

**FORMACIÓN MÉDICA**

## Vía aérea difícil imprevista, evitable. ¿Por qué falla la transmisión de la información crítica de una vía aérea difícil? ¿Estamos haciendo bien las cosas?

Zendoia Martín A.

Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa.

**Resumen**

La predicción de dificultad en la vía aérea constituye el primer paso y la base para establecer las estrategias de seguridad clínica a seguir en el abordaje de la VAD de un paciente. Dentro de los predictores disponibles para el reconocimiento de una VAD, el antecedente de VAD es uno de los más importantes. A pesar de ser conscientes de su importancia, a día de hoy se siguen repitiendo episodios donde un paciente con un episodio previo de vía aérea difícil vuelve a convertirse en paciente con una vía aérea difícil imprevista por un fallo en la transmisión de la información crítica de la dificultad del episodio pasado. Pudiendo ocasionar un daño devastador al paciente, a su entorno y a los profesionales que lo padecen.

Esa falta de transmisión de información sobre un antecedente de VAD previa es un ERROR humano en contra de la seguridad clínica del paciente, y como tal deberíamos intentar evitarlo.

Pero ¿por qué ese déficit o fracaso en la transmisión de información? ¿por qué no llega esa información tan importante al siguiente episodio del paciente? ¿por qué no le otorgamos la importancia y los medios que merece?

**Introducción**

Seguramente cualquiera de los anesestesiólogos que lea este artículo, haya sufrido la experiencia o conozca de primera mano, algún caso de vía aérea difícil imprevista en quirófano, de esas inesperadas, de pasarlo muy mal. Y después, indagando en el historial clínico, o preguntando a la familia o al mismo paciente, algo contarán de que

sí, en efecto, en una ocasión algo pasó, o algo les dijeron...

Todos los anesestesiólogos sabemos que la dificultad en el manejo de la vía aérea es el factor más importante de morbimortalidad relacionada el acto anesestésico ya sea por dificultad en la intubación, en la ventilación, o en ambas.

La incidencia actual de intubación difícil se considera que ronda el 0'5-2% de la población, siendo mayor en obstetricia (3-7%) y cirugía de cabeza y cuello (10-20%). La situación de ventilación e intubación imposibles, aun siendo mucho menos frecuente es difícil de cuantificar ya que la incidencia publicada es muy variable (series que van desde un 2/10.000 a un 1/250), lo que hace pensar que se trata de un

evento probablemente infraestimado e infrarreconocido.

**La predicción** (2, 3, 4) de la dificultad en la vía aérea constituye el primer paso y la base para establecer las estrategias de seguridad clínica a seguir en su abordaje. Dentro de los predictores disponibles para el reconocimiento de una vía aérea difícil (VAD), **el antecedente de VAD previa, es uno de los más importantes** (5).

Pero a pesar de ser conscientes de la importancia de la seguridad en la vía aérea del paciente, a día de hoy, se siguen repitiendo episodios donde un paciente con un episodio previo de VAD vuelve a convertirse en paciente con una VAD imprevista, por un fallo en la transmisión de la información crítica (6) de la dificultad del episodio pasado. Pudiendo ocasionar un daño devastador al paciente, a su entorno y a los profesionales que lo padecen.

Ese déficit en la transmisión de información sobre un antecedente de VAD previa es un error humano, en contra de la seguridad clínica del paciente, y como tal hemos de intentar evitarlo (7).

Un caso clínico real servirá en este artículo para exponer el problema. Y si son dos, casi idénticos, espaciados en más de una década...la pregunta es si todo sigue igual.

### **CASO 1 (2003)**

Varón de 30 años, de vacaciones en otra ciudad. Ingresa en urgencias por obstrucción intestinal e indicación quirúrgica urgente. Previa a la inducción anestésica el paciente comenta al anestesiólogo que ***“le habían dicho hace años que era algo difícil de intubar pero que no sabe por qué”***. Factores predictores anatómicos: Mallampati I, apertura boca buena,

DTM>6cm, buena movilidad cervical, dentadura correcta, paciente delgado. Anestesiólogo (>10 años de experiencia) decide realizar inducción de secuencia rápida por probable estómago lleno.

1º intento: Laringoscopia directa Cormack IIIb. Se ventila con mínima presión, HAN 1.

2º intento: cambio de posición del paciente, misma visión.

3º intento: pala Mackoy, misma visión.

