



# “Valoración de las modificaciones en la vía aérea de pacientes embarazadas en trabajo de parto”

**Alumno:** SAUCINA, Fabián Leonardo

Fabiansaucina@hotmail.com

**Tutor:** CIANCIO, Mariana Ivon

**Cotutor:** DOMÁNICO, César Mariano

**Radicación del trabajo:** Servicio de Anestesia, Analgesia y Reanimación del Hospital Escuela Eva Perón (HEEP)

**Año:** 2015

## INDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Hipótesis.....	6
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos.....	7
Metodología y técnicas a emplear.....	7
Resultados.....	9
Discusión .....	12
Conclusión.....	14
Bibliografía .....	15
Consentimiento informado.....	17
Anexo 1.....	18

## RESUMEN

**Introducción:** En la mujer embarazada, las complicaciones derivadas del manejo de la vía aérea representan la principal causa de morbimortalidad de origen anestésico. La clasificación de Mallampati (M) es una herramienta simple y reproducible para evaluar la posible dificultad para la intubación orotraqueal. El **objetivo** de este estudio es valorar la calificación de M en las mujeres en trabajo de parto (TP) y si existen modificaciones en el puerperio inmediato en comparación con el TP. **Materiales y métodos:** Se incluyeron 100 pacientes en TP, atendidas en el Hospital Escuela Eva Perón, a las que se le evaluó la vía aérea con la escala de M al ingreso y en las primeras 2 hs. posparto. Además se registraron otras variables como la edad, antropométricas y antecedentes obstétricos. **Resultados:** El 38 % de las pacientes incluidas presentó un aumento en la calificación de la escala de M en 1 o 2 grados al finalizar el TP. Estos cambios fueron estadísticamente significativos ( $p \leq 0,0001$ ). El grupo de pacientes con un M III y IV, sugestivos de posible dificultad para la intubación orotraqueal comprendía un 20% al ingreso y aumentó a un 35% al momento del puerperio inmediato. **Discusión:** En concordancia con autores como Pilkinton, Bouttonet y Kodali, la incidencia de pacientes con un Mallampati III o IV aumentó con el transcurso del TP. **Conclusión:** Es imperativo que los anestesiólogos realicen reevaluaciones de la vía aérea de la paciente obstétrica antes de manipularla.

**Palabras claves:** Embarazo, Mallampati.

## INTRODUCCIÓN

Las complicaciones anestésicas en las pacientes obstétricas son la sexta causa de muerte materna, siendo la broncoaspiración, la intubación/ventilación fallida y la hipoxia derivada de ellos los agentes responsables del aumento de la morbimortalidad de la paciente grávida que requiere anestesia general para una cesárea.<sup>1, 2, 3.</sup>

La evaluación de la vía aérea de los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento anestésico es de fundamental importancia para determinar alteraciones que pudieran generar dificultades en el manejo de la misma, y anticiparse a las complicaciones que pudieran ocurrir. Para dicha valoración se recurre a la anamnesis y al examen físico, recabando antecedentes de enfermedades tales como diabetes mellitus, artritis reumatoide, hipotiroidismo, acromegalia, Síndrome de Down, traumatismos y tumoraciones de cabeza y cuello que pudieran dificultar el acceso a una vía aérea segura. El uso de escalas como la de Mallampati y parámetros como la distancia tiromentoniana y gonion mandibular, el grado de apertura bucal, la movilidad cervical y la subluxación del maxilar, como así también los antecedentes de dificultades previas a la hora de manejar la vía aérea, resultan de gran utilidad.<sup>4, 5.</sup>

La clasificación de Mallampati (M), modificada por Samsoon y Young en 1987, es una herramienta simple, reproducible y fiable.<sup>6</sup> Contempla cuatro grados diferentes, los cuales indican las estructuras anatómicas que se alcanzan a visualizar al pedir al paciente en posición sentada, que abra la boca y protruya la lengua sin producir fonación. La visibilidad de las estructuras depende de la capacidad relativa de la cavidad orofaríngea y del volumen de la lengua (figura 1)<sup>4, 7, 8.</sup>

