

73
11202



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SIGLO XXI
DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

INCIDENCIA DE ODINOFAGIA Y DISFAGIA LARINGEA
POSTINTUBACION EN PACIENTES MANEJADOS CON
ANESTESIA GENERAL.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA
P R E S E N T A :
DRA. CONSUELO MACEDA CORDERO

ASESOR DE TESIS: DRA. ISIDORA VASQUEZ MARQUEZ



IMSS

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARZO DEL 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

REGISTRACION 3 SURESTE DE
CENSA SIGLO XXI
LISTA DE ESPECIALIDADES

27 MAR 2003

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

DR. ALFONSO RICHARDS QUIRÓZ
TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO
DE ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

DRA. ISIDORA VÁSQUEZ MÁRQUEZ
MEDICO NO FAMILIAR ANESTESIOLOGO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
(ASESOR DE TESIS)

SUBDIVISIÓN DE EDUCACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIA

A MI MADRE TERESA

Aunque nunca más de vuelva a ver Tú sigues conmigo y cada día me impulsas a ser mejor.

A MI FAMILIA.

A mi Padre y hermanos por todo su cariño y atención, a mis sobrinos los quiero.

A GABRIEL IVAN

Por estar siempre conmigo ayudándome y sobretodo por el amor que me das cada día.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por que Él ha sido mi pastor, nada me falta; irán conmigo la dicha y tu favor mientras dure mi vida.

A TODOS aquellos MAESTROS

Que han participado en mi formación en Especial a la **Dra. Vásquez** por su Profesionalismo y Dedicación.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS

Por esas charlas y bromas que lograban que cada guardia se hiciera más amena, en Especial a Lulú, Magda, Chely y Silvia por ser las mejores amigas y cómplices.

INDICE

	Pag.
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	3
MATERIAL, PACIENTES Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	8
DISCUSIÓN.....	10
CONCLUSIONES.....	12
BIBLIOGRAFIA.....	13
GRAFICAS Y TABLAS.....	18

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

INCIDENCIA DE ODINOFAGIA Y DISFAGIA LARINGEA POST-INTUBACION EN PACIENTES MANEJADOS CON ANESTESIA GENERAL.

Maceda Cordero C., Vásquez Márquez J.

INTRODUCCIÓN Para el anesthesiólogo es importante conocer con que frecuencia se presentan las lesiones post-intubación de los pacientes quirúrgicos que reciben anestesia general la cual requiere intubación orotraqueal. En nuestro medio se desconoce la incidencia de disfagia ya que nos hemos olvidado de la visita post-anestésica a las 24 y 48 horas posteriores para conocer el estado en que se encuentra la laringe la cual fue sometida al trauma dado por la manipulación.

DISEÑO. Transversal Analítico

OBJETIVO: Conocer la incidencia de odinofagia y disfagia laríngea, post-intubación orotraqueal en los pacientes que son sometidos a anestesia general.

MATERIAL Y METODOS: Después de la aprobación del comité local y consentimiento informado del paciente, se estudiaron 101 pacientes sometidos a anestesia general con intubación orotraqueal durante los meses octubre a diciembre del 2002 para conocer la incidencia de odinofagia y disfagia captándolos durante la intubación y siguiéndolos hasta 24 horas después de la intubación midiendo. No. de intentos para colocar el tubo, duración de la intubación, y dosis de fentanilo empleada previa al trauma de la intubación, se midió la intensidad del dolor y ardor faríngeo mediante la escala visual análoga en sala de recuperación y a las 24 horas.

RESULTADOS Se estudiaron 101 pacientes, de los cuales 43(42.6%) fueron sexo masculino y 58 (57.4%) fueron del sexo femenino ,con estado físico ASA 3 el 40.6%.

La incidencia de Odinofagia 15.8%, Disfagia 22.8% en nuestro estudio, relacionada con la incidencia de 14.4% a 50% de otros reportes en la literatura es alta; no hubo correlación entre disfagia y odinofagia con tiempo de colocación del tubo 47.43 ± 24.29 , duración de la intubación (rango 179.06 ± 87.03 min.) o números de intento en la intubación ((1-4 intentos) , no hubo diferencia significativa entre los pacientes que recibieron 100mcg de fentanil en la inducción y los que recibieron 500mcg. En relación a la intensidad de dolor.

CONCLUSIONES: La incidencia de disfagia y odinofagia post-operatoria encontrada en este estudio fue alta 15,8 y 22,8% respectivamente razón por la cual es importante identificarla para disminuir o abolir una molestia más del paciente quirúrgico.

