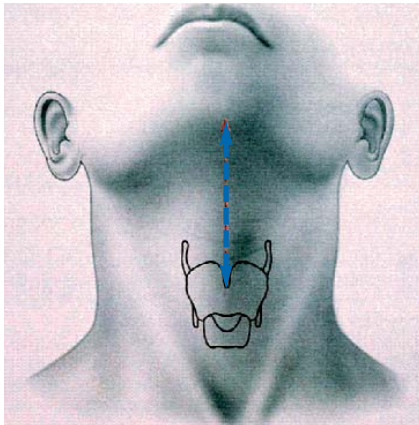
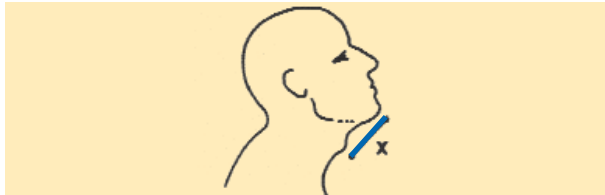


DISTÀNCIA TIROMENTONIANA

Mesura l'espai laringi anterior. És la distància que hi ha entre la prominència del cartílag tiroide i la vora inferior de la sínfisi mandibular, amb la boca tancada i el cap en hiperextensió. Quan és inferior a 6,5 cm es considera predictiu de VAD.



PREDICCIÓ DE LA VENTILACIÓ DIFÍCIL

La regla mnemotècnica és "OBESE":

- O**- Obesitat: índex de massa corporal > 26 kg.m²
- B**- Barba.
- E**- Edentació.
- S**- SAOS o història de roncs diaris.
- E**- Edat > 55 anys.

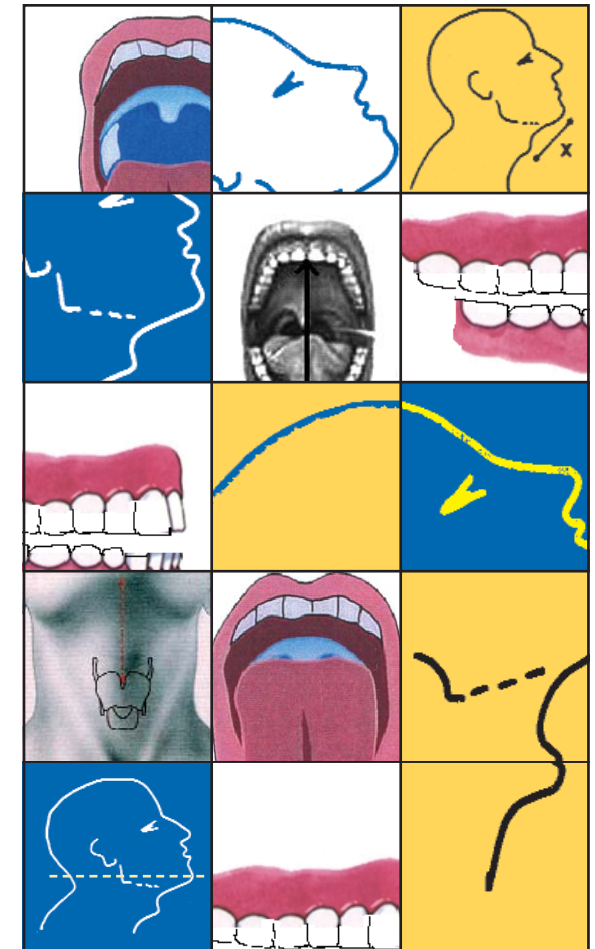
PREDICCIÓ DE VIA AÈRIA DIFÍCIL

Factor de risc	Valor	Variable
Història d'intubació difícil	No	0
	Sí	10
Patologia associada a intubació difícil	No	0
	Sí	5
Síntomes d'obstrucció de via aèria o ≥ 2 criteris de ventilació difícil	No	0
	Sí	3
Obertura oral i subluxació mandibular	≥ 5 cm o luxació >0	0
	3,5 - 5 cm i/o luxació = 0	3
	< 3,5 cm i/o luxació <0	13
Distància tiromentoniana	≥ 6,5 cm	0
	< 6,5 cm	4
Màxim rang de moviment de cap i coll	> 100°	0
	± 90°	2
	< 80°	5
Classe de Mallampati	1	0
	2	2
	3	6
	4	8

SUMA TOTAL ≥ 11 = via aèria difícil



VALORACIÓ DE LA VIA AÈRIA



V A L O R A C I Ó D E L A V I A A È R I A

JUSTIFICACIÓ:

- La detecció de la possible via aèria difícil (VAD) ens condicionarà la tècnica més adequada per al control de la via aèria.
- La valoració de la via aèria s'ha de realitzar en el preoperatori, ja que davant d'una VAD s'ha de tenir tot prèviament preparat i el pacient informat.

PREOPERATORI:

S'ha de valorar la presència de factors de risc de VAD:

1. Història clínica:

- Antecedents de VAD.
- Malalties associades a VAD.
 - Lesions de la via aèria i mediastí anterior (tumors, inflamacions, cremades).
 - Masses tiroidees.
 - Radiodermatitis cervical: s'ha de sospitar davant la impossibilitat del desplaçament de la pell sobre la tràquea, o la impossibilitat de mobilitzar lateralment el cartílag tiroide.
 - Angina de Ludwig.
 - Lesions del raquis cervical: traumàtiques, artritis reumatoide, espondilitis.
 - Macroglossies: acromegàlia, síndrome de Down, mixedema.
 - Lesions mandibulars: anquilosis temporomandibular, micrognàties.
 - Hipertròfia amigdal·lingual.

2. Signes i símptomes d'obstrucció de via aèria

- Dispnea, disfonia, disfàgia, estridor.

3. Exploració dels paràmetres antropomètrics associats a VAD

- Factors predictius d'intubació difícil
- Factors predictius de ventilació amb mascareta facial difícil

Com cal valorar la via aèria?

- El pacient ha d'estar assegut, no en decúbit supí.
- S'ha d'explorar de front i de perfil.
- És aconsellable, per no oblidar cap mesura, seguir sempre el mateix ordre en l'exploració al pacient:

1r. Exploració davant del pacient: test de Mallampati Samsoon i valoració de l'obertura oral.

2n. Exploració del perfil del pacient: valoració del grau de subluxació mandibular, moviment del cap i coll, distància tiromentoniana.

TEST MALLAMPATI – SAMSOON

Es realitza amb el pacient assegut, el cap en posició neutra. Cal demanar al pacient que obri la boca, tregui la llengua i foni (digi "aaa").

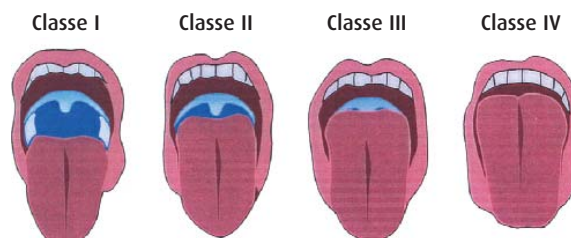
Es valoren 4 graus segons la visualització de les estructures faríngees (úvula, pilars i/o paladar tou):

Classe I visió d'úvula, gargamella, paladar tou i pilars amigdalins

Classe II pilars amigdalins no visibles

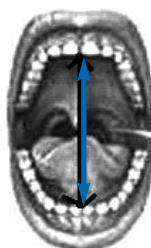
Classe III només paladar tou, no es veu la paret faríngia posterior

Classe IV només paladar dur visible



DISTÀNCIA INTERDENTAL

Amb la boca oberta al màxim i lleugera extensió cefàlica es mesura en la línia mitja la distància interincisiva (o la distància entre la vora d'oclusió de les genives, en el pacient edentat).



Es valora en 3 graus:

Grau I: ≥ 5 cm

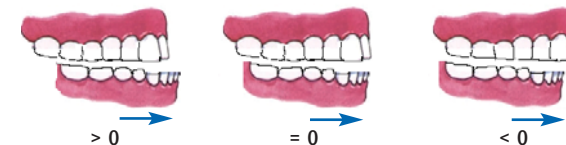
Grau 2: 3,5 - 5 cm

Grau 3: $< 3,5$ cm

SUBLUXACIÓ MANDIBULAR

Valora la capacitat de lliscar la mandíbula per davant del maxil·lar superior:

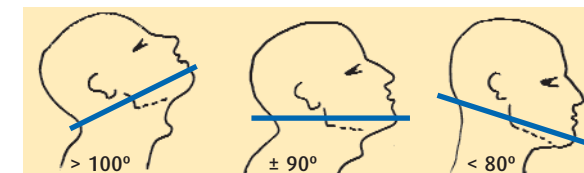
- > 0 Els incisius inferiors es poden col·locar per davant dels superiors.
- = 0 Els incisius inferiors com a màxim es queden a l'altura dels superiors.
- < 0 Els incisius inferiors queden per darrere dels superiors.



RANG DE MOVIMENT CAP I COLL

Amb el pacient assegut, cap en posició neutra i de perfil respecte a l'anestesiòleg, col·loquem un dit índex en la prominència occipital inferior del pacient, i l'altre dit índex en el mentó.

Després sol·licitem al pacient que estengui al màxim que pugui el cap enrere, i segons l'alineació dels dos índexs, valorarem la mobilitat en **3 graus** (com menor sigui el grau de mobilitat, major serà la dificultat de la via aèria):



> 100° El dit índex col·locat en el mentó s'eleva més que el de la prominència occipital.

± 90° Els dos dits índex queden situats en el mateix pla.

< 80° El dit índex del mentó queda per sota del de la prominència occipital.