

11202



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

MANEJO DE VÍA AÉREA EN PACIENTES CON LESIÓN
CERVICAL COMPARACIÓN ENTRE EL EMPLEO DE
ESTILETE LUMINOSO vs. LMAFASTRACH EN EL
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA "VICTORIO DE LA
FUENTE NARVÁEZ"

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA
PRESENTA:

DRA. PAOLA VANESSA PIÑEIRO ZARATE



ASESORES: DR. MARGARITO MUÑOZ DUEÑAS
DR. VICENTE MARTÍNEZ ROSETE

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central




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.

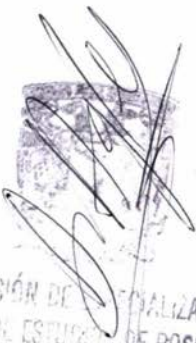

DR. JESÚS ARENAS OSUNA,
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN MÉDICA.




DR. JUAN JOSÉ DOSTA HERRERA,
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO
DE ESPECIALIZACIÓN DE ANESTESIOLOGÍA.


DRA. PAOLA VANESSA PIÑEIRO ZARATE,
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO
DE LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA.

REGISTRO DE PROTOCOLO No. 2003-690-0027.


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

AGRADECIMIENTOS

A TI GUS POR TU AMOR, COMPRENSIÓN, COMPAÑÍA, DEDICACIÓN, TERNURA Y POR TODO TU APOYO Y POR QUE SIN TI MUCHAS COSAS NO LAS HABRÍA LOGRADO, Y POR QUE HOY COMO HACE MUCHOS AÑOS LE SIGO AGRADECIENDO A DIOS QUE LA MANO QUE SOSTENGO ES LA TUYA, TE AMO.

A MI MADRE POR SU EJEMPLO, SU CARIÑO, SU APOYO, SU COMPRENSIÓN Y POR LA FORMACIÓN QUE ME DIO SIN LA CUAL NO SERIA HOY LO QUE SOY.

A MI ABUELIN POR SU CARIÑO, SU CUIDADO, SU PREOCUPACIÓN, SU APOYO A LO LARGA DE MUCHOS AÑOS, CON MUCHO CARIÑO Y RESPETO.

A MI HERMANA POR QUE SIEMPRE HAS ESTADO CONMIGO, POR TUS SACRIFICIOS, POR QUE NUNCA ME DIJISTE NO, POR TU APOYO INCONDICIONAL GRACIAS.

ÍNDICE

RESUMEN	5
SUMMARY	6
INTRODUCCIÓN	7
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN	13
CONCLUSIONES	15
BIBLIOGRAFÍA	16
ANEXOS	18

RESUMEN

TITULO: MANEJO DE VÍA AÉREA EN PACIENTES CON LESIÓN CERVICAL. COMPARACIÓN ENTRE EL EMPLEO DE ESTILETE LUMINOSO vs. LMA-FASTRACH.

OBJETIVO: Evaluar la posibilidad de intubación orotraqueal en pacientes con lesión cervical entre Estilete Luminoso y LMA-Fastrach en el Hospital de Traumatología "Victorio de la Fuente Narváez", en el periodo comprendido del 2002-2003.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio cuasi-experimental, prospectivo, transversal, comparativo, abierto. Se estudiaron a 42 pacientes programados para cirugía de columna cervical alta o baja manejados con AGB, se utilizó hoja de recolección de datos que incluye tiempo, número de intentos de intubación, FC, TA, SPO₂, CO₂, maniobra de BURP, utilizando programa SPSS 10.0, con significancia estadística $P < 0.05$ y U de Mann-Whitney.

RESULTADOS: Se dividió en 2 grupos para realizar la maniobra de intubación, Grupo I LMA-Fastrach, Grupo II Estilete Luminoso, al comparar el número de intentos de intubación, en el Grupo I al primer intento 16 pacientes, al segundo intento 5 pacientes. En el Grupo II al primer intento 13 pacientes, al segundo intento 8 pacientes. La dificultad para la intubación, Grupo I fácil 16 pacientes, difícil 5 pacientes. Grupo II fácil 14 pacientes, difícil 7 pacientes, con $\chi^2 P.495$ n.s.