PALABRAS CLAVES: Laringe, Odinofagia, Disfagia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUMMARY

INCIDENCE OF ODYNOPHAGIA AND LARYNGEAL DYSPHAGIA POST-INTUBATION IN MANAGED PATIENTS WITH GENERAL ANESTHESIA.

Maceda Cordero C., Vásquez Márquez I.

INTRODUCTION is important for the anesthesiologist to know which frequency is presented the lesions pos-tintubation of the surgical patients that receive general anaesthesia which requires endotracheal intubation. In our average the dysphagia incidence is ignored since we have forgotten the post-anesthetic visit at the 24 and 48 later hours to know the state in that is the larynx which was subjected to the trauma given by the manipulation of the larynx.

DESIGN. Traverse Analytic

OBJECTIVE: To know the adynophagia incidence and laryngeal dysphagia. post-intubation tracheal in the patients that are subjected to general anaesthesia.

MATERIAL AND METHODS: After the approval of the local committee and the patient's informed consent, 101 subjected patients were studied to general anaesthesia with intubation tracheal during the months October to December of the 2002 to know the odinophagia incidence and disphagia capturing them during the intubation and following them up to 24 hours after the intubation measuring, time of colocation tube, number of attempts at intubation, duration of the intubation, and dose of previous used fentanyl to the trauma of the intubation, it was measured the intensity of the pain and pharyngeal heat by means of the similar visual scale in recovery room and at the 24 hours.

RESULTS: were studied 101 patients, of those which 43(42.6%) were masculine sex and 58 (57.4%) they were of the feminine sex physical estate, ASA 3 40.6%.

The incidence of Odinophagia 15.8%. Disphagia 22.8% in our study, related with the incidence of 14.4% to 50% of other reports in the literature is high: there was not correlation in advance between disphagia and odinophagia of placement of the tube 47.43 ± 24.29 , duration of the intubation (range 179.06 ± 87.03 min.) or attempts numbers at intubation [(1-4 attempts), there was not significant difference among the patients that received 100mcg of fentanyl in the induction and those that received 500mcg in related a pain.

CONCLUSIONS: The operative symptoms of Disphagia and Odinophagia are common and they should be identified and to solve immediately.

KEY WORDS: Larynx, Odinophagia, Disphagia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

Para el anesthesiólogo es importante conocer con que frecuencia se presentan las lesiones postintubación de los pacientes quirúrgicos que reciben anestesia general la cual requiere intubación orotraqueal. En nuestro medio se desconoce la incidencia de disfagia ya que nos hemos olvidado de la visita post-anestésica a las 24 y 48 horas posteriores para conocer el estado en que se encuentra la laringe la cual fue sometida al trauma dado por la manipulación de la laringe.

R.Raymond Fink desde 1975 indica que las lesiones de la laringe son raras después de la anestesia endotraqueal ya que dicho órgano está expuesto a lesión en el momento de la inserción del tubo y sigue siendo vulnerable mientras dure la intubación (1)

La odinofagia la cuál es frecuente que se relacione con la disfagia, dentro de su fisiopatología está dada por múltiples causas tanto intrínsecas como extrínseca y dentro de ellas se mencionan las mecánicas la cual abarca a factores de la luz, estrechamientos y compresiones externas de los órganos de la deglución y las enfermedades inflamatorias (2, 3, 4, 5).

El laringoscopio, el tubo, la guía y la boquilla del pulverizador son "agujones" potenciales de síntomas posteriores a la extubación como son: ronquera, garganta adolorida e incluso estridor leve son a menudo

considerados como una secuela inevitable e irrelevante de la intubación, siendo subestimada la molestia que le ocasiona al paciente, la gravedad del traumatismo la constitución del enfermo y la precocidad y meticulosidad del tratamiento determina que se diagnostique y resuelva en las primeras 24 a 48 horas o, por el contrario progresen a complicaciones más graves.

El dolor de garganta es la queja más frecuente después de la intubación endotraqueal puede llegar a ser grave (6,7) llegando a ser causa de demanda.

La Asociación Americana de Anestesiólogos (ASA) encontraron en 4, 460 demandas de las Compañías de Seguros que aproximadamente 6% (266) eran por lesión de la vía aérea, los sitios más frecuentes de lesión eran la laringe (33%), faringe (19%) y esófago (18%), las lesiones de esófago y tráquea se asociaron más frecuentemente con intubación difícil las cuales eran más severas y producían un pago más alto al demandante que las demandas para otros sitios de la lesión de la vía aérea (8).