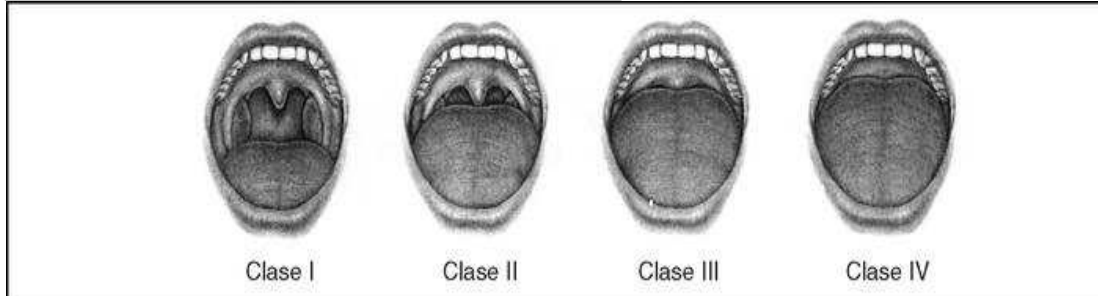
Clase I: paladar blando, fauces, úvula y pilares del paladar

Clase II: paladar blando, fauces, úvula

Clase III: paladar blando y base de la úvula

Clase IV: paladar duro

Figura 1. Clasificación de Mallampati.



Este test intenta correlacionar la visibilidad de las estructuras orofaríngeas con el grado de dificultad en la laringoscopia directa. Las clases III y IV se asocian a menudo con dificultades en la exposición laríngea. Como prueba única tiene una sensibilidad del 65-81 %, una especificidad de 66-82% y un valor predictivo positivo del 13%, para detectar laringoscopias difíciles, correspondientes a grados 3 y 4 de Cormack y Lehane.<sup>4,9.</sup>

Un meta-análisis determinó que la exactitud de la prueba de Mallampati modificado para la predicción de laringoscopia difícil fue cinco veces mayor en pacientes obstétricas que en el resto de la población. La dificultad en la visualización de las estructuras laríngeas en estas pacientes se debe al edema facial y faríngeo secundario a la retención de líquidos inducida hormonalmente. Estos resultados sugieren que las pruebas de Mallampati son mejores en predecir una laringoscopia difícil asociado con cambios en el tejido suave en comparación con otros factores anatómicos.<sup>10</sup>

En la mujer embarazada, las complicaciones derivadas del manejo de la vía aérea representan la principal causa de morbilidad de origen anestésico.<sup>2,3,4,5,8.</sup> Esto se debe a las modificaciones fisiopatológicas que se producen durante el embarazo tales como el aumento de peso y el Índice de Masa Corporal (IMC)<sup>11</sup>, aumento del tamaño de las mamas y del diámetro anteroposterior del tórax que reducen el espacio para maniobrar con el laringoscopio. Además, a medida que aumenta el

volumen abdominal, el diafragma se desplaza hacia arriba comprimiendo los pulmones lo que lleva a reducir la capacidad residual funcional pulmonar entre un 20 y un 30%. Paralelamente existe un metabolismo acelerado, que aumenta la ventilación minuto en un 50% y el consumo de oxígeno en un 20%. Estas condiciones generan la baja tolerancia de la embarazada a la apnea. Previa oxigenación, se cuenta con aproximadamente 3 minutos para lograr la intubación, luego de lo cual sobreviene una abrupta desaturación.<sup>2, 3, 5</sup> En el tercer trimestre, el vaciamiento gástrico para sólidos está retardado. La producción de ácidos es mayor al igual que el volumen gástrico, y la disminución de la presión del esfínter gastroesofágico inferior aumenta la posibilidad de reflujo. Por esta razón las pacientes grávidas se consideran “estómago ocupado” y se las debe intubar con secuencia rápida y maniobra de Sellick.<sup>2, 3, 5</sup> Por otro lado la vascularización de la vía aérea superior está aumentada, convirtiendo a la mucosa en un tejido más friable y edematoso con tendencia a la hemorragia, complicando aún más la maniobra de intubación. El Mallampati empeora progresivamente a medida que avanza la edad gestacional, alcanzando su grado máximo durante el parto.<sup>2, 7, 12, 13.</sup>