CONCLUSIONES: Los pacientes con lesión cervical alta ó baja deben intubarse en posición neutra, utilizando LMA-Fastrach ó Estilete Luminoso asegurando una vía aérea adecuada, mejor oxigenación, menor alteración en la FC, TA Sistólica, TA Diastólica al momento de la intubación orotraqueal y posterior a esta.

PALABRAS CLAVE: LMA-Fastrach, Estilete Luminoso.

SUMMARY

TITLE: MANAGEMENT OF AIRWAY IN PATIENT WITH CERVICAL INJURY. COMPARISON AMONG THE EMPLOYMENT OF LUMINOUS STILETTO vs. LMA-FASTRACH.

OBJECTIVE: To evaluate the possibility of intubation orotracheal in patient with cervical injury between Luminous Stiletto and LMA-Fastrach in the Hospital of Traumatología "Victorio de la Fuente Narváez", in the understood period of the 2002-2003.

MATERIAL AND METHODS: It is a quasi-experimental, prospective, traverse, comparative, open study. They were studied 42 patients programmed for surgery of high cervical column or it lowers managed with AGB, you uses leaf of gathering of data that includes time, number of intubation intents, FC, TA, SPO2, CO2, maneuver of BURP, using SPSS programs 10.0, with statistical significant $P < 0.05$ and or of mann Wettney.

RESULTS: It was divided in 2 groups to carry out the intubation maneuver, Group I LMA-Fastrach, Group II Luminous Stiletto, when comparing the number of intubation intents, in the Group I to the first intent 16 patients, to the second intent 5 patients. In the Group II to the first intent 13 patients, to the second intent 8 patients. The difficulty for the intubation, Group I easy 16 patients, difficult 5 patients. Group II easy 14 patients, difficult 7 patients, with $x^2 P.495$ n.s.

CONCLUSIONS: The patients with high cervical injury or it lowers they owe intubate in neuter position, using LMA-Fastrach or Luminous Stiletto assuring a road air appropriate, better oxygenation, smaller alteration in the FC, Systolic TA, TA Diastolic to the moment of the intubation orotracheal and later to this.

WORDS KEY: LMA-Fastrach, Luminous Stiletto.

INTRODUCCIÓN.

En la práctica anestésica la afección respiratoria explica la clase única más grande de resultados adversos en la Sociedad Americana de Anestesiología. La ventilación inadecuada, la intubación esofágica y la intubación traqueal difícil son los mecanismos más frecuentes de esos resultados adversos vinculados con la respiración.¹

El ASA define una vía aérea difícil como "la situación clínica en la cual, un anestesiólogo calificado experimenta dificultad a la ventilación con mascarilla, dificultad a la intubación traqueal o ambas".

La dificultad a la laringoscopia fue definida por el ASA cuando no es posible visualizar alguna porción de las cuerdas vocales con la laringoscopia convencional, y define la intubación traqueal difícil cuando la inserción correcta del tubo traqueal con laringoscopia convencional requiere más de 3 intentos o más de 10 minutos.²

La vía aérea difícil no anticipada ocurre con baja pero consistente incidencia en la práctica anestésica. Laringoscopia directa difícil ocurre en 1.5-8.5% de anestesia general y la intubación difícil ocurre con una incidencia similar. La intubación fallida ocurre en 0.13-0.3% de anestesia general.²

La limitación de la extensión del cuello por lesión cervical es una de las mayores causas de visualización laringea difícil usando un laringoscopio con hoja de Macintosh, debido a que solo hay alineación del eje laringeo y faringeo y hay evidencia que la severidad de secuelas neurológicas pueden ser reducidas si se minimiza el movimiento cervical durante la laringoscopia.³

Existen técnicas alternativas dirigidas al manejo de la vía aérea difícil como son la mascarilla laringea, el combi tubo, el laringoscopio de fibra óptica, el estilete luminoso, el endoscopio de fibra óptica flexible, la hoja de McCoy, y la mascarilla laringea Fastrach.⁴

En el año de 1957 los doctores Macintosh y Richards describieron los principios de la transiluminación para la intubación orotraqueal (IOT) con el uso del estilete luminoso.