Hilding examinó muestras obtenidas de adultos después de haber sido sometidas a intubación de corta duración y comprobó que el signo más constante de traumatismo de la laringe se localizaba posteriormente sobre la lámina del aricoides con la luxación del aritenoides (9, 10). Johannsen afirmó que los microtraumatismos eran responsables del edema postintubación observable por micro laringoscopia (11). Así todas las

investigaciones que se han realizado con el fin de lograr una menor incidencia de dolor de garganta posterior a la intubación han llevado a algunos autores a realizar estudios experimentales con diferentes instrumentos coadyuvantes de ventilación de la vía aérea comparando a varios de ellos por ejemplo; la mascarilla laríngea (LM) y el combi tubo , con el tubo endotraqueal , a la conclusión que se ha llegado es que el uso de la LM y el combi tubo ocasionan mayor disfagia por la compresión tan importante que ejercen sobre toda la mucosa faríngea en el momento de la insuflación del globo en cambio los síntomas encontrados con el tubo orotraqueal, se encontró que ocasionaba mas frecuentemente disfonía (12, 13, 14).

El que nuestro paciente tenga menos secuelas posdesintubación a tomado un auge muy importante para la cirugía ambulatoria ya que estos enfermos deben retornar inmediatamente a sus actividades diarias (15), aunque se ha comprobado que los corticoesteroides (dexametasona) reducen los síntomas del edema en monos sometidos a intubación experimental (16) la sensación desagradable de despertar después de un procedimiento anestésico y quirúrgico con dolor de garganta (17, 18,19) resulta ser una mala experiencia y es nuestro deber como los expertos que somos en dolor evitar esa desagradable sensación y hacer que nuestro paciente tenga un mejor despertar, de ahí la importancia de conocer la

incidencia de dolor, disfagia y disfonía posteriores a la intubación en nuestro medio.

DISEÑO

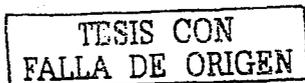
TRANSVERSAL Y ANALÍTICO

OBJETIVO

Conocer la incidencia de la lesión de la vía aérea , así como la sintomatología may frecuente post-intubación orotraqueal de los pacientes que son sometidos a anestesia general.

MATERIAL Y METODO.

Después de contar con la aprobación del comité local de investigación se procedió a revisar el programa de pacientes que son sometidos a procedimientos quirúrgicos de manera electiva y que ameritaran anestesia general en el Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional Siglo XXI en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2002 el Investigador realizó una visita preanestésica, donde se procedió a explicar a cada paciente en que consistía el estudio y después de contar con el consentimiento informado de cada uno de ellos se procedió a llenar una encuesta en la sala de quirófano en el momento



de la inducción e inserción del tubo permaneciendo ahí el tiempo que duró el procedimiento anestésico y quirúrgico hasta el momento de la emersión y extubación, se hizo seguimiento del paciente hasta la Unidad de Cuidados Postanestésicos (UCPA) ya despiertos y con Residuos leves de los efectos anestésicos con el fin de que pudieran contestar adecuadamente la encuesta; posteriormente se realizó una visita a las 24 hrs. Después del procedimiento anestésico y quirúrgico (cuando el paciente se encontraba en su piso) libre totalmente del efecto residual de agentes anestésicos (totalmente despiertos) y tolerando la vía oral algunos de ellos si su padecimiento lo permitía, se procedió a entregar otra encuesta para que fuera contestado de acuerdo a la sintomatología que presentaran en esos momentos como odinofagia, disfagia, disfonía aplicando la escala de Visualización análoga (EVA), considerando 0 sin sintomatología alguna y 10 sintomatología severa, toda la información fue capturada y vaciada a una Base Datos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS:

Se estudiaron 101 pacientes, de los cuales 43 (42.6 %) fueron sexo masculino y 58 (57.4%) fueron del sexo femenino.

(gráfica 1).

El estado físico según la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) el más frecuente fue ASA 3 40.6%.

(gráfica 2)

El peso de los pacientes fue de 66.94 ± 12.20 Kg, talla promedio de 158.13 ± 21.34 cm, tiempo quirúrgico 146.38 ± 83.32 minutos, tiempo anestésico fue de 204.88 ± 91.43 minuto, tiempo que duró la intubación 179.06 ± 87.03 minutos, tiempo de colocación del tubo fue de 47.43 ± 24.29 segundos. (cuadro 1)

La incidencia de Odlnofagia fue de 15.8% y Disfagia 22.8%.