El propósito de este estudio es determinar la modificación en parámetros de valoración de vía aérea dificultosa utilizados comúnmente por anesthesiólogos, en mujeres embarazadas en trabajo de parto. La importancia de conocer los posibles cambios ocurridos en este grupo de pacientes radica en valorar en el instante previo al procedimiento anestésico la vía respiratoria de la paciente, para anticiparse a las complicaciones y planificar estrategias de manejo de la misma.

## HIPÓTESIS

La etapa final del embarazo modifica los parámetros predictores de vía aérea dificultosa.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar si existen modificaciones en la vía aérea de la paciente embarazada en trabajo de parto.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Valorar la calificación de Mallampati en mujeres que se encuentran en trabajo de parto (TP).
- 2) Corroborar si existe un incremento en dicha escala en el puerperio inmediato en comparación con el trabajo de parto.

## **METODOLOGÍA Y TÉCNICAS A EMPLEAR**

Una vez aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Escuela Eva Perón (HEEP) y bajo consentimiento informado de los pacientes, se llevó a cabo el siguiente estudio observacional, descriptivo y longitudinal.

### **Población estudiada**

Se enrolaron en el estudio 100 pacientes embarazadas en trabajo de parto atendidas en dicho hospital, durante el período comprendido entre el 1 de diciembre de 2014 hasta el 31 de enero de 2015.

### **Criterios de inclusión**

- 1) Mujeres embarazadas en trabajo de parto activo con más de 32 semanas de edad gestacional.
- 2) Edad mayor a 18 años.

### **Criterios de exclusión**

- 1) Negativa de la paciente a formar parte del estudio
- 2) Pacientes que se internan para cesárea electiva.
- 3) Urgencias obstétricas que requieran anestesia general
- 4) Patologías de cuello (tumoraciones, fijaciones cervicales, etc)

### **Obtención de los registros**

Al ingresar la paciente a la sala de parto se registraron en la planilla de recopilación de datos (Anexo 1) las siguientes variables a partir de la anamnesis, examen físico y de la cavidad oral:

- 1) Edad (años).
- 2) Peso (kg).
- 3) IMC (relación del peso en kg/talla<sup>2</sup>)
- 4) Antecedentes obstétricos (edad gestacional en semanas, comorbilidades, gestas y partos previos y dilatación cervical al ingreso en cm).
- 5) Escala de Mallampati

En el puerperio inmediato (durante las primeras 2 hs posparto) se evaluaron:

- 1) Escala de Mallampati
- 2) Duración del trabajo de parto (hs).

Al evaluar la escala de Mallampati se le pidió a la paciente que se sentara dejando la cabeza en posición neutra y que con la boca abierta, protruya la lengua al máximo sin fonar. En caso de que por diversas razones tales como dolor o lesiones la misma no pudiera posicionarse adecuadamente, se descartará a la paciente del estudio.



### **Análisis estadístico**

Se realizó un análisis descriptivo de los datos registrados. Se presenta el promedio junto con el desvío estándar (DE) para la descripción de las variables continuas evaluadas y las frecuencias porcentuales para las variables cualitativas. La relación entre el valor del Mallampati (M) al ingreso y en el posparto se presenta mediante una tabla de clasificación cruzada. Se evaluó la relación entre ambas variables mediante el Índice de concordancia Kappa (ponderado), para el cual se presenta la estimación puntual junto con el intervalo de confianza del 95% (IC<sub>95%</sub>). Se utilizó, además, el Test de simetría para evaluar la hipótesis de que las proporciones de observaciones en celdas ubicadas en forma simétrica dentro de la tabla de clasificación cruzada son iguales. Se consideró un nivel de significación igual a 0,05.

