Bibliografía

1. Blobel B, Ruotsalainen P, Giacomini M. Standards and principles to enable interoperability and integration of 5P Medicine ecosystems. Stud Health Technol Inform. 2022;299:3–19.
2. Hood L, Friend SH. Predictive, personalized, preventive, participatory (P4) cancer medicine. Nat Rev Clin Oncol. 2011;8:184–7.
3. Pravettoni G, Gorini A. A P5 cancer medicine approach: Why personalized medicine cannot ignore psychology: P5 medicine. J Eval Clin Pract. 2011;17:594–6.
4. Zugasti Murillo A. Aplicabilidad de la innovación en la nutrición clínica. Nutr Hosp. 2021;38:34–40.
5. Rayón A. 2016. La Medicina 5P: Sanidad y Big Data [consultado 26 Abr 2023]. Disponible en: https://blogs.deusto.es/bigdata/la-medicina-5p-sanidad-y-big-data/
6. Menditto E, Cahir C, Malo S, Aguilar-Palacio I, Almada M, Costa E, et al. Persistence as a robust indicator of medication adherence-related quality and performance. Int J Environ Res Public Health. 2021;18:4872.
7. Kamata M, Tada Y. Efficacy and safety of biologics for psoriasis and psoriatic arthritis and their impact on comorbidities: A literature review. Int J Mol Sci. 2020;21:1690.
8. Morillo Verdugo R, Calvin Lamas M, Delgado Latorre ATJ-, Ferrando Piqueres R, Fernández-Llamazares CM, Negro Vega E, et al. Desarrollo de la norma Q-PEX de certificación de calidad de la atención farmacéutica a pacientes externos de los servicios de Farmacia [Development of the Q-PEX standard for quality certification of pharmaceutical care for outpatients of Pharmacy services]. J Healthc Qual Res. 2021;36:324–32.

J. Borras-Blasco[a,*], E. Ramírez-Herráiz[b] y A. Navarro Ruiz[c]

[a] *Servicio de Farmacia, Hospital de Sagunto, Sagunto, Valencia, España*
[b] *Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España*
[c] *Servicio de Farmacia, Hospital General Universitario de Elche, Elche, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jborrasb@gmail.com (J. Borras-Blasco).

https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2023.10.005
2603-6479/ © 2023 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Implementación de una unidad de vía aérea difícil: una necesidad latente en nuestros días

Implementation of a difficult airway unit: A latent need in our days

Sra. Directora,

La Organización Mundial de la Salud define la seguridad del paciente como la reducción a un mínimo aceptable de los daños innecesarios en relación con la atención sanitaria. El año 1999 supone un antes y un después si hablamos de seguridad, ya que es en esta fecha cuando se publicó el informe del *U. S. Institute of Medicine* (IOM) conocido como «*To Err is Human: Building a Safer Health System*»[1] suponiendo un punto de inflexión en la consciencia de las implicaciones tanto económicas como, sobre todo, éticas de los procedimientos médicos.

La implementación de estrategias enfocadas en la seguridad el paciente constituye, por lo tanto, uno de los principales indicadores de calidad asistencial de la práctica sanitaria en nuestros días, especialmente desarrollado en las últimas décadas en el ámbito quirúrgico quizás con relación a la creciente demanda ligada al aumento de dicha actividad; tanto es así que, analizando los datos extraídos del «Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022»[2],se estiman en 3.368.609 el número de intervenciones quirúrgicas realizadas a lo largo del año 2022 en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Este incremento va en paralelo a la creación de diferentes redes y proyectos focalizados en promover la cultura de la seguridad, con el fin de minimizar la magnitud de las complicaciones asociadas al proceso perioperatorio. Dentro de los diferentes incidentes sin daño o incidentes con daño (eventos adversos) que implican íntegramente al anestesiólogo, destaca el manejo ineficaz de la vía aérea, suponiendo hasta un 30% de las muertes atribuibles por dicha causa[3]. Si analizamos los datos disponibles en España, la Memoria Anual de 2021 SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación) recoge hasta un 13,4% de los incidentes clínicos registrados en relación con el manejo de la vía aérea.

Según la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA)[4], podríamos definir como vía aérea difícil a aquella situación clínica en la que un anestesiólogo con experiencia tiene dificultad para la ventilación con mascarilla facial, intubación orotraqueal o ambas. Se trata de una entidad con baja prevalencia (aunque las series son diversas, se estima que la incidencia en la población general y cirugía programada se encuentra entre el 0,8-7%), pero cuyas consecuencias pueden propiciar procesos irreversibles con elevada repercusión tanto en cuanto a morbilidad asociada (desde traumatismo a daño cerebral secundario a hipoxia o muerte) como en costes sanitarios[5–7].

El manejo adecuado de la vía aérea difícil supone, por tanto, un reto constante para cualquier profesional, generándose situaciones de estrés por las complicaciones graves tiempo/dependientes que puede acarrear, y en las cuales la planificación y la antelación suponen parte esencial para el éxito. A su vez, los diferentes test predictores de la vía aérea que disponemos actualmente tienen numerosas limitaciones, baja sensibilidad y gran variabilidad entre operadores por lo que esta situación puede surgir de manera inesperada y en cualquier escenario. Por todo ello, la Declaración de Helsinki establece la «intubación difícil/fallida» como una de las diez situaciones de riesgo que precisan de la adquisición de recursos y protocolos para la mejora de la seguridad en la anestesiología[8,9].