(gráfica 3)

De acuerdo al número de Intentos se midió la dificultad para intubación encontrando que 85 (84.2%) se intubo al primer intento de éstos pacientes el 76.2% perteneció a la clase 1 de Mallampati y el 55.4% a la clase 1 de Patill-Aldreti; 11 (10.9%) al segundo, 4 (4.0%) al tercer intento y 1 (1.0%) fue al cuarto intento el cuál perteneció a la clase 3 de Mallampati y 1 de Patill-A. Con el fin de conocer la repercusión del narcótico recibido sobre la intensidad de dolor post-intubación se encontró que de los

pacientes (Ramsay de 1) que presentaron Odinofagia , disfagia y disfonía del 1-2.0% había recibido 100mcg de fentanilo. (fig 4-5)

Otros síntomas que se midieron fueron: náusea en 11 pacientes (10.9%) y vómito en 3(3.0%). (tabla 2)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION.

De los 101 pacientes estudiados encontramos que la incidencia global de odinofagia y disfagia post intubación endotraqueal fue del 15.8% y 22.8% respectivamente estos datos concuerdan con el estudio realizado por McHardy en 1999 quien analizó 8 trabajos que comprendieron 1325 pacientes de diferentes autores quienes encontraron incidencias que varían de 14.4% a 50%. Esto no es privativo de la intubación orotraqueal ya que otros autores como Armin Rieger quien encontró que 77 mujeres manejadas con mascara laríngea tuvieron una incidencia de odinofagia y disfagia del 38% el día de la cirugía y las 24 horas disminuye al 20% sin que deje de ser un porcentaje considerable. (28,20,21,22)

En cuanto al número de intentos para intubar, en nuestro estudio se intubo al 84.2% en el primero y el 15.8% en el segundo, tercero y cuarto intento; Sin embargo no se encontró relación entre odinofagia y disfagia y el número de intentos, estos datos fueron similares para, tiempo de colocación del tubo de 47.43 ± 24.29 segundos y el tiempo que duro la intubación 179.06 ± 87 minutos, esto concuerda con el trabajo realizado por Christensen en 1994 quién a pesar de referir un número de intentos mayor

al nuestro (uno-ocho) y un tiempo de intubación de 20-480 minutos del mismo modo no encontró asociación alguna. (8,21, 23, 24, 25)

Otro aspecto importante encontrado en el estudio es la relación del grado de Mallampati con el número de intentos de intubación encontrándose una incidencia de 8.9% que pertenecían a un grado 1, se intubaron en un segundo y tercer intento esto nos sugiere que siempre debemos estar preparados para una intubación difícil y que la incidencia de mortalidad relacionada a la anestesia el 46% sigue siendo por problemas de intubación.⁽²⁾

Otro objetivo de nuestro trabajo era ver la participación del fentanil utilizado preintubación (durante la inducción) como analgésico para disminuir la incidencia de odinofagia y disfagia No obstante No encontramos diferencias en relación con la dosis recibida de 100mcg y 500mcg esto puede deberse a la vida media del medicamento (8)

Otro factor que pudiera haber participado en la presentación de la sintomatología post- intubación que nos preocupa podría ser el esfuerzo del paciente al presentar nausea o vómito nosotros encontramos que la frecuencia de estos síntomas fue del 3-10 % siendo esta incidencia baja en comparación con estudios recientes en los cuáles la incidencia varía del 20-40%.sin encontrar correlación entre estos síntomas y la incidencia de odinofagia y disfagia. (26)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES: La incidencia de disfagia y odinofagia post-operatoria encontrada en este estudio fue alta 15.8 y 22.8% respectivamente razón por la cual es importante identificarla para disminuir o abolir una molestia más del paciente quirúrgico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

1. **Frederick K. Orkin, Lee H. Gooperm** complicaciones laringeas de la anestesia general Editorial Salvat p.143-150
2. **McHardy FE, Chung F.** Postoperative sore throat: cause, prevention and treatment, *Anaesthesia* 1999; 54:444-53
3. **Stout DM, Bishop MJ,** correlation of endotracheal tube size with sore throat and hoarseness following general anesthesia. *Anesthesiology* 1987; 67:419-21
4. **James R. Kosko, MD;J. David Moser, MD** Differential Diagnosis of Dysphagia in Children *Otolaryngologic Clinis of North America* 1998;31:3
5. **Rieger A, Bruñe B,** laryngo-pharyngeal complaints following laryngeal mask airway and endotracheal intubation, *Journal of Clinical Anesthesia* 1997; 9: 42-7
6. **Jones, Hale y cols.** Survey of acute complications associated with endotracheal intubation . *Cleve.Clin . Q.* 35:23 1968.

