

LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULOS

¿Qué deberíamos saber sobre la Vía Aérea de nuestros pacientes?

Original: Jessica Feinleib, Lorraine Foley, Lynette Mark. What We All Should Know About Our Patients Airway: Difficult Airway Communications, Database Registries, and Reporting Systems Registries. Review Article. *Pages 397-413.* ([web](#)) ([First page PDF](#))

Peralta Rodríguez P (1), Fernández Izquierdo C (1), Arias Pérez S (1), Mariscal Flores ML (2).

(1)Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid.

(2)Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Resumen

Todos los profesionales entrenados en el manejo de la vía aérea (VA) encuentran alguna vez a lo largo de su vida una vía aérea difícil (VAD) (fallo en ventilación y/o intubación). Las consecuencias de esto pueden ser devastadoras.

Aunque un gran porcentaje de las VAD pueden ser previstas, el porcentaje de imprevistas se sitúa en 1-3% de los pacientes hospitalizados. La tecnología y los nuevos dispositivos han mejorado la capacidad para asegurar una VA.

Existe sin embargo un nuevo “error humano” que consiste en la falta de transmisión de la información sobre la VA, las técnicas que fallaron y las que tuvieron éxito.

Actualmente existen diversos mecanismos para comunicar una VAD. A continuación se presenta la taxonomía de las bases de datos de VAD, los registros y las prácticas clínicas que han sido utilizados con éxito.

Introducción

Todos los profesionales entrenados en el manejo de la vía aérea (VA) encuentran alguna vez a lo largo de su vida una vía aérea difícil (VAD) (fallo en ventilación y/o intubación). Las consecuencias de esto pueden ser devastadoras.

Aunque un gran porcentaje de las VAD pueden ser previstas, el porcentaje de imprevistas se sitúa en 1-3% de los pacientes hospitalizados. La tecnología y los nuevos dispositivos han mejorado la capacidad para asegurar una VA.

Existe sin embargo un nuevo “*error humano*” que consiste en la falta de transmisión de la información sobre la

VA, las técnicas que fallaron y las que tuvieron éxito.

Actualmente existen diversos mecanismos para comunicar una VAD. A continuación se presenta la taxonomía de las bases de datos de VAD, los registros y las prácticas clínicas que han sido utilizados con éxito.



- **Bases de datos actuales:**

Tienen dos objetivos principales: identificar a pacientes concretos para su seguridad y reunir datos para aprender sobre epidemiología y etiología de la VAD.

Existen 3 tipos de bases de datos:

1. Para la seguridad del paciente.
2. Epidemiológicas y etiológicas.
3. Combinadas.

Tipo 1: bases de datos para la seguridad del paciente:

Su objetivo es proteger a los pacientes de efectos adversos relacionados con la VA durante su hospitalización y en el futuro. Normalmente están limitadas a un lugar y a la práctica anestésica. Un ejemplo es el “[Veterans Affairs Healthcare System](#)” creado en 2012 y que abarca 150 hospitales. Establecieron que el hospital debía tener un plan para manejo de VAD conocida o imprevista, y un sistema para registrar estos pacientes. Muchos de estos hospitales cuentan con una “bandera electrónica” de intubación difícil. Sin embargo, no es un registro nacional y la información no está estandarizada.

Tipo 2: bases de datos epidemiológicas y etiológicas:

- [ASA closed claims project](#):

Es el más reconocido y extendido. Desde su creación, en 1984, ha analizado los eventos relacionados con la anestesia que han tenido como consecuencia una reclamación legal en EEUU. Precisamente este es su sesgo, ya que se limita a VAD con resultado de morbi-mortalidad y reclamación legal.

- [Registro nacional de vía aérea urgente \(NEAR\)](#):

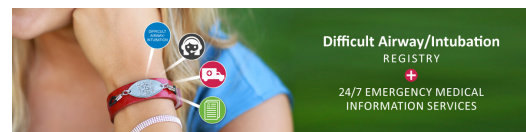
Creado en 2003. Registro para adultos y otro para pacientes pediátricos, con información estandarizada. Sólo accesible a instituciones colaboradoras. Guarda información de todas las intubaciones, independientemente de la dificultad.

- [National Audit Project 4 \(NAP4\)](#): De la Difficult Airway Society (DAS). Durante un año se recogieron todas las intubaciones que acabaran en ingreso en UCI, éxitus, daño cerebral o vía aérea quirúrgica y se analizaron las circunstancias que lo precipitaron. Datos limitados por el intervalo de tiempo.



- [Otros](#): Registro de VA de Australia y Nueva Zelanda (similar al NAP4), [Anesthesia Incident Reporting System](#) (muy popular en EEUU).

Tipo 3: bases de datos combinadas (epidemiológicas, etiológicas y para la seguridad del paciente):



[Medic Alert Foundation](#): difficult airway/intubation registry

Pretende desarrollar mecanismos para homogeneizar la documentación de la VA, establecer bases de datos nacionales e internacionales y determinar si la distribución de esta información puede prevenir efectos adversos futuros. Entre 1992 y 2014 se incluyeron 12.000 pacientes de más de 150 instituciones sanitarias. Los profesionales pueden completar un

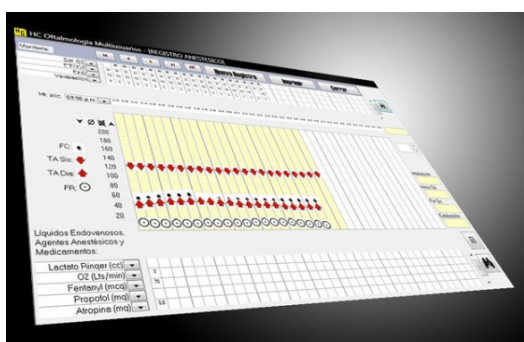
formulario para entregar al paciente o bien notificarlo on-line.

Prácticas Clínicas e Identificación de Pacientes

Las técnicas y dispositivos que se utilizan con éxito en una intubación pueden variar con la situación. ¿Cómo se puede transmitir esta información al siguiente profesional? Las [guías de la ASA](#) recomiendan documentar y comunicar la VAD, con descripción de las dificultades encontradas y técnicas usadas. Los datos a documentar son:

- Fecha y lugar.
- Datos de contacto del profesional.
- Características de VA, IMC, comorbilidades de interés.
- Tipo de dificultad (ventilación manual, ventilación con mascarilla laríngea, intubación, extubación).
- Técnicas fallidas.
- Técnicas exitosas.
- Recomendación de registrarse en Medic Alert.

Documentación del Registro de Anestesia



Debe estar disponible para todos los profesionales sanitarios. Tradicionalmente se incorporaba en forma de nota a la carpeta de la historia del paciente. Con la incorporación de la historia informatizada, ahora se utilizan otros sistemas. Muchos de ellos tienen

la posibilidad de añadir una “*bandera electrónica*” en la historia del paciente y que se muestra siempre que se abre ésta.

- Consulta:

En 2003 las guías de la ASA recomendaban que el anestésista notificara al paciente y/o familia la existencia de una VAD. A veces la información verbal no es efectiva (dolor, ansiedad postoperatorios) e, incluso, **hasta el 50% de los pacientes no recuerdan a posteriori haber mantenido una conversación con el anestésista**. Por esto lo mejor es informar al paciente antes de que se vaya de alta y añadir información escrita. En algunos hospitales esto está estructurado dentro de una consulta de VAD.

También existen cartas dirigidas a los pacientes con instrucciones para que el paciente siga en el futuro.

- Pulsera intrahospitalaria:

En ocasiones se usan pulseras de distintos colores para alertar sobre comorbilidades importantes, alergias, etc. El problema es la falta de estandarización de los colores y las alertas, lo que puede conducir a confusión.

El uso de una pulsera de VAD podría aumentar la seguridad del paciente, aunque no se debe usar como medida única.

- Screening de pacientes no quirúrgicos:

En muchos pacientes hospitalizados pero no quirúrgicos, la VAD puede ser infradiagnosticada. Se debería intentar identificar a estos pacientes.

Todos los profesionales sanitarios deben ser instruidos acerca de la valoración de la VA y concienciados sobre su importancia, lo que podría ayudar a disminuir la incidencia de encontrar una VAD directamente en el quirófano.

Aquellos pacientes sobre los que se tenga una sospecha de VAD podrían ser posteriormente derivados a la consulta de VAD para su valoración por un especialista.

Futuro



Aunque las recomendaciones acerca del registro de la VAD existen desde 1990, distintos estudios han demostrado que estas recomendaciones no se han

incorporado de forma suficientemente extensa en los hospitales.

Los registros intrahospitalarios de VAD han demostrado ser capaces de disminuir la incidencia de vías aéreas quirúrgicas por complicaciones secundarias del manejo de la VA.

Otras medidas que podrían tomarse para reforzar la seguridad del paciente serían ampliar el screening de VAD e incorporar guías clínicas de manejo de pacientes con VAD. Ambas son áreas en evolución y sobre las que se han hecho pocos estudios para valorar su efectividad.

Correspondencia al autor

Patricia Peralta Rodríguez
patricia.peralta.rodriguez@hotmail.com
FEA Anestesia y Reanimación
Hospital Universitario Infanta Cristina,
Madrid.

[Publicado en AnestesiaR el 16 de mayo de 2016](#)