Considerando lo anteriormente mencionado, la creación de unidades para el manejo avanzado de la vía aérea difícil (VAD) debería constituir una parte esencial de las estrategias de seguridad que podemos ofrecer a los pacientes que van a ser sometidos a cualquier proceso hospitalario donde la vía aérea pueda comprometerse. Su integración va acorde a los

elementos clave reflejados en la teoría de la Organización de Alta Confiabilidad (HRO)[10]: Cultura de seguridad proactiva; Estructuras y procesos adecuados; Entrenamiento y práctica de casos rutinarios y simulación y Aprendizaje institucional.

Dichas unidades estarán constituidas por un equipo multidisciplinar, liderado por anestesiólogos formados y comprometidos con desempeñar labores de asistencia, elaboración de diferentes algoritmos de actuación, documentación de procedimientos desempeñados y análisis de los incidentes, así como labor formativa continua con el resto de equipo logrando una mayor sensibilización del entorno ante las situaciones (anticipadas o no) donde nos encontremos una vía aérea difícil.

Su puesta en marcha se fundamenta en la reorganización de los recursos disponibles previamente, con especial atención al aspecto humano, siendo la búsqueda de calidad y el compromiso de brindar la mejor atención a los pacientes el pilar para iniciar la reproductibilidad de este modelo inclusive en otros ámbitos sanitarios no quirúrgicos (áreas de cuidados críticos y urgencias) donde la figura de uno o varios coordinadores, en estrecha colaboración con anestesiología, facilitaría su aplicación.

Asimismo, es fácil deducir el impacto que la creación de este grupo de trabajo supone en la actividad diaria hospitalaria, haciendo posible no solo disponer personal cualificado desde un punto de vista organizativo si no también en cuanto a la dotación de equipamiento avanzado (carros de vía aérea o maletines) en entornos de riesgo y de la manera más precoz posible limitando así la morbimortalidad derivada.

La identificación desde las fases iniciales y la protocolización de su manejo, junto con unos adecuados canales de comunicación permitiría minimizar los riesgos derivados del manejo inadecuado de estas situaciones. Por todo ello, debe ser una prioridad para los servicios de anestesia la creación de unidades de vía aérea difícil en nuestro entorno hospitalario otorgando así una mejora en la atención de los pacientes y, sobre todo, un ambiente seguro y de calidad.

Bibliografía

1. Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, D.C: National Academies Press; 2000 [accessed 27 Oct 2023] Available from: http://www.nap.edu/catalog/9728
2. Ministerio de Sanidad de España. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [consultado 27 Oct 2023] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME_ANUAL_2022.pdf
3. Joffe AM, Aziz MF, Posner KL, Duggan LV, Mincer SL, Domino KB. Management of Difficult Tracheal Intubation: A Closed Claims Analysis. Anesthesiology. 2019;131:818–29.
4. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, Abdelmalak BB, Agarkar M, Dutton RP, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. Anesthesiology. 2022;136:31–81.
5. Cattano D, Panicucci E, Paolicchi A, Forfori F, Giunta F, Hagberg C. Risk factors assessment of the difficult airway: An italian survey of 1956 patients. Anesth Analg. 2004;99(6):1774–9.
6. Cook TM. Strategies for the prevention of airway complications - A narrative review. Anaesthesia. 2018;73:93–111.
7. Roth D, Pace NL, Lee A, Hovhannisyan K, Warenits AM, Arrich J, et al. Airway physical examination tests for detection of difficult airway management in apparently normal adult patients. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5(5):CD008874.
8. Valero R, Sabaté S, Borràs R, Áñez C, Bermejo S, González-Carrasco FJ, et al. Protocolo de manejo de la vía aérea difícil Implicación de la Declaración de Helsinki. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2013;60:34–45.
9. Vincent C, Benn J, Hanna GB. High reliability in health care. BMJ. 2010;340:c84.
10. Cook TM, Woodall N, Frerk C. Fourth National Audit Project Major complications of airway management in the UK: Results of the Fourth National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists and the Difficult Airway Society. Part 1: anaesthesia. Br J Anaesth. 2011;106:617–31.

C. López Viloria*, M. Torío Marcos y F. Díez Burón

Servicio de Anestesiología y Reanimación, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: cristina.lviloria@gmail.com
(C. López Viloria).

https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2023.12.001
2603-6479/ © 2023 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Resident scientific meetings as part of the residency training curriculum: Just a hassle for the resident?

Sesiones de residentes como parte del programa de formación MIR: ¿solo un incordio para el residente?

Dear Editor,

I am writing to share insights and findings from a recent study conducted at a tertiary-level hospital in the Community of Madrid, Spain, shedding light on the perceived utility of resident lectures or scientific meetings among medical trainees. The study, aimed at understanding the residents' perspective on the relevance and impact of these lectures, provides valuable insights into the challenges and benefits associated with this integral component of medical training.

Resident lectures, a cornerstone of medical training worldwide, pose a multifaceted challenge for residents, requiring the honing of research, training, and communication skills alongside their overall professional development.[1,2] While the intended objectives include enhancing research proficiency, refining training capabilities, and fostering a deeper understanding of specialty areas, concerns often arise among residents. These concerns are rooted in the limited time available for non-clinical