Intubación a ciegas a esófago. 4º intento: Mascarilla laríngea Fastrack nº4, se adapta bien. Maniobra de intubación a través de la Fastrack fallida repetidas veces sin disponibilidad de un FBC en ese momento. Se realiza la intervención con la mascarilla Fastrack asumiendo el alto riesgo de aspiración gástrica.

En esos momentos, en nuestro hospital, no hay opción de videolaringoscopios, ni de sugammadex, ni de dispositivos supraglóticos con aspiración gástrica y el único FBC no estaba disponible.

### **CASO 2 (2017) (Mismo hospital, 14 años más tarde):**

Mujer de 80 años. Ingresa por fractura de cadera que precisa intervención quirúrgica. Antecedente más relevante plaquetopenia severa que precisa transfusión previa a la cirugía. Ayunas cumplidas. En la exploración física y de la vía aérea: 62kg, 158cm, Mallampati II, DTM >6cm, cierta rigidez cervical, dentadura completa extraíble. Estado neurológico al llegar a quirófano: desorientada. Se decide anestesia general, inducción con etomidato y tras comprobar ventilación HAN1, se administra rocuronio. Anestesiólogo (> 20 años de experiencia) 1º intento: Laringoscopia directa

Cormack IIIb, intubación a ciegas a esófago.

2º intento: Videolaringoscopia (VL) Airtraq, epiglotis muy prominente, no visualiza glotis. Pide ayuda a otro compañero con más experiencia en VL.  
3º intento: VL Airtraq, sangre en vía aérea, visión glótica parcial, imposibilidad de dirigir el tubo ni la guía de Frova. Se decide revertir el bloqueo neuromuscular, despertar a la paciente e intubar con FBC en despierto pero... hay que esperar al sugammadex que está guardado fuera de quirófano. Mientras, la ventilación empeora y pasa a ser inestable con 2 personas. Por lo que se realiza 4º intento con FBC Storz sin visión por sangre y 5º intento por una tercera persona con el VL Storz C-MAC pala D-Blade que finalmente consigue intubar.

Hablado con la familia al finalizar la intervención, se trata de ***una paciente con un antecedente de vía aérea muy difícil hace más de 40 años***. No figura ninguna alerta en la historia clínica actual y no se hizo referencia al respecto en la entrevista preoperatoria la mañana de la intervención. Después de lo sucedido, yendo atrás en el historial clínico de la paciente, se pudo encontrar el registro anestésico antiguo escaneado, pero llevó muchísimo tiempo encontrarlo.

Y la pregunta que se genera en ambos casos es: **¿por qué ese déficit o fracaso en la transmisión de información?**, ¿por qué no llega esa información tan importante al siguiente episodio del paciente? **¿por qué no le otorgamos la importancia y los medios que merece?**

#### **Posibles motivos del fracaso en la transmisión de información:**

1. No existe criterio común en denominar qué es una VAD

2. Y por tanto no existe un consenso en establecer qué paciente es candidato a tener una alerta en VAD.

3. No tenemos protocolos de actuación en el registro de una VAD.

4. No disponemos de las herramientas informáticas adecuadas para elaborar los informes y establecer las alertas de VAD.

5. Los sistemas informáticos aún bien diseñados son de ámbito local.

6. El paciente y su entorno no comprenden la información verbal recibida.

7. El paciente no recibe informe escrito o un identificador (tarjeta, brazaletes) de VAD.

Son muchas las iniciativas a nivel mundial en las últimas décadas de las sociedades de anesestesiólogos más relevantes con la finalidad de evitar estos problemas tanto de definición de VAD como sobre todo de una pobre transmisión de un evento de VAD. Respecto a la ***definición de VAD***, existe ya consenso común en integrar en los scores de dificultad los aspectos que afectan a la ventilación e intubación. Siendo un problema conceptual el hecho de que solo se registraba y consideraba como VAD aquella en la que existían problemas en la intubación. Así, ***definiremos una vía aérea difícil*** como aquella situación clínica en la que un anesestesiólogo con experiencia presente problemas en la ventilación con mascarilla facial o en la intubación traqueal o en ambos.

