple new technique) with modified Mallampati classification in predicting difficulty in endotracheal intubation: a prospective blinded study. *Anesth Analg*.2003;96:595---9.
19. Baker P. Assessment Before Airway Management ,*Anesthesiology Clin* 33 (2015) 257–278 [revista en Internet] June 2015Volume 33, Issue 2, Pages 257–278 [acceso 10 de julio de 2016]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anclin.2015.02.001>.
20. The good anaesthetist. Standards of practice for career grade anaesthetists. London: The Royal College of Anaesthetists; 2010. Available at: <http://www.rcoa.ac.uk/document-store/the-good-anaesthetist>.
21. Sharma S, Mehta N, Charak D. Comparative Evaluation of Airway Assessment Tests and Their Correlation with laryngoscopy *Indian Journal of Clinical Anaesthesia*, January – March 2015;2(1):19-26 24.
22. Ittichaikulthol W, Chanpradub S, Amnoundetchakorn S, Arayajarernwong N, Pawaropart N, Wongkum W. Modified Mallampati Test and Thyromental Distance as a Predictor of Difficult Laryngoscopy in Thai Patients [revista en Internet] *J Med Assoc Thai* 2010; 93 (1): 84-9 . [acceso 10 de julio de 2016]; Full text. e-Journal: <http://www.thaiscience.info/journals/Article/JMAT/10749104.pdf>.
23. Honarmand A, Safavi M, Ansari N. A comparison of between hyomental distance ratios, ratio of height to thyromental, modified Mallampati classification test and upper lip bite test in predicting difficult laryngoscopy of patients undergoing general anesthesia. *Adv Biomed Res* [serial online] 2014

[cited 2016 Jul 18];3:166. Available from:
<http://www.advbiores.net/text.asp?2014/3/1/166/139130>.

24. Sangeeta L, Kumar S, Veena P, Neena J, Pooja M, Kangchai C. Comparison of predictors of difficult intubation Int J Clin and Biomed Res. [revista en Internet] 2016;2(1): [acceso 29 de octubre de 2016]; 20-24 disponible en: <http://www.ijcbr.com/comparison-of-predictors-of-difficult-intubation/>.
25. Osman Karakus, Cengiz Kaya, Faik Emre Ustun, Ersin Koksak, Yasemin Burcu Ustun Predictive value of preoperative tests in estimating difficult intubation in patients who underwent direct laryngoscopy in ear, nose, and throat surgery Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition), Volume 65, Issue 2, March– April 2015, Pages 85-91
26. Badheka JP, Doshi PM, Vyas AM, Kacha NJ, Parmar VS. Comparison of upper lip bite test and ratio of height to thyromental distance with other airway assessment tests for predicting difficult endotracheal intubation. Indian J Crit Care Med [serial online] 2016 [cited 2016 Nov 24];20:3-8. Available from: <http://www.ijccm.org/text.asp?2016/20/1/3/173678>.
27. Merah NA, Wong DT, FoulkesCrabble DJ, et al. Modified Mallampati test, Thyromental distance and inter-incisor gap are the best predictors of difficult laryngoscopy in west africans. Can J Anesth 2005; 52: 291-296.
28. Barreto D, Salazar L. Factores Anatomicos asociados a intubación difícil en laringoscopia orotraqueal con anestesia general. 2009 [Tesis en Internet] 2009. [acceso 16 de octubre de 2016]; Disponible en: http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/474/BarretoVera_D.pdf.
29. Paz D. Tesis doctoral Valoración De Un Protocolo De Manejo De La Vía Área En La Obesidad Mórbida Memoria para optar al grado de Doctor Madrid, 2012 [Tesis en Internet] 2011. [acceso 16 de octubre de 2016]; Disponible en: <http://eprints.ucm.es/15688/1/T32947.pdf>.
30. O'Dell K, Predictors of Difficult Intubation and the Otolaryngology Perioperative

Consult Anesthesiology Clin 33 (2015) 279–290 [serial online] Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.anclin.2015.02.002>.

31. Safavi M, Honarmand A, Amoushahi M. Prediction of difficult laryngoscopy: Extended Mallampati score versus the MMT, ULBT and RHTMD. *Adv Biomed Res.* 2014;3:133. [serial online] Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4063103/>.
32. Fernández H, Pías S, Ocha S. Correspondencia entre test predictivos de vía aérea difícil y la laringoscopia directa [Revista en Internet] *Revista Archivo Médico de Camagüey AMC v.13 n.3 Camagüey Mayo-jun. 2009* ISSN 1025-0255 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000300015.
33. García M, Matos S. Consideraciones sobre el acceso a la vía aérea difícil. *Correo Científico Médico De Holguín* ISSN 1560-4381 CCM 2014; 18 (4) [Revista en Internet] [acceso 19 de octubre de 2005]; 26(3). Disponible: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v18n4/ccm16414.pdf>.
34. Cook T, MacDougall-Davis S. Complications and failure of airway management *British Journal of Anaesthesia* 109 (S1): i68–i85 (2012) [Revista en Internet] [acceso 1 de agosto de 2016]; Disponible: http://bjj.oxfordjournals.org/content/109/suppl_1/i68.full.pdf+html.
35. Covarrubias A, Martínez J, Reynada J. Actualidades en la vía aérea difícil *Revista Mexicana de Anestesiología* [revista en Internet] Vol. 27. No. 4 Octubre-Diciembre 2004 pp 210-218 [acceso 16 de octubre de 2016]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2004/cma044g.pdf>.
36. Ríos García, Elian; Reyes Cedeño, José; Valor predictivo de las evaluaciones de la vía aérea difícil *Trauma* [revista en Internet] Vol. 8, No. 3 Septiembre-Diciembre 2005 pp 63-70 [acceso 16 de octubre de 2016]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2005/tm053b.pdf>.
37. Ramírez J, Torrico G, Encinas C. Índices predictores de vía aérea en pacientes obesos *Revista Mexicana de Anestesiología* [revista en Internet] Volumen 36,

No. 3, julio-septiembre 2013 [acceso 16 de octubre de 2016]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cma133e.pdf>.