## **RESULTADOS**

Participaron de este estudio 100 pacientes cuya edad promedio fue de 22 años (DE 3,9). En cuanto a los parámetros antropométricos el peso promedio fue de 75,5 kg (DE 12) y la talla de 1,60 m (DE 0,1), valores con los que se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) reflejado en la Tabla 1.

Con respecto a los datos obstétricos, la edad gestacional promedio fue de 39 semanas (DE 1.1), mientras que la duración del trabajo de parto fue de 5.8 horas (DE 2.2). También se registró la dilatación cervical que presentaba al inicio arrojando un resultado promedio de 4 (DE 1.2).

En cuanto a los antecedentes obstétricos de las pacientes analizadas se tomaron en consideración el número de gestas y partos previos, como así también las comorbilidades asociadas a la gesta actual. Como resultado se obtuvo que el 59 % de la muestra no presentaba gestas anteriores. Del 41% restante, el 21 % había tenido un embarazo, el 16 % 2 y el 4% 3 gestas anteriores. Ninguna de ellas tuvo abortos, por lo que el número de gestas

“Valoración de las modificaciones en la vía aérea de pacientes embarazadas en trabajo de parto”

---

coinciden con el de partos previos. La comorbilidad asociada más frecuente fue la preeclampsia con un 7%. (Tabla 1)

**Tabla 1.**

	<b>n=100</b>
Edad (años) <sup>a</sup>	22,0 (3,9)
Peso (k) <sup>a</sup>	75,5 (12,0)
Talla (m) <sup>a</sup>	1,6 (0,1)
IMC <sup>a</sup>	28 (4)
Duración del trabajo de parto (hs) <sup>a</sup>	5,8 (2,2)
Dilatación cervical (cm) <sup>a</sup>	4,0 (1,2)
Edad gestacional (semanas) <sup>a</sup>	39,0 (1,1)
<b>Partos previos<sup>b</sup></b>	
Ninguno	59%
1	21%
2	16%
3	4%
<b>Presencia de comorbilidades</b>	
Diabetes	5
Hipotiroidismo	2
<b>Preeclampsia</b>	<b>7</b>

Los datos se presentan como: <sup>a</sup> promedio (desvío estándar); <sup>b</sup> Porcentaje (%).

En la tabla II se observa la valoración de la Escala de Mallampati al inicio del TP y en el postparto inmediato. De las 47 mujeres que presentaban un M I al comienzo del TP, 21 modificaron aumentando a un grado II y 3 a un grado III en el puerperio inmediato. De las 33 pacientes con M II en la primera evaluación, 11 aumentaron a un grado III y 1 a un grado IV en la segunda valoración. De 14 pacientes que presentaron un M

“Valoración de las modificaciones en la vía aérea de pacientes embarazadas en trabajo de parto”

---

III en la primera valoración, solo 2 aumentaron a un grado IV en la valoración post-parto.

**Tabla 2.** Clasificación cruzada entre la valoración Mallampati en el inicio del trabajo de parto (TP) y el post-parto inmediato.

Mallampatti Inicio TP	Mallampatti Post-Parto				Total
	I	II	III	IV	
I	23	21	3	0	47
II	0	21	11	1	33
III	0	0	12	2	14
IV	0	0	0	6	6
<b>Total</b>	23	42	26	9	100

Test de simetría:  $p < 0,0001$ ; Índice de concordancia Kappa (IC<sub>95%</sub>): 0,59 (0,48; 0,71).

El valor 0,59 corresponde a una concordancia moderada.

Valor del índice k	Fuerza de la concordancia
< 0.20	Pobre
0.21 – 0.40	Débil
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	Buena
0.81 – 1.00	Muy buena

El grupo de pacientes con un M III y IV, sugestivos de posible dificultad para la intubación orotraqueal comprendía un 20% al comienzo del trabajo de parto y aumentó a un 35% al momento del puerperio inmediato. Esto representa un 75% de incremento en el grupo de pacientes con M grados III y IV.

Los cambios en la escala de valoración de la vía aérea M que se observaron en este estudio entre el comienzo del trabajo de parto y el puerperio inmediato fueron estadísticamente significativos ( $p \leq 0,0001$ ).