En la actualidad los estiletes han evolucionado en su tecnología y aplicaciones convirtiéndose en herramientas de uso frecuente en la práctica anestésica, recomendado para las unidades portátiles de manejo de vía aérea difícil tanto en anestesia general como en anestesia obstétrica, en pacientes con traumatismo craneofacial y con lesión cervical.⁶

El uso del estilete luminoso es facilitar la maniobra de intubación para realizarla sin requerir laringoscopia directa con un tiempo de intubación de 30 segundos, además la respuesta cardiovascular (FC, TA) se mantiene estable.

La movilidad en la región cervical, durante la intubación con estilete luminoso es menor proponiéndose como el elemento adecuado después del fibroscopio en pacientes con anquilosis de la columna cervical, o con limitación para el movimiento del cuello.⁷

Las complicaciones que se presentan son menores, correspondiendo a episodios de sangrado de mucosa, laceración labial, otras complicaciones que se encuentran reportadas en la literatura están derivadas de factores técnicos como desprendimiento del bombillo en el interior de la vía aérea o quemaduras en la mucosa.

La mascarilla fastrach es un dispositivo nuevo, diseñado para la intubación orotraqueal "A ciegas", que puede ser de utilidad en pacientes con vía aérea y guía para intubación difícil, comprobada en casos de grado IV de Mallampati grado III de Cormack/Lehene.

Aporta como novedad una serie de variaciones en su diseño (el tubo es metálico, rígido y acodado, incorpora un asa metálica, las dos barras fijas que evitan que la epiglotis al descender obstruya la luz, se han substituido por una barra móvil que se eleva con el paso del tubo endotraqueal, y la salida del tubo metálico en forma de "V" dirige la salida del tubo endotraqueal especialmente diseñado para este uso), que permiten la intubación orotraqueal a través de la misma sin visualización de la glotis.⁸

Su diseño especial permite su colocación con una sola mano desde cualquier posición, no es necesario introducir un dedo en la boca del paciente y no precisa de la manipulación de hiperextensión de la cabeza y cuello, o en pacientes con enfermedad cervical, como espondilitis anquilosante avanzada, luxación traumática de articulaciones cervicales, fracturas cervicales, hernias cervicales que necesitan ser intubados en posición neutra.⁹

La mascarilla laringea fastrach esta contraindicada en pacientes con alteraciones anatómicas o traumáticas de la faringe, laringe o esófago, o aquellos con sospecha de obstrucción mecánica de la vía aérea ya sea por cuerpos extraños o otras razones como epiglotitis, y pacientes con estómago lleno.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Previa autorización del Comité Local de Investigación y Ética del Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional "LA RAZA" y del Consentimiento Informado por los pacientes, se realizo un estudio cuasi-experimental, prospectivo, transversal, comparativo y abierto.

Se estudiaron a 42 pacientes del Hospital de Traumatología "Victorio de la Fuente Narváez" con lesión cervical alta o baja, a quienes se les realizo cirugía de columna cervical, bajo anestesia general balanceada, durante el periodo de Marzo del 2003 a Julio del 2003. Se excluyeron a pacientes con ASA V, aquellos que no tuvieran lesión cervical alta o baja, quienes ingresaran a quirófano intubados o en quienes estuviera contraindicado el uso de Estilete Luminoso o LMA-Fastrach.

Los pacientes fueron distribuidos en 2 grupos de 21 pacientes cada uno, todos recibieron anestesia general balanceada, previo monitoreo tipo 1, la medicación fue con fentanil 3-5mcg/kg, atropina 10mcg/Kg., cisatracurio 150mcg/kg, propofol 2mg/kg, desnitrogenización con O₂ a 5lts x' con mascarilla facial por 3 minutos, los pacientes que no contaban con collarín cervical rígido se les coloco en posición neutra y se procedió a realizar intubación orotraqueal con Estilete Luminoso o con LMA-Fastrach según la elección del paciente, tomando las variables hemodinámicas antes del paso de fármacos (basal), a la administración de los fármacos, y cada 5 minutos hasta llegar a 5 minutos posteriores a la intubación, anotando los resultados en las hojas de registro.

Una vez obtenido los resultados fueron comparados los grupos con χ^2 , y medidas de tendencia central basados en el programa SPSS versión 10.0.