7. **Wylie W, D;** Hazards of intubations, *Anhaesthesia*, 5:143,1950

8. **Karen B. Domino, Karen L y cols.** Airway Injury during Anesthesia, *anesthesiology* 1999; 91:1703-1711

9. **Hilding AC.** Laryngotracheal damage during intratracheal anesthesia. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 80: 565,1971.

10. **Schultz Coulon HJ.** luxation des aryteoidknorpels als intubations schaden. *H. N. O.* 33; 242 1974

11. **Johannsen HS. and Pascher.** forungen durch des larynx bei intubation . *Arch. Otorhinolaryngol.* 202:1084 -1972.

12. **Armin Rieger, DEAA, Bergit Brunne.** Intracuff Pressures Do Not Predict Laryngopharyngeal Discomfort after Use of the Laryngeal Mask Airway. *Anesthesiology* 1997; 87:63-67

13. **D Joseph Christian Keller, M. Brimacombe.** The Influence of Cuff Volume and Anatomic Location on Pharyngeal, Esophageal, and Tracheal Mucosal Pressures with the Esophageal Tracheal Combitude *ANESTHESIOLOGY* 2002; 96:1074-1077

14. **M. Chandler.** Tracheal intubation and sore throat: a mechanical explanation. *Anaesthesia* 2002 Vol. 57, 155.

15. **MK PG Friedman, Rosenberg M Lebenbom.** A comparison of light wand and suspension laryngoscopic intubation techniques in outpatients *Anesthesia & Analgesia.* Vol 85, 578-582

16. **Biller H. F. Harvey, J. E Bone.** Laryngeal edema. An experimental study *Ann Otol. Rhinol. Laryngol.* 79:1084,1970

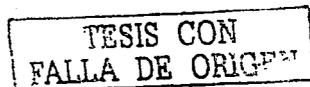
17. **Brimacombe, keller C, Giampalmo y cols.** Direct measurement of mucosal pressures exerted by cuff and noncuff portion of tracheal tubes with different cuff volumes and head and neck positions .*British Journal of Anaesthesia* 1999 ;82 :708-11

18. **Christensen, Willemoes, Larsen H. y cols.** Postoperative throat complaints after tracheal intubation. *British Journal of Anaesthesia* 1994; 73: 786-7.

19. **Alexander CA, Leach AB.** Incidence of sore Throat with the laryngeal mask. *Anaesthesia* 1989; 44:791.

ISIS CON
FALLA DE ORIGEN

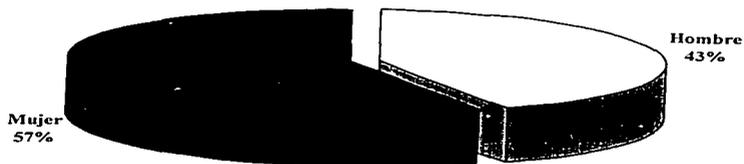
20. **Harding CJ, McVey FK.** interview method effects incidence of postoperative sore throat. *Anaesthesia* 1987; 42:1104-7
21. **Winkel E, Knudsen.** Effects on the incidence of postoperative sore throat of 1 percent cinchocaine jelly for endotracheal intubation *Anesthesia and Analgesia* 1971; 50:92-4.
22. **Dyngley J, Whitehead MJ, Wareham K.** A comparative study of sore throat with the laryngeal mask airway, *Anaesthesia* 1994; 49: 251-4.
23. **Hans Mandoe, MD, Lone Nikolassen, MD.** Sore throat After endotracheal intubation; *Anesthesia-Analgesia* 1992; 74: 897-900
24. **Loeser EA, Benett GM, Stanley TH y cols.** Reduction of postoperative sore throat with new endotracheal tube cuff *Anesthesiology* 1980; 52: 257-259.
25. **Conway CM, Miller JS, Sugden FLH.** Sore throat after anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 1960; 32: 219-223.
26. **khan and A. Haq .** Efec of cricoid pressure on the incidence of nausea and vomiting in the immediate postoperative period.