38. Shiga T, Wajima Z, Inoue T, et al. Predicting difficult intubation in apparently normal patients. A metaanalysis of bedside screening test performance. *Anesthesiology* [revista en Internet] V 103, No 2, Aug 2005 [acceso 1 de octubre de 2016]; 26(3). Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.599.3233&rep=rep1&type=pdf>.
39. Montemayor J, Guerrero R. Utilidad diagnóstica de la razón de distancia hiomental como predictor de intubación difícil en UMAE 25 Gaceta Médica de México. [revista en Internet] 2015;151 [acceso 10 de julio de 2016]; 26(3). Disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n5/GMM_151_2015_5_599-607.pdf.
40. Pindado M, Mariscal M, Sánchez B, Fernández C. Vía Aérea Difícil en un paciente con Obesidad Mórbida: Manejo. *Rev electron AnestesiaR* [revista en Internet] 2011; [acceso 10 de julio de 2016]; 2011; Vol 3 (11): 148 Disponible en: <http://anestesiario.org/rear/archivo-sp-200574518/volumen-iii/numero-11/301-via-aerea-dificil-en-un-paciente-con-obesidad-morbida-manejo>.
41. AKTAS S, ATALAY Y, TUGRUL M. Predictive value of bedside tests for difficult intubations. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* [revista en Internet] 2015; 19: 1595-1599 [acceso 19 de octubre de 2005]; Disponible en: <http://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/1595-1599.pdf>.
42. Sánchez V, González N, Vega O, Hernández J. Evaluación de los cambios en los predictores de vía aérea difícil en pacientes sometidos a cirugía ortognática en el Hospital Militar Central. *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello*. [revista en Internet] 2015; 43(2): 117-124 [acceso 19 de octubre de 2016]; Disponible en: <http://www.acorl.org.co/articulos/160603051124.pdf>.
43. Honarmand A, Safavi M, Ansari N. A comparison of between hyomental distance ratios, ratio of height to thyromental, modified Mallamapati classification test and upper lip bite test in predicting difficult laryngoscopy of patients undergoing general anesthesia. *Adv Biomed Res* [serial online] 2014

[cited 2016 Nov 25];3:166. Available from:

<http://www.advbiores.net.sci-hub.cc/text.asp?2014/3/1/166/139130>.

44. Valdés A, Cordero I, Cordoví de Armas L, Pernas A. Eficacia diagnóstica de un método predictivo de vía respiratoria anatómicamente difícil Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación [revista en Internet] 2011;10(3):186-197 [acceso 29 de octubre de 2016]; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v10n3/ane03311.pdf>.
45. López R. Tesis (Especialidad en anestesiología)--Universidad Autónoma de Aguascalientes. Centro de Ciencias de la Salud [tesis en internet]. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/123456789/461>.
46. Clinical Assessment of Airway and Its Correlation with Laryngoscopy Grading Narang N, Ashahiya I, Panwar S, Mahendra R. International Journal of Scientific Study [revista en Internet] | February 2016 | Vol 3 | Issue 11 [acceso 29 de octubre de 2016]; 26(3). Disponible en: <http://www.ijss-sn.com/uploads/2/0/1/5>.

Tabla1: La escala de Mallampati como predictor de intubación difícil en el HNERM – 2019

Mallampati**Escala Cormack – Lehane**

DIFICIL	DIFICIL	FACIL	TOTAL
FACIL			
TOTAL			

FUENTE: ficha de recolección de datos

Tabla2: El test mordida labio superior como predictor de intubación difícil en el HNERM - 2019.

TMLS**Escala Cormack – Lehane**

DIFICIL	DIFICIL	FACIL	TOTAL
FACIL			
TOTAL			

FUENTE: ficha de recolección de datos

Tabla3 Distancia tiromentoniana como predictor de intubación difícil en el HNERM – 2019

DTM**Escala Cormack – Lehane**

DIFICIL	DIFICIL	FACIL	TOTAL
FACIL			
TOTAL			

FUENTE: ficha de recolección de datos

Tabla4: Distancia esternomentoniana como predictor de intubación difícil en el el HNERM – 2019

DSTM**Escala Cormack – Lehane**

DIFICIL	DIFICIL	FACIL	TOTAL
FACIL			
TOTAL			

FUENTE: ficha de recolección de datos



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Olinda Yolanda Romero Escudero
Título del ejercicio:	Proyectos de investigación Residentado
Título de la entrega:	Predictores asociados a la intubación de la vía aérea difícil e...
Nombre del archivo:	PROYECTO_ULTIMON_2022.docx
Tamaño del archivo:	89.19K
Total páginas:	21
Total de palabras:	6,133
Total de caracteres:	33,350
Fecha de entrega:	19-sept.-2022 03:14p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre...	1903869601



Predictores asociados a la intubación de la vía aérea difícil en pacientes sometidos a anestesia general en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo de Junio-Setiembre del 20

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	13%
2	Angelina Vanessa Campoverde Alexander, María Teresa Torres Rodríguez. "TEST PREDICTORES DE VÍA AÉREA DIFÍCIL Y HALLAZGOS BAJO LARINGOS-COPIA DIRECTA EN SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL GENERAL ESME-RALDAS SUR DELFINA TORRES DE CONCHA", Más Vita, 2022 Publicación	1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo