

**Tabla 1. Extracción de datos Tabla de extracción de datos:
Características y resultados encontrados en los estudios revisados**

Autor	Año	Tipo de estudio	Población (número)	Tipo de cirugía	Resultados/conclusión
C. Eich, et al.[5]	2009	E s t u d i o controlado y aleatorizado basado en simulador	30	Lactantes de 4 semanas con estenosis pilórica	La hipoxemia siempre se presentó en la RSI clásica, pero no en la controlada, lo que resultó repetidamente en acciones inseguras. La percepción subjetiva del estrés y algunos niveles objetivos de estrés fueron menores en los voluntarios que realizaron la controlada
F. Gencorelli, et al.[4]	2010	C o h o r t e retrospectivo	1.070	Todas las cirugías de niños entre 3 a 12 años que fueron sometidos a ISR durante el tiempo de estudio	Veinte (1,9%) desarrollaron hipoxemia moderada (SpO_2 80%-89%), 18 (1,7%) presentaron hipoxemia grave ($\text{SpO}_2 < 80\%$), 5 (0,5%) desarrollaron bradicardia (frecuencia cardíaca < 60) y 8 (0,8%) hipotensión (presión arterial sistólica < 70 mmHg). Un paciente presentó vómitos de contenido gástrico, pero no evidencia de aspiración pulmonar ni hipoxemia. Dieciocho (1,7%) niños presentaron dificultad para la intubación y requirieron más de un intento de intubación. Todos fueron finalmente intubados sin complicaciones significativas. Los pacientes de entre 10 y 19 kg presentaron una mayor incidencia de hipoxemia grave en comparación con los niños mayores ($p < 0,001$). No se observó asociación entre la elección del relajante muscular y ninguna complicación
R. G. Fields, et al.[7]	2010	C o h o r t e retrospectivo	475	Todos los niños sometidos a exploración por hemorragia post amigdalectomía	Se utilizó inducción intravenosa secuencia rápida en 401 (84,4%) pacientes. Se utilizó succinilcolina en 420 (88%) pacientes. El evento adverso más frecuente (9,9%) fue la hipoxemia; la mayoría de los episodios ocurrieron durante la emergencia o la extubación. Se observó bradicardia durante la inducción anestésica en 20 (4,2%) pacientes e hipotensión en 12 (2,5%). Trece (2,7%) pacientes presentaron dificultad para la intubación, ninguno de los cuales la presentó durante la amigdalectomía inicial
D Neuhaus, et al.[1]	2013	C o h o r t e retrospectivo	1.001	Todas las cirugías no cardíacas en niños en las que se realizó ISR	Hipoxemia moderada (SpO_2 89%-80%) en 0,5% de los pacientes ($n = 5$), e hipoxemia severa ($\text{SpO}_2 < 80\%$) en 0,3% de los pacientes ($n = 3$) edad media de 0,8 años (0,1-13,3) y la ASA media de 3. No hubo hipotensión y bradicardia. Regurgitación hubo en 0,1% ($n = 1$), sin aspiración pulmonar. Intubación difícil fue señalada en 5 pacientes, tres (0,3%) fueron no esperados (mejor vista de C&L 2b), manejado exitosamente con ayuda de guía, y dos (0,2%) ya tenían historia de intubación difícil (por enfermedades de depósito) intubados por fibrobroncoscopio sin dificultad. En el posoperatorio no hubo complicaciones
Scrimgeour, G. E., et al.[8]	2015	Estudio cohorte retrospectivo	269	Todos los lactantes sometidos a pilortomía por estenosis pilórica	De los 269, 84,4% eran varones, con peso medio $3,74 \text{ kg} \pm 0,74$. Doscientos cincuenta y dos (93,7%) recibieron inducciones gaseosas (6,3%) y 17 inducciones intravenosas (IV). Se utilizaron cinco técnicas diferentes de inducción anestésica: inducción gaseosa con NDMR ($n = 240$), inducción gaseosa con suxametonio ($n = 1$), inducción i.v. con NDMR ($n = 14$), RSI clásica ($n = 2$) e inducción i.v. con NDMR y presión cricoidea ($n = 1$). Once pacientes recibieron inducción gaseosa sin ningún relajante muscular documentado. Todos los pacientes tenían una sonda nasogástrica in situ y se les realizó una aspiración gástrica antes de la inducción anestésica. No se registró evidencia de aspiración, vómitos ni episodios de hipoxemia grave ($\text{SpO}_2 < 80\%$) durante la inducción. Un niño se aspiró en la sala al iniciarse la alimentación. Requirió 2 minutos de RCP y 36 horas de ventilación, pero se recuperó completamente. Como conclusión, se puede considerar la inducción de gas en niños sometidos a piloriotomía
Park, R. S., et al.[9]	2019	Estudio cohorte retrospectivo	296	Todos los niños operados de pilorotomía	Fueron 181 en el grupo de intubación secuencia rápida clásica (ISR) y 115 en el de intubación por secuencia rápida modificada (ISRM). El ISR se asoció con tasas de hipoxemia significativamente mayores que el ISRM: (ISR) (30% [23%-37%]; ISRM (17% [10%-24%]; $p = 0,016$). La razón de probabilidades (OR) ajustada de hipoxemia para el ISR frente al ISRM por intubación por intubación fue de 2,8 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,5-5,3; $p = 0,003$) y la OR de hipoxemia para múltiples intentos de intubación frente a un solo intento fue de 11,4 (IC del 95%: 5,8-22,5; $p < 0,001$). En el subgrupo neonatal, el OR de hipoxemia para ISR frente a ISRM fue de 6,5 (IC del 95 %, 2,0-22,2; $p < 0,001$) y el OR de hipoxemia para múltiples intentos de intubación frente a un solo intento fue de 18,1 (IC del 95 %, 4,7-40; $p < 0,001$). No se observaron complicaciones relacionadas con la inducción en las cohortes de ISR y ISRM, y la tasa de éxito de la intubación inicial fue idéntica en ambas cohortes (78%). Por tanto, la inducción anestésica con ISRM, en comparación con ISR, se asoció con una hipoxemia significativamente menor, sin observarse un aumento en los eventos de aspiración. Además, la necesidad de múltiples intentos de intubación fue un fuerte predictor de hipoxemia. El mayor riesgo de hipoxemia asociado con la ISR y los intentos de intubación múltiple fue aún más pronunciado en pacientes neonatales
N. Disma, et al.[10]	2021	Estudio de cohorte observacional, prospectivo, multicéntrico/multinacional	2.056	Todos los niños hasta las 60 semanas postconcepcional que se sometieron a intubación durante el tiempo de estudio	La intubación traqueal difícil, definida como dos intentos fallidos de laringoscopia directa, se presentó en 266 niños de 271 que requirieron intervención en vía aérea con una incidencia del 5,8%. Se presentó bradicardia en el 8% de los casos con intubación difícil, mientras que se reportó una disminución significativa de la saturación de oxígeno ($\text{SpO}_2 < 90\%$ durante 60 s) en el 40%. No se identificaron factores de riesgo asociados entre las comorbilidades, el manejo quirúrgico o anestésico. La intubación traqueal difícil por anestesia no conllevan un aumento de la morbilidad ni de la mortalidad a los 30 y 90 días