RESULTADOS.

Previa aprobación por el Comité de Ética e Investigación del HECMN "La Raza" y Carta de Consentimiento Informado por el paciente se estudiaron en el Hospital de Traumatología "Victorio de la Fuente Narváez", 42 pacientes con lesión cervical los cuales se dividieron en 2 grupos, Grupo I maniobra de intubación con LMA-Fastrach en 21 pacientes (50%), Grupo II maniobra de intubación con Estilete Luminoso 21 pacientes (50%).

La distribución de edad fue para el Grupo I 33.38 ± 12.04 y para el Grupo II 39.0 ± 16.94 .

La distribución por sexo fue para el Grupo I femenino 7 y masculino 14, Grupo II femenino 5 y masculino 16 χ^2 con P .495 n.s. ^{TABLA 1}

Al comparar la posibilidad de intubación, se realiza estabilización manual de la cabeza en posición neutra en 8 pacientes (19.05%) del Grupo I y 13 pacientes (30.95%) restantes tenían collarín cervical rígido, en el Grupo II 9 pacientes (21.45%), requirieron estabilización manual, 12 pacientes (28.55%) no la necesitaban ya que contaban con collarín cervical rígido realizando χ^2 con P .753 n.s.

Al comparar en número de intentos de intubación entre los grupos, Grupo I la intubación se realizó al primer intento en 16 pacientes (38.1%), y al segundo intento en 5 pacientes (11.9%). En el Grupo II la intubación se realizó al primer intento en 13 pacientes (30.94%) y al segundo intento en 8 pacientes (19.06%), con una χ^2 con P .31 n.s. ^{GRAFICA 2}

En relación al Estado Físico ASA (Asociación Americana de Anestesia), la distribución para el Grupo I, ASA I 16 pacientes (38.1%), ASA II 5 pacientes (11.9%). En el Grupo II, ASA I 9 pacientes (21.5%), ASA II 3 pacientes (7.1%), ASA III 6 pacientes (14.3%), ASA IV 3 pacientes (7.1%) .

En relación al Diagnóstico prequirúrgico la distribución fue como sigue: Grupo I Fx cervical 14 pacientes (33.4%), listesis cervical 3 pacientes (7.1%), luxación cervical 4 pacientes (9.5%). En el Grupo II Fx cervical 12 (28.6%), listés cervical 4 pacientes (9.5%), luxación cervical 2 pacientes (4.8%), enfermedad crónico degenerativa 3 pacientes (7.1%) . ^{TABLA 3}

Siguiendo con la evaluación para lograr una intubación orotraqueal adecuada en algunos pacientes se realizó maniobra de BURP en el Grupo I en 2 pacientes (4.76%), y en 19 pacientes (45.24%) no se realizó, en el Grupo II 3 pacientes (7.14%) y en 18 pacientes (42.86%) no se realizó, con χ^2 P .634 n.s.

Al evaluar la maniobra de intubación con relación a la dificultad para realizar esta, encontramos en el Grupo I fácil en 16 pacientes (38.1%), difícil 5 pacientes (11.9%). En el Grupo II fácil 14 pacientes (33.35%), difícil 7 pacientes (16.65%), con χ^2 P .495 n.s. Se excluyó un paciente del Grupo I por no poderse intubar, el cual requirió laringoscopia directa observando un Cormack y Lehane GI no encontrando dificultad para la intubación. GRAFICA 4

En relación a los percentiles 5, 50 y 95 al comparar la TA diastólica basal, para el Grupo I 60 mmHg, 70 mmHg y 89.5 mmHg, para el Grupo II fue 60.9 mmHg, 80 mmHg y 97.0 mmHg, obteniendo un valor de P >.010 estadísticamente significativa.

Al comparar los grupos en relación a las variables hemodinámicas FC, TA Sistólica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas P >.005 n.s.

Al comparar las variables de ventilación saturación de Oxígeno y CO2 entre grupos no se encontraron diferencias significativas.

Se realizó prueba de Wilcoxon entre las variables hemodinámicas en relación al tiempo para el Grupo I se comparó la Spo2 basal vs. Spo2 durante la intubación, la Spo2 postintubación vs. la Spo2 a los 5 minutos post-intubación, obteniendo un valor de P < .004 estadísticamente significativa. En el Grupo II se comparó la Spo2 basal vs. Spo2 durante la intubación, la Spo2 postintubación vs. la Spo2 a los 5 minutos post-intubación, obteniendo un valor de P <.005 estadísticamente significativa. TABLA 5

Para el Grupo I se comparó FC basal vs. FC durante la intubación, la FC postintubación vs. la FC a los 5 minutos postintubación, obteniendo un valor de P <.005 estadísticamente significativa. En el Grupo II también se comparó FC basal vs. FC durante la intubación, la FC postintubación vs. la FC a los 5 minutos postintubación, obteniendo un valor de P >.005 n.s.

Se valoró en el grupo I la TA Sistólica basal vs. TA Sistólica durante la intubación, TA Sistólica postintubación vs. TA Sistólica a los 5 minutos postintubación, obteniendo un valor de P >.005 n.s. En el grupo II se comparó la TA Sistólica basal vs. TA Sistólica durante la intubación vs. la TA Sistólica postintubación vs. la TA Sistólica a los 5 minutos postintubación, obteniendo un valor de P >.005 n.s.

Se comparo en el Grupo I la TA Diastólica basal vs. la TA Diastólica durante la intubación vs. TA Diastólica postintubación vs. la TA Diastólica a los 5 minutos postintubación, obteniendo un valor de $P > .005$ n.s. En el grupo II se comparo la TA Diastólica basal vs. la TA Diastólica durante la intubación, vs. TA Diastólica postintubación vs. la TA Diastólica a los 5 minutos postintubación, obteniendo un valor de $P > .005$ n.s.

En relación al Estado Físico ASA con la maniobra de intubación, para el Grupo I ASA I 16 pacientes (38.1%), ASA II 5 pacientes (11.9%). En el Grupo II ASA I 9 pacientes (21.5%), ASA II 3 pacientes (7.1%), ASA III 6 pacientes (14.3%), ASA IV 3 pacientes (7.1%).

En relación a la maniobra de intubación, con el tipo de cirugía encontramos para el Grupo I Fx cervical 14 pacientes (33.4%), listesis cervical 3 pacientes (7.1%), luxación cervical 4 pacientes (9.5%). En el Grupo II Fx cervical 12 (28.6%), listesis cervical 4 pacientes (9.5%), luxación cervical 2 pacientes (4.8%), enfermedad crónico degenerativa 3 pacientes (7.1%).

DISCUSIÓN.

En nuestro estudio se comparo la posibilidad de intubación orotraqueal, en 42 pacientes, 25 (59.5%) pacientes contaban con collarín cervical rígido (Filadelfia), y 17 (40.5%) pacientes requirieron estabilización manual de cabeza y cuello.

Crosby y cols mencionan, que el uso del collarín cervical rígido Filadelfia reduce la flexión y extensión de la cabeza en un 30%, y en movimientos laterales y rotación del cuello en un 50%, ya que al realizar una intubación orotraqueal no es conveniente la manipulación de cabeza y cuello sobre todo en pacientes con columna cervical inestable, así mismo mencionan el uso de técnicas y dispositivos que permitan tener el control de la vía aérea.¹⁰

Horton realizo un estudio en 70 pacientes con lesión cervical en C1-C2 inestable, utilizando laringoscopia directa y comenta que existe un mayor riesgo de daño neurológico por la extensión atlanto-occipital, ya que los pacientes se les realizó resonancia magnética antes y después de la intubación se vio un ligero desplazamiento de las vértebras cervicales una vez que se realizo la intubación, sin en cambio en un estudio realizado a 62 pacientes con lesión cervical, después de laringoscopia directa con estabilización de cabeza y cuello en posición neutra no hubo evidencias de deterioro neurológico después de la intubación, pero argumentan que este estudio fue retrospectivo y que es innegable el riesgo de hasta 7% de deterioro neurológico posterior a la laringoscopia directa.¹¹

Nosotros intubamos a los pacientes con LMA-Fastrach y Estilete Luminoso no encontrando deterioro neurológico postquirúrgico.