27. **Rocke, Murray, Stell.** Relative risk analysis of factors associated with difficult intubation in Obstetric anaesthesia, *Anesthesiology* 77:67-73,1992

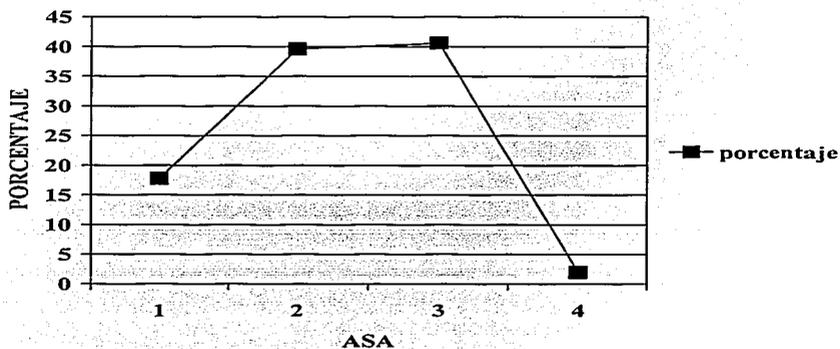
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grafica 1. Distribución Por Sexo



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grafica 2. Clasificación de ASA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

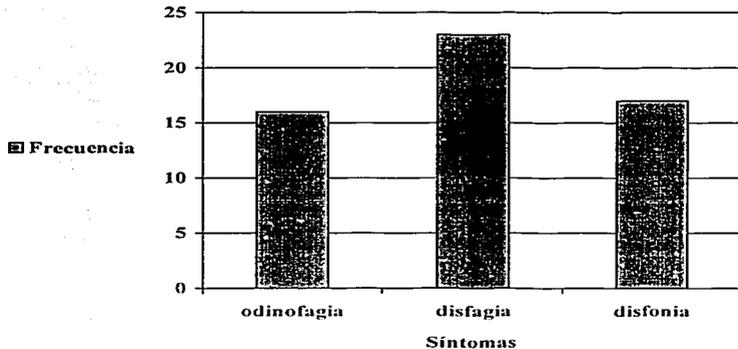
Cuadro 1. Características Generales

	Promedio	Standar
Peso Kgrs.	66.94	12.20
Talla Cms.	158.13	21.34
Tiempo Qx.	146.38	83.32
Tiempo Ant.	204.88	91.43
Tiempo Ct.	47.43	24.99
Tiempo Int.	179.06	87.03
Dosis Fenta	3.16	1.08

QX. quirúrgico, Ant. anestésico, Ct. tiempo de colocación del tubo, Int. tiempo de intubación, Fenta. fentanilo.

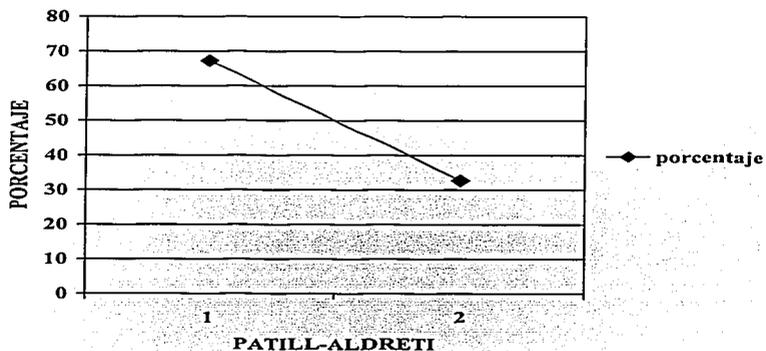
TE SIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grafica 3. Incidencia de Disfagia y Odinofagia



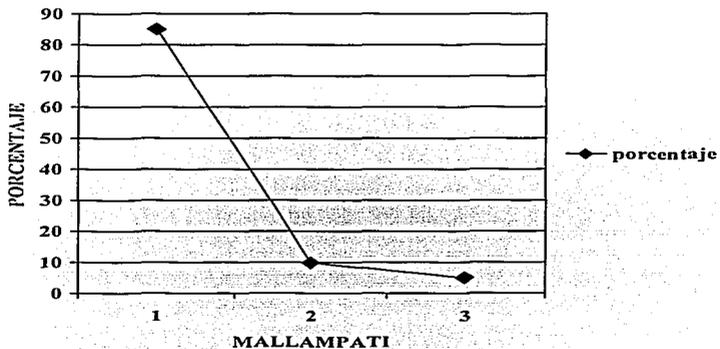
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grafica 4. Clasificación de Patill-aldreti



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grafica 5. Clasificación de Mallampati



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 2. Nausea - Vómito

	Frecuencia	Porcentaje
Nausea	11	10.9%
Vómito	3	3.0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN