



PROJECTE DE PREVENCIÓ D'INCIDENTS RELACIONATS AMB EL MANEIG DE LA VIA AÈRIA "QUAVA"

DATA DE L'AVALUACIÓ ANESTÈSICA ____ / ____ / ____ /

I - VALORACIÓ VIA AÈRIA: CONSULTA PREANESTÈSICA

Centre - Hospital: _____ Núm. Història (etiqueta): _____

Horari: Matí (8-15 h) Tarda (15-21 h) Anestesiòleg: Adjunt R1 R2 R3 R4

Críteris valorats a la visita preanestèsica

Edat: _____ Valorat/Consta No valorat/No consta Pes: _____ Valorat/Consta No valorat/No consta

Sexe: H D Valorat/Consta No valorat/No consta

Talla: Valorat/Consta No valorat/No consta Índex de massa corporal: Valorat/Consta No valorat/No consta

Història d'intubació difícil: SI NO No valorat/No consta

Patologia associada a intubació difícil: SI NO No valorat/No consta

Signes i símptomes d'obstrucció de la via aèria

(dispnea, disfàgia, disfonia, estridor): SI NO No valorat/No consta

Obertura oral restringida: SI NO No valorat/No consta

Subluxació mandibular restringida: SI NO No valorat/No consta

Distància tiromentoniana reduïda: SI NO No valorat/No consta

Limitació de l'extensió cefàlica o cervical: SI NO No valorat/No consta

Classe de Mallampati 3-4: SI NO No valorat/No consta

Obesitat: SI NO No valorat/No consta

Barba: SI NO No valorat/No consta

Edentació: SI NO No valorat/No consta

SAOS-roncador habitual: SI NO No valorat/No consta

Via aèria difícil prevista: SI NO No valorat/No consta

Previsió de ventilació difícil amb mascareta facial: SI NO No valorat/No consta

Previsió de ventilació amb mascareta laringia difícil: SI NO No valorat/No consta

Accés a membrana cricotiroidea difícil: SI NO No valorat/No consta

II - CONTROL DE LA VIA AÈRIA: VALORACIÓ FINAL

Anestesiòleg que controla la via aèria final:

Adjunt R1 R2 R3 R4

Tipus de cirurgia:

COT Abdominal Vascular Urologia ORL Oftalmologia Toràtica Neurocirurgia Cardíaca Plàstica
 Ginecologia Màxilo-facial Cervical

Data de la intervenció: ____ / ____ / ____ /

Horari:

Matí (8 a 15 h) Tarda (15 a 21 h) Nit (21 a 8 h)

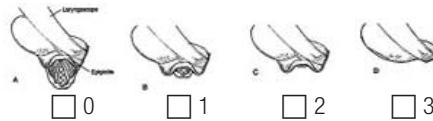
Grau de dificultat de la laringoscòpia

Nre. intents > 1 (PEX. pacient intubat al segon intent = 1 punt) 0 1 2 3 4 5

Nre. operadors > 1 0 1 2 3 4 5

Nre. tècniques alternatives 0 1 2 3 4 5

Grau de Cormack-1



0 1 2 3

Força (normal 0, augmentada 1) 0 1

Pressió laríngia (NO 0 - SI 1) 0 1

Cordes vocals (Abducció 0 - Adducció 1) 0 1

SUMA TOTAL (> = 5 = difícil) _____

S'ha fet laringoscòpia diagnòstica? SI NO

TÈCNICA

	ORDRE D'ELECCIÓ	ÈXIT
Laringoscòpia Macintosh	<input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> 4 ^a <input type="checkbox"/> 5 ^a	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Guies:		
<input type="checkbox"/> Frova		
<input type="checkbox"/> Eschmann		
<input type="checkbox"/> Boussignac	<input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> 4 ^a <input type="checkbox"/> 5 ^a	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Maleable		
<input type="checkbox"/> Altra		
Mascareta laríngia	<input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> 4 ^a <input type="checkbox"/> 5 ^a	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fastrach	<input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> 4 ^a <input type="checkbox"/> 5 ^a	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altres laringoscopis	<input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> 4 ^a <input type="checkbox"/> 5 ^a	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fibrobroncoscopi	<input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> 4 ^a <input type="checkbox"/> 5 ^a	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cricotiroidotomia o Traqueotomia	<input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> 4 ^a <input type="checkbox"/> 5 ^a	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Combitube	<input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> 4 ^a <input type="checkbox"/> 5 ^a	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Despertar	<input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> 4 ^a <input type="checkbox"/> 5 ^a	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altres _____	<input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> 4 ^a <input type="checkbox"/> 5 ^a	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	<input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> 4 ^a <input type="checkbox"/> 5 ^a	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

COMPLICACIONS

Cap SpO2 < 90% Hipotensió (TAS < 80 mmHg)
 Lesió dental Broncospasme o estridor Arítmies o canvis ST
 Sagnat orofaringi Regurgitació o vòmit Coma
 Intubació esofàgica Hipertensió (TAS > 160 mmHg) Exitus