La maniobra de BURP se utiliza en situaciones de glotis alta ó un Cormack Gill, para mejorar en un grado la laringoscopia directa, nosotros realizamos esta maniobra; en el Grupo I (LMA-Fastrach) en 2 pacientes y en el Grupo II (Estilete Luminoso) en 3 pacientes. Nosotros no encontramos estudios en pacientes con lesión cervical alta ó baja donde utilizaran esta maniobra para mejorar las condiciones de intubación.

Brimacombe J y cols. realizaron un estudio utilizando LMA-Fastrach donde lograron la intubación orotraqueal al primer intento entre el 50% al 80% de los casos; y el resto se conseguía tras dos o tres intentos realizados después de recolocar la LMA-Fastrach o al cambiar el tamaño de ésta.¹²

Nosotros encontramos en nuestro estudio que los pacientes intubados al primer intento con LMA-Fastrach fueron 16 (76.1%), al segundo intento en 5 (23.8%).

Hung y cols, estudiaron en forma prospectiva un grupo de 165 pacientes con vía aérea difícil logrando con éxito la intubación con Estilete Luminoso en todos excepto un paciente con obesidad mórbida, el número de intentos fue de uno a tres, obteniendo un promedio de tiempo de maniobra de intubación de 23 segundos.¹³ Nosotros realizamos la intubación orotraqueal con Estilete Luminoso al primer intento en 13 pacientes (61.9%), al segundo intento en 8 pacientes (38.1%).

Nishikama K y cols han realizado comparaciones en la respuesta hemodinámica a la intubación orotraqueal con Estilete Luminoso y laringoscopia directa en pacientes normotensos e hipertensos. Este grupo ha observado que en pacientes normotensos la técnica de intubación orotraqueal con Estilete Luminoso produce menos cambios hemodinámicos en comparación con laringoscopia directa, aunque en los pacientes hipertensos la magnitud de los cambios hemodinámicos es la misma con ambas técnicas de intubación orotraqueal.¹⁴

Juan Camilo y cols estudiaron 80 pacientes con enfermedad coronaria cuyo objetivo fue mostrar los cambios cardiovasculares luego de intubación con Estilete Luminoso y laringoscopia convencional, y sugiere que la utilización de Estilete Luminoso presenta menos cambios hemodinámicos que con la laringoscopia convencional.¹⁵

En nuestro estudio al realizar la intubación con LMA-Fastrach ó Estilete Luminoso no hubo cambios significativos en las variables hemodinámicas.

CONCLUSIONES.

En pacientes con lesión cervical en los que idealmente no se debe alinear los ejes oral, faríngeo y laríngeo para realizar la intubación, por el riesgo de producir daño neurológico, la utilización de dispositivos como LMA-Fastrach ó Estilere Luminoso permiten la intubación orotraqueal en posición neutra en el 97.6% de los casos.

La intubación orotraqueal con LMA-Fastrach ó Estilere Luminoso produce una mínima respuesta hemodinámica en los pacientes con Lesión Cervical alta ó baja.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Jonathan L Benumof Peter H Breen et al Respiración en anestesia: Fisiopatología y actualización clínica Pennsylvania McGraw-Hill Interamericana editores, 1998, Vol. 16, No. 1:31-49.
2. Crosby Edward T Cooper Richard M et al The unanticipated difficult airway with recommendations for management Can J Anaesth 1998 45: 757-776
3. Alonso Mesa M. Manual clínico de la vía aérea, JGH Editores, segunda edición 2000, pág. 360.
4. Randolph H Hsatings Phd and James D Airway Management for Trauma Patients with Potential Cervical Spine Injuries Anesth Analg 1991; 73: 471-82.
5. Orlando R Hung Light-guided retrograde intubation Canadian Journal of Anaesthesia 1999 13: 877-882.
6. Hung OR Pytka S Murphy MFY et al. Comparative haemodynamic changes following laryngoscopic or lightwand intubation Anesthesiology 1993; 79: 497.
7. Berns SD Patel RI Chamberlain JM Oral intubation using a lighted stylet vs direct laryngoscopy in older children with cervical immobilization Acad Emerg Med 1996; 3: 34-40
8. David Z Ferson William H Rosenblant Use of the intubation LMA-Fastrach in 254 patients with difficult-to-manage Airways.
9. Intubación con Fastrach en pacientes con enfermedad cervical. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Joan XXIII.
10. Crosby E, Lui A. The adult cervical spine: implications for airway management. Can J Anaesth 1990;37:77-93.
11. Horton W A Fahy L, Charters P. Disposition of cervical vertebrae, atlanto-axial joint, hyoid and mandible during x-ray laryngoscopy. Br J Anaesth 1989;63:435-8.
12. Brimacombe J, Berry A, Verghese C. The laryngeal mask airway in critical care medicine. Intensive Care Med 1995;21:361-4
13. Hung OR, Pytka S, Morris I, Murphy M. Lightwand intubation: II-Clinical trial a new lightwand for tracheal intubation in patients with difficult airways. Can J Anaesth 1995;42:826-30.

