



EDITORIAL

Encuesta nacional: espacio para mejorar

National survey: Room for improvement



B. Lobo-Valbuena^{a,b,*} y F. Gordo^{a,b}

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario del Henares, Coslada, Madrid, España

^b Grupo de Investigación en Patología Crítica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Vitoria, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España

Disponible en Internet el 21 de febrero de 2018

El manejo de la vía aérea continúa siendo un reto dentro del ámbito de las unidades de cuidados intensivos (UCI). La escasa reserva funcional de los pacientes ingresados en la UCI, con precaria situación hemodinámica y respiratoria, hace de la intubación orotraqueal (IOT) en la UCI una técnica con mayor dificultad que la realizada de forma programada en el quirófano. Esta técnica puede estar asociada con complicaciones graves (hipoxemia, hipotensión arterial, intubación esofágica, intubación selectiva bronquial, etc.) hasta en un 30-40% de los casos¹, lo que conlleva un riesgo mayor para el ya debilitado paciente. La lectura del trabajo de Taboada et al. permite inferir que dichas complicaciones no dependen del entorno, de quién realiza la IOT, ni del momento del día en el que se realiza la técnica, sino del paciente crítico: en su reciente publicación reflejaron porcentajes similares de complicaciones en pacientes ingresados en una UCI formada por facultativos de un servicio de anestesiología y reanimación, además de mismo número de complicaciones tanto en turnos de día como en turnos de noche y festivos².

En paralelo a la publicación de las guías británicas para el manejo de la IOT en el paciente adulto³, Gómez-Prieto

et al.⁴ presentaron una encuesta nacional sobre el manejo de la vía aérea en las UCI españolas, con el objetivo de conocer la organización, los recursos disponibles y la programación docente, además de analizar si estos aspectos varían en función de características de las unidades, tales como: su tamaño, la presencia de expertos en manejo de vía aérea, o su acreditación o no para la formación de especialistas en medicina intensiva. El 56% de las UCI invitadas respondieron a la encuesta. De los datos aportados por la encuesta destacan varios puntos. En primer lugar, solo el 44,5% de las unidades tienen dentro de su equipo un experto o líder en vía aérea difícil; el 54,5% no registran en la historia clínica la evaluación de la vía aérea, y existe un escaso uso a pie de cama de predictores simples combinados (como la distancia tiroentoniana, apertura bucal, etc.). En segundo lugar, en el 77,2% de las UCI no existe un protocolo de IOT; un 75,2% no tiene protocolizado el abordaje de la vía aérea difícil, si bien un 82% disponen de un carro de vía aérea difícil. En tercer y último lugar, el 51,5% de unidades refieren formación continuada sobre intubación (53,5% con formación continuada en vía aérea difícil).

A la hora de analizar los datos, observaron que aquellas unidades que cuentan con miembros expertos en el manejo de vía aérea difícil disponen con más frecuencia de protocolos de IOT, videolarinoscopio/fibrobroncoscopio y formación en el manejo de la vía aérea. En otras palabras: la presencia de personal más formado mejora los recursos disponibles para afrontar una vía aérea.

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.01.001>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: b.lobo.valbuena@gmail.com
(B. Lobo-Valbuena).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.01.010>

0210-5691/© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

A pesar de que los datos provienen de una encuesta (por lo que se han de tener en cuenta las posibles limitaciones y potenciales sesgos implicados —de forma más destacada, el riesgo de no reflejar la realidad de cada una de las unidades—), se plantean muchas incógnitas: ¿A qué se debe la disparidad de datos? ¿Por qué existen tantas diferencias entre las UCI españolas cuando tenemos una formación más estandarizada que la de nuestros homólogos europeos por la inclusión histórica de la especialidad de medicina intensiva como especialidad vía formación MIR?

El artículo de Gómez-Prieto et al. contribuyen a la reflexión sobre posibles áreas de mejora. Por un lado, cómo es necesario mejorar y ampliar los sistemas de formación existentes de cara a optimizar el manejo de la vía aérea. Y, por otro lado, refuerza la necesidad de elaborar guías clínicas específicas en el manejo de la vía aérea difícil donde poder englobar la experiencia de todas las UCI españolas y donde sentar unas bases o mínimos para proporcionar a los pacientes la mejor atención posible. Las británicas³ pueden constituir un punto de partida desde el que reflejar, elaborar y completar nuestra perspectiva en el adecuado manejo de estos pacientes.

Bibliografía

1. Badia M, Monserrat N, Servia L, Baeza I, Bello G, Vilanova J, et al. Complicaciones graves en la intubación orotraqueal en cuidados intensivos: estudio observacional y análisis de factores de riesgo. *Med Intensiva*. 2015;39:26–33.
2. Taboada M, Calvo A, Doldán P, Ramas M, Torres D, González M, et al. ¿Tiene más complicaciones la intubación orotraqueal en las Unidades de Cuidados Críticos durante el periodo llamado off-hours? Estudio prospectivo y observacional. *Med Intensiva*. 2018;42:527–33.
3. Higgs A, McGrath BA, Goddard C, Rangasami J, Suntharalingam G, Gale R, et al., Difficult Airway Society; Intensive Care Society; Faculty of Intensive Care Medicine; Royal College of Anaesthetists. Guidelines for the management of tracheal intubation in critically ill adults. *Br J Anaesth*. 2018;120:323–52.
4. Gómez-Prieto MG, Miguez-Crespo MR, Jiménez-del-Valle JR, González-Caro MD, Marmesat-Ríos I, Garnacho-Montero J. Encuesta Nacional sobre el manejo de la vía aérea y la vía aérea difícil en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2018;42:519–26.