En cuanto a ***las maneras de transmitir un episodio de VAD*** existen numerosas iniciativas y sistemas de registro de una VAD. Una de las recomendaciones más importantes es la de la ASA que en 2003 y posteriormente en 2013 publica

una guía práctica de manejo de la VAD donde hace especial hincapié en la necesidad de una buena transmisión de información de un episodio de VAD y recomienda fuertemente una serie de pasos al respecto (8):

- a. Establecer una alerta de seguridad en el sistema informático del hospital.
- b. Entregar un informe escrito o tarjeta al paciente y explicar lo sucedido al paciente y allegados.
- c. Informar al equipo quirúrgico

De tal manera que podríamos desglosar el proceso de gestión de la información en dos momentos claves:

**1. Documentación inmediata** del evento de VAD de manera estandarizada.

**2. Activación de todas las vías de transmisión** de esa información de VAD para que se vincule al paciente y esté disponible en un futuro episodio.

Pero a pesar del constante esfuerzo aún sigue siendo un problema grave en vigor. Cada uno de nosotros probablemente tendrá una o varias respuestas al porqué de este fallo en la transmisión de la información en VAD en su lugar de trabajo.

Y la pregunta es: **¿podemos hacer algo por mejorar la situación?** O igual no es para tanto... **¿Nos pasa a unos pocos, o nos pasa a un montón de profesionales?**

Intentar averiguar **la magnitud REAL del problema** de la mala transmisión en la información crítica de una VAD a nivel nacional, es el objetivo principal de este artículo y de pedir **2 minutos de vuestro tiempo para rellenar la encuesta** que se adjunta al final del artículo. Son 20 preguntas, es anónima

y lo único que se reflejará es la provincia y el tipo de hospital donde se trabaja. En caso de trabajar fuera del país en la pregunta 3 hay un apartado específico.

El link de la encuesta se puede copiar y compartir con otros compañeros vía mail o apps de redes sociales, de tal manera que cuantas más personas realicemos la encuesta, mejor se reflejará la situación actual real. Muchas gracias: **Nota de los editores:** *el enlace a la encuesta se encuentra en la entrada del blog de AnestesiAR publicada el 10 de abril de 2018.*

## Bibliografía

1. Kheterpal S, Shanks AM, Freundlich RE, Linton F, Bach MB, Martin LD, et al. Perioperative, M. (2013). Ventilation Combined with Difficult Laryngoscopy A Report from the Multicenter Perioperative Outcomes Group. *Anesthesiology*, (6), 1360–1369. ([HTML](#))
2. Nørskov AK1, Rosenstock CV, Wetterslev J, Astrup G, Afshari A, Lundstrøm LH. (2015). Diagnostic accuracy of anaesthesiologists' prediction of difficult airway management in daily clinical practice: A cohort study of 188 064 patients registered in the Danish Anaesthesia Database. *Anaesthesia*, 70(3), 272–281. ([PubMed](#)) ([HTML](#)) ([ePDF](#))
3. Yentis SM: Predicting trouble in airway management. *Anesthesiology* 2006; 105:8712. ([PubMed](#))
4. Nørskov AK, Rosenstock CV, Wetterslev J, Lundstrøm LH. (2013). Incidence of unanticipated difficult airway using an objective airway score versus a standard clinical airway assessment: the DIFFICAIR trial – trial protocol for a cluster randomized clinical trial. *Trials*. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-347>. ([PubMed](#)) ([HTML](#)) ([PDF](#))
5. Lundstrøm LH, Møller AM, Rosenstock C, Astrup G, Gätke MR, Wetterslev J. and the Danish Database(2009). A documented previous difficult tracheal intubation as a prognostic test for a subsequent difficult tracheal intubation in adults. *Anaesthesia*, 64(10), 1081–1088.

- <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2009.06057.x>. ([HTML](#))
6. Feinleib J, Foley L, Mark L. (2015). What We All Should Know About Our Patient's Airway. Difficult Airway Communications, Database Registries, and Reporting Systems Registries. *Anesthesiology Clinics*, 33(2), 397–413. ([PubMed](#))
  7. Heidi M. Koenig, MD (2010) No More Difficult Airway, Again! Time for Consistent Standardized Written Patient Notification of a Difficult Airway. The Official Journal of the Anesthesia Safety Foundation, newsletter summer 2010. ([HTML](#))
  8. American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the

Difficult Airway. (2013). Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*, (2). ([HTML](#))

---

**Correspondencia al autor**

*Arritxu Zendoia Martín*  
[azenmar@gmail.com](mailto:azenmar@gmail.com)  
*FEA Anestesia y Reanimación.*  
*Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa.*

Aceptado para blog en abril de 2018.