### DISCUSION

En la valoración de la vía aérea al comienzo del trabajo de parto, 47 % de las pacientes presentaban un M I, 33% un M II, 14% un M III y 6% M IV. En la reevaluación de dicha escala realizada en el puerperio inmediato, se comprobó que el 38 % de las mujeres presentaron un aumento del M en 1 o 2 grados, y no se observó ninguna modificación en sentido inverso.

La incidencia de intubación fallida en embarazadas se estima que es ocho veces mayor en comparación con el resto de la población, siendo la proporción de 1 caso en 238 y de 1 en 750 anestесias generales respectivamente.<sup>14, 15, 16, 17, 18.</sup> En un estudio reciente se incluyen como factores predictores de intubación dificultosa a la edad, el IMC y la Escala de Mallampatti. En base a estos datos se centró la investigación en evaluar las modificaciones que pudieran aparecer de esta escala durante el pre parto y el puerperio inmediato. Los resultados obtenidos muestran que el 38 % de las pacientes incluidas presentó un aumento en la calificación de la escala en 1 o 2 grados al finalizar el TP, en comparación con la calificación que presentaban en el inicio del mismo. Esta situación coincide con los resultados obtenidos por Kodali<sup>3</sup> *et al* quienes observaron que de 61 embarazadas el 33% incrementó un grado y el 5% dos grados al finalizar el trabajo de parto.

En concordancia con autores como Pilkinton<sup>7</sup>, Bouttonet<sup>6</sup> y Kodali<sup>3</sup>, La incidencia de pacientes con un Mallampati III o IV aumentó con el transcurso del TP, ya que comprendían un 20 % en la primera valoración y un 35 % al momento del puerperio inmediato. Esto representa un 75% de aumento en este grupo de pacientes con grados III o IV, sugestivo de posible dificultad para la intubación oro-traqueal.

Sin embargo, existen autores de investigaciones que no concuerdan con nuestros resultados tales como Bryssine que asevera que la Escala de Mallampati no sufre modificaciones significativas durante el parto. A esto lo respalda con la medición bajo guía ecográfica de las distancias piel-base de lengua, piel-cuerdas vocales y piel-itsmo de tiroides que no sufrieron modificaciones significativas en el comienzo del trabajo de parto y el final del periodo expulsivo.<sup>8</sup> Esto puede deberse a que posee una muestra pequeña de 24 pacientes, a diferencia de esta investigación que enroló a cien parturientas.

Existen publicaciones que aseveran que la escala de Mallampati aumenta progresivamente en la población de pacientes embarazadas, a medida que avanza la edad gestacional y durante el trabajo de parto, y que esto se debería a la edematización orofaríngea.<sup>2, 3, 7, 12, 13</sup> Autores como Kodali midieron los volúmenes de las vías respiratorias superiores usando reflectometría acústica en el inicio y al finalizar el TP, encontrando como resultado una disminución significativa del volumen de la cavidad oral y faríngea en el posparto, probablemente por edema de la mucosa. Es posible que el factor predominante responsable de agravar el edema de las vías respiratorias es el hecho de pujar, que es una parte integral del trabajo de parto. Existe una relación positiva entre la duración del periodo expulsivo, que se asocia con el máximo de empujar y fatigarse, con descensos en el volumen de la faringe. La retención de líquidos durante el embarazo es multifactorial. El volumen sanguíneo crece un 35% durante el embarazo. Esto se debe por un lado al aumento del nivel de los mineralo y glucocorticoides que predispondrían a la mujer embarazada a la retención de sodio y de agua, con el consecuente incremento del espacio intravascular. Por otra parte, el agrandamiento primario de este espacio se debe a la vasodilatación hormonal inducida por prostaglandinas y progesterona y al shunt placentario arterio-venoso, que podría ser el estímulo para la retención renal de sodio y de agua. Esta situación lleva a una hipoproteinemia dilucional con la consecuente reducción de la presión oncótica del plasma, lo que favorece la salida de líquido al

intersticio.<sup>5</sup> A este cambio fisiológico se le suma el de patologías como la preeclampsia cuya incidencia en países subdesarrollados es del 2,3%.<sup>16</sup> En esta investigación, de 7 pacientes con preeclampsia registradas solo 2 modificaron la valoración de Mallampati. La baja incidencia de preeclampsia (7/100) nos impide analizar este subgrupo. Tal vez si se aumentara el número de pacientes reclutados podría incidir positivamente modificando el Mallampati, por aumentar el edema de las vías respiratorias. Nuñez A.<sup>12</sup> halló una incidencia de preeclampsia de 5.6%, muy similar a la encontrada en este trabajo, pero no encontró que tuviera alguna influencia sobre los resultados. Esto podría deberse al igual que en nuestra investigación a que su estudio fue realizado en una población pequeña de 36 parturientas. Se requieren estudios adicionales para evaluar los cambios de las vías respiratorias en esta población en particular.

## CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis de que en la etapa final del embarazo ocurren modificaciones en los parámetros predictores de vía aérea dificultosa, ya que los cambios observados en la escala de Mallampati modificada fueron estadísticamente significativos. Estos cambios pueden potencialmente ocurrir en todas las mujeres embarazadas.

Los hallazgos sugieren que es imperativo que los anestesiólogos realicen reevaluaciones de la vía aérea de la paciente obstétrica antes de manipularla, en especial durante el período expulsivo y puerperio inmediato.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Blanco Pajón MJ; Pérez Osorio MG; Canto Balio AA; Anestesia general en la cesárea: consideraciones actuales. Rev. Mex. Anest. 2000, vol23, 4:192-198.
- 2) Guzman J; Via aérea difícil en anestesia obstétrica. Rev. Chil. Anest. 2010, 39: 116-124.
- 3) Kodali BS; Chandrasekhar S; Bulich LN. *et al.* Airway Changes during Labor and Delivery. Anesthesiology 2008, 108:357–62.
- 4) Ramírez-Acosta JA; Torrico-Lara GG; Encinas-Pórcel CM; Índices predictores de vía aérea en pacientes obesos. Rev. Mex. Anest. 2013, 36, 3:193-201
- 5) Gómez Vilches A; Celesia MC; Fernandez CL; Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo. Rev. Arg. Anest. 2000, 58, 6: 339-344.
- 6) Boutonnet M; Faitot V; Katz A; *et al.* Mallampati class changes during pregnancy, labour, and after delivery: can these be predicted? British Journal of Anaesthesia. 2010, 104,1: 67–70.
- 7) Pilkington S; Carli F; Dakin J; *et al.* Increase in Mallampati score during pregnancy British Journal of Anaesthesia 1995. 74: 638-642.
- 8) Bryssine B; Chassard D; Le Quang D. Neck ultrasonography and Mallampati scores in pregnant patients. British Journal of Anaesthesia. 2012, 108; S2:184–214.
- 9) Jaime Escobar D. ¿cuánto podemos predecir la vía aérea difícil? Rev. Chilena de Anestesia. 2009; 38: 84-90
- 10) Lee A; Lawrence T; Tony G, *et al.* A Systematic Review (Meta-Analysis) of the Accuracy of the Mallampati Tests to Predict the Difficult Airway. Anesth Analg 2006;102:1867–78.
- 11) Lagos R, Espinoza R, Echeverría P, *et al.* Evolución del estado nutricional materno durante la gestación. Servicio de obstetricia y ginecología, Hospital Regional Temuco. facultad de medicina

universidad de la Frontera. Capacitación Investigación y Gestión para la Salud Basada en Evidencia (CIGES) UFRO.