14. Nishikama K Facilitates translaryngeal guided intubation. *Anesthesiology* 2001;76:1039

15. Juan Camilo Giraldo, Félix Montes. Publicaciones Scare www.scare.org.com /Recursos /RCA-3-2001.

TABLA 1

**MANEJO DE VÍA AÉREA EN PACIENTES CON LESIÓN CERVICAL
COMPARACIÓN ENTRE EL EMPLEO DE ESTILETE LUMINOSO vs. LMA-
FASTRACH EN EL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA “VICTORIO DE LA
FUENTE NARVÁEZ” DATOS DEMOGRÁFICOS**

	GRUPO I	GRUPO II	
EDAD	33.3 ±12	39.0 ±16	P >0.05
SEXO F/M	7 /14	5 /16	P >0.05

*Se considera estadísticamente significativa una $p < 0.05$

GRAFICA 2

NÚMERO DE INTENTOS DE INTUBACIÓN EN PACIENTES CON LESIÓN CERVICAL COMPARACIÓN ENTRE LMA-FASTRACH Y ESTILETE LUMINOSO

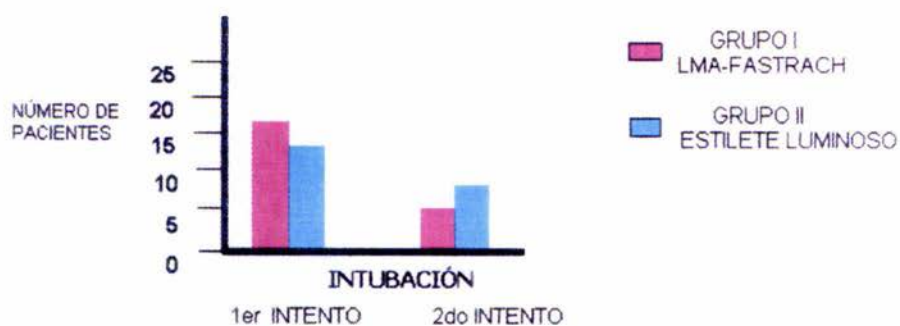


TABLA 3

**DIAGNOSTICO DE LESIONES CERVICALES COMPARACIÓN ENTRE LMA-
FASTRACH Y ESTILETE LUMINOSO**

	Fx Cervical	Listesis Cervical	Luxación Cervical	Enfermedad Crónica Degenerativa
GRUPO I	14 (33.4%)	3 (7.1%)	4 (9.5%)	
GRUPO II	12 (28.6%)	4 (9.5%)	2 (4.8%)	3 (7.1%)

GRAFICA 4

**DIFICULTAD PARA REALIZAR LA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN
PACIENTES CON LESIÓN CERVICAL COMPARACIÓN ENTRE LMA-
FASTRACH Y ESTILETE LUMINOSO**



TABLA 5

COMPARACIÓN DE SPO2 EN RELACIÓN AL TIEMPO ANESTESICO DURANTE LA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON LMA-FASTRACH Y ESTILETE LUMINOSO EN PACIENTES CON LESIÓN CERVICAL.

	GRUPO I LMA-FASTRACH	GRUPO II ESTILETE LUMINOSO
	MEDIA	MEDIA
SPO2 BASAL	97.00	95.00
SPO2 INTUBACIÓN	98.00	97.00
SPO2 POSTINTUBACIÓN	99.00	99.00
SPO2 5 MINUTOS POST	99.00	99.00