- 12) Nuñez A; Modificación en la escala de Mallampati en embarazadas durante el trabajo de parto. Hospital general “Dr. Salvador Zubirán Anchondo”. Chihuahua. 2009.
- 13) Farcon E; Kim M; Marx G; Changing Mallampari score during labour. *Canadian Journal of Anesthesia*. 1994, 41, 1: 50-51.
- 14) Samsoon GL, Young JRB. Difficult tracheal intubation: a retrospective study. *Anaesthesia* 1987; 42: 487–90.
- 15) Rahman K, Jenkins JG. Failed tracheal intubation in obstetrics: no more frequent but still managed badly. *Anaesthesia* 2005; 60: 168–71.
- 16) Barnardo PD, Jenkins JG. Failed tracheal intubation in obstetrics: a 6 year review in a UK region. *Anaesthesia* 2000; 55: 685–94.
- 17) Hawthorne I, Wilson R, Lyons G, Dresner M. Failed intubation revisited: 17-yr experience in a teaching maternity unit. *Br J Anaesth* 1996; 76: 680–4.
- 18) Rocke DA, Murray WB, Rout CC, Gouws E. Relative risk analysis of factors associated with difficult intubation in obstetric anaesthesia. *Anesthesiology* 1992; 77: 67–73.
- 19) Quinn C, Milne D, Columb M, *et al.* Failed tracheal intubation in obstetric anaesthesia: 2 yr national case–control study in the UK. *British Journal of Anaesthesia* 110 (1): 74–80 (2013) Advance Access publication 17 September 2012 . doi:10.1093/bja/aes320
- 20) Villar J, Say L, Gülmezoglu AM, Merialdi M, Lindheimer MD *et al.* Eclampsia and pre-eclampsia: a worldwide health problem for 2000 years. Pre-eclampsia, Critchley H, MacLean A, Poston L and Walker J eds., London. *RCOG Press*;2003.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se lo invita a participar en un estudio de investigación titulado “Valoración de las modificaciones en la vía aérea de pacientes embarazadas en trabajo de parto”.

En el mismo se realizará solo una observación de la boca al comienzo del trabajo de parto y al finalizar el mismo, para detectar si se producen modificaciones. Esta evaluación de la cavidad oral se realiza habitualmente por parte de los anestesiólogos, formando parte del examen físico de rutina. Como no se realizará nada más que una observación, el método no afecta la integridad del cuerpo, ni de su hijo como así tampoco el trabajo de parto. Para dicha observación Ud. Deberá estar sentada, con la cabeza mirando al frente, la boca abierta completamente, sacando la lengua y sin hablar. Además, al ingreso a la sala de parto, se registrarán otros datos, como: edad, peso, índice de masa corporal, dilatación cervical, edad gestacional, gestas y partos previos, enfermedades asociadas. En las primeras 2 hs luego del parto cuando se vuelva a evaluar las estructuras de la cavidad oral, se registrará el tiempo de duración del trabajo de parto.

Los posibles beneficios de este estudio incluirán no solo la adquisición de conocimientos acerca de las modificaciones que ocurren en la vía aérea de las pacientes en trabajo de parto sino que permite beneficiar en un futuro a pacientes que se hallasen en una situación similar, la preparación de anestesiólogos y equipamiento para manejo de vía aérea dificultosa en los quirófanos.

Todos sus datos serán guardados en forma confidencial y su nombre no será revelado. Usted no está obligado a participar en este estudio si no lo desea. Puede retirarse en cualquier momento del estudio sin que ello afecte su derecho a seguir siendo tratado y controlado por su médico.

Yo..... manifiesto que he sido informado de lo expresado más arriba y otorgo el consentimiento de participar voluntariamente en la investigación titulada “Valoración de las modificaciones en la vía aérea de pacientes embarazadas en trabajo de parto”

Firma y aclaración del paciente

Firma del investigador principal

Lugar y Fecha. Rosario \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ANEXO 1

### PLANILLA RECOPIACIÓN DE DATOS

ID paciente: \_\_\_\_\_ Ficha Nº: . . . . .

Edad: . . . . años      Peso: . . . . kg      Talla: . . . . mts.

IMC: . . . .      Gestas: . . . . .      Partos: . . . . .

Dilatación cervical: . . . . . cm      Edad gestacional: . . . . . semanas

Comorbilidades:

Mallampati al ingreso	Mallampati posparto	Duración del trabajo de parto

Observaciones:.....  